

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1147. Octubre 2013

El médico como enfermo

Foros EL MÉDICO

Situación actual de las enfermedades minoritarias en Cataluña

Entrevistas

Pilar de Lucas Ramos
Presidenta de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

Santiago Muñoz Fernández
Presidente de la Sociedad Española de Reumatología

Ildefonso Hernández Aguado
Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



hiperamoniemia

Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad

enfermedad

hiperamoniemia

diverticular

enfermedad diverticular

enfermedad

enterocolitis bacteriana

hiperara

hiperamoniemia

colitis bacteriana

enfermedad div



Financiado por el SNS

ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA - GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97

También enfermo

Se calcula que uno de cada diez médicos puede sufrir durante su vida profesional algún episodio relacionado con enfermedades psíquicas y/o conductas adictivas que pueden deteriorar o incluso imposibilitar el ejercicio de la Medicina; llegando a producirse situaciones de mala praxis que conlleven implicados errores y negligencias. A este hecho se une que, según señalan los expertos, en la mayoría de casos el médico no actúa debidamente como paciente cuando está enfermo.



Por ello, en 1988 se puso en marcha el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en Cataluña, pionero en Europa, con el objetivo de facilitar a estos profesionales el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada, que trata de asegurarles el tratamiento necesario para que puedan volver al trabajo en las mejores condiciones. 25 años después, el balance no puede ser más positivo, lo que demuestra el acierto de aquellos que en su día decidieron ponerlo en marcha. Y es que hay que recordar que los médicos ante todo son personas con los mismos problemas que el resto de los mortales. Según datos del propio programa, un porcentaje cercano al 90 por ciento se han recuperado incorporándose al ejercicio de la Medicina. Es a este tema al que se dedica el reportaje que da la portada al número de octubre.

Además de a este asunto, en esta edición de la Revista se hace un repaso de la situación de las enfermedades minoritarias en Cataluña, dentro de las convocatorias que está realizando la Revista en su sección Foros EL MÉDICO. Como viene siendo habitual, el encuentro contó con la presencia de los máximos expertos de la Comunidad en esta área, entre otros el conseller de Sanitat, Boi Ruiz.

Dentro de la sección dedicada a las entrevistas, se incluyen las declaraciones a nuestro medio de los presidentes de tres importantes sociedades científicas: la de Reumatología, la de Neumología y Cirugía Torácica y la de Salud Pública y Administración Sanitaria. Además, en los apartados de gestión, nos hacemos eco del próximo congreso de la SEDAP y de las jornadas nacionales de SEDISA.

Junto a estos temas se publican otros reportajes, la sección habitual de firma de expertos y aquellas que hacen un repaso a lo más destacado de la actualidad político-profesional y los principales avances médicos. Asimismo, les recordamos que en EL MÉDICO INTERACTIVO (www.elmedicointeractivo.com) puede seguir puntualmente toda la actualidad del sector; así como tener acceso a una completa y actualizada oferta formativa ■

EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

El médico como enfermo



El médico muchas veces se olvida de que él también puede ser un paciente, y de hecho un paciente complicado, porque pese a ser el mayor experto, a veces es el último en reconocer sus propios síntomas. Por eso, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) avanza cada día para consolidarse en todo el territorio español, pese a las actuales dificultades económicas. Prueba de ello es el V Congreso PAIME, celebrado recientemente en Burgos, donde se habló del papel de los colegios y administraciones, de la crisis, y de otras iniciativas que pueden servir de ejemplo.

26

ENTREVISTAS



Pilar de Lucas
Presidenta de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

34

Santiago Muñoz
Presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

40



ANDRÉ BOLLIGER HORISBERGE

Presidente de ASPROMEL. Tesorero y miembro de la Junta Directiva de E.A.N.A. (Asociación Europea de Médicos de Ejercicio Libre)

10

JOSÉ FRANCISCO GARCÍA GUTIÉRREZ

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Salud Pública. Profesor en la EASP, Granada, España. Coordinador del Grupo Internet y Salud de la EASP

12



Ildelfonso Hernández Aguado

Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

46

ÁNGEL CABRERA

Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)

14



FOROS EL MÉDICO



Enfermedades Minoritarias en Cataluña

Expertos en el abordaje de las enfermedades minoritarias en Cataluña han analizado, junto al conseller de Salut de la Generalitat, Boi Ruiz, la situación actual de estas enfermedades de las que, a día de hoy, no se dispone de información completa de sus tendencias temporales y evolutivas, ni del número de personas afectadas. En Cataluña, se estima que existen 400.000 enfermos afectados por enfermedades minoritarias, pero las dificultades de codificación de los diagnósticos y los obstáculos en la recogida de datos, a través de los registros sanitarios, impiden disponer de información epidemiológica y de actividad sanitaria sobre ellas.

16

Seguro de **Automóvil**



Porque cuando se queda sin coche,
es cuando más ayuda necesita



Y además,

50%
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. MADRID Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Entrevista a Mª José Avilés Martínez

Subdirectora general de Planificación y Gestión Sanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana de Salud. Presidenta del comité organizador de la XVI edición del Congreso de la SEDAP

60

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



Entrevista a Ramón Ares Rico

Vocal en Galicia de SEDISA y responsable de las Jornadas Nacionales de SEDISA en A Coruña

66

PERFILES MÉDICOS

ANTONIO ZURITA

Médico del servicio médico del Aeropuerto de Madrid-Barajas

72

RADIOGRAFÍA A...

El nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria que entra en vigor el 1 de enero

52

GESTIÓN

Claves para la incorporación y la gestión de la innovación en los centros sanitarios

78

OTROS TEMAS

Presentación

3

Reportaje



82

Fue noticia

88

La instantánea médica

92

Próximo número

98

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 10. Suscripciones: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:
<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Antonio Pais, Iñaki Alonso, Anna Borau, Jorge Sánchez, Silvia C. Carpallo, Javier Granda, Paco Romero, Ana Montero, Laura Fonseca, Luis C. Vaquero, Alejandro Blanco, Nerea Garay, Mónica de Haro. Agencia: Europa Press.

Otras secciones: *Derecho Sanitario*: ASJUSA-LETRAMED y Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas*: Dr. José Ignacio de Arana, Dr. Antonio Castillo Ojugas, Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500. e-mail: elmedico@gruposaned.com.
Publicidad Barcelona: Antón Fortuny, 14-16, Edificio B, 2º, 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.
Suscripciones: 11 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.
Asociación de Prensa Profesional APP Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.
DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982.
Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.
ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2013. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Curadona

100 mg/ml solución cutánea
Povidona Iodada

Tu aliado en la desinfección

Curadona es un producto indicado como antiséptico del **campo operatorio**, zonas de punción, heridas, quemaduras y material quirúrgico.

Aconsejado también para la desinfección por irrigación de zonas sépticas corporales: peritoneo, pleura y huesos.



Avda. Bizet, 8-12
08191 Rubí (Barcelona)
Teléfono: 93 586 20 15
www.lainco.es · Email: lainco@lainco.es

The image features a stack of white papers, slightly blurred to create a sense of depth. Two pens are positioned horizontally across the middle of the stack. The pen in the foreground is a gold-colored ballpoint pen with a silver-colored grip section. The second pen, behind it, is also gold and silver. The text 'La mirad' is overlaid on the right side of the image, with 'La' in a smaller, black serif font and 'mirad' in a larger, dark green serif font. The overall composition is clean and professional, suggesting a theme of education, business, or professional writing.

La
mirad

a maestra de la actualidad



André
Bolliger Horisberger



José Francisco
García Gutiérrez



Ángel
Cabrera



Los médicos en ejercicio libre de España, los más desprotegidos de Europa

Autor | Dr. André Bolliger Horisberger. Presidente de ASPROMEL. Tesorero y miembro de la Junta Directiva de E.A.N.A. (Asociación Europea de Médicos de Ejercicio Libre)

Debido a las particularidades del sistema sanitario español que excluye sistemáticamente el ejercicio libre de la Medicina de la asistencia médica universal financiado por el seguro de enfermedad obligatorio, los médicos en ejercicio libre de España se encuentran en la posición más desprotegida de toda Europa.



André Bolliger Horisberger

Los médicos españoles que optan por el ejercicio libre de la Medicina vienen anulados y explotados entre un monopolio del Estado, el SNS y el monopolio de los grandes grupos de seguros y de hospitales privados que dictan las condiciones de trabajo y las tarifas en el sector de la Medicina privada. Debido a la alta disfuncionalidad del sistema de salud español, los médicos españoles -indistintamente del sector en el que trabajan- son los más desmotivados de Europa, lo que explica la alta tasa de síndrome de burnout y la creciente tasa de médicos que emigran. Al día de hoy más de 10.000 médicos han emigrado de España. Sabiendo que formar a un médico cuesta al estado 150-200.000 euros, la emigración de estos médicos representa para la sociedad española una pérdida de 1.500-

En Europa, el médico tiene su futuro garantizado y tiene la libertad de planificar y realizar su propio desarrollo profesional

2.000 millones, lo que significa que la disfuncionalidad del sistema sanitario español destruye un capital astronómico.

Europa en cambio dispone desde el inicio de la seguridad social de sistemas de salud donde sector público y privado están integrados y donde todo tipo de monopolios viene evitado. El estado es garante y no dueño del sistema de salud, de mane-

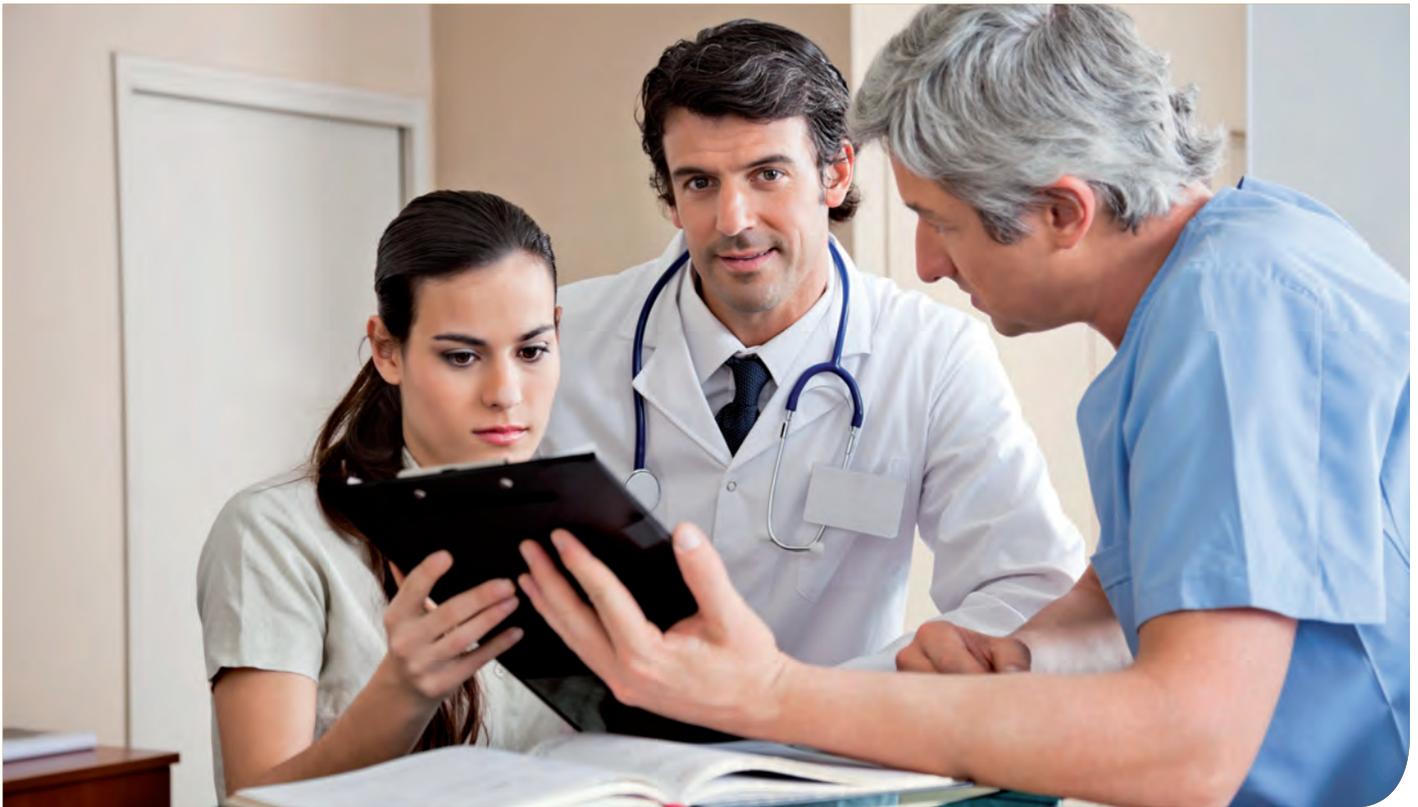
ra que todos los médicos que forma el país encuentran trabajo en el sistema de salud. El médico tiene su futuro profesional garantizado y tiene la libertad de planificar y realizar su propio desarrollo profesional. La carrera profesional depende de su desarrollo y de su competencia pro-

fesional y no de la antigüedad en el sistema. No existen puestos de trabajo en propiedad o vitalicios. Puesto que son sistemas de salud concertados entre los diferentes actores bajo la garantía de la sociedad y del estado, la profesión médica no sufre la desprotección y el desprestigio como en España.

Por todo lo anteriormente dicho ASPROMEL presenta una vez más sus reflexiones, conclusiones y directivas para que España pueda disponer de un sistema de salud euro-compatible, sano, eficaz y sostenible a largo plazo.

Por un sistema integral e integrado de salud

Un sistema nacional de salud es por definición un sistema, es decir una estructura. Es esqueleto y no carne. Tiene elementos articulados, es flexible y renovable, es



multidireccional. Permite el flujo continuo de información. Sustenta la carne y todo el cuerpo. No es propiedad, no es dogma, no es dinero, no es ideología. Nacional significa de la nación, es decir es de ámbito nacional, universal, llegando hasta los últimos rincones de la geografía, de la sociedad y de la población del país.

Un sistema de salud significa referente a la conservación de la salud y a la asistencia en caso de enfermedad, accidente y trastorno. Un sistema nacional de salud es por ende una estructura articulada de ámbito nacional en beneficio de la salud individual y colectiva.

En el mundo occidental democrático la colectividad, mediante sus representantes en los gobiernos democráticamente elegidos, y en algunos países por procedimientos democráticos ejercidos directamente por los ciudadanos, es garante de la existencia, de la conservación, de la manutención y de la actualización de esta estructura.

La colectividad ha decidido que esta estructura sea a su vez garante:

- de una asistencia sanitaria universal sin discriminaciones para todos los ciudadanos
- de que todos los médicos que hayan obtenido su derecho de ejercicio de la Medicina en todo el territorio nacional puedan ejercer su profesión de la forma libremente elegida integrado en esta estructura
- de que todos los establecimientos médicos que hayan recibido su autorización de apertura tengan el derecho de trabajar integrado en este sistema en beneficio de la población
- de que todas las aseguradoras y mutuas de salud que hayan obtenido su autorización de práctica puedan participar libremente en la financiación de este sistema nacional de salud

En este sentido las directivas de ASPRO-MEL son:

- diferenciación-separación entre sistema nacional de salud y empresa estatal
- un estado garante y no propietario de

un sistema nacional de salud

- diferenciación-separación entre proveedores, propietarios de establecimientos médicos y aseguradoras
- garantía de parte del estado que todo ciudadano, todo proveedor de servicios médicos y todo asegurador tenga libre acceso al sistema nacional de salud
- libertad para todo ciudadano de elegir su aseguradora, su clínica y su médico generalista o especialista
- libertad para el médico de elegir su forma de ejercicio de la Medicina
- entrega de la formación médica, del desarrollo profesional y del control de calidad y seguridad para el paciente a la profesión médica
- elaboración de un catálogo de prestaciones médicas y un tarifario correspondiente de validez nacional
- estratificación horizontal en vez de vertical entre un sector sanitario nacional transversal financiado por el seguro social obligatorio con libre elección de aseguradora y un sector sanitario voluntario de prestaciones complementares ■



Cibercondría: hipocondría on line

Autor José Francisco García Gutiérrez. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Salud Pública. Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España. Coordinador del Grupo Internet y Salud de la EASP

La fácil accesibilidad a información sobre salud en la red está ayudando, sin duda, a innumerables personas a tomar decisiones informadas sobre su salud o sobre los tratamientos de sus enfermedades. Sin embargo, esto está resultado desastroso para muchas personas que se preocupan en exceso (o están obsesionadas) con su salud. Hasta la aparición de internet, los hipocondríacos se veían obligados a rebuscar en textos y bibliotecas o a preguntar a sus médicos para obtener información. Ahora hay todo un universo sobre temas de salud solo a “un par de clicks de ratón” de distancia. Aproximadamente, el dos por ciento de todas las búsquedas en Internet son sobre temas médicos.



José Francisco García Gutiérrez

Confesiones de un cibercondríaco

“En la actualidad, y gracias a internet, convertirse en hipocondríaco resulta cada vez más sencillo. Una búsqueda sobre el dolor de cabeza encuentra más páginas web que lo relacionan con un tumor cerebral que con la privación de cafeína” [The New York Times, 24 de noviembre de 2008].

Hipocondría: enfermedades fantasmas, enfermos imaginarios

La hipocondriasis suele caracterizarse por: a) el temor infundado de que síntomas corporales menores sean la expresión de una enfermedad grave; b) por los constantes autoexámenes y autodiagnósticos, y c) por la preocupación continua y exagerada por el propio cuerpo. Tiende a desarrollarse en

Hasta el momento hay pocos estudios sobre cómo los hipocondríacos están usando Internet, sin embargo parece ser un fenómeno bastante extendido

personas entre los 20 y 40 años de edad, y afecta por igual a los varones y a las mujeres. Aparece con frecuencia asociada a una enfermedad grave en amigos o familiares, pero a veces es la manifestación secundaria de una depresión o de procesos de ansiedad generalizada.

Aunque esta condición se perciba a menudo como “relativamente dañina” o como una “desviación neurótica o estafalaria”, en algunos casos se convierte en una obsesión devastadora. Lo que más les cuesta siempre a los hipocondríacos es aceptar que es normal que las personas sanas tengan síntomas. La hipocondría genera gastos de muchos millones de euros

al año en pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

Varios estudios han mostrado que los hipocondríacos dudan permanentemente de los diagnósticos realizados por los médicos, que sospechan y no se sienten reasegurados cuando alguien les intentan demostrar que no padecen una enfermedad grave, y que tienden a obsesionarse con enfermedades que tienen síntomas comunes o ambiguos.

Hasta el momento hay pocos estudios (y con pocos sujetos) sobre cómo los hipocondríacos están usando internet o cómo aumenta la ansiedad sobre la salud en personas normales al realizar búsquedas en la red sobre temas médicos. Sin embargo parece ser un fenómeno bastante extendido al que se ha dotado de un atractivo nombre durante la última década: cibercondría.

Cibercondría: la escalada digital de la ansiedad por la salud

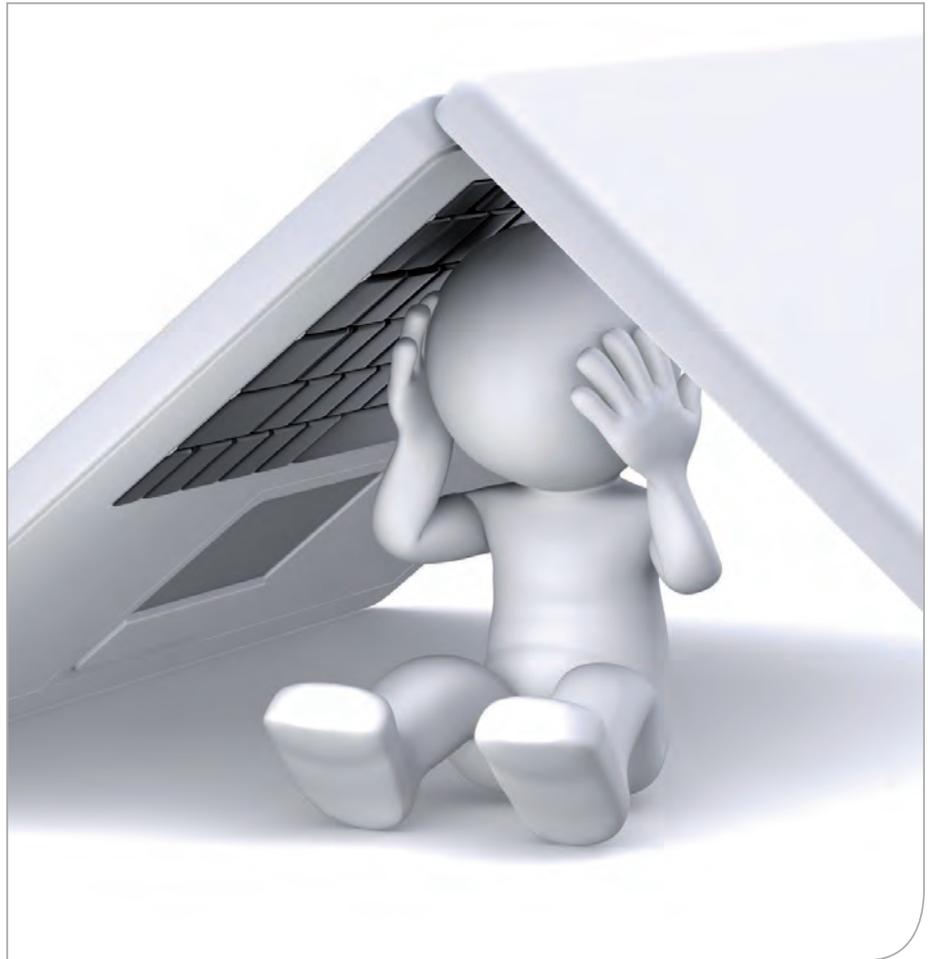
Se emplea el término “cibercondría” para definir la escalada sin fundamento de la ansiedad por síntomas comunes, según la revisión de los resultados de una búsqueda en internet (sobre todo si esa búsqueda se realiza con fines diagnósticos). La escalada de la ansiedad parece estar relacionada con la cantidad y la distribución de los contenidos vistos por los usuarios, la presencia de terminología confusa y alarmante en las páginas visitadas, y la predisposición del usuario hacia la preocupación en lugar de tratar de buscar explicaciones más razonables sobre sus padecimientos. Por otro lado, un tercio de las personas que buscan en internet sobre temas médicos sufre una “escalada” de sus búsquedas posteriores hacia enfermedades graves.

Un médico en el ratón: la probabilidad de los eventos inciertos

Durante los últimos años, numerosos expertos médicos e investigadores de internet han hecho llamamientos para que se inicien acciones dirigidas a reducir la ansiedad innecesaria en todos los consumidores de información sobre salud, independientemente de que hayan sido diagnosticados como hipocondríacos o no.

Es cierto que el sentido común puede ayudar parcialmente a enfocar la interpretación de la información, pero también puede conducir a errores sistemáticos. Por ejemplo, la confianza excesiva en las clasificaciones (rankings) de los sitios web en salud lleva con frecuencia a recomendaciones de dudosa eficiencia en el tratamiento de algunas enfermedades.

Por el momento pienso que los profesionales de la salud deberían interesarse más por lo que está ocurriéndole a sus pacientes en las búsquedas sobre temas médicos en Internet (y actuar como sus mentores proactivos). A pesar de las limitaciones, hay muchos beneficios potenciales y algunos modestos avances. Disponemos de numerosas publicaciones sobre los problemas en la calidad de la información médica (en



general y no sólo en internet) y de criterios para evaluar las páginas web con contenidos de salud.

Internet continúa evolucionando de forma tan rápida como sorprendente. Esperemos que en el futuro próximo dispongamos de buscadores (con algoritmos especializados) capaces de seleccionar información que no nos lleve automáticamente a la confusión y a la duda... ¡ni a pensar en lo peor! ■

Bibliografía recomendada

1. Barsky A. Worried Sick: our troubled quest for wellness. Hardcover: Little Brown and Company; 1988.
2. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2011;14:613-8.

3. Cantor C, Fallon B. Phantom Illness: Recognizing, Understanding, and Overcoming Hypochondria. Boston: Houghton Mifflin; 1996.
4. Whelan N. Confessions of a cyberchondriac. *Last Exit Magazine*. Disponible en: <http://lastexitmag.com/article/cyberchondria>
5. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. Microsoft Research. 2008. Disponible en: <http://research.microsoft.com/pubs/76529/TR-2008-178.pdf>

Nota

Este trabajo fue presentado en el XXXIII Congreso semFYC. IV Congreso Subregional de Península Ibérica de la Región WONCA Iberoamericana-CIMF, celebrado en Granada del 6 al 8 de junio de este año.



El paciente, actor principal de su tratamiento

Autor | Ángel Cabrera. Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)

Un 65 por ciento de los pacientes que padece diabetes reclama una mayor participación en las decisiones médicas que se toman respecto a su tratamiento. Sin embargo, el 90 por ciento de los especialistas aseguran que las personas con diabetes tipo 2, la más habitual, no se implica en el control de su enfermedad.



Ángel Cabrera

Estas informaciones podrían resumir la encuesta elaborada en el marco de la Campaña es “Diabetes, tómatela en serio” y que cuenta con el respaldo de sociedades de pacientes y científicas implicadas en el tratamiento y control de la diabetes. A juzgar por estos dos titulares, totalmente contrapuestos, se podría decir que algo está fallando en nuestro sistema de salud y, en concreto, en el tratamiento de esta enfermedad.

Esta doble paradoja nos debe hacer reflexionar sobre dónde reside la raíz del problema para así poder solventarlo. Tal vez sea una falta de comunicación en la relación médico-paciente, o el conflicto lo haya generado el propio Sistema Nacional de Salud (SNS). Ambas cuestiones deben afrontarse con la seriedad que requiere el tema ya que lo que está en juego es la salud de más de 3.500.000 de personas que padecen en nuestro país diabetes; un

Es complicado que un paciente sin una información previa sobre la patología que sufre pueda implicarse todo lo que requiere la enfermedad

colectivo demasiado numeroso como para no contar con toda la atención de los responsables en materia de Salud.

La primera reflexión que habría que hacer sobre los datos de la encuesta, que citaba hace un momento, es si el paciente ha sido

diagnosticado, informado y formado correctamente sobre su diabetes, pues se trata del paso imprescindible. Además, para que pueda controlar su diabetes es condición *sine qua non* la formación

terapéutica; se deben poner a su disposición las herramientas necesarias para su autogestión. Si no es así, nos encontraremos con un paciente sin preparación para entender la gravedad de la enfermedad, evitar o retrasar las múltiples complicaciones que la diabetes conlleva. Es complica-



do que un paciente sin una información previa sobre la patología que sufre pueda implicarse todo lo que requiere esta enfermedad.

En este sentido, hay que matizar que, a día de hoy, se puede comprobar fácilmente que el SNS no facilita al paciente la educación diabetológica necesaria, lo que provoca su falta de actuación ante circunstancias adversas que se le presenten a diario. Pero además, el SNS es también deficitario para con el paciente en lo que se refiere a dos de los pilares básicos de la diabetes: la alimentación y el ejercicio físico, puesto que no se abordan adecuadamente, al no hacersele ver que también forman parte de su tratamiento, al igual que la medicación.

Probablemente como consecuencia de estas dos premisas (que el paciente demande más implicación en su tratamiento y que el médico considere que no lo hace) se produce una tercera conclusión destacable y es que los pacientes acuden a Internet como principal fuente de información sobre diabetes, por delante de los



profesionales médicos. La red es una herramienta interesante y necesaria en muchos aspectos de la vida, pero no en la salud, donde sólo se debería contar con la opinión y el criterio de los especialistas en la materia.

Posiblemente esto podría tener buena solución si todas las partes implicadas nos propusiéramos hacer frente al problema y tomar cartas en el asunto. Pero, como siempre, se choca con el gran muro de las administraciones sanitarias que, en lugar de fomentar espacios de encuentro donde aportar soluciones, dejan pasar el tiempo sin dar respuesta a un tema serio de salud, y que les explotará en las manos, más pronto que tarde, como ya vienen avisando tanto la Federación Internacional de Diabetes como la Organización Mundial de la Salud. Burocracia aparte, creo que pacientes y especialistas pueden y deben hacer un esfuerzo para que los diabéticos cuenten con toda la información necesaria sobre su enfermedad, para que se den cuenta de lo vital que es implicarse en ella y, así, ser protagonistas de su propio tratamiento ■





RADIOGRAFÍA A LA SITUACIÓN ACTUAL
DE LAS ENFERMEDADES MINORITARIAS EN CATALUÑA
EN UNA JORNADA ORGANIZADA POR EL MÉDICO,
LA FUNDACIÓN BAMBERG Y SHIRE

Hay que reforzar
con recursos públicos la
investigación
en las
enfermedades
minoritarias

Boi Ruiz

Texto | Ana Montero

Fotos | Jaume Cosialls



Expertos en el abordaje de las enfermedades minoritarias en Cataluña han analizado, junto al conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, Boi Ruiz, la situación actual de estas enfermedades de las que, a día de hoy, no se dispone de información completa de sus tendencias temporales y evolutivas, ni del número de personas afectadas. En Cataluña, se estima que existen 400.000 enfermos afectados por enfermedades minoritarias, pero las dificultades de codificación de los diagnósticos y los obstáculos en la recogida de datos, a través de los registros sanitarios, impiden disponer de información epidemiológica y de actividad sanitaria sobre ellas. Con el objetivo de hacer frente y corregir estas deficiencias, en Cataluña se creó la Comissió Assessora de les Malalties Minoritàries (CAMM) y se desarrolló un modelo de atención de enfermedades minoritarias que supone un proceso de cambio en distintas líneas de actuación de los servicios de salud, pero también de los sociales, educativos y laborales.

No nos gusta hablar de enfermedades raras, preferimos denominarlas minoritarias”, con esta declaración de intenciones comenzaba Boi Ruiz, conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, su intervención en la jornada de debate, organizada por EL MÉDICO, la Fundación Bamberg y la compañía biofarmacéutica Shire, en la que se ha analizado la situación actual de las mismas, los recursos disponibles, y los principales avances en la gestión y en el tratamiento de estas enfermedades que, tradicionalmente, se han asociado a una serie de barreras que han dificultado su atención. Entre otras, tal y como se

evidenciaba en un estudio que, en 2009, el CatSalut le encargó a la Fundación Dr. Robert: la falta de centros de referencia, las dificultades de codificación de los diagnósticos, la falta de visibilidad y de acceso a información sobre la enfermedad, la descoordinación entre profesionales sanitarios, la carencia de dispositivos sociosanitarios, y la insuficiente y fragmentada investigación. Para corregir estas deficiencias, la Comissió Assessora de les Malalties Minoritàries (CAMM) de Cataluña, constituida a partir de la iniciativa del Parlament de Catalunya, solicitó al CatSalut la definición e implantación de un modelo de atención a las

enfermedades minoritarias en Cataluña que suponía un proceso de cambio en distintas líneas de actuación de los servicios de salud, pero también de los servicios sociales, educativos y laborales. Este modelo se aprobó en 2010 y, desde entonces, se está difundiendo e implantando al amparo de los diferentes ejes estratégicos del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

En 2010, el CatSalut aprobó un modelo de atención a las enfermedades minoritarias que desde entonces se está difundiendo e implantando al amparo de los diferentes ejes estratégicos del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015

consenso y un esfuerzo y participación conjunta de la Administración, de los profesionales, de la industria farmacéutica, de las asociaciones de pacientes, de los gestores, y de los investigadores... Y es que, a su juicio, las enfermedades minoritarias no pueden ser sólo responsabilidad de las políticas sanitarias, éstas requieren de un compromiso interdepartamental e integral. “No hablamos de una enfermedad que se circunscriba a un individuo, sino que afecta también a una familia que, a su vez, está insertada en una sociedad, y, además, son enfermedades que debutan en edades tempranas, por lo que el factor educacional

también es fundamental”, ha manifestado el conseller.

Una opinión que ha sido compartida con el resto de los asistentes del encuentro, entre ellos, algunos de los principales responsables implicados en el abordaje de las enfermedades minoritarias en Cataluña. Así pues, han participado en la jornada: Roser Vallès i Navarro, directora general d’Ordre i Regulació Sanitàries; Antoni Gilabert, gerent d’Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut; Àlex Guarga Rojas, gerent de Planificació, Compra i Avaluació de Serveis Assistencials del Servei Català de la Salut; Pilar Magrinyà, de la Comissió Assessora de les Malalties Minoritàries del Servei Català de la Salut; Josep Torrent, representante de España en el Comité de Medicamentos Huérfanos EMA; Ramon Jódar Masanés, del servei de Farmàcia de l’Hospital Universitari de Bellvitge de Barcelona; Julio Martínez Cutillas, del servei de Farmàcia de l’Hospital Universitari Vall d’Hebron de Barcelona; y Jordi Cruz Villalba, presidente de la Asociación Española de las Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados.

Por su parte, el conseller de Salut ha destacado durante el encuentro la importancia de reforzar con recursos públicos la investigación en este tipo de enfermedades. “Si tenemos que decidir en términos de coste-oportunidad, antes hay que poner dinero público en estas enfermedades que no en otras patologías, como en el caso del cáncer, donde ya hay muchísimos recursos disponibles y donde la industria farmacéutica puede responder con más facilidad. A la



hora de distribuir el esfuerzo público hay que tener una especial sensibilidad y saber dónde es más necesario”, argumentaba. En esta línea, Boi Ruiz ha apostado por la concentración de recursos en investigación, señalando que “existen demasiados focos de investigación, está demasiado diseminada, con masas críticas que por mucho que agreguen siempre serán pequeñas, por lo que un proceso de concentración para internacionalizar, donde 2 ó 3 países concentren los recursos, es decir, sean reconocidos como referencia, y a partir de ahí se extiendan los resultados obtenidos, sería lo deseable”. En la línea, Àlex Guarga Rojas, gerent de Planificació, Compra i Avaluació de Serveis Assistencials del Servei Català de la Salut, ha defendido la generación de cuatro o cinco polos potentes en investigación. En su opinión, “es necesario crear sistemas de agrupación de pacientes para poder extrapolar resultados clínicos”.

En otro orden de cosas, Boi Ruiz ponía en valor el papel de los profesionales sanitarios y destacaba su plus vocacional “clave” en el abordaje de estas enfermedades.

También, durante el encuentro, los exper-

tos han lamentado la falta de datos en cuanto al número de personas afectadas por enfermedades minoritarias. Aunque se estima que en Cataluña la cifra ronda los 400.000, tal y como ha informado Roser Vallès i Navarro, directora general d’Orde-nació i Regulació Sanitàries, las dificultades de codificación de los diagnósticos, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Atención Especializada, y los obstáculos en la recogida de datos, a través de los registros sanitarios, impiden disponer de información epidemiológica y de actividad sanitaria sobre estas enfermedades.

De igual modo, se ha insistido en que no existe información ni sobre las tendencias temporales ni evolutivas de estas enfermedades, de ahí que sea necesario establecer un registro de enfermedades, alineados con lo que también se está haciendo en Europa, y en lo que Cataluña es pionera, ya

que desde el Departament están trabajando en el proyecto *Spain Rare Diseases Registry*, como integrantes del grupo promotor y coordinador, y encargados de liderar un *Work Package*. Además, tal y como han informado, disponen de un proyecto propio de registro de enfermedades minoritarias, lo que supone trabajar también con los aspectos de codificación y clasificación de estas enfermedades.

Durante el encuentro, los expertos han lamentado la falta de datos en cuanto al número de personas afectadas por enfermedades minoritarias. Aunque se estima que en Cataluña la cifra ronda los 400.000

Junto a este escollo, y asociadas a estas enfermedades, también se han evidenciado una serie de barreras que han dificultado su atención, tales como la falta de centros de referencia y la falta de visibilidad de la enfermedad. “Un aspecto que se está superando, de hecho,

hoy podemos decir que la conciencia sobre estas enfermedades ha llegado al conjunto de la sociedad y también al ámbito sanitario”, reconocía el Dr. Josep Torrent, represen-



CONCLUSIONES JORNADA ENFERMEDADES MINORITARIAS

- En el abordaje de las enfermedades minoritarias y en el desarrollo de la estrategia es necesaria una especial sensibilidad, un consenso y un esfuerzo y participación conjunta de la Administración; de los profesionales, tanto de Atención Primaria, como de Especializada; de la industria farmacéutica; de las asociaciones de pacientes; de los gestores; de los investigadores...
- No existe información exacta del número de personas afectadas, ni sobre las tendencias temporales y evolutivas de las enfermedades minoritarias, de ahí que sea necesario establecer un registro de enfermedades, algo en lo que ya se está trabajando desde Europa. Además, asociadas a estas enfermedades se han evidenciado una serie de barreras que han dificultado su atención, tales como la falta de centros de referencia; la falta de visibilidad y de acceso a información sobre la enfermedad; la descoordinación entre profesionales sanitarios; la falta de dispositivos de ayuda sociales y sanitarios; la falta de compromiso político, institucional y social; y una investigación fragmentada e insuficiente. En este sentido, se insiste en que hay que mantener el impulso sobre la visibilidad de las enfermedades minoritarias, aunque esto requiera de tiempo, de diálogo y valentía, de un cambio de actitud y de liderazgos compartidos.
- Para corregir estas deficiencias y carencias, la Comissió Assessoradora de les Malalties Minoritàries (CAMM) de Cataluña, constituïda a partir de la iniciativa del Parlament de Catalunya, encargó al Cat-Salut la definició y la implantación de un modelo de atención de enfermedades minoritarias en Cataluña que fue aprobado en 2010 y que desde entonces es difundido y se desarrolla al amparo de los diferentes ejes del Plan de Salud de Ca-

taluña 2011-2015. Este modelo supone un proceso de cambio en las distintas líneas de actuación de los servicios de salud, sociales, educativos, laborales... En este contexto, el modelo de atención a las enfermedades minoritarias en Cataluña requiere un abordaje multidisciplinario y tiene un fuerte componente intersectorial que contempla el trabajo transversal con los otros departamentos de la Generalitat (Educación y Acción Social) para posibilitar el desarrollo de políticas integradoras e integradas.

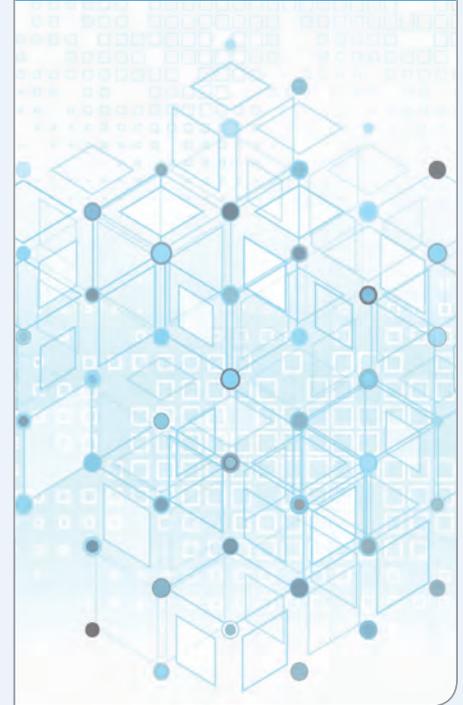
- Las principales fortalezas del modelo son su integración en los ejes del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015: cronicidad, terciarismo y tratamientos de alta complejidad. Junto a esto, destaca la adecuación de las líneas de actuación, en los dos niveles de atención, tanto en el nivel especializado, donde se concentra la experiencia, como en el comunitario, donde se definen los recursos próximos al domicilio del paciente; también el modelo de atención en red, en el que el paciente participa de un conjunto de servicios que se coordinan entre sí; la figura del gestor de casos; el uso de las TICs como herramientas para avanzar en esa comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales; el trabajo con el registro de enfermedades minoritarias; las unidades clínicas expertas; etc.
- Se plantea como reto definir y coordinar el modelo asistencial y que el mapa de unidades clínicas expertas sea una realidad cuanto antes ya que con su puesta en marcha se eliminarán fronteras, se ganará en transparencia y los pacientes estarán mejor tratados. En estos momentos, se han impulsado tres *clusters* de enfermedades tales como las cognitivo-conductuales de base genética en la

El Médico

Shire



FOROS EL MÉDICO/ FUNDACIÓN BAMBERG EN ENFERMEDADES RARAS



- edad pediátrica, neuromusculares en edad pediátrica o metabólicas hereditarias y además se ha ampliado el programa de cribado neonatal de 3 enfermedades a 22. En todas ellas se pide un acuerdo para el modelo basado en los criterios de inclusión, entre otros, masa crítica suficiente para generar evidencia, incluso se habla de concentración a nivel internacional; atención multidisciplinar y compromiso de colaboración; uso y participación en las TICs; trabajo y colaboración con las asociaciones de pacientes; utilización de protocolos, guías y rutas asistenciales, etc.
- En el manejo y abordaje de este tipo de enfermedades, el medicamento ha de ser visto como una herramienta y como una aportación, y no como un problema. En este contexto, las políticas de armonización puestas en marcha en Cataluña,

como el PASFTAC -Programa de evaluación, seguimiento y financiación de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad-, bajo las premisas de participación, transparencia, rigor, metodología y predictibilidad, garantizan la equidad en el acceso y en los resultados en salud, y, a su vez, son motor para la innovación, el desarrollo del conocimiento y la investigación.

- Desde el punto de vista de Farmacia, la colaboración público-privada se plantea como una fórmula interesante en el ámbito de la atención a estas patologías. La fórmula pasa por compartir riesgos y beneficios, por ir de la mano y alineados con el mismo objetivo. La relación de partenariat entre la Administración y la industria está demostrando ser una herramienta de valor añadido.
- El papel de los profesionales sanitarios es clave en el abordaje de estas enfermedades, es destacable su plus vocacional.
- El abordaje de las enfermedades minoritarias ha evolucionado a nivel mundial gracias al papel proactivo de los pacientes y de las asociaciones. En este sentido, su voz es clave y en gran parte han sido los artífices del cambio en las políticas de salud. Se incide en la importancia del soporte al enfermo y a su familia, tanto desde el punto de vista de acceso a prestaciones como del acompañamiento emocional y psicológico. Además, desde las asociaciones de pacientes se defiende que una mejor calidad de vida del paciente y de los familiares supone un menor gasto sanitario. Se refiere a la necesidad de escuchar la voz del paciente para ajustar la atención sanitaria a sus expectativas.

tante de España en el Comité de Medicamentos Huérfanos EMA.

Del mismo modo, se exponían como dificultades, la descoordinación entre profesionales sanitarios, la falta de dispositivos de ayuda sociales y sanitarios, y la existencia de una investigación fragmentada e insuficiente. “A nivel estatal, estamos en una fase informativa, de compartir ideas entre centros, pero no hay una política operativa y de intervención activa”, ha lamentado Àlex Guarga.

En este sentido, los expertos han defendido que hay que mantener el impulso sobre la visibilidad de las enfermedades minoritarias, “aunque esto requiera de tiempo, de diálogo y valentía, de un cambio de actitud y de liderazgos compartidos”, según palabras de Pilar Magrinyà, de la Comissió Assessora de les Malalties Minoritàries (CAMM) de Cataluña, que, actualmente, trabaja para identificar los recursos disponibles para las enfermedades minoritarias. Entre otros, desde la CAMM, se ha elaborado un buscador de laboratorios clínicos que diagnostican enfermedades minoritarias de origen genético, que puede consultarse en Canal Salut, el portal de salud de la Generalitat de Catalunya, y que está pendiente de completarse con los laboratorios que diagnostican enfermedades minoritarias de origen neoplásico e infeccioso. También disponen de un directorio de asociaciones de familiares y afectados; de un directorio inicial de recursos sociales y educativos; y, aunque se dispone de información facilitada por los centros en relación a las enfermedades minoritarias atendidas en los últimos 5 años, se está realizando un mapa de unidades expertas en enfermedades minoritarias.

Unidades clínicas expertas

Así pues, una de las grandes reivindicaciones en el abordaje de estas enfermedades

es que la creación del mapa de unidades clínicas expertas sea una realidad cuanto antes. “Con su puesta en marcha se eliminarán fronteras, se ganará en transparencia y los pacientes estarán mejor tratados”, ha señalado Jordi Cruz Villalba, presidente de la Asociación Española de las Mucopolisacaridoses y Síndromes relacionados.

En el proceso de elaboración de este mapa, como consecuencia del encargo de la CAMM

de implantar el modelo de atención en las enfermedades minoritarias, la base previa, antes de iniciar las actuaciones, ha sido la definición conceptual de centro o unidad clínica experta, tal y como ha explicado el gerent de Planificació, Compra i Avaluació de Serveis Assistencials

del Servei Català de la Salut. “Una actuación que ha removido a todo el sector, donde los centros se han reposicionado, y que ha puesto sobre la mesa el hecho de que la enfermedad es algo que afecta a todo el hospital y que, además, no es sólo una cuestión pediátrica, ya que cuando los enfermos se hacen mayores pasan a la fase adulta”, ha matizado el experto.

Junto a este proceso de conceptualización de las unidades clínicas expertas, Guarga ha identificado también la necesidad de definir la estrategia y aquí ha destacado el rol de liderazgo del CatSalut, como facilitador en el proceso de construcción del mapa. A su vez, dentro de la definición de esa estrategia, el experto ha destacado la importancia de impulsar el trabajo en red, donde todos los nodos tienen un rol, tanto en el nivel experto como en el nivel comunitario. De la misma manera que ha argumentado que, en su desarrollo, es imprescindible que todos los profesionales participen, tanto los clínicos, que son quienes conocen las necesidades clínicas de los pacientes, como los profesionales de gestión, que conocen los aspectos organizativos y de circuitos. Por último, Guarga se ha referido a la necesidad

Una de las grandes reivindicaciones en el abordaje de las enfermedades minoritarias es que la creación del mapa de unidades clínicas expertas sea una realidad cuanto antes



de una definición metodológica, basada en el consenso, bajo la voluntad de sumar y no excluir, en la línea de lo que ha expuesto el conseller.

Tal y como han informado desde el Departament de Salut, las actuaciones realizadas hasta el momento han sido: comunicar a los centros los criterios de inclusión en el mapa de expertos; la identificación de los centros de la comunidad autónoma que quieren participar como expertos en el mapa y las enfermedades minoritarias de las que quieren ser referencia; y la constitución de equipos de trabajo por grupos de enfermedades minoritarias, compuestos por representantes clínicos de dichos centros. En este sentido, cada grupo de trabajo identifica las enfermedades minoritarias –con sus códigos ICD9, ICD10; SNOMED y otros- y los centros participantes del grupo de trabajo informan del número de casos atendidos de cada una de las enfermedades minoritarias; aportan la estrategia del centro en relación a los criterios de experiencia; establecen un debate y un consenso posterior en relación al modelo de atención y la identificación de las unidades clínicas expertas; y proponen las unidades clínicas expertas al CatSalut. Finalmente, el CatSalut es quien define las unidades clínicas expertas definitivas por grupos de enfermedades. “Además del registro de enfermedades y de las unidades clínicas expertas, hay que implicar a toda la base asistencial e ir evaluando resultados, poco a poco, para ello se necesita un volumen de casos aglutinado, un tiempo y una organización en ruta que aún no tenemos”, ha manifestado Guarga, quien, al hilo de esto, añadía que no todas las comunidades autónomas podrán tener un centro de referencia.

Por lo que refiere a los criterios de inclusión en las unidades clínicas expertas, se

ha destacado la necesidad de una masa crítica suficiente para generar evidencia, cuya revisión está basada en la prevalencia de cada una de las enfermedades minoritarias, en el período temporal para el recuento de la “n” de casos, y en la diferenciación de los casos diagnosticados de los casos en seguimiento. Asimismo, se ha remarcado que su abordaje ha de ser multidisciplinar y, por tanto, ha de existir una formalización del equipo multidisciplinario de trabajo para

En Cataluña, desde hace tres años, se están desarrollando políticas y programas de armonización que pretenden un “círculo virtuoso” que plantea criterios para la evaluación, el desarrollo y financiación de estos tratamientos. Se trata del PASFTAC

cada grupo de enfermedades minoritarias, con la identificación de los servicios implicados; una identificación de la figura del gestor del caso, con todos sus datos de contacto; un compromiso de colaboración; de trabajar en red; y de compartir información internamente y externamente con el territorio, como recordaba Guarga. Además, se requiere una identificación de los circuitos de funcionamiento interno del equipo multidisciplinar y, por último, una identificación de los circuitos de relación con el territorio, desde los estrictamente sanitarios, a los sociales, educativos, laborales...

Igualmente, dentro de los criterios de inclusión, se recoge la necesidad de establecer protocolos de derivación de la transición de casos infantiles a servicios de adultos; de hacer uso de las TICs, para el registro de enfermedades minoritarias de Cataluña o para el desarrollo de la historia clínica compartida; y, también, se ha de disponer de documentos para la atención, es decir, protocolos y guías de práctica clínica y rutas asistenciales. Asimismo, se ha de promover la investigación, participando en grupos de investigación reconocidos en el marco de las enfermedades minoritarias, tanto a nivel autonómico, como nacional y europeo, y, por último, se ha de fomentar el trabajo y la colaboración con las asociaciones de pacientes.

Concretamente, en estos momentos, se han impulsado tres *clusters* de enfermedades minoritarias, tales como las cognitivo-conductuales de base genética en la edad pediátrica, neuromusculares en edad pediátrica y metabólicas hereditarias, y además se ha ampliado el programa de cribado neonatal de 3 enfermedades a 22, según ha informado Magrinyà.

En este contexto, la responsable de la Comissió Assessora de les Malalties Minoritàries del Servei Català de la Salut ha destacado el impulso “acertado” que ha supuesto la declaración de 2013 como el Año Nacional de las Enfermedades Raras, por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, quien ha promovido también el mapa de recursos asistenciales hospitalarios y la convocatoria para la identificación, recogida y difusión de buenas prácticas en enfermedades minoritarias. Al respecto, desde Cataluña, aunque se ha comunicado al Ministerio la inviabilidad de aportar información, debido a la falta de rigurosidad de los datos, a la ausencia de un registro de enfermedades minoritarias, y por el hecho de que los enfermos son atendidos simultáneamente por distintos centros, sí se ha plasmado el compromiso de aportar dicha información en la medida que avance la implantación del mapa de unidades clínicas expertas en Cataluña.

Modelo de atención: fortalezas y debilidades

Una de las grandes fortalezas del Plan Estratégico Nacional de las Enfermedades Raras es su utilidad en cuanto a que establece un marco de actuación para mejorar la atención a las enfermedades minoritarias, tal y como ha reconocido el conseller. Pero ha sido la concreción de las actuaciones de la Estrategia en el ámbito catalán la que ha permitido identificar aspectos ligados a estas enfermedades que no se reconocen explícitamente en la Estrategia. Así, las históricas reivindicaciones de las asociaciones de afectados y sus familias, solicitando mayor visibilidad de estas enfermedades de baja prevalencia y una mejora en la atención, suponen un cambio sustancial en los servicios asistenciales que participan de un modelo de atención en red, en el que “es

fundamental sumar, y no excluir, para compartir el conocimiento e investigación y para compartir también el seguimiento de los enfermos”, subrayaba Boi Ruiz.

Así pues, la implantación y el desarrollo de la Estrategia en Cataluña se ha materializado en un modelo de atención a las enfermedades minoritarias, aprobado en 2010, cuya valoración por los expertos es positiva, tanto por su planteamiento, como por su proceso de implantación y sus bases estratégicas, “alineadas con las recomendaciones que vienen desde Europa, tales como el desarrollo del trabajo en red”, como ha apostillado el Dr. Torrent.

Además, el modelo destaca también por su integración en los ejes del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, concretamente, en los programas de prevención y atención a la cronicidad, que incorporan los aspectos de coordinación y comunicación entre la Atención Primaria y la Especializada del territorio (Programa de Prevención y Atención al Paciente Crónico Complejo). También en la planificación del terciarismo, que aglutina la línea de actuación vinculada a las unidades clínicas expertas, y en la resolución de la alta complejidad.

Asimismo, en este modelo de atención a las enfermedades minoritarias, que responde a las necesidades de los pacientes, recogidas a través del estudio *Anàlisi del procés d'atenció a persones afectades d'una malaltia minoritària: bases per a la planificació d'un model d'atenció integral en el context públic català*, tal y como han explicado los expertos, se incluyen una serie de recomendaciones explícitas en tres líneas. Por un lado, en cuanto al proceso diagnóstico y los sistemas de diagnóstico precoz, donde entran en juego el consejo genético, el acompañamiento y la comunicación del diagnóstico y del proceso a la familia, la mejora de la detección de síntomas y signos para reducir el tiempo de espera, etc. Por otro, respecto al plan de atención integral, se pone en valor la coordinación, el rol que desempeñan las asociaciones de pacientes, la interdisciplinariedad, el consenso en la rehabilitación, el rol de la Atención Primaria, la transición a

EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA JORNADA DE DEBATE

BOI RUIZ. Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya

ROSER VALLÈS I NAVARRO. Directora general d'Ordenació i Regulació Sanitàries

ANTONI GILABERT. Gerent d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut

ÀLEX GUARGA ROJAS. Gerent de Planificació, Compra i Avaluació de Serveis Assistencials del Servei Català de la Salut

PILAR MAGRINYÀ. Comissió Assessora de les Malalties Minoritàries. Servei Català de la Salut

JOSEP TORRENT. Representante de España en el Comité de Medicamentos Huérfanos EMA

RAMON JÓDAR MASANÉS. Servei de Farmàcia. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

JULIO MARTÍNEZ CUTILLAS. Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

JORDI CRUZ VILLALBA. Presidente de la Asociación Española de las Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados

adultos, y donde también se evidencian las dificultades en la atención domiciliaria en niños terminales... Y, por último, en relación al soporte al enfermo y a su familia, especialmente, el emocional y psicológico, además del acceso a las prestaciones, según ha explicado Magrinyà.

Como fortalezas del modelo se han señalado: a) la adecuación de las líneas de actuación, en los dos niveles de atención, tanto en el nivel especializado, concentrando la experiencia, como en el comunitario, donde se definen los recursos próximos al domicilio del paciente; b) el modelo de atención en red, en el que el paciente participa de un conjunto de servicios que se coordinan entre sí, cooperan y comparten el seguimiento y acompañamiento del enfermo; c) la figura del gestor de casos, a nivel experto y a nivel comunitario, que es el encargado de la coordinación y de garantizar la información al enfermo y a su familia; d) las unidades clínicas expertas, fruto del acuerdo y del diálogo entre los profesionales; e) el trabajo con el registro de enfermedades minoritarias; f) y el uso de las TICs como herramientas para avanzar en esa comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

En cuanto a las dificultades, los expertos han evidenciado el crítico entorno económico, que impide aportar más recursos al nuevo modelo de atención, y que aún no se han podido evaluar los resultados ya que el modelo está en fase de implantación. De hecho, no existen resultados evaluados respecto a la duración del proceso de diagnóstico, ni en lo referente al acompañamiento mientras se hace el proceso, ni acerca de la comunicación del propio diagnóstico, incluso en un ámbito clave como es el asesoramiento genético. “No se han evaluado resultados, pero hay indicadores que permiten identificar progreso en el planteamiento”, ha reconocido el conseller de Salut.

Al hilo, Boi Ruiz ha confirmado que, en estos momentos, existe el compromiso explícito de ocho hospitales en cumplir los requisitos de experiencia; hay acuerdo y consenso de los profesionales clínicos expertos que son llamados a participar en los grupos de trabajo; se ha incluido el abordaje de las enfermedades minoritarias en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, como elemento troncal de las actuaciones sanitarias de la comunidad autónoma; y se ha producido una inversión económica del CatSalut. Concretamente, se



han destinado recursos para la ampliación del cribado neonatal; para la elaboración del buscador de laboratorios; para la actualización y adecuación del Canal Salut como fuente de información para los enfermos, las familias y los profesionales; para la inclusión del registro agregado de enfermedades minoritarias en el Plan de Sistemas TICs del CatSalut; y para los tratamientos farmacológicos de alta complejidad; entre otros.

Además, el plan de actuación en las enfermedades minoritarias de Cataluña tiene un fuerte componente intersectorial, tal y como han defendido repetidas veces los expertos que han participado en el encuentro. De hecho, se ha reconocido la importancia de la integración de los recursos sociales, sociosanitarios, educativos y laborales, sobre todo, en el ámbito comunitario. Así, para algunas enfermedades minoritarias se contempla un trabajo compartido entre los recursos sanitarios (unidades clínicas expertas, equipos de Atención Primaria, logopedia, fisioterapia-rehabilitación, hospitales de día) y los recursos sociales (centros de día, trabajo social), los recursos educativos (escuelas de educación especial, centros de atención a discapacidades sensoriales específicas, escolarización domiciliaria...) y los recursos del ámbito laboral (centros especiales de trabajo, reinserción laboral...).

Programas de armonización

Por otra parte, en el manejo y abordaje de este tipo de enfermedades, junto a las estrategias asistenciales, organizativas y de desarrollo de un modelo de atención, el medicamento ha de ser visto como una herramienta más y como una aportación, y no como un problema. “El tema de los medicamentos huérfanos, por desgracia, se vive como un problema, porque se analiza desde una perspectiva estrictamente económica y, en realidad, debería ser todo lo contrario, se debería ver como una alegría

En Cataluña existe un fondo o presupuesto centralizado para productos de alto impacto económico, diferenciado del presupuesto del propio hospital

para todos que la industria desarrolle productos, otra cosa es hasta qué punto puede o no curar y ahí cada uno asume sus riesgos”, ha manifestado Antoni Gilabert, gerent d’Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut.

En este contexto, en Cataluña, desde hace tres años, llevan desarrollándose políticas y programas de armonización que pretenden un “círculo virtuoso” que plantea criterios para la evaluación, el desarrollo y financiación de estos tratamientos. Concretamente, como ha explicado el experto, se trata del PASFTAC -Programa de evaluación, seguimiento y financiación de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad-, que “bajo las premisas de participación, transparencia, rigor, metodología y predictibilidad”, como ha señalado Gilabert, garantizan la equidad en el acceso, exigen la medición de resultados en salud, no sólo de gasto, y, a su vez, son motor para la innovación, el desarrollo del conocimiento y la investigación, en equilibrio con la sostenibilidad. “Esta estrategia global se recoge en el Plan de Salud de Cataluña y se incorpora como algo más dentro de la Comissió Assessoradora de les Malalties Minoritàries del Servei Català de la Salut, que es donde están los pacientes”, ha manifestado Gilabert.

Así pues, dentro del apartado de la financiación, los expertos han explicado que en el abordaje de estas enfermedades, una vez que el medicamento ha pasado por el programa (en la actualidad hay 30 medicamentos evaluados que están dentro del programa) existe un fondo o presupuesto centralizado para productos de alto impacto económico, diferenciado del presupuesto del propio

hospital, de manera que el hospital no se ve “penalizado” o ve afectado su presupuesto si tiene que atender a algún paciente que requiera de estos tratamientos de coste elevado. “Muchos ven los programas de armonización como una restricción al acceso, pero es todo lo contrario, es lo que garantiza el

acceso, de cualquier otro modo, el sistema se colapsaría y eso ya lo vivíamos hace tres o cuatro años”, reconocía el experto. En estos momentos, según ha explicado Gilabert, el presupuesto es de 81 millones de euros, para 5.000 pacientes, con una media de 30.000 euros por paciente, pero teniendo en cuenta que hay pacientes cuyo tratamiento tiene un coste de 300.000 euros al año. En este sentido, ha comentado que la prueba del éxito de este programa es que, desde enero y hasta el mes de julio de este año, se han incorporado 650 pacientes nuevos con tratamientos complejos. “En 2012 el número de pacientes creció un 14 por ciento, frente al gasto en farmacia que decreció un 10 por ciento, de media, entre hospitales y Atención Primaria”, tal y como ha informado el gerent d’Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut.

Por su parte, Ramon Jódar Masanés, del Servei de Farmàcia de l’Hospital Universitari de Bellvitge de Barcelona, ha señalado que el PASFTAC es una herramienta positiva, con poca trayectoria todavía, que habrá que evaluar. “En nuestro caso, al ser un hospital de Institut Català de la Salut, con un presupuesto que viene directamente del Parlament, la situación es diferente y es un tema que habrá que pulir”, tal y como ha explicado. De la misma opinión es Julio Martínez Cutillas, del Servei de Farmàcia de l’Hospital Universitari Vall d’Hebron de Barcelona, quien ha reconocido que el PASFTAC es una herramienta de ayuda en la tarea diaria, puesto que establece los criterios de uso, indicación y utilización de los tratamientos. Asimismo, Martínez Cutillas ha querido dejar constancia de que la información que se tiene sobre la utilidad de los medicamentos huérfanos no es suficiente, al tiempo que ha señalado que estos medicamentos son probados en muy pocos pacientes, “hay que seguir estudiando el medicamento cuando sale al mercado”, ha concluido el experto. Una opinión que ha sido matizada por Juan Ferrero, VP & General Manager Spain & Portugal de Shire España, quien ha explicado que todos los medicamentos huérfanos siguen los mismos ensayos clínicos, sufren los mismos protocolos y cumplen los mismos requisitos que cualquier otro medicamento, “la única diferencia es que la “n” de pacien-



tes que se incluyen en los ensayos clínicos es mucho menor, porque no hay pacientes disponibles, es por ello que parte de los compromisos que adquiere la industria cuando se autoriza un medicamento huérfano es seguir aportando datos en ciclos establecidos”, subrayaba Ferrero.

En esta línea, el Dr. Torrent ha apuntado que “la evidencia en enfermedades minoritarias viene de si aceptamos o no un cierto compromiso con entender que estas enfermedades no son iguales a las prevalentes”, a lo que ha añadido que “si, en el caso de las enfermedades minoritarias, esperamos a tener el mismo nivel de evidencia que tenemos en las enfermedades prevalentes, condenaríamos a estos pacientes a esperar entre cinco a siete años más en el acceso a estos tratamientos”. Al respecto, ha aclarado que “todos hemos convenido en un acceso más rápido a estos medicamentos, en fases mucho más tempranas, porque logísticamente no se puede hacer de otra manera y, además, sabiendo que no todos los pacientes van a responder a estas terapias tan caras”. Al hilo, Jordi Cruz, presidente de la Asociación Española de las Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados, como paciente y padre afectado, ha defendido que “cuando sabemos que existe un medicamento luchamos por esa oportunidad y por un futuro tratamiento”.

También en este contexto, desde el punto de vista de Farmacia, la colaboración público-privada se ha planteado como una fórmula en el ámbito de la atención a estas patologías. Esto, como han acordado, pasa por compartir riesgos y beneficios, por ir de la mano, alineados con el mismo objetivo final

y, en este contexto, la relación de partenariatado entre la Administración y la industria está demostrando ser una herramienta de valor añadido. “No es una cuestión de comprar o vender producto sino de integrar en la asistencia general una estrategia terapéutica que nos permita ir avanzando, no podemos quedarnos en el corto plazo”, afirmaba Gilabert.

Por último, se ha puesto en valor el papel del los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), “si hemos sido capaces de armonizar el tema de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad en Cataluña, confiamos en que los IPT se puedan desarrollar bien en todo el territorio, pero esto sólo se puede hacer con consenso y contando con la opinión de las partes implicadas”, ha reconocido el gerent d’Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut.

Papel proactivo de los pacientes

Por su parte, la directora general d’Ordenació i Regulació Sanitàries, Roser Vallès i Navarro, también ha destacado que el abordaje de las enfermedades minoritarias ha evolucionado a nivel mundial gracias al papel proactivo de los pacientes y de las asociaciones. Una opinión compartida con el Dr. Torrent quien ha defendido que los pacientes son los artífices del cambio de las políticas de salud, “su voz es clave”, ha señalado el experto, al tiempo que ha subrayado que “debe existir un compromiso político para desplegar modelos de atención específica a las enfermedades minoritarias y que estos sean anclados como una actividad más dentro las políticas de Salud Pública, como cual-

quier otra enfermedad”. En este sentido, el Dr. Torrent ha puesto sobre la mesa la existencia de iniciativas, como las desarrolladas en Francia, donde, entre 2004 y 2009, se generaron 150 *clusters* de unidades de expertos, con 150 millones de euros, cifra que se aumentó hasta 180 millones de euros, para el período 2010-2014, “cada país pone en el asador diferente materia prima, en este sentido, el modelo francés es el más elaborado de toda la Unión Europea, y España está en una segunda línea muy potente, muy cerca de otros países punteros, con Cataluña a la cabeza en particular. Tal vez la asfixia económica sea un factor limitante para el acceso a algunos medicamentos”, ha matizado.

Asimismo, Vallès ha incidido en la importancia del soporte al enfermo y a su familia, tanto desde el punto de vista de acceso a prestaciones como del acompañamiento emocional y psicológico, del mismo modo que ha reivindicado la necesidad de escuchar la voz del paciente para ajustar la atención sanitaria a sus expectativas.

Desde las asociaciones de pacientes, en palabras de Jordi Cruz, se ha defendido que una mejor calidad de vida del paciente y de los familiares supone un menor gasto sanitario y se ha reiterado la necesidad de un trabajo multidisciplinar, “con coordinación y transparencia”, en el abordaje de estas enfermedades de las que, tal y como ha expresado Cruz, y en la línea de lo que argumentaba el Dr. Torrent, “ya no se puede lamentar su invisibilidad, puesto que ya hay una conciencia y un conocimiento generalizado importante de lo que son, pero en las que el día a día del enfermo es lo más complejo” ■



El médico como enfermo

El médico muchas veces se olvida de que él también puede ser un paciente, y de hecho un paciente complicado, porque pese a ser el mayor experto, a veces es el último en reconocer sus propios síntomas. Por eso, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) avanza cada día para consolidarse en todo el territorio español, pese a las actuales dificultades económicas. Prueba de ello es el V Congreso PAIME, celebrado recientemente en Burgos, donde se habló del papel de los colegios y administraciones, de la crisis, y de otras iniciativas que pueden servir de ejemplo.

Texto | Silvia C. Carpallo



REPORTAJE DE PORTADA

El médico como enfermo

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) lleva ya 14 años de andadura, habiéndose consolidado en todo el territorio nacional como una necesidad básica de la profesión médica, y ya sólo por sí mismo, como uno de los motivos de la necesidad de la colegiación obligatoria. “Los médicos enfermamos igual que el resto, pero solemos llegar muy tarde a la asistencia, y además nuestras enfermedades pueden ser un riesgo para el paciente”, eran palabras que Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, citaba en la presentación en Madrid del V Congreso PAIME.

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) lleva ya 14 años de andadura, habiéndose consolidado en todo el territorio nacional como una necesidad básica de la profesión médica

Poniendo cifras a esta afirmación, si en 2012 se atendieron un total de 313 pacientes (3.099 desde el comienzo del programa en 1998), 59 de los mismos fueron considerados como casos complicados, que podrían haber incurrido en una mala praxis, y otros 55 en posibles conflictos en el entorno laboral. La buena noticia es que un porcentaje cercano al 90 por ciento se han recuperado, incorporándose de nuevo al ejercicio de la Medicina.

Pese a que estas cifras justificarían en sí la importancia de este programa, los tiempos son difíciles, y si bien algunas comunidades autónomas siempre habían colaborado económicamente con el mismo, hoy han dejado de hacerlo, o han disminuido la subvención. Es por ello que la mayoría de la financiación del total de 1.877.860 millones de euros de coste del programa entre 2011 y 2012 proviene de los propios colegios médicos. Pese a ello, Serafín Romero, secretario general de la OMC, declaraba que en su opinión “tarde o temprano el PAIME debería estar en el BOE, no debería depender exclusivamente de las personas”.

El PAIME en datos

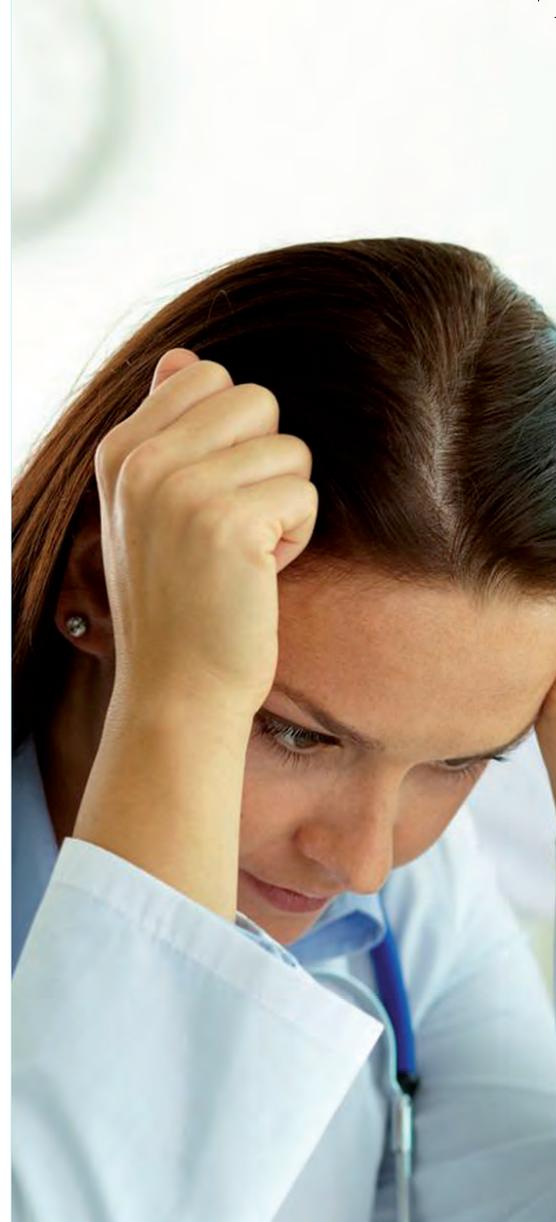
Con ocasión de la celebración del último

congreso PAIME en la ciudad de Burgos el pasado mes de mayo, sus representantes se reunían con anterioridad en la sede de la OMC en Madrid, para hacer un análisis de los datos del programa en el último año. Era de nuevo Serafín Romero el encargado de ofrecer estas cifras, y también el de dar un perfil generalizado del

médico enfermo. Éste sería varón, trabajaría en Atención Primaria, en un medio urbano, con contrato fijo, y acudiría al programa generalmente por algún tipo de trastorno mental. De hecho, según los datos recogidos, la mayoría de los ingresos, un 67 por

ciento, son debidos a trastornos mentales y casi un 30 por ciento debido al consumo de alcohol y drogas. Llama la atención el aumento de casos de por trastorno adaptativo, un 15 por ciento, que según Romero “en los próximos dos años será un motivo prioritario de análisis”. Un 77 por ciento acudió al programa por propia voluntad, pero aumenta el número de casos que acuden por comunicación confidencial o por denuncias formales. En cuanto a las derivaciones, un 23 por ciento provienen de parte de un compañero de profesión y un 18 por ciento por parte de familiares. Volviendo a datos relacionados con el perfil de este médico enfermo, el 61 por ciento de los médicos atendidos trabajaba en Atención Primaria, y un 78 por ciento del entorno urbano. Más de la mitad eran hombres.

Preocupa especialmente el hecho de que un 0,46 por ciento de los colegiados en España de menos de 30 años, cifra superior a otras franjas de edad, sea una de las diásporas en este tipo de asistencia médica. Es por ello que se está realizando una especial focalización hacia el paciente MIR, y es que, en palabras de Serafín Romero, “existe un importante choque entre las expectativas y la realidad”, que podría condicionar una serie de trastornos adaptativos



en este colectivo. Respecto a otras franjas de edad, un 26 por ciento se encontraba entre los 41 a 50, un 19 de 31 a 40, y un 8 por ciento era mayor de 61 años.

También se obtenían datos por especialidades, y es que si bien la Atención Primaria, por cuestiones quizás tan obvias como la presión asistencial, son de las más afectadas (un 40 por ciento de los casos), le siguen a mucha distancia, con porcentajes de entre un cinco y dos por ciento, Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría, Anestesiología, Traumatología, y Ginecología.

En cuanto a datos por comunidades autónomas, los casos se reparten entre Cataluña (1.612), Andalucía (531), Madrid (405), País Vasco (149), Castilla y León (85) y Castilla La Mancha (73).

Sobre cuestiones más económicas, ya citá-



bamos que el coste total del programa entre 2011 y 2012 era 1.877.860 millones de euros. Se calcula que el coste medio de una primera visita ronda los 60 euros, mientras que las visitas sucesivas estarían en los 40, y el coste medio de los internamientos es de 260 euros. Así, se atendieron 649 primeras visitas y 7.622 visitas sucesivas y se contabilizaron 260 ingresos hospitalarios, con una media de ingreso en las unidades de internamiento de 32 días.

Una filosofía rehabilitadora

Para conocer un poco mejor el funcionamiento y las bases de este programa, EL MÉDICO ha hablado con Nina Mielgo Casado, directora técnica de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias (FPSOMC). “El PAIME es un programa con una filosofía rehabilitadora, que promueve el acceso voluntario de los pacientes al

programa, en un clima de estricta confidencialidad, de acuerdo a unos requisitos estipulados y mediante la intervención de profesionales altamente cualificados”, resumió a grandes rasgos la experta.

Concretando, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo nació, de hecho, para ayudar a médicos con este tipo de trastornos, que en realidad pueden llegar a sufrir uno de cada diez profesionales a lo largo de su vida laboral, con la consiguiente incidencia en su ejercicio de la Medicina, por lo que es fundamental el acceso a un tratamiento eficaz. Se fundamenta en el deber ético recogido en el Código

de Deontología Médica. El artículo 22 dice que “si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediata-

mente consejo a algún compañero de su confianza, para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional”.

Es por todo ello que el papel de los colegios médicos es básico en todo el programa, ya que de hecho, son la puerta de entrada. Según Mielgo, “los colegios cuentan con una infraestructura organizativa y una dotación de recursos suficiente, para

En 2012 se atendieron un total de 313 pacientes (3.099 desde el comienzo del programa en 1998), 59 de los mismos fueron considerados como casos complicados, que podrían haber incurrido en una mala praxis

de Deontología Médica. El artículo 22 dice que “si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediata-



REPORTAJE DE PORTADA

El médico como enfermo

informar sobre el programa y facilitar el acceso al tratamiento”. De hecho, es desde los colegios donde el propio profesional, o un compañero del mismo, deben acudir para activar el protocolo que le derivara a la red de profesionales, en su mayoría del ámbito de la Psiquiatría y psicología, que tratará a este médico enfermo. Los casos más complejos o que requieran internamiento son derivados a su vez a la Fundación Galatea, en Barcelona.

Las claves de su éxito, en palabras de la experta, serían precisamente esa filosofía rehabilitadora y no punitiva, y el hecho de haber trabajado mucho en el fácil acceso al programa para todo médico que lo necesite. Asimismo destaca la coordinación

con los departamentos de prevención de riesgos laborales de los centros de trabajo de los médicos, así como con la Administración pública responsable de la Sanidad en cada autonomía, y el consenso de circuitos de derivación y protocolos en todo el territorio del Estado.

Pero sin duda, otra de las claves es la confidencialidad, tanto de los afectados, como de su tratamiento, ingreso y posterior seguimiento y recuperación. No hay que olvidar que este es un colectivo muy sensible, y muy peculiar, y es que a veces los médicos resultan ser los peores enfermos. El hecho de sentirse tranquilos y amparados por el propio colectivo, evitando reacciones como el miedo, el sentimiento de culpa, o la posible estigmatización social, son claves a la hora de conseguir el éxito en la intervención.

Nuevos tiempos, nuevas herramientas

Para la consolidación del propio PAIME, como de sus protocolos y métodos de actuación en todo el territorio español, una de las novedades del último V Congreso PAIME era la presentación de la Guía y del

Manual PAIME. Ambas publicaciones comparten el objetivo de recoger y sistematizar el conocimiento acumulado durante estos años, y divulgarlo entre el colectivo médico en general y los propios colegios, pero sus funciones, sin embargo, están bien diferenciadas.

Nina Mielgo explica que la Guía PAIME tiene una función más divulgativa sobre el qué, el cómo y el para qué de las funcio-

nes del propio programa, estando destinada a todos los profesionales. Se trata, por tanto, de una publicación destinada a todo el colectivo médico que ejerce su profesión en España y que, en algún momento de su carrera puedan necesitar, para ellos o sus

compañeros, la ayuda del programa. Incluye una explicación detallada sobre la naturaleza y características del PAIME y describe el papel del médico enfermo, el de los colegios de médicos, los compañeros, familiares y otros allegados, complementándose con una información sobre los actuales PAIMES colegiales.

Por otra parte, el Manual PAIME, lo que pretende es dirigirse a las directivas de los colegios para poder homogeneizar las herramientas y protocolos en estos casos. Así describe pormenorizadamente el programa y los protocolos de funcionamiento, entre ellos, los requisitos para poder acceder, la recepción de las demandas, los criterios para la detección del riesgo, orientaciones sobre la voluntariedad y normas de confidencialidad, el contrato terapéutico y demandas de internamiento. Esta publicación, entonces, estaría más orientada hacia los clínicos vincula-

dos al PAIME y juntas directivas de los colegios.

Ambos documentos supondrán una mayor difusión del programa y una mayor consolidación del mismo en los colegios, pero además facilitarán la comunicación intercolegial, a través del consenso de protocolos y otras herramientas de gestión.

El papel de colegios e instituciones

“Cuidando de ti, cuidando de todos”. Ese era el lema con el que los días 23 y 24 del pasado mayo, se celebraba en Burgos, el V Congreso PAIME. Un lema muy acertado. Juan José Aliende Miranda, presidente del Colegio de Médicos de Burgos, planteaba como los tres principales objetivos de este encuentro, el consolidar el programa en todos los colegios del territorio español, después el de implicar y sensibilizar a las Administraciones con esta iniciativa, y por último, el de homogeneizar todos los programas en las diferentes Comunidades Autónomas. Una vez finalizado, EL MÉDICO le preguntaba si los daba por cumplidos, declarando que lo habían hecho “plenamente”. Así, consideraba que además de estos temas, algunos de los más destacados habían girado, como no, alrededor de la crisis. “Una crisis, como la actual, puede ser también una oportunidad para aumentar la resistencia –resiliencia– para afrontar cambios y mejoras tanto a nivel profesional como institucional. La clave puede estar en el profesionalismo.”

Un 77 por ciento acudió al programa por propia voluntad, pero aumenta el número de casos que acuden por comunicación confidencial o por denuncias formales

Pero si hubo un tema troncal, y que haya generado más expectativas, era el de concretar cuál es o cuál debe ser el papel tanto de los colegios profesionales, como de las ins-

tituciones sanitarias. Aliende también ofrecía su visión a este respecto, apuntando que “el rol de los colegios debe ser el de regular la profesión, para que todos los médicos estén en condiciones de evitar la mala praxis”. Pero da un paso más allá, ya

que considera que las instituciones también deben tener “una mayor implicación en la difusión y financiación del programa, y potenciar, a través de los servicios de salud laboral, la formación y prevención de los factores de riesgo”.

Así, una de las cuestiones que se planteaba ya desde la inauguración del congreso es el hecho de que la salud del médico es una responsabilidad que debe ser compartida por ambos actores. De esta manera salía a relucir la idea de establecer esos programas preventivos y asistenciales, que potencien entornos saludables para el bienestar de los profesionales, y así “se garantice que todos los ciudadanos reciban la debida atención”. Esa era la propuesta que Jaume Padrós, presidente de la Fundación Galatea, realizaba durante la mesa inaugural. Padrós, que forma parte de los creadores e impulsores del PAIME, que puso en realidad en marcha el Colegio de Médicos de Barcelona en 1998, analizaba con más detalle el papel de las instituciones, en una entrevista realizada para “Médicos y Pacientes”. En la misma explicaba que el papel de los colegios no debe ser otro que el de la autorregulación. “Si los colegios quieren liderar, deben desarrollar con más énfasis su función reguladora del ejercicio. En otras palabras, se debe avanzar más en la gestión sancionadora y de control en los casos de riesgo. Es lo que justifica la colegiación obligatoria y forma parte de nuestro contrato social, y el PAIME da pleno sentido a esta función.”

Insistía en esta idea, Seraffín Romero, secretario general de la OMC, que entre sus conclusiones finales citaba que es fundamental que, tanto desde los propios colegios de médicos, sus consejos autonómicos y el Consejo General de Colegios de Médicos se enfatice ante el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, la imperante necesidad de una financiación compartida entre todos estos agentes.

Una crisis siempre protagonista

“Cómo preservar la salud del médico en medio de una crisis larga y profunda”, una





REPORTAJE DE PORTADA

El médico como enfermo

pregunta compleja, pero con no pocas respuestas. No es una novedad que la crisis ha afectado especialmente al personal sanitario, ya que gran parte de los recortes han sido en materia de Sanidad, y más concretamente, en el capítulo uno, es decir, personal y salarios. Paralelamente, han sido los profesionales sanitarios quienes han tenido que enfrentar la situación de recortes ante sus pacientes,

no sin conflicto, y desde luego, no sin presiones. Todo ello ha supuesto un motivo más para tender una mano hacia estos médicos, ante posibles problemas de índole psicológico. Según informaban desde la Revista oficial de la Organización Médica Colegial, era José Ramón Repullo, jefe del departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, quien intervenía en Burgos para dar su visión experta a este respecto. En su opinión, si no se hacen cambios, y se sigue con el modelo actual, que no termina de dar un giro real hacia la cronicidad, se provocará un desajuste en el que los sistemas cada vez serán más ineficaces e insostenibles, la práctica clínica será "tóxica" para los pacientes, y la Sanidad se encarecerá sin aportar un verdadero retorno de calidad de vida para el paciente. Su remedio ante esta desoladora predicción pasa por apostar cuanto antes por una Medicina basada en la modestia, la evidencia, y la afectividad. "Los médicos debemos construir una hermandad profesional sensata y responsable, en la que los charlatanes y engreídos no deben tener altavoz. Debemos mejorar las habilidades, para enfrentar un entorno adverso, endureciendo la mano con más ciencia y poniendo el guante de seda de la cortesía, recordando que el plano afectivo no solo da calidad, sino que desanuda conflictos profesionales y cura las organizaciones enfermas de vanidad", declaraba, tal y como publicaba la revista de la OMC.

Un encuentro productivo

Buscar otras experiencias que pudieran

servir como ejemplo o a modo ilustrativo era uno de los objetivos del V Congreso PAIME. Así, una de las mesas se centraba precisamente en abordar esta temática, interviniendo en la misma, entre otros, la Dra. Clara Gerada, *Chair of Council of the*

Royal College of General Practitioners y medical director del PHP, y la Dra. Carmen Renedo, del Programa de Atención Integral a la Salud del Juez del

Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), para que ambas pudieran aportar una nueva perspectiva de lo que supone la enfermedad en un profesional. "Cuando un médico busca ayuda por problemas de drogas o alcohol, sorprende lo rápido que se quita la bata y se convierte en un paciente", afirmaba la doctora Gerada, que explicaba además que su programa dentro del NHS inglés, tiene muchas similitudes con el PAIME español.

Otro programa que también ha sabido aprovechar el éxito del PAIME, es el "Programa de Atención a la Salud del Juez", iniciado gracias al acuerdo del Consejo General del Poder Judicial con el CGCOM. Actualmente esta experiencia se está incorporando para los miembros de la carrera judicial, jueces y magistrados, de manera que se les facilite ayuda en los riesgos derivados de la profesión, con actuaciones de prevención, protección y promoción de la salud integral del colectivo.

Además de una visión más teórica, el V Congreso PAIME también quiso ofrecer una perspectiva más práctica a los profesionales participantes, impartiendo diferentes talleres que versaron sobre: "Desenvolverse en organizaciones complejas. Una perspectiva para la prevención del malestar de los profesionales"; "Psicoterapia grupal intensiva en drogodependencias"; "Organización y desarrollo del PAIME en cole-

gios, luces y sombras", y "Técnicas de afrontamiento para el cambio personal".

Entre las conclusiones de esta cita, destacaron finalmente algunas como que el PAIME debe estar ubicado en el ámbito colegial por coherencia con sus funciones estatutarias. De manera que, si los colegios quieren liderar sus competencias, deben desarrollar con más énfasis su función reguladora del ejercicio. En otras palabras se debe avanzar más en la gestión sancionadora y en el control de los casos de riesgo. Esto por sí mismo justifica la colegiación universal y forma parte del contrato social de la profesión médica.

En cuanto a otros organismos implicados, como son los servicios de prevención de riesgos laborales, se estaba de acuerdo en que su objetivo principal debe de ser el de prevenir los factores de riesgos psicosociales de los trabajadores, y aumentar su capacidad de resiliencia, mediante la atención y formación en conocimientos y habilidades de afrontamiento. Pero también han de intervenir a nivel organizacional para aumentar su capacidad de resiliencia mediante el dialogo con ésta, la elaboración y desarrollo de programas de gestión dirigidos a fortalecer el funcionamiento de la empresa. Para los servicios de prevención de riesgos laborales, la vía PAIME es

Muchos expertos consideran que el rol de los colegios debe ser el de regular la profesión, para que todos los médicos estén en condiciones de evitar la mala praxis

una vía importante para atender, fortalecer y hacer resistente al profesional de la Medicina. Igualmente se incidió en la importancia de la rapidez de la respuesta en la atención al médico enfermo por su inci-

dencia en la evitación del aislamiento profesional y social y el agravamiento de los riesgos de un ejercicio inadecuado.

Presente y futuro

Pese a que el esfuerzo, las ganas y las iniciativas son muchas, el problema al final es el de siempre: la financiación. En una entrevista para Médicos y Pacientes,



Dolores Crespo, responsable del PAIME en el Colegio de Médicos de Madrid, explicaba que, por ejemplo, en Madrid se mantiene un convenio de colaboración, aunque se ha disminuido a un tercio de la aportación económica en el año 2013, en relación con los ajustes económicos. Así, se mantiene la Uvopse dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos para todos los profesionales sanitarios, aunque también ha sufrido recortes de personal. La situación es similar en otras autonomías, ya que no todas han podido mantener el compromiso adquirido con anterioridad, al menos, a nivel económico.

Si bien ese es el presente, sólo queda mirar hacia delante y seguir apostando por un programa, que más que un lujo, es una necesidad. Sobre las perspectivas del PAIME vuelve a hablar de nuevo Jaime Padrós, que se marca como objetivo el intensificar las acciones formativas y preventivas. Hay que tener en cuenta que cuando se habla del médico enfermo, también se habla del profesional que atiende al mismo, muchas veces no compensado como debería. Es por ello que regular a estos profesionales es también una misión fundamental. Como punto final, Nina Mielgo se marca a largo plazo un único objetivo claro, "la consolidación del programa colegial para que esté disponible para todos los médicos en activo que lo necesitan, es decir, darlo a conocer como una buena práctica exportable a otros países y a otras profesiones" ■

Documentación y fuentes

1. OMC.
2. Médicos y Pacientes.
3. V Congreso PAIME.
4. Entrevista Nina Mielgo. Directora técnica de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias (FPSOMC).
5. Entrevista Juan Aliende. Presidente del Colegio de Médicos de Burgos.
6. EL MÉDICO INTERACTIVO.



Be part of the No. 1!

20 – 23 Nov 2013 Düsseldorf · Germany

www.medica-tradefair.com





En la gestión de la Sanidad

hay que contar con los profesionales,
pero también deben implicarse
pacientes y asociaciones



Pilar de Lucas

Presidenta de la Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR)

Texto | Mónica de Haro

Fotos | SEPAR



ENTREVISTA Pilar de Lucas

“En la gestión de la Sanidad hay que contar con los profesionales, pero también deben implicarse pacientes y asociaciones”

Compromiso social + colaboración con la Administración + información + transparencia, la ecuación de SEPAR para luchar contra las enfermedades respiratorias crónicas y para mantener un sistema de Salud Pública que asegure los principios de universalidad, calidad y equidad.

Desde su creación hasta la actualidad, ¿cuáles han sido los máximos logros de SEPAR?

Desde sus inicios, SEPAR ha perseguido de forma constante la consecución de sus fines fundacionales: impulsar la investigación en enfermedades respiratorias, favorecer la mejora en la formación de sus asociados, y proteger y promover la salud respiratoria de la población. Y, so pena de pecar de vanidad o triunfalismo, se puede decir que los resultados alcanzados han sido muy satisfactorios. Nuestros grupos de investigación son líderes mundiales en una patología tan prevalente como la apnea del sueño y están muy bien posicionados en asma, EPOC, tabaco y enfermedades respiratorias intersticiales. Cada año formamos a más de 2.800 especialistas gracias a nuestros cursos de formación continuada que, además de las materias científicas propias, abarcan competencias transversales como son la bioética, la metodología de la investigación y la gestión clínica. Finalmente, a lo largo de la última década hemos acometido una importante labor de compromiso social puesta de manifiesto en los trabajos de SEPAR-solidaria, SEPAR-pacientes y de

colaboración con la Administración para asegurar la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Más en concreto, ¿qué valoración hace del 46º Congreso Nacional de SEPAR celebrado en Barcelona del 14 al 15 de junio?

Como todos los Congresos de SEPAR ha sido un evento enriquecedor a todos los niveles. Los Congresos de SEPAR reúnen a más de 2.000 profesionales y son una referencia, ya que presentamos todos los nuevos conocimientos generados en un año. Desde la dirección del comité de congresos, el comité y el presidente local trabajan mucho y muy profesionalmente para que el Congreso sea siempre exitoso. Y en este caso lo ha sido. Barcelona, nos ha acogido de forma maravillosa, la calidad de las ponencias y estudios de investigación presentados ha sido muy alta y se han abor-

orado temas fundamentales a fecha de hoy como son las nuevas tecnologías, la necesidad de crear alianzas con todos los agentes implicados en la atención sanitaria y, por supuesto, el reconocimiento que pacientes y asociaciones han de tener actualmente en la gestión de la Sanidad. El resultado quizás más importante: la satisfacción

expresada por todos los asistentes.

En qué punto se encuentra la Sociedad, ¿próximos retos a alcanzar?

Entre manos tenemos varios retos importantes: el diagnóstico de la EPOC y la apnea del sueño. Diversos estudios mues-

tran que en España hasta el 73 por ciento de los pacientes que sufre EPOC está sin diagnosticar, al igual que el 20 por ciento de los pacientes con apnea del sueño. Otro reto, la prevención del tabaquismo y la financiación de los tratamientos antitabáquicos. Sabemos, porque está contrastado científicamente, que es más coste-eficaz ayudar a los fumadores a dejar de serlo que los tratamientos de la EPOC o el cáncer de pulmón. En otro orden de prioridades, en SEPAR nos planteamos muy seriamente la transferencia de conocimiento científico para su aplicabilidad en asistencia clínica y nos hemos ofrecido como interlocutores con probada experiencia y conocimiento ante la Administración para llevar a cabo las mejoras que sean convenientes en estos momentos de profunda crisis económica para garantizar la calidad, la equidad y la sostenibilidad del sistema público de salud. Nos queda muchísimo por hacer.

¿Qué es lo que más preocupa a los profesionales de su sector?

Lo que preocupa a nuestros asociados: que su calidad profesional se vea reconocida y velar por la calidad asistencial. En estas dos líneas estamos trabajando y procuramos, como sociedad científica, posicionarnos cuando creemos que es conveniente la defensa de nuestros intereses como profesionales y siempre teniendo en cuenta las necesidades de nuestros pacientes.

¿En qué situación se encuentra la especialidad?

En el momento actual, compartimos la general preocupación por la situación económica y su repercusión en el sistema de salud de nuestro país. Siempre hemos considerado una tarea irrenunciable de la Sociedad el asesoramiento y la colaboración con la Administración como forma de mejorar la atención sanitaria, ahora más que nunca estamos en esa línea porque enten-

demos que sólo con la implicación y la participación de los profesionales en los necesarios cambios en la gestión pueden alcanzarse resultados satisfactorios que aseguren la sostenibilidad de un sistema de salud excelente del que todos nos sentimos orgullosos. El trabajo conjunto de todas las organizaciones implicadas (sociedades, colegios profesionales, académicos) es asimismo deseable y necesario.

¿Respaldas SEPAR la actual Ley del Tabaco, sin excepciones? ¿Por qué?

No sólo la respaldamos, sino que vemos necesarias mejoras. La EPOC es una enfermedad causada en más de un 80 por ciento de los casos por el tabaco. Uno de nuestros grandes retos es el diagnóstico de ese 73 por ciento de españoles que dicen los estudios que sufre EPOC y no lo sabe. Por otra parte, es necesario frenar al máximo el consumo de tabaco, convencer a las personas de que dejen de fumar y ayudarlas y ayudar sobre todo a esos pacientes de

EPOC que siguen fumando. En este sentido, son necesarias políticas de prevención y la financiación de los tratamientos para dejar de fumar. Aproximadamente un tercio de los españoles fuma y de éstos entre un 20 y un 25 por ciento desarrollará esta enfermedad pulmonar. Las previsiones son que la población española llegue a su crecimiento máximo en 2050 con 53 millones de habitantes y un envejecimiento máximo alrededor de 2060, con un incremento de la población de riesgo. Por este motivo, resulta lógico proyectar que en España vamos a asistir a una verdadera epidemia de EPOC durante los próximos años, epidemia definida como un número de casos en el espacio y en el tiempo. Y a este incremento de afectados se incorporará la mujer, debido a que desde hace años ella también fuma.

En qué punto se encuentran las relaciones de SEPAR con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad? ¿Se siente su colectivo escuchado y

respetado en los temas fundamentales? ¿Cuáles serían sus reivindicaciones más urgentes?

SEPAR ha llevado a cabo numerosísimas acciones en colaboración con la Administración y vamos a seguir trabajando por el diálogo y la colaboración. Además de los aspectos que se han mencionado, tenemos por delante un gran reto de colaboración de cara a la necesaria puesta en marcha de las áreas de capacitación y del reconocimiento del desarrollo profesional continuo y la recertificación de la competencia, aspectos en los que hemos trabajado mucho en los últimos años y que tenemos muy desarrollados dentro de la Sociedad.

En este sentido, ¿cuál es la postura de SEPAR con respecto a la Troncalidad?

El alto grado de formación de nuestros profesionales es un punto clave para SEPAR. Pensamos que la formación ha de mantenerse en un proceso de mejora continua. Es por esta



ENTREVISTA Pilar de Lucas

necesidad fundamental por lo que desde SEPAR estamos reivindicando el incremento del tiempo de formación de los MIR de Neumología que debería establecerse en 5 años, ya que los 4 actuales resultan insuficientes; y de 6 años para los cirujanos torácicos.

¿Qué patologías relacionadas con su especialidad tienen más prevalencia entre los españoles?

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las principales causas de las defunciones en 2011 fueron los tumores (24,6 por ciento del total), las enfermedades del aparato circulatorio (21,7 por ciento) y las del aparato respiratorio (18,6 por ciento). Las enfermedades respiratorias se sitúan cada año en los primeros puestos del ranking de mortalidad y de hospitalizaciones. Sin duda, son las enfermedades respiratorias crónicas las que muestran una mayor prevalencia. Así, podemos ver el asma, afecta a más de tres millones de españoles, la EPOC afecta a 1,5 millones, la apnea del sueño entre 1,5 y 2 millones y el tabaquismo, que es nuestro caballo de batalla, afecta a unos 10 millones de españoles y la edad de comienzo es a los 13 años. Asimismo, en España se diagnostican unos 20.000 casos anuales de cáncer de pulmón, lo que representa el 18,4 por ciento de los tumores entre los hombres (18.000 casos) y el 3,2 por ciento entre las mujeres (2.000 casos). Por tanto, como es evidente que el cáncer de pulmón es una enfermedad respiratoria, podemos decir que en conjunto las enfermedades respiratorias van a ser la primera causa de muerte en nuestro país.

¿Acaso no llegan los mensajes preventivos a la sociedad? ¿Debería invertirse más en campañas educativas?

Estas cifras explican por sí solas la relevancia de la Neumología y la Cirugía Torácica. Desde la Sociedad ya he mencionado que

se trabaja mucho en el campo de la información y la educación pero claro que hace falta más: educación en hábitos de vida saludables, prevención de factores de riesgo y, desde luego, diagnóstico precoz de las enfermedades de mayor prevalencia y mortalidad: cáncer, EPOC, apnea del sueño.

¿La tuberculosis nos está ganando la batalla? ¿En qué se está fallando?

La tuberculosis ha existido siempre y, por tanto, quizás nunca la erradiquemos. Pero es un problema de Salud Pública controlable y con un tratamiento de bajo coste. Desde SEPAR le proponemos al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una Estrategia Nacional contra la Tuberculosis que, con eficacia, ayude a los especialistas a reducir al mínimo la incidencia de esta enfermedad en España y a tratarla de forma adecuada y sin excepciones.

¿Qué hace falta para erradicarla, qué herramientas necesitan los profesionales para poder combatirla?

La investigación para la mejora de los tratamientos de la tuberculosis más la prevención y la divulgación entre la población de conocimientos básicos sobre la misma son la estrategia clave en la lucha contra la prevalencia de esta enfermedad. La supervisión y el apoyo adecuado a nuestros pacientes nos ayudan a disminuir progresivamente la diferencia existente entre las altas cifras de esta enfermedad en España en relación con otros países europeos, aunque el compromiso de la Administración con esta enfermedad, denominada de la injusticia, es igualmente deseable.

¿Qué opinión le merece el actual panorama asistencial? ¿Cree que los criterios de calidad, igualdad y accesibilidad se siguen cumpliendo?

Como sociedad científica consideramos que es necesario mantener un sistema de Salud Pública que asegure los principios de universalidad, calidad y equidad. Hay que buscar, sin duda, las fórmulas de gestión más eficientes que aseguren la sostenibilidad del sistema, pero partiendo siempre de la existencia de estándares de calidad, indicadores que permitan una adecuada evaluación de resultados y, por supuesto, información y transparencia. Desde luego creemos que ser eficientes en un sistema de salud público es casi una necesidad ética y claro que hay bolsas de ineficiencia. Por tanto, estamos a favor de introducir medidas y formas de gestión que supongan una mejora, pero no a cualquier precio.

En la actual relación médico-paciente, ¿el paciente informado es el mejor aliado contra la enfermedad?

La política de SEPAR es de colaboración cada vez mayor con los pacientes y las asociaciones de pacientes. El comité SEPAR Pacientes, que gestiona esta colaboración ha establecido una estrecha relación con las asociaciones, de manera que estamos llevando a cabo múltiples acciones conjuntas. SEPAR mantiene las aulas RESPIRA, en las cuales se imparte formación a los pacientes con el objeto de que sean ellos mismos los que, posteriormente, vayan controlando su enfermedad y las manifestaciones de la mismas, a través de programas de autocuidados. También se intenta sensibilizar a la población sobre la necesidad de preservar y promover la salud mediante el conocimiento y la adopción de hábitos de vida saludables. Los Años SEPAR realizan jornadas conjuntas con los pacientes, encaminadas a mejorar el conocimiento y manejo de las mismas, y tenemos a disposición de los pacientes la web www.pacientescomotu.org. En definitiva, SEPAR tiene claro que el paciente, verdadero protagonista, tiene que tomar parte activa en el manejo de su enfermedad y eso desde el conocimiento y la expresión de sus expectativas y preferencias. Las asociaciones de pacientes son fundamentales para la sensibilización de la sociedad y, por qué no, para facilitar algunos aspectos que no pueden ser cubiertos por el sistema sanitario. Ésta sin duda es la forma de alcanzar mejores resultados y calidad de vida ■

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN QUÍMICA MÉDICA

Respuestas que importan.

Lilly

LA INNOVACIÓN, NUESTRA RESPUESTA

Lilly dispone de uno de los **Centros de I+D** privados más importante y completo de España, que está **en constante movimiento** para dar **respuesta** a las necesidades de los pacientes a través de la **investigación**.



Lilly

Respuestas que importan.





La
Reumatología
ya es prácticamente
imprescindible



Santiago Muñoz

Presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

Texto | Silvia C. Carpallo

Foto | Luis Domingo



ENTREVISTA Santiago Muñoz

“La Reumatología ya es prácticamente imprescindible”

Se calcula que uno de cada cuatro españoles mayores de 20 años ha sufrido alguna patología reumática. Es por ello que la Sociedad Española de Reumatología (SER) es una sociedad muy activa, altamente involucrada en proyectos de investigación y docencia, y siempre atenta a las novedades en cuanto a tratamientos. Santiago Muñoz, su presidente, habla de sus nuevos proyectos de colaboración con los pacientes, de los retos de futuro, que pasan por concienciar aún más a población y autoridades; y también de la actualidad, de cómo las nuevas políticas farmacéuticas están acotando cada vez más la libre prescripción del médico.

En el año 2000 la SER realizaba el Informe EPISER para conocer la prevalencia de las enfermedades reumáticas en España, ¿cuáles eran los resultados? ¿Siguen estando vigentes?

Este tipo de estudios son muy complicados de hacer, y hay que tener en cuenta que la población no ha variado mucho, así que ahora nos encontraríamos unos datos similares. Según EPISER, por ejemplo, la lumbalgia está presente en el 15 por ciento de la población. En este estudio también se hizo un acercamiento real a la incidencia de la artritis reumatoide, que se encontró en el 0,5 por ciento de la población, lo que suponen unos 200 o 250.000 pacientes, cifras bastante relevantes. También se hizo una aproximación a la frecuencia de la artrosis de rodilla y manos, y se encontró en un porcentaje muy alto, en el 6 y en el 10 por ciento de la población respectivamente. Se estudió también la fibromialgia, que se en-

Nos hemos consolidado como una especialidad en el área biomédica, lo cual no era así hace unos años

contró en el 2,4 por ciento de la población española. Igualmente se hizo una aproximación al lupus, aunque no se hicieron analíticas, solo se tuvieron en cuenta criterios clínicos, y así se encontraron 9 casos por cada 100.000 habitantes, que para ser una enfermedad autoinmune es una frecuencia bastante importante. Por último se estudió la osteoporosis por densitometría que se encontró en el 3,4 por ciento de la población. También se pudo comprobar que la mitad de las incapacidades laborales están producidas por patología del aparato locomotor, una patología reumatológica. Esto puso de manifiesto de forma taxativa lo que ya percibíamos, la alta prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. En definitiva, en general hablamos de cifras de en torno a uno de cada cuatro afectados mayores de 20 años en nuestro país.

Una de las conclusiones del 39 Congreso nacional de la SER era que estas enfermedades son de difícil diagnóstico debido a su origen multifactorial, ¿qué puede hacerse al respecto, para conseguir una derivación temprana?

Lo que se puede hacer, la SER lleva haciéndolo muchos años, que es el estudio de estas enfermedades y expandir el conocimiento de las mismas, tanto en la población como en las autoridades sanitarias. También estamos muy concienciados con el diagnóstico precoz, y en este sentido, hay que destacar algunos proyectos que se han hecho en los últimos años, como el desarrollo de unidades de artritis precoz, donde se trataba de acelerar el diagnóstico de estos pacientes, para evitar que desarrollasen lesiones irreversibles. En este tipo de enfermedades hay que tener en cuenta que los primeros meses son determinantes.

Otro de los eventos recientes que tuvo en lugar en Madrid fue el EULAR, ¿podría contarnos qué fue lo más destacado del mismo?

Desde mi criterio personal, me ha gustado ver cómo nos aproximamos cada vez más



a la etiopatogenia, a la génesis de las enfermedades, campo en el que en el EULAR se han presentado novedades. También en el terreno de los biomarcadores, sobre todo orientados a la práctica clínica.

¿Es la Medicina personalizada el futuro de los tratamientos para enfermedades reumáticas?

Es el futuro, lo que no sabemos es cuándo llegará ese futuro. El poder elegir un tratamiento que le vaya a ir bien al paciente según sus necesidades y sus características genéticas o epigenéticas, sería lo ideal. Es el futuro para muchas enfermedades, aunque personalmente todavía lo veo a medio o largo plazo.

¿Más que por el tratamiento, hay que apostar por la prevención?

La prevención en estas enfermedades es



bastante difícil. Se pueden prevenir más las patologías que tienen un origen claro. En este sentido, en la prevención de grandes patologías poblacionales, como son la artrosis o la osteoporosis, es donde podemos actuar de una manera más eficaz, haciendo actuaciones preventivas para que se retrase al menos su desarrollo. Por ejemplo, haciendo campañas poblacionales, informando de los factores que influyen en su aparición, etc.

¿Qué pueden aportar a este respecto los biomarcadores?

Hay biomarcadores que aparecen antes de que aparezca la patología, incluso muchos años antes de que aparezcan los síntomas, lo que abre una nueva línea de trabajo en materia de prevención.

Sigue en activo el registro de BIOBADA-SER sobre efectos adversos de los trata-

mientos con terapias biológicas, ¿cuáles han sido hasta ahora sus principales conclusiones?

Se han extraído muchas conclusiones desde que se inició este registro. Fue el primer registro mundial, y por decirlo de alguna manera, luego los demás nos copiaron la idea. Fue una idea de un determinado presidente de la SER, que vio que esto era necesario, aunque ahora los registros más conocidos sean el registro británico o el sueco, que en realidad empezaron después que el nuestro. Entre las conclusiones, destaca el haber encontrado la forma de prevenir la tuberculosis en estos pacientes gracias a este registro. El primer año se vio como se disparaban los casos de tuberculosis y se tomaron medidas, gracias a las cuales descendió la frecuencia. Otra conclusión fue que se demostró que no es real esa tradicional relación de estos tratamientos con los linfomas. Igualmente

se vio que, si bien en los ensayos clínicos el acontecimiento adverso más frecuente eran las infecciones, gracias a BIOBADA-SER podemos comprobar que a nivel poblacional, salvo en tuberculosis, no es un problema grave. Todo esto nos ha ayudado mucho en la práctica clínica.

Igualmente, uno de los temas en los que se ha centrado la SER es en el estudio del dolor, ¿es un área que aún está por desarrollar?

En Reumatología el dolor es el principal motivo por el que acuden los pacientes, pero los esfuerzos que se han hecho para tratar el dolor, como un síntoma, no como una patología, digamos que han ido en ondas y valles. El interés en el dolor ha sido a veces secundario, porque ha interesado más el diagnóstico de la enfermedad, pero sí que hay muchos grupos de reumatólogos interesados en el área del dolor.



ENTREVISTA Santiago Muñoz

Creo que es un área por desarrollar, porque sí es cierto que en España el dolor está tratado por debajo de lo que se recomendaría.

La sociedad ha hecho una apuesta importante por el paciente, con la nueva Comisión de Relaciones con los Pacientes, ¿podría darnos más detalles al respecto?

Hemos detectado la necesidad de que los pacientes sean apoyados en muchas de sus acciones. El asociacionismo de los pacientes es un movimiento muy importante en todo el mundo, pero en España no tiene tanta potencia como en otros países. Creemos que es importante porque ayuda al conocimiento de la patología, y por eso nos interesa apoyar a estos grupos de pacientes en lo que necesiten. Además gracias a esta simbiosis entre sociedad y pacientes, conseguimos que la Reumatología se conozca más entre la población general. En este sentido, para el año que viene planeamos hacer un Congreso de pacientes, para dar una coordinación a todo este movimiento.

Entre esas preocupaciones por los pacientes, está el hecho de que los enfermos andaluces sean discriminados debido a la subasta de equivalentes terapéuticos, ¿van a hacer algo al respecto?

Nosotros no hacemos política, pero cuando vemos que hay una medida política que puede ser perjudicial para los pacientes, o para nuestros asociados, lo que hacemos es ponerlo de manifiesto. En este sentido, nuestras acciones van encaminadas a conocer qué base científica tiene esto, si es que la tiene, y qué supondría llevarla a cabo. Hemos visto que no existe esa base científica, sino que tiene una base fundamentalmente economicista, y

además mal entendida. Es decir, que se podría imponer un determinado tratamiento incluso en el caso de que los médicos vean que no es el adecuado, y eso en algunos casos es perder dinero. Estamos de acuerdo en los procesos normalizadores de trabajo, pero cada vez más, parece que el médico se convierte en el escribiente de un producto determinado que le mandan desde arriba. Hay que entender que sigue existiendo un porcentaje de pacientes que a veces necesitan una determinada terapia y no otra.

Entonces, las nuevas políticas en materia de farmacia, ¿están coartando la libre prescripción del médico?

Por supuesto. Lo que hay que destacar es que no que-

remos que haya una libertad de prescripción malentendida, no consiste en que el médico prescriba lo que quiera, sino que pueda elegir lo que mejor le viene al paciente. En nuestro caso, el origen del conflicto estaba en los biológicos, debido a su elevado precio. La cuestión es que hay determinados biológicos que sientan bien a unos pacientes, y a otros no, pero está claro que si esa circunstancia no existe, el médico debe elegir lo más barato, por supuesto. Económicamente, también hay que tener en cuenta que hay consecuencias en el mercado que hacen que esto sea pan para hoy y hambre para mañana, porque el libre mercado también hace que se abaraten los precios.

¿Existen problemas de acceso a fármacos reumatológicos en algunas comunidades?

Hoy por hoy no diría que hay problemas de acceso, lo que sí tengo que decir es que el médico tiene más acotada la elección del tratamiento para el paciente, por protocolos y estándares, lo cual no es malo si se hace de forma razonable.

¿Cree que España se está coartando el acceso a fármacos innovadores?

Se trata de un problema europeo, no sólo español. Ahora mismo las empresas que innovan más no son las que más crecen, como era lo lógico, sino que incluso decrecen. Desde la introducción de genéricos, biosimilares, y una serie de cambios en el mercado, cuesta más recuperar la inversión en estos productos innovadores, también en un momento en el que los Gobiernos, debido a la crisis, tienen más restricciones. Así no es que en España no haya acceso, lo que pasa es que los nuevos fármacos hoy no pueden esperar crecer al ritmo que crecían antes. Hay más limitaciones para aprobarse, para entrar en la financiación, y para establecer los precios.

¿Y cómo afecta esto al terreno de la Reumatología?

En el caso de Reumatología, hay que tener en cuenta que es el tercer motivo de gasto directo dentro de los hospitales, por lo tanto es una de las protagonistas, junto con los antivirales, los antineoplásicos y los inmunosupresores.

¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta entonces ahora la Reumatología?

Ya nos hemos consolidado como una especialidad en el área biomédica, lo cual no era así hace unos años. La Reumatología ya es prácticamente imprescindible en todos los ámbitos. Lo que nos falta es que la población general sea consciente del impacto de estas enfermedades, como por ejemplo hemos visto en el caso de las bajas y de las incapacidades temporales. En este sentido, podemos ahorrar muchos millones si a los enfermos se les trata más precozmente. El otro reto está en la confusión que aún existe respecto a donde mandar al paciente con patología reumática, que sigue yendo en su mayoría a traumatólogos, a veces a rehabilitadores y a veces a internistas, y sin embargo, el especialista de referencia no es consultado. Hay que facilitar el acceso, y

el reto es precisamente ese, que los especialistas en Reumatología puedan asumir este aluvión de pacientes. La cosa ha mejorado, en los últimos años, al menos en algunas Comunidades. Se está viendo que es más accesible mandarlo al reumatólogo que a otros especialistas, y eso es fundamental. El panorama está cambiando realmente porque la accesibilidad está mejorando, y ya no son los mismos datos en cuanto a listas de espera. Cambiar la estrategia está generando que hagamos más por los pacientes.

¿Y cuáles son los retos de la SER?

El principal reto es mantenernos como estamos. Nuestro presupuesto no ha aumentado, pero se ha mantenido, de manera que seguimos con un presupuesto en actividades en torno a los 7 millones de euros. A formación continuada y docencia -aparte de congresos y eventos-, destinamos 1 millón de euros, siendo una de las áreas más demandadas por nuestros asociados, que denominamos de gestión del conocimiento, ya que engloba también nuestras publicaciones. A investigación se destinan 2 millones, un ámbito en el que se generan documentos de calidad, como guías de práctica clínica, consensos, recomendaciones, etc.; y alrededor de otros 2 millones a apoyo de personal para actividades de investigación en proyectos multicéntricos de toda España. Por último, están las cuestiones más operativas, como los servicios que ofrece la sociedad, por ejemplo, la asesoría legal, o la canalización de proyectos. Otra área en la que hemos avanzado mucho es en la relacionada con las becas. Este año hemos destinado 500.000 euros a este apartado y, de hecho, para el próximo Congreso Americano de Reumatología (ACR) se ha becado a los 43 socios. Son cifras realmente impactantes, que no se generan en otras sociedades científicas. Todo gracias a nuestros patrocinadores, a nuestros socios, un total de 1.600, que son muy activos, a la junta directiva, y a todo el personal de la oficina. También tenemos el reto de la comunicación, estar más presentes en Google, Youtube, redes sociales, etc., pero vamos creciendo pasito a pasito ■







Se puede
optimizar
la atención
sanitaria pública
sin gastar más:

invirtiendo en recursos humanos
y reduciendo procedimientos innecesarios

Ildefonso Hernández Aguado

Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y
Administración Sanitaria (SESPAS)

Texto y fotos | Francisco Romero



ENTREVISTA

Ildefonso Hernández Aguado

“Se puede optimizar la atención sanitaria pública sin gastar más: invirtiendo en recursos humanos y reduciendo procedimientos innecesarios”

La Sanidad pública española se ha ganado en las últimas décadas el respeto y la admiración de los países vecinos, siendo no sólo un modelo a imitar sino también uno de los servicios mejor valorados por los españoles. Sin embargo, coincidiendo con la profunda crisis económica que vive este país, y aderezado con otros problemas coyunturales, el actual sistema sanitario está en peligro. Desde SESPAS se da la voz de alarma y, sobre todo, se ofrece la ayuda necesaria para invertir esta tendencia negativa. El nuevo presidente de esta sociedad científica es el profesor Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Recientemente ha asumido la Presidencia de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria en el transcurso del Congreso Iberoamericano de Salud Pública, celebrado en Granada. ¿Cuáles son los principales objetivos de su mandato?

SESPAS es una federación de 12 sociedades científicas que cuenta con cerca de 4.000 socios y que tiene como misión contribuir a la mejora de la salud y los servicios de atención sanitaria de la población española. Nuestro carácter es marcadamente multidisciplinar, pero todos los que conformamos esta organización tenemos un mismo fin. Partiendo de este objetivo común, queremos lograr una mejora significativa en la influencia que tiene la salud pública en las políticas de salud.

Y, en concreto, ¿qué se pretende lograr con esta medida?

Estamos convencidos que gran parte de la ganancia en salud se puede conseguir mediante una mejora de las políticas no sanitarias, y no sólo con un mayor gasto. Hay que dar valor a lo que ya tenemos; así, por ejemplo, contamos con políticas de movilidad sostenible o urbanismo saludable que permiten ganar en salud al mismo tiempo que se mejora el funcionamiento social.

En realidad, proponen nuevas salidas para la crisis...

Debemos adoptar medidas globales e integrales, y de esa forma seremos más eficaces. Estamos convencidos que hay salidas sociales a la crisis que permiten mejorar la salud y que, además, son más eficientes económicamente.

Sin embargo, ¿cómo hacer posible este gran reto?

Lo primero, sin duda, es incluir estos temas en la agenda política y, por ello, uno de nuestros principales objetivos es tener una mayor influencia en la toma de decisiones políticas, lo que pretendemos lograr reforzando la presencia de SESPAS en los medios de comunicación y colaborando con los legisladores y, en definitiva, con los gobernantes.

Por lo tanto, aparte de las políticas de salud pública, las políticas de los servicios sanitarios son de especial interés para SESPAS, ¿no?

Así es. Creemos que los servicios sanitarios, incluso en estos momentos de crisis, pueden mejorar.

¿Y cómo hacer la cuadratura del círculo?

Principalmente dando más valor a los profesionales y quitarle algo de protagonismo a la tecnología.

¿Podría parecer una vuelta al pasado?

No necesariamente. Hay intervenciones

frecuentes en los servicios sanitarios que lo que precisan, fundamentalmente, es contar con personal adecuado; por ejemplo, creo que necesitamos más intervenciones preventivas y de promoción de salud realizadas por fisioterapeutas, farmacéuticos de salud comunitaria, enfermeros y necesitamos más Medicina comunitaria. En determinadas disciplinas, falta personal y esto, en ocasiones, se pretende suplir con tecnología que, casi siempre, suele ser más costosa y menos resolutive que la labor de un profesional adecuadamente preparado. De ahí la necesidad de hacer un análisis exhaustivo de la realidad de la atención sanitaria en nuestro país, que nos permita dilucidar qué intervenciones son coste-efectivas y cuáles son deficitarias.

¿La mejoría de la gestión es la clave?

En gran parte, sí. La mejora de la gestión sanitaria permitirá racionalizar los recursos y optimizar los resultados. No se deben eliminar servicios y recursos humanos por quitarlos ni por ahorrar costes a corto plazo, ya que posiblemente de esta forma se esté haciendo una mala praxis. En muchas ocasiones, la mejora y el ahorro de los gastos procede de una mejor gestión que, incluso, puede suponer un aumento de las inversiones en personal y una reducción de los gastos asociados a la incorporación de costosas tecnologías innovadoras. Pero no sólo se trata de evaluar correctamente la incorporación de tecnologías, sino también de reevaluar otras muchas que son ya clásicas y que se siguen empleando a pesar de no ser coste-efectivas. En definitiva, se puede optimizar la atención sanitaria pública sin gastar más:

invertiendo en recursos humanos y reduciendo procedimientos innecesarios; podemos dar una mejor atención sin gastarnos más, tan solo con una mejor organización y gestión.

Concretamente, ¿qué ejemplos destacaría para ilustrar estas afirmaciones?

Podría indicar muchos, pero solo resumiré dos casos: 1) a pesar de que ninguna sociedad científica del mundo lo avala, se sigue haciendo el cribado o detección precoz del cáncer de próstata; 2) se están empleando fármacos antihipertensivos carísimos para hacer frente a algunos tipos de hipertensión arterial cuando contamos con antihipertensivos clásicos de muy bajo coste que han demostrado tener la misma utilidad para reducir las cifras tensionales.

Y en esta tarea, ¿qué papel puede jugar SESPAS?

Queremos ser un interlocutor esencial para las administraciones sanitarias. Básicamente, pretendemos poner en valor el papel de los profesionales sanitarios en el mantenimiento de una atención sanitaria pública eficaz. Hay que darle el protagonismo que merece a los profesionales.

¿Incluso en la gestión sanitaria?

Fundamentalmente ahí, ya que es una función en la que normalmente no se le concede el papel que merece; y es que, sin duda, los profesionales de la salud pueden aportar mucho en este ámbito. A mi juicio, en España contamos con unos profesionales de una enorme calidad, que están en

muchos casos desaprovechados y desmotivados. Entre todos no hemos sabido encontrar la forma de mejorar la gestión y las políticas sanitarias contando con los que más saben del cuidado de la salud, como son los profesionales que trabajan en este campo. El grado de profesionalidad actual y la calidad científico-técnica de nuestro servicio sanitario, y de los expertos que lo conforman, es enorme pero está poco explotado.

Parece que estamos inmersos en un círculo vicioso...

Así es, y tenemos que deshacerlo como sea. Los políticos tienen que ser más permeables y más receptivos a la información y colaboración que les ofrecemos los profesionales de la salud, y nosotros tenemos





ENTREVISTA

Ildefonso Hernández Aguado

SESPAS, al servicio de la salud pública

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) es una entidad con personalidad jurídica propia que tiene como misión contribuir a la mejora de la salud y los servicios de atención sanitaria de la población española. Es una sociedad científica con una clara vocación de actuación social y sanitaria, articulando su actuación en varias dimensiones:

- la promoción del conocimiento científico y el desarrollo profesional de la salud pública
- la creación de foros de encuentro e intercambio entre los distintos ámbitos y perspectivas que configuran la moderna salud pública
- la sensibilización frente a problemas sociales y sanitarios

SESPAS está comprometida con el desarrollo de la salud pública española, convencidos de que así contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de la población. Esta sociedad parte de una definición amplia e inclusiva de la Salud Pública, siendo ésta una de sus señales distintivas como organización.

La salud pública y la administración sanitaria son entendidas en un amplio contexto de disciplinas, y desde una perspectiva de colaboración e integración de las aportaciones de cada una de ellas para avanzar en los principales problemas y retos que plantea la salud de la sociedad y los ciudadanos. Pero, además, defienden una salud pública con dimensión global o planetaria, plenamente solidaria con otros pueblos de la Tierra, y consciente de que los problemas de Salud Pública no se detienen ni respetan las fronteras políticas o geográficas entre países o continentes.

En el momento actual cerca de 4.000 socios están integrados en SESPAS y 12 sociedades científicas forman parte de ella, siete temáticas y cinco territoriales.



que implicarnos más en la gestión y desarrollo de las políticas sanitarias.

registro de profesionales de la salud en España, ¿han recibido respuesta?

¿SESPAS ha movido ya ficha en este sentido?

Tenemos la mano tendida al Ministerio y a las Comunidades Autónomas, y nos hemos ofrecido como interlocutor y como facilitador de toda la información y conocimientos que precisen para tratar de voltear la situación paradójica en la que estamos.

Estamos convencidos que gran parte de la ganancia en salud se puede lograr mediante una mejora de las políticas no sanitarias, y no sólo con un mayor gasto

mos cuántos son y cómo se distribuyen los profesionales de las diversas titulaciones sanitarias que constituyen el capital humano de nuestro sector.

Una de las peticiones formales que han realizado recientemente ha sido la de colaborar en la puesta en marcha de un

¿Y qué esperan de la "Estrategia de Salud Pública"?

Aún no, hemos solicitado que se aceleren los trabajos del registro y esperamos que en breve haya noticias al respecto pues. Nos parece imprescindible para la mejor gestión de nuestra Sanidad. Desconocemos

Creemos firmemente en esta iniciativa, ya que el objetivo es propiciar que la equidad en salud se considere en todas las políticas públicas, así como facilitar la acción intersectorial en esta materia tal como establece la Ley General de Salud Pública. Para ello es imprescindible establecer colaboraciones con los gobiernos autonómicos y los legisladores. Queremos contribuir a mejorar la situación actual, apostando por la transparencia en la toma de decisiones y por la sustitución de acciones inespecíficas e indiscriminadas por otras seleccionadas por el valor añadido en términos de bienestar de la población y la sostenibilidad económica y social ■

5 MÓDULOS

MÓDULO 1 y 2
4,8 CRÉDITOS

MÓDULO 3-5 EN PROCESO
DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:

<http://www.medicamente.es/aprender/elearning/derechosdelosmedicos>

USUARIOS PREVIAMENTE REGISTRADOS:

<http://derechosmedicos.elmedicointeractivo.com>

Derechos de los Médicos

PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo 1 Derechos del médico comunes a todo el proceso asistencial

4,8 CRÉDITOS

Módulo 2 Derechos en relación con estudio/diagnóstico

4,8 CRÉDITOS

Módulo 3 Derechos en relación con el tratamiento y seguimiento

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

Módulo 5 Derechos de los médicos en relación con las instituciones sanitarias

MÓDULOS 3-5
EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN





El nuevo
Convenio
de Asistencia Sanitaria
que entra en vigor el 1 de enero

Texto | Carmen Villodres



RADIOGRAFÍA

El nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria, que entra en vigor el 1 de enero, equipara la cartera de servicios de las aseguradoras con la del SNS

Las mutualidades de funcionarios dependientes del Gobierno se encuentran en plena discusión del nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria con las compañías aseguradoras, tras la ruptura unilateral por parte de la Administración del concierto, aún vigente hasta el 31 de diciembre, con estas aseguradoras. La preocupación del sector es patente ya que el nuevo Convenio congela el presupuesto y las primas, además de aplicar los mismos recortes y copagos que ya se han introducido en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se calcula que el nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria será publicado en el BOE a finales de octubre, ya que tendrá que entrar en vigor el 1 de enero de 2014.

Antes de que fuera anunciada la congelación del presupuesto y de las primas entre las mutuas de funcionarios dependientes del Gobierno y las compañías aseguradoras, éstas últimas habían mostrado su preocupación por la viabilidad del modelo MUFACE y, en menor medida, por las otras dos mutualidades, ISFAS y MUGEJU, en las que están inscritos los funcionarios militares y guardias civiles y los funcionarios judiciales, respectivamente. El punto de inflexión lo vivieron, cuanto menos con suspicacia e inquietud, cuando el pasado mes de junio la Administración anunciaba que no activaba la cláusula que preveía la prórroga de dos años del convenio vigente en la actualidad; lo que significaba la congelación de la prima actual y el rechazo de la subida prevista en un 1,5 por ciento para 2014. Esa subida del uno y medio por ciento, prevista para compensar el aumento de la inflación, ya había sido comprometida por el secretario de Estado de Hacienda, Antonio Beteta, en una carta remitida a la organización Central Sindical Independiente de Funcionarios (CSI-F).

Tras la preocupación inicial las alarmas sonaron cuando comenzaron las negociaciones entre la Dirección General de MUFACE y las principales compañías aseguradoras. La única persona optimista ante los términos del nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria era el director general de MUFACE, Gustavo E. Blanco.

Algunas reticencias y los desacuerdos con el nuevo modelo

Según Eliseo Moreno, consejero general de MUFACE, el borrador que anda circulando por las aseguradoras, y que ha provocado que algún dirigente de una compañía haya



puesto en duda si seguirá prestando sus servicios a los funcionarios no es el documento definitivo pero sí asegura que se le acerca bastante.

De todas formas, el Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas ha emitido recientemente una nota de prensa en la que se deja claros algunos términos que analiza Eliseo Moreno. Aunque la nota del Ministerio defiende que el nuevo concierto mantiene las mismas prestaciones sanitarias que el actualmente en vigor y que, incluso, en muchos aspectos mejora las prestaciones y las homogeniza, la mayoría de los representantes de las aseguradoras se muestran renuentes.

Eliseo Moreno se muestra especialmente

reticente con la aplicación del cobro de los medicamentos hospitalarios. Considera que puede llegar a ser un problema, “puesto que conlleva una administración tan compleja que puede generar más gastos que beneficios”.

Algunas novedades

En cuanto a las novedades destaca la adaptación de los medios de las entidades privadas al colectivo protegido en cada localidad en lugar de a la población total censada, fuera o no de MUFACE, como es el criterio que se aplica con el actual convenio.

También es novedosa la asistencia transfronteriza, para adaptarse a las normas europeas, y la estructuración de los cuadros médi-

cos, lo que significa, en líneas generales, que hay que situar más médicos donde más funcionarios mutualistas haya y viceversa. Para ello, explicita, que se han establecido cuatro niveles de asistencia. En este punto existe una reticencia generalizada ya que se desconoce cómo se aplicará en la práctica.

Sí que está bien valorada en general y es reconocida como una medida que viene a rellenar un hueco importante el hecho de que cuando un funcionario mutualista necesite ser atendido en una especialidad inexistente en donde se encuentre esta asistencia corra a cargo de la Administración

En contraposición, destaca Eliseo Moreno, que una de las partidas más interesantes que ha desaparecido en el nuevo Convenio es el Fondo de Garantía para Casos Graves (un fondo que garantizaba la equidad y la solidaridad entre las compañías y que venía a compensar a las que tuvieran más casos graves). Al parecer y, según el director general de MUFACE, Gustavo Blanco, esto ha ocurrido porque las compañías aseguradoras no se han puesto de acuerdo entre sí. Hay que recordar que las compañías aseguradoras que actualmente trabajan con MUFACE son Asisa, Adeslas, DKV, Sanitas y el Igualatorio de Cantabria.

Antes de que se precipitaran los acontecimientos, el IDIS y el CSI-F habían organizado unas jornadas el pasado mes de febrero en las que se alertaba y se trataba de llamar la atención sobre la crisis del actual modelo MUFACE y exponían a las claras que el modelo podría colapsarse si no se adoptaban diversas medidas de choque. Naturalmente, estas medidas poco tenían que ver con el plan que la Administración acaba de poner sobre la mesa. Y en algunos conceptos son, incluso, contrarias. Y estas son las principales razones y propuestas que en su día expusieron el IDIS, el CSI-F y Adeslas, en presencia del director general de MUFACE, Gustavo Blanco, que se sentó a la mesa invitado por el IDIS y el CSI-F, como organizadores del evento.

Luis Mayero, vicepresidente del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y delegado de Asisa en Madrid,

destacó que 2.339.000 funcionarios tienen la posibilidad de elegir cada año entre el sistema privado y el público y que en dicha elección prevalece en un 84,3 por ciento los que se deciden por la provisión privada, mientras que un 15,7 por ciento lo hace por la pública, según datos de 2011 que son los últimos de que se dispone.

Las mayores debilidades

Recuerda el vicepresidente del IDIS que en 2010 fue aprobado un plan de ajuste que implica la reducción del gasto de personal público del 4 por ciento hasta este 2013, a lo que hay que unir, precisa, que la Oferta de Empleo Público (OEP) sufrió un recorte del 87 por ciento, lo que se tradujo en pasar de 15.084 plazas en 2009 a 1.984 en 2010. Y refiriéndose a lo ocurrido en 2011 dio los siguientes datos: “la OEP fue de 2.781 plazas, limitando la tasa de reposición de efectivos al 10 por ciento como ya ocurrió el año anterior”.

Para respaldar que el mutualismo administrativo supone un ahorro con respecto a la sanidad pública, aseguró que la prima per cápita de MUFACE se situó en 2010 en 706 euros, o sea un 41 por ciento más barata que la del SNS que ascendió a 1.187 euros, y que la siniestralidad de los mutualistas, sin repercutir los gastos de estructura de las aseguradoras, ascendió al 100,53 por ciento de la prima.

En cuanto a la capacidad de empleo del mercado sanitario privado lo situó en 234.049 profesionales, de los cuales el 32 por ciento son médicos.

Un modelo con 33 años de eficacia demostrada

Como fortaleza del actual modelo señaló los 33 años de eficacia en su funcionamiento, la alta satisfacción mostrada por los funcionarios, su contribución a la sostenibilidad del SNS y su capacidad para generar una actividad económica de 1.414 millones de euros al año.

Como debilidades del modelo expuso que el mutualista puede elegir cada año entre el SNS y la provisión privada y que, incluso, el mutualista puede cambiar varias veces de entidad aseguradora en el mes de enero, con lo que la compañía no puede consolidar su cartera de clientes; otro factor que debilita al sistema, según Mayero, es que los presupuestos anuales de las aseguradoras son cerrados, lo que se traduce en que estas continúan dando el servicio aunque hayan superado su presupuesto; otro punto flaco referido es que se dan más prestaciones que en la Sanidad pública “porque no es posible utilizar mecanismos de control del gasto” por lo que cree “que el techo asistencial debería ser el del SNS”. Las demoras significativas en aplicar la nueva normativa de reducción de gastos, como puede ser la reproducción asistida, o el copago de ambulancias, sería otro de los factores a corregir.

Por si todo ello fuera poco, el vicepresidente del IDIS aseguró que el gasto sanitario público crece con mayor rapidez que la financiación de las mutualidades aseguradoras, cuyo desfase se situó en un 50 por ciento. Por último, aseguró que el colectivo pierde beneficiarios jóvenes, lo que significa perder a personas con una menor demanda de servicios y con patologías menos complejas, que dejan de compensar el mayor coste de los de edades más avanzadas.

Como fortalezas del actual modelo: sus 33 años de eficacia, la alta satisfacción de los funcionarios, su contribución a la sostenibilidad del SNS y su capacidad para generar gran actividad económica

Como fortalezas del actual modelo: sus 33 años de eficacia, la alta satisfacción de los funcionarios, su contribución a la sostenibilidad del SNS y su capacidad para generar gran actividad económica

La apertura de MUFACE a nuevos colectivos

En el capítulo de las propuestas el vicepresidente del IDIS, Luis Mayero, expuso, entre otras, la necesidad de consolidar políticamente el modelo, despejar las dudas sobre su continuidad y consolidar la finan-

La apertura de MUFACE a nuevos colectivos

En el capítulo de las propuestas el vicepresidente del IDIS, Luis Mayero, expuso, entre otras, la necesidad de consolidar políticamente el modelo, despejar las dudas sobre su continuidad y consolidar la finan-



RADIOGRAFÍA

El nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria, que entra en vigor el 1 de enero, equipara la cartera de servicios de las aseguradoras con la del SNS

ciación, eso sí, manteniendo la calidad de los servicios.

Juan Abarca, secretario general del IDIS, insistió especialmente en la necesaria ampliación del sistema a nuevos colectivos mediante la incorporación de los interinos a los cuerpos que ya están integrados, con el objetivo de compensar la falta de concursos de oposición e incorporar a los funcionarios de la CC.AA., circunstancias que vendrían a reducir la edad media del asegurado.

Finalmente, el IDIS como colectivo se pregunta: Si hay un modelo que funciona ¿Por qué dejarlo caer?”

La crisis ocasiona un aumento de 40.000 nuevos jóvenes beneficiarios

Eliseo Moreno, secretario nacional de Acción Sindical de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSI-F) y consejero general de MUFACE, indicó que las cuentas de la mutua se han visto reducidas en más de 1.000 millones de euros a lo largo de los últimos cinco años, concretamente en el período que va de 2.009 a 2013. Esta caída la atribuyó a la reducción de las aportaciones del Ministerio de Hacienda, a la utilización del remanente de tesorería y a la congelación de las ofertas de empleo público- este último punto tal como había señalado Luís Mayero con anterioridad-, circunstancias todas que, junto con la reducción de la natalidad, habían mermado la entrada de nuevos beneficiarios.

No obstante, el secretario nacional de Acción Sindical de CSI-F, Eliseo Moreno, apuntó a que se ha producido un fenómeno curioso, y es que en 2012 y como consecuencia de la crisis económica y el consiguiente regreso de muchos jóvenes al hogar de sus progenitores y, por

tanto, a la protección de la mutualidad, se ha producido un aumento de beneficiarios, tras cuatro años de bajada continuada. El mencionado aumento se elevó a 40.000 nuevos beneficiarios en 2012.

Pormenorizando, Eliseo Moreno matizó que las aportaciones obligatorias de Hacienda se han ido reduciendo de manera paulatina hasta llegar a los actuales presupuestos de 2013 en el que la caída ha sido del 16,9 por ciento; “circunstancia que ha hecho necesaria la utilización creciente del remanente de tesorería como fórmula para cuadrar el presupuesto y lo que supone la utilización de 1.000 millones de euros en los últimos cinco años”. Todo ello ha llevado consigo la supresión de diversos programas de ayudas adicionales para la dependencia, programas de becas y estudios y al recorte del subsidio de jubilación que pasa de más de 15 millones de euros en 2011 a unos 4 millones de euros.

Las desigualdades y la falta de equidad entre las diversas comunidades autónomas, cuyos “disparatados precios” por prestar un mismo servicio- queja que es una constante en los más diversos colectivos- fueron señaladas como una de las causas que ponen al sistema en un brete;

como ejemplo valga el caso de que una colecistectomía laparoscópica cuesta en Madrid 4.528 euros, mientras que en Andalucía tiene un coste de más de 6.000 euros, cuando el coste medio es de 3.045 euros. Sin embargo, este apartado muy contestado por las aseguradoras no ha sido enmendando en el nuevo concierto.

El mutualismo administrativo ¿un privilegio de funcionarios?

Por todo ello, Eliseo Moreno propone la realización de un estudio de viabilidad con el

consenso de todas las partes implicadas; potenciar los recursos destinados a la asistencia sanitaria y farmacológica; promover precios homogéneos en los servicios sanitarios que ofrecen las CC.AA.; así como reducir el diferencial de las aportaciones del Estado entre la Sanidad pública y el mutualismo al 25 por ciento, eso sí, llevándolo a la práctica de forma progresiva y como máximo en 10 años.

Frente a los que opinan que el sistema de mutualismo administrativo es un privilegio para el funcionariado, que quiere una política laboral con los privilegios del sistema público y, sin embargo, acogerse al sistema privado en lo referente a la salud, Eliseo arguye que poniendo como ejemplo el gasto farmacéutico, mientras los acogidos al régimen general aportan un 50 por ciento cuando están en activo- hasta hace bien poco aportaban cero cuando se jubilaban- y con la reforma se hace conforme al IRPF, “los mutualistas aportamos un 30 por ciento cuando estamos en activo y cuando estamos jubilados hacemos la misma aportación, justo en el período que necesitamos más medicamentos, con lo que en ese aspecto estamos discriminados con respecto al régimen general”. Por estas razones, añade, vamos a trasladar a las autoridades responsables estas conclusiones “pues nos tememos, que de no hacerse nada se podrían producir graves complicaciones, lo que sería un desastre para el sistema público ya que tendría que incorporar a casi dos millones y medio de personas, ante la caída de un sistema que según las cifras oficiales, es más barato en un 40 por ciento”.

MUFACE, de ministerio en ministerio

Haciendo un poco de historia hay que reseñar que la Ley 109/1963, de Funcionarios Civiles del Estado y posteriormente el Decreto 315/1964 sientan las bases para que ya en el año 1975 la ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, así como el Decreto de 1976 ,aprueben el Reglamento General de Mutualismo Administrativo. Anteriormente el panorama de los funcionarios civiles españoles era más sombrío ya que no cubría a todo el colectivo. Hay que recordar además que MU-

FACE ha dependido de diversos ministerios; en 2009 pasa de depender orgánicamente del Ministerio de Administraciones Públicas al Ministerio de la Presidencia, para a partir de 2010- y tras varias remodelaciones ministeriales- pasa a depender al Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, para finalmente estar adscrito al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Las peculiaridades de ISFAS

La secretaria general gerente de ISFAS, Soledad Álvarez de Miranda, está manteniendo reuniones con las dos compañías aseguradoras que trabaja para militares y guardia civil y que son Adeslas y Asisa. Uno de sus principales objetivos es el conseguir la máxima coordinación ya que en el sector existe una gran dispersión geográfica. Aunque pide discreción por las especiales características de los cuerpos a que va dirigido este aseguramiento, señala que “son muy sensibles al esfuerzo que están haciendo nuestros asegurados, un colectivo más peculiar y con más alto riesgo”. Soledad Álvarez de Miranda también está plenamente convencida de que tendrán acuerdo hacia finales de Octubre.

En cuanto a la estructura, la secretaria general gerente del Instituto Social de Las Fuerzas Armadas incide en que aunque tiene unas características básicas coincidentes con MUFACE y con la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), ISFAS tiene peculiaridades, tanto en la acción protectora ante determinadas contingencias, como en los procedimientos de gestión; además el ISFAS, con 628.325 afiliados, mantiene un régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar, que le permite la utilización de los servicios hospitalarios militares por los titulares y beneficiarios que optan por acogerse a ese régimen.

Naturalmente, ISFAS no es ajena a la crisis y aunque las restricciones presupuestarias no han afectado a las partidas destinadas a la financiación de la asistencia sanitaria, sí que han tenido que reducir algunas Carteras de servicio e incluso han modificado la estructura territorial del Instituto con la



consiguiente reducción de centros y de personal. En lo referente a la asistencia sanitaria Álvarez de Miranda aclara que “incluso han experimentado un pequeño incremento, lo que ha hecho posible la actualización de las cuotas que abonará este Instituto a las entidades de seguros concertadas a lo largo de 2013, que serán de 86,45 euros por mes por cada beneficiario de 70 o más años de edad; de 69,39 euros por cada beneficiario menor de 70 años y mayor de 60 años y 58,74 para los menores de 60 años”.

En cuanto a la prestación farmacéutica, suscribieron en 2011 un nuevo concierto con el Consejo General de Colegios de Oficiales de Farmacéuticos por los que se aplican nuevos procedimientos de facturación y gestión.

MUGEJU

La gerente de MUGEJU, Celima Gallego, piensa que la cartera de servicios está en la actualidad engordada y que se estaba (se está hasta 2014) ofreciendo servicios que no se prestaban en la cartera del SNS. Reconoce que se está trabajando en el borrador del nuevo concierto o convenio desde hace meses y en sintonía con las otras dos mutualidades administrativas.

Adelanta que están valorando la posibilidad de introducir otro tipo de incentivos la aplicar por la calidad de la prestación o bien incentivar a aquellas entidades que asisten a grupos de miembros más numerosos o con más mutualistas de una edad elevadas o por unas determinadas patologías. Para ello se crearía una especie de

fondo de compensación para esas entidades que acojan a los más frequentadores de la asistencia sanitaria. Lo que hace pensar que esta partida vendría a sustituir al Fondo de Garantías para Casos Graves, a que se refería Eliseo Moreno. Celima Gallego reconoce que alguna compañía aseguradora le ha transmitido sus dudas sobre si seguirán colaborando con MUGEJU. Uno de los logros que más valora es que no se hayan refundido las tres mutualidades administrativas en una sola, pues cree firmemente que son mucho más eficaces para los diferentes colectivos que cada una conserve su personalidad.

Celima Gallego, General Judicial (MUGEJU) matiza que se trata de un régimen específico creado en los setenta para complementar al de Clases Pasivas y cuyo objetivo es que los empleados del Estado gocen de unos niveles de previsión social pública equiparables a los del resto de los trabajadores. Añade Celima Gallego que depende de diferentes departamentos ministeriales seguramente para reforzar las singularidades de los distintos colectivos a los que dan cobertura: los funcionarios civiles, las Fuerzas Armadas y la Administración de Justicia. Este, enfatiza la gerente de MUGEJU, no es un régimen optativo, sino un régimen especial obligatorio para todo el colectivo que presta sus servicios en la Administración de Justicia, desde la carrera Judicial y Fiscal, al Cuerpo Nacional de Secretarios Judiciales, Médicos Forenses, así como los Cuerpos de Gestión Procesal y Administrativa, de Tramitación Procesal y Administrativa y de Auxilio Judicial, a los que también hay que unir a los que integran el Cuerpo de Letrados del Tribunal Constitucional.



RADIOGRAFÍA

El nuevo Convenio de Asistencia Sanitaria, que entra en vigor el 1 de enero, equipara la cartera de servicios de las aseguradoras con la del SNS

Entre titulares y beneficiarios este colectivo está compuesto por 95.978 mutualistas y apunta Celima Gallego como curiosidad que está muy feminizado, ya que 58.000 de ellos son mujeres, y que es además un colectivo bastante joven, con una media de edad de 34 años de edad en el caso de los varones y 35 años en el de las mujeres. Celima Gallego lo achaca a que la oferta de empleo público para el personal de Justicia fue muy generosa en los últimos años, debido a la exigencia de personal para poner en marcha la nueva oficina judicial y satisfacer así las necesidades de crecimiento de la planta judicial, “ya que ha aumentado la litigiosidad en algunos órdenes jurisdiccionales”. Por tanto, resume, continúa siendo un colectivo, como decíamos, relativamente joven, en consecuencia menos frecuentador y con un índice bajo de siniestralidad.

MUGEJU tampoco es ajeno a la crisis. El presupuesto de gastos para 2013 es de 98.563.290 euros, lo que supone una disminución de un 26,4 por ciento, es decir, 3.326.420 euros en algunas partidas en relación con el presupuesto de 2012. Y son las prestaciones sociales, precisa, las que han sufrido mayores recortes.

En cuanto la propuesta del IDIS de hacer más extensivo el sistema, Celima Gallego hace la salvedad de que en el caso del personal al servicio de la Administración de Justicia, con independencia de que presten sus servicios en órganos centrales o autonómicos, tiene sus competencias transferidas en 12 de las 17 comunidades autónomas.

Un colectivo ampliable a 300.000 ó 500.000 personas

El ex director general del Instituto de Estudios Económicos, Juan Iranzo, lo ve desde una perspectiva económica, aunque la valoración que hace es muy similar a la del CSI-F y al IDIS. Juan Iranzo consideró un acierto poner en valor la actividad que desempeña el mutualismo administrativo, puesto que deja claro el problema y se proponen soluciones.

Las propuestas de hacer más extensivo el

sistema le parece muy sano porque, tanto los funcionarios de las CCAA como los interinos son más jóvenes que los que pertenecen al actual MUFACE.

Según el ex director de IEE (Instituto de Estudios Económicos) y actual miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está contrastado que el mutualismo administrativo es un 30 por ciento más barato y que “si se incluye farmacia se podría calcular que es un 50 por ciento más barato, o quizás más”.

Juan Iranzo constató que de hacer caso a las organizaciones que piden su extensión, el colectivo se podría ampliar en unas 300.000 ó 500.000 personas más, de las que se descargaría el sistema público. Y concluye con la siguiente reflexión: “para gestionar eficientemente la sanidad pública hay que optimizar la sanidad privada, ampliar el número de mutualistas, utilizar todos los recursos y gestionar eficientemente la capilaridad del sistema de farmacias”.

Lo cierto es que por el momento poco se sabe de la aspiración de las compañías aseguradoras por expandirse para esquivar el progresivo envejecimiento de sus asegurados. Lo único que ha trascendido es que algunas de las aseguradoras están presionando para que se introduzca en el borrador del nuevo concierto como contrapartida a la desaparición de algunas prestaciones.

La solidaridad de los más diversos colectivos con el modelo MUFACE

No deja de resultar paradójico que cuando se muestran los temores por el posible colapso o incluso hasta la desaparición de un sistema, otros grupos pidan, no solo la continuidad del mismo modelo, sino su extensión a todos los españoles; es el caso del Libro Azul, un informe sobre el futuro de la sanidad en España, que patrocinado por el Círculo de la Sanidad, pone en negro sobre blanco que generalizar el modelo MUFACE supondría una reducción del déficit público entre 13.000 y 16.000 millones de euros.

Las Vocals de Medicina Privada de la Organización Médica Colegial (OMC) manifestaron recientemente, a través de un comunicado, su contrariedad por la situación que se vive en la actualidad y definen el modelo MUFACE como un “sistema sanitario público, universal y gratuito, de gestión privada”, que es estimado por gran parte de los profesionales y de los mutualistas. Por otro lado, apuntan que la calidad de la asistencia sanitaria está avalada por la ética y la deontología de sus profesionales, que actúan con total libertad y son elegidos independientemente por sus pacientes.

El caso es que tras intensos meses en los que desde los más diversos colectivos se ha alertado de los problemas que hacen insostenible el sistema del actual mutualismo administrativo, la respuesta de la Administración ha sido la de congelar el vigente Convenio, lo que ha llevado a trabajar en uno nuevo para 2014. Todos están de acuerdo en la necesidad de cambiar el modelo para hacerlo sostenible pero el cómo atajar ese cambio despierta controversia ■

Documentación y fuentes

1. Entrevista a Luis Mayero, vicepresidente del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).
2. Entrevista a Juan Abarca, secretario general del IDIS.
3. Entrevista a Eliseo Moreno, secretario nacional de Acción Sindical de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSI.F) y consejero general de MUFACE.
4. Entrevista a Soledad Álvarez de Miranda, secretaria general gerente del Instituto Social de Las Fuerzas Armadas (ISFAS).
5. Entrevista a Celima Gallego, gerente de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
6. Entrevista al ex director general del Instituto de Estudios Económicos, Juan Iranzo.
7. EL MÉDICO INTERACTIVO.

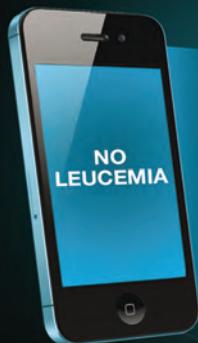
HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

1,2€ íntegros sólo disponible para Movistar, Orange y Vodafone



TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org

 **FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia



Es necesario evolucionar
desde una atención
fragmentada
a una atención
integrada,
enfocada fundamentalmente al paciente crónico”

M^a José Avilés Martínez

Subdirectora general de Planificación y Gestión Sanitaria.
Dirección General de Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana
de Salud. Presidenta del comité organizador de la XVI edición
del Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención
Primaria (SEDAP)

Texto y fotos | Francisco Romero



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Mª José Avilés Martínez

Del 6 al 8 de noviembre se darán cita en Alicante más de 300 profesionales en la XVI edición del Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Bajo el lema "Reorientando el sistema sanitario: las claves del mañana", se abordarán los cambios estructurales necesarios en la organización sanitaria, las innovaciones que se están realizando en gestión pública por parte de los distintos servicios regionales de salud, la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios, el papel que deben desempeñar los profesionales y las alianzas con otros sectores para la mejora de la calidad del sistema sanitario. La presidenta del comité organizador es Mª José Avilés Martínez, subdirectora general de Planificación y Gestión Sanitaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Agencia Valenciana de Salud).

¿Qué expectativas de participación hay en el próximo congreso de la SEDAP en Alicante?

Las expectativas son máximas. Es un congreso de carácter nacional que se realiza anualmente y en el que esperamos que, como en ediciones anteriores, tenga una buena aceptación en todas las comunidades autónomas (CC.AA.), en su mayoría representadas en las distintas mesas. Nuestras previsiones son acoger, como en años anteriores, en torno a los 300-400 profesionales relacionados con la gestión de la Atención Primaria y estamos haciendo todo lo posible por darle la máxima difusión con el fin de que acudan el mayor número de directivos, aún siendo conscientes del momento económico que atravesamos. Esperemos que la crisis actual no impida la asistencia esperada.

¿Cuáles son los principales objetivos de esta cita científica y cuál es el perfil de los participantes?

El tema alrededor del que gira el congreso es "Reorientando el Sistema Sanitario: Las

Claves del Mañana". El objetivo es hacer una actualización y revisión de destacados temas de actualidad, relacionados con la gestión sanitaria, desde las distintas visiones: política, directiva, científica y profesional. En cuanto al perfil de los participantes, la mayoría son profesionales sanitarios que en la actualidad tienen puestos de responsabilidad en la gestión de los servicios sanitarios principalmente en el ámbito de la Atención Primaria. Gerentes de departamentos/áreas de salud, directores de Atención Primaria, directores económicos, de enfermería, coordinadores de centros de Atención Primaria.

¿Por qué recomendaría participar en esta cita?

Este congreso pretende ser un punto de encuentro donde se intercambian experiencias de gestión, se presentan innovaciones para la mejora en la gestión y donde podemos evaluar proyectos desarrollados en Atención Primaria, buscando soluciones conjuntas para poder seguir presentando, en los momentos de dificultad que atravesamos, la atención sanitaria con los mismos estándares de calidad. También lo recomendaría por la posibilidad que ofrece de poder disfrutar de un entorno privilegiado como es la ciudad de Alicante, que une a su belleza una ubicación excepcional frente al Mar Mediterráneo.

¿La mejora de la gestión en AP en nuestro país es ya una necesidad, una obligación? ¿Considera que esto es indispensable para asegurar el futuro de un sistema al menos tan bueno como el que tenemos actualmente?

La Atención Primaria ha demostrado desde hace varias décadas que es el elemento clave para garantizar la sostenibilidad en nuestro sistema sanitario. Está generalmente reconocido que los sistemas que se basan en unos dispositivos de Atención

Primaria potentes son los que obtienen los mejores resultados en salud y a menor coste. Por tanto es indispensable, para asegurar el futuro de nuestro sistema sanitario, seguir apostando por la Atención Primaria e introducir aquellos cambios organizativos necesarios para que la Atención Primaria se adapte a los nuevos escenarios existentes.

La Atención Primaria debe introducir importantes cambios organizativos para adaptarse a los nuevos escenarios sanitarios

¿Considera que, en el momento actual, es indispensable una reorientación del sistema?

Hay varios temas en los que, en mi opinión, es imprescindible avanzar, como son la integración de niveles asistenciales para asegurar la continuidad asistencial, la atención integral al paciente crónico, el reconocimiento profesional e incentivos ligados a la consecución de los objetivos priorizados por la organización, la implicación del paciente en su autocuidado como en la utilización responsable del sistema sanitario, la evaluación de las experiencias organizativas existentes, tanto públicas como privadas para saber cuales tenemos que potenciar; todas y cada una de ellas con el objetivo de mejorar la eficacia y la eficiencia.

En su opinión, ¿cuáles son las claves futuras más relevantes para el sistema sanitario español?

Quizá la más importante sea combinar que los servicios sanitarios sean a la vez equitativos para la población y eficientes para la organización. Hay que lograr la equidad de las prestaciones en el Sistema Nacional de Salud y que la Atención Primaria se convierta verdaderamente en el eje del sistema sanitario. Es necesario evolucionar desde una atención fragmentada a una atención integrada enfocada fundamentalmente al paciente crónico, optimizando los recursos y rediseñando la organización.

¿Qué valoración hace de la calidad y representatividad de los ponentes que participan en este encuentro?



Hemos intentado seleccionar como ponentes a profesionales que en sus áreas de trabajo gozan de gran reconocimiento y prestigio y experiencia en los temas que abordan y cuya visión enriquecerá sin duda cada uno de los debates.

¿Podemos esperar que se obtengan conclusiones y mensajes prácticos de las sesiones previstas, que ayuden a reorientar el sistema?

Siempre se obtienen en este tipo de reuniones, ideas, nuevos conocimientos que ayudan a los gestores a enfocar su trabajo diario. También es importante trasladarles a los políticos la visión que tienen los gestores sanitarios de determinados temas para que lo tengan en cuenta a la hora de implantar políticas sanitarias.

Entrando ya a desgranar algunos de los contenidos del programa, personalmen-

te ¿qué temas/ponentes le resultan de mayor interés?

Considero que los temas que se van a tratar en todas las mesas son muy interesantes en el presente y cara al futuro, todos ellos han sido seleccionados con mucho cuidado y buscando conseguir los objetivos previstos: los cambios estructurales necesarios en la organización sanitaria que se abordará en la mesa de política sanitaria, las experiencias de innovación en gestión pública, la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios desde la visión del mundo académico, el papel de los profesionales en la organización sanitaria y por último las alianzas necesarias para mejorar la calidad del sistema sanitario donde participarán pacientes, medios de comunicación y sector empresarial. No sa-

bría por cual decantarme, el sumatorio de las medidas que se plantearán en cada una de ellas sin duda ayudará a reorientar y mejorar el sistema sanitario actual.

Se hablará de cambios estructurales en la organización sanitaria en una mesa en la que participan altos cargos de servicios regionales de salud. ¿Particularmente, qué aspectos considera conveniente variar a nivel estructural?

Contraoponer las distintas visiones y realidades que se tienen en el Estado español sobre la organización de los servicios sanitarios y, en concreto, en el nivel asistencial de Atención Primaria. Es fundamental asegurar la homogeneidad del sistema sanitario y que el paciente reciba las mismas prestaciones comunes en todo el territorio español y con los mismos estándares de calidad. Hay que adecuar y modernizar las infraestructuras, potenciar las formulas alternativas a la hospitalización convencional, implantar las unidades de gestión clínica, profesionalizar a los directivos, modificar los sistemas retributivos para que cobren mas los que mas y mejor trabajan, motivar a los profesionales dándoles mayor autonomía de gestión, dar mayores competencias al personal de enfermería y un largo etcétera. Los avances en biomedicina, las demandas de la sociedad y de los profesionales sanitarios y el marco económico en el que nos movemos van sin duda a agilizar estos cambios necesarios en la organización sanitaria

También se abordan cuestiones de innovación en la gestión pública, ¿hay margen para la novedad y el cambio en este ámbito?

Hay que racionalizar los recursos y dirigirlos allí donde más falta hace

de implantar cambios. En la mesa del congreso dedicada a este tema veremos algunos de los ejemplos que se están llevando a cabo en algunas Comunidades Autónomas, entre ellas la Comunitat Valenciana, donde se va a presentar todos los cambios

Por supuesto, y en momentos de crisis hay que agudizar el ingenio y ser más valientes a la hora

**ANÁLISIS Y
REFLEXIÓN**

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

**El Médico.
Interactivo**

LA SANIDAD DÍA A DÍA

**ACTUALIDAD Y
FORMACIÓN**

que se están introduciendo relativo a la prescripción farmacéutica .

Otro eje claro de la mejora en la gestión de la AP es la eficiencia. ¿Es posible mantener este objetivo en un marco económico como el actual?

Precisamente es este marco económico el que nos obliga más que nunca a mejorar la eficiencia y, como ya he dicho anteriormente, es fundamental para ello potenciar la Atención Primaria. Todas aquellas medidas encaminadas a evitar reingresos hospitalarios, potenciar la cirugía ambulatoria, la atención domiciliaria, los hospitales de día, a conseguir mayor nivel de integración entre los profesionales de Atención Primaria y hospital son ejemplo de medidas que mejoran la eficiencia del sistema sanitario. Y, por supuesto, hay que racionalizar los recursos y dirigirlos allí donde mas falta hace.

Respecto al papel de los profesionales sanitarios, ¿qué pueden aportar para mejorar la actual gestión de los recursos sanitarios en AP?

En estos momentos, los profesionales sanitarios se tienen que implicar más que nunca en la gestión sanitaria proponiendo cambios y ejecutándolos. Es imposible hacer cambios en los sistemas sanitarios de espaldas a los profesionales ya que son ellos junto a los pacientes los que tienen que ejecutar y empujar muchos de ellos. Por tanto su ayuda es necesaria e inestimable para conseguir los avances previstos.

¿Es partidaria de fomentar la profesionalización de la gestión sanitaria?

Sí. La SEDAP como sociedad ya se ha pronunciado al respecto y es necesario fomentar la profesionalización de la gestión sanitaria. Ahora más que nunca necesitamos gestores formados, los mejores en los dis-

tintos campos que basen su gestión en criterios de eficacia, eficiencia y ayuden a la sostenibilidad del sistema sanitario con su experiencia y formación. Se ha avanzado muy poco en este sentido y consideramos que hay mucho camino por recorrer.

Respecto a las posibles alianzas que se-

rían necesarias para alcanzar los retos planteados, ¿quiénes deben participar e integrarse en este proceso?

En la mesa donde se tratará este tema hay una representa-

ción de los principales sectores que consideramos que son necesarios y con los que hay que buscar alianzas para mejorar la calidad del sistema sanitario. Entre ellos podemos destacar el mundo de la comunicación, el sector empresarial, representado en este caso a través de la industria farmacéutica y tecnológica y, cómo no, los ciudadanos y usuarios del sistema. La colaboración de todos y cada uno de ellos es indispensable para mantener la sostenibilidad del sistema con los mismos estándares de calidad que tenemos actualmente y que nos sitúa entre los mejores del mundo.

El congreso se clausura con una conferencia del decano de Deusto Business School, ¿qué espera de su intervención?

Es un honor poder contar en el congreso con Guillermo Dorronsoro. Nos interesa co-

nocer cómo nos ven desde fuera otros sectores sociales como es el caso de la Universidad. Estamos acostumbrados a debatir únicamente nuestras inquietudes desde dentro con profesionales del sistema sanitario. En estos momentos, en el escenario socioeconómico actual, las fórmulas organizativas y de gestión para conseguir la sostenibilidad del sistema sanitario son uno de los objetivos fundamentales que pretendemos alcanzar. Consideramos importante que Guillermo Dorronsoro, como decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Deusto, siempre vinculado al impulso de nuevas iniciativas y a la creación de empresas innovadoras, nos aporte sus conocimientos y experiencia aplicados a reorientar nuestro sistema sanitario y ponga un broche de oro final en la clausura del congreso.

Finalmente, ¿cómo animaría a los dubitativos a que se acerquen a esta reunión?

Diciéndoles que va a ser un encuentro muy interesante donde vamos a debatir entre todas las CC.AA. temas de plena actualidad en cuanto a gestión sanitaria, que contamos con unos magníficos ponentes en las distintas mesas y dos magníficos expertos en las conferencias de inauguración y clausura, Beatriz González López-Valcárcel y Guillermo Dorronsoro, que, sin duda, no nos dejarán indiferentes. Todo ello en el bonito escenario de la ciudad de Alicante donde tendremos oportunidad de ver las magníficas vistas de la ciudad desde el Castillo, lugar emblemático donde tendrá lugar la cena del congreso. No se arrepentirán de acudir, se lo aseguro ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



No podemos pararnos:

debemos dar lo mejor que existe a los pacientes,
de una forma absolutamente racional
y colaborando con la

industria
y los proveedores”

Ramón Ares Rico

Vocal en Galicia de la Sociedad Española de Directivos
de la Salud y responsable de las Jornadas Nacionales
de SEDISA en A Coruña (14 y 15 de noviembre de 2013)

Texto | Antonio Pais

Fotos | SEDISA



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ENTREVISTA

Ramón Ares Rico

“No podemos pararnos: debemos dar lo mejor que existe a los pacientes, de una forma absolutamente racional y colaborando con la industria y los proveedores”

Los días 14 y 15 de noviembre, en el marco del Complejo Hospitalario de A Coruña (CHUAC), se van a celebrar las Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). De la preparación y organización de todo el contenido científico de estas jornadas se ha encargado Ramón Ares Rico, vocal en Galicia e integrante de la Junta Directiva de la Sociedad. Desde 1994 en labores de gestión, en la actualidad Ramón Ares es director de Procesos Asistenciales de la Estructura de Gestión Integrada de A Coruña, que incluye el CHUAC (el antiguo Hospital Juan Canalejo y los hospitales Materno-Infantil, Teresa Herrera y de Oza), el Hospital de Cee, tres centros de Especialidades (en Carballo, Betanzos y el Ventorrillo de A Coruña) y todos los servicios de Atención Primaria.

¿Qué ofrecerá el Complejo Hospitalario de A Coruña a estas jornadas nacionales?

Estas jornadas se intentan hacer con una perspectiva ya estatal, con representantes de los distintos Servicios de Salud de las comunidades autónomas. Nosotros decidimos hacerlas en A Coruña por las facilidades que tenemos, la infraestructura que tiene el propio hospital (las jornadas se van a celebrar en el CHUAC), y fundamentalmente el objetivo, más allá del nivel de los aspectos que vamos a presentar y sobre los que vamos a debatir, es ofrecer el área entera y el propio Hospital de A Coruña como sede de las jornadas, que colaboren y puedan participar distintas estructuras del Hospital, que nos van a ayudar en temas de logística y organización. Estamos seguros de que las jornadas van a ser un éxito, no solamente por el nivel científico, por los temas que vamos a tratar, sino por la propia participación. Estas jornadas son distintas del Congreso, el evento más importante

que organiza SEDISA, y se prevé que podamos acoger entre 170 y 200 directivos de la Salud: mayoritariamente de Galicia, pero también prevemos una asistencia importante de directivos de otros Servicios de Salud.

Porque en estas jornadas siempre se compara lo que se hace en las diversas comunidades...

Más que comparar, el propio Hospital de A Coruña es el marco en el que se desarrollarán las jornadas; y por ello, intentaremos

que el Hospital sea un escaparate de toda la actividad que se realiza en él, en temas relacionados con las propias jornadas o en otro tema cualquiera de gestión en los que estén interesados los distintos participantes. El Hospital va a ser un poco el ejemplo de todos los modelos, técnicas y herramientas de gestión que se están aplicando ahora mismo en el Servicio Gallego de Salud. Más que contrastar lo que hacemos unos y otros, lo que sí buscamos son aspectos que sean más transversales, comunes a la problemática que prevemos analizar este año:



los modelos más novedosos en la temática en que queremos profundizar en estas jornadas, los que puedan generar más controversia, más debate entre los directivos asistentes: y ello desde aspectos teóricos relacionados con los propios modelos que vamos a analizar; pero sobre todo, desde un punto de vista mucho más pragmático, en la puesta en práctica de esas soluciones, ver las diferentes experiencias.

¿Cuál va a ser el tema central o *leitmotiv* de las jornadas?

El lema de las jornadas, que va a presidir sus mesas más importantes, es la relación entre los distintos proveedores, la industria fundamentalmente, y los distintos Servicios de Salud, sus hospitales: ver cómo es esta relación de colaboración, cómo participan conjuntamente, qué objetivos comunes tienen, qué objetivos estratégicos, incluso institucionales... es decir, cómo se funciona, qué pueden aportar o ayudar a solucionar la industria y los distintos proveedores ante los diferentes problemas: qué distintos modelos de gestión hay, que ya se están aplicando, en los que conjuntamente, como dos partes interesadas (no como una parte que vende y otra que compra sino yendo de la mano) intervienen los Servicios de Salud y los proveedores, que colaboran en la implantación de esos modelos para resolver los diferentes problemas en las distintas áreas que tenemos.

¿Puede adelantar sobre qué versarán las mesas y cuáles serán algunos de los ponentes?

Las jornadas se van a celebrar los días 14 y 15 de noviembre, estructuradas en dos mesas el primer día, el jueves por la tarde, y otras dos mesas el segundo, el viernes por la mañana. El día de la inauguración habrá una conferencia que versará sobre planificación, dirección estratégica, de un modelo de gestión diferente al de las organizaciones en las que estamos trabajando. Aprovechando que las jornadas se celebran en A Coruña, la conferencia será de un tema externo a nuestro sector y la impartirá un directivo de primer nivel del Grupo Inditex, que nos expondrá el mode-

lo de gestión que ha llevado al éxito de este Grupo.

Por partes. ¿Cómo serán las dos mesas que se realizarán el primer día?

La primera mesa analizará la provisión de soluciones para las prestaciones de alta tecnología en colaboración con los proveedores y con la industria, modelos que ya están ahora mismo puestos en práctica en algunos hospitales y áreas de salud, como el diálogo competitivo, socios colaboradores... para resolver aspectos diagnósticos y terapéuticos; veremos los más novedosos y avanzados, para analizar sus resultados. Será una mesa con distintos participantes, para ver distintos aspectos: desde el del gestor, desde el de la propia industria y también desde el de las necesidades del propio clínico que debe aplicar estas técnicas, ver lo que le puede aportar el modelo y lo que puede esperar de este modelo de colaboración. Y la segunda mesa, más breve, va a estar relacionada con la puesta en práctica de un proyecto que tiene SEDISA con la industria de planificación y de evaluación de resultados de gestión; se verán algunos aspectos muy concretos de lo hecho este año.

¿Y las del segundo día de las jornadas, el viernes?

Habrà otra mesa que se centra en aspectos terapéuticos, pero sobre todo relacionados con productos farmacéuticos: la colaboración con la industria farmacéutica para la aplicación de todos aquellos tratamientos novedosos y de alto impacto económico y cómo conjuntamente podemos resolver la cuestión del coste de los mismos, la accesibilidad a esos tratamientos por parte de

toda la población que los necesite. Aquí se verán distintos modelos de colaboración existentes, como el riesgo compartido y otros que la industria farmacéutica ya está implementando con algunos Servicios de Salud para intentar llegar a todos los pacientes que los necesitan, para poder hacer esto con las restricciones presupuestarias que tenemos y compartir el riesgo, fundamentalmente económico, de la utilización de estos productos. En esta mesa participará algún representante de la industria, un clínico y algún gestor de un hospital que ya está aplicando estos tratamientos.

La crisis económica ha traído también malos tiempos para los proveedores.

Los proveedores, la industria, tienen que apostar por la innovación, por la introducción de nuevas técnicas. Nosotros no podemos pararnos, tenemos que dar lo mejor que existe a los pacientes y lo debemos hacer de una forma absolutamente racional y colaborando: la industria y los proveedores son conscientes del entorno en el que nos encontramos, nosotros somos también conscientes de las limitaciones que tenemos y la única fórmula es ir juntos e intentar colaborar, y que esto nos permita que la

flexibilidad sea la que tiene que ser: que sean sólo perfiles clínicos los que nos determinen esta flexibilidad y no otras indicaciones o motivos, para intentar llegar a toda la población; y para hacer esto rentable y que ellos puedan seguir innovando, nosotros también debemos asumir compromisos de poder financiar estas técnicas diagnósticas y terapéuticas. La única forma de conseguir esto es ir de la mano y de intentar asumir riesgos juntos: no somos competidores, no

El objetivo de las jornadas nacionales, más allá de los aspectos a debatir, es ofrecer el área entera (gestión integrada) y el Hospital de A Coruña como sede de las jornadas

El Hospital de A Coruña va a ser el ejemplo de todos los modelos, técnicas y herramientas de gestión que se están aplicando ahora mismo en el Sergas



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ENTREVISTA Ramón Ares Rico

se trata de que ellos intenten sacar un productor mayor del que tienen que sacar: tienen que seguir innovando; y deben cobrar, y en plazo. Con esto, si somos capaces de ajustar al máximo la marcha conjunta, creo que será más fácil para todos.

Se adelantará alguno de los temas claves del futuro 19 Congreso Nacional de Hospitales?

El Congreso de celebrará el año que viene en Alicante, pero yo creo que los temas que vamos a tratar en A

Coruña son absolutamente candentes y novedosos, es por donde están yendo los Servicios de Salud, sobre todo, los que intentan ser más innovadores. Está claro que de los modelos de los que vamos a hablar en las jornadas se seguirá tratando en el Congreso de Hospitales, se está hablando ya en distintas jornadas y no sólo por parte de sociedades de directivos, sino de otras sociedades científicas, o los propios proveedores están discutiendo continuamente sobre estos modelos, que son algo novedoso y que debe ir evolucionando; la relación entre los proveedores de servicios y el propio sistema de salud es algo que siempre va estar candente.

¿Se va a presentar algún nuevo documento o propuesta de la Sociedad?

Tal vez se pueda presentar algún documento de conclusiones de lo realizado este año en relación a este tema, a estos modelos de gestión y es cierto que hay algunas líneas estratégicas para SEDISA, como es la profesionalización de los gestores; también está el tema de la sostenibilidad y la solvencia del SNS, algo sobre lo que SEDISA como Sociedad está totalmente posicionada pero siempre habrá algo que comentar. Posiblemente ahora mismo no presentemos ningún documento nuevo, pero sí que todos estos temas sobre gestión que vamos a discutir están directamente rela-

cionados con las distintas políticas de sostenibilidad; de modo que aunque no se haga un nuevo documento sí se incide sobre todas aquellas herramientas que pueden facilitar la solvencia y la sostenibilidad del SNS.

El tema que va a presidir las jornadas nacionales es la relación de colaboración, implantando modelos de gestión, entre los proveedores, la industria, fundamentalmente, y los Servicios de Salud

Tras la comparecencia de SEDISA en el Congreso, ¿ha habido algún avance en la relación con la Administración y en la toma en cuenta de los documentos que presentaron?

SEDISA tiene un plan estratégico, y

dos de sus líneas básicas son la lucha por la profesionalización de toda la gestión sanitaria y por la sostenibilidad del SNS. Con estos documentos que se presentaron y con algunas reuniones que se están realizando lo que estamos haciendo es exponer estas líneas estratégicas a los distintos Servicios de Salud, buscando que SEDISA sea una voz que les pueda ser útil a la hora de poder planificar la formación de directivos, de hacer más eficiente el sistema aplicando distintos modelos de gestión o a la hora de elegir o validar directivos: estamos ahí. Lo que no puede ser es imponer a nadie, ni decir quién tiene que ser. Nosotros tenemos claro que los directivos tienen que formar parte de un equipo de confianza de quienes en cada momento tienen responsabilidad en un Servicio de Salud, pero lo que planteamos es que haya unos mínimos de profesionalización, un mínimo de currículum, una guía de formación, unas exigencias mínimas que se deben tener en cuenta; y ahí nos posicionamos y aportamos nuestra experiencia y nuestro bagaje.

¿Desde SEDISA se siente que reciben algo más que buenas palabras, que son escuchados?

En unos casos más, y en otros casos menos. Es cierto que nosotros somos los propios directivos que ocupan en la actuali-

dad distintos puestos de responsabilidad, u otros que estuvieron antes. La Sociedad la formamos las personas; no podemos separar el ser integrante de la Junta Directiva de SEDISA de nuestra responsabilidad de directivos en el Sergas o en otros Servicios de Salud. A nosotros como Sociedad en unos sitios se nos escucha más que en otros; las relaciones no son iguales en todas partes, y nuestro objetivo estratégico es intentar establecer los mínimos citados.

Uno de los temas clave sigue siendo el de redefinir el régimen laboral del personal sanitario para hacerlo más flexible. ¿Cuál sería su apuesta particular? Usted es director del Hospital Virxen da Xunqueira de Cee, que nació como una fundación hospitalaria, con personal laboral.

Sí, pero las fundaciones se integraron en la red pública y su personal pasó a ser estatutario; fue una decisión política, en un momento dado. Yo creo que, como todo, el régimen laboral tiene sus ventajas y sus inconvenientes; muchas veces las bondades o maldades de las herramientas de gestión dependen de cómo se utilicen y para qué; es cierto que una flexibilización mucho mayor es necesaria: yo no sé si esa flexibilización tiene que ser vía laboralización, vía reforma del Estatuto, pero lo que sí es necesario es tener unas estructuras más flexibles, sin tantas rigideces como las que tenemos ahora... y eso tampoco quiere decir que el modelo que tenemos ahora sea malo, ni que la laboralización sea la panacea para solucionar todos los problemas, también tiene sus rigideces y sus dificultades de funcionamiento; pero sí que en determinados momentos se puede adaptar mucho mejor a la realidad de lo que lo hacen nuestras organizaciones actuales, más rígidas.

En Galicia, estos años se ha priorizado la retribución de los sanitarios respecto a la crisis, aunque los profesionales lamentan los recortes. ¿Es en todo caso ejemplo para otras CC.AA.?

La situación de partida de los distintos Servicios de Salud, con la crisis, no fue la misma: la foto no era la misma desde el

punto de vista de la situación económica, y ello determinó diferencias en las medidas a implantar, y en que éstas se implantaran con una diferente intensidad. En Galicia se tomaron medidas como en todos los sitios, pero a lo mejor estábamos en una situación de partida más favorable y eso permitió implantarlas de forma más paulatina. Los recortes salariales obligatorios para todos los trabajadores públicos se hicieron igual aquí; también se hicieron recortes adicionales: ajustes de Farmacia, ajustes de los gastos del Capítulo II... aunque repito que a lo mejor aquí ese recorrido de ajustes lo hicimos en más tiempo y no tuvimos que “adelgazar” de golpe, como en otros sitios; y esto provocó que la masa salarial del Sergas dedicada a sus trabajadores no sólo no bajó sino que se incrementó.

¿Dónde se ha notado más la crisis dentro del Sergas?

Yo creo que la crisis a nivel asistencial no se ha notado: la cartera de servicios no disminuyó, ni el nivel de prestaciones, sino que incluso en algunos casos se reforzaron y aumentaron. Sí hay que decir que se hizo un gran esfuerzo: la máxima de que con menos estamos haciendo más es cierta, los resultados asistenciales están ahí y hay menos dinero, el presupuesto del Sergas es menor ahora que el que tenía hace cinco años y las plantillas no crecieron, o en algunos casos se reajustaron. En áreas como la de Farmacia se hizo un esfuerzo enorme, y donde había medidas que se podían tomar, se tomaron con unos resultados de eficiencia muy importantes que son los que permitieron la sostenibilidad y la solvencia del sistema en estos momentos de crisis económica.

Desde el punto de vista de la ciudadanía, cuando se realizan encuestas, ¿ha bajado la percepción de calidad de la asistencia?

En la última encuesta del CIS, la percepción de los ciudadanos es muy dispar. Galicia subió seis puestos en el ranking de Servicios de Salud autonómicos respecto a la posición que tenía en años anteriores.

La sensación que se tiene, en cualquier caso, es que estamos en una situación de crisis importantísima, que se manifiesta a todos los niveles.

¿En qué ha contribuido la estructura del Sergas al buen hacer tras el terrible accidente ferroviario en Santiago? ¿Qué habría que mejorar? ¿Cree que en España los servicios sanitarios, en general, están preparados para grandes emergencias?

La respuesta del sistema sanitario, y de unos profesionales implicados, fue excelente. Como en todas las cosas, siempre hay aspectos que se pueden mejorar, la coordinación en particular siempre puede ser mejor y ahora lo que ya se está haciendo es analizar bien lo que sucedió con la vista puesta en mejorar en esos aspectos en los que se pueda. Pero en líneas generales el sistema sanitario que tenemos, como ya había demostrado en otros casos, confirmó que puede ofrecer una respuesta muy buena.

¿Se va a hablar en estas jornadas sobre nuevos modelos de gestión? ¿Cuál cree que debe ser la apuesta a futuro para mejorar la gestión de nuestros centros (modelo PPP/PFI, fundaciones, etc.)?

Repito lo que dije antes: ningún modelo de gestión en sí es muy bueno o muy malo, todos tienen sus ventajas y sus inconvenientes y dependerá de las circunstancias: de dónde se utilicen y para qué.

En Madrid el nuevo modelo de gestión no convence a los profesionales, y entre otras cosas, parece que influirá negativamente en sus condiciones laborales, ¿cree que los profesionales sanitarios deben tener unas condiciones mínimas reguladas y establecidas para todos ellos, trabajen en pública o privada?

Creo que es necesario una regulación mí-

nima de la condiciones de los profesionales sanitarios, independientemente que trabajen en el sector público o privado. Hay que mantener unos mínimos acordes con la alta preparación y especialización que tienen que realizar todos los profesionales sanitarios. Este mínimo no está reñido con tener un modelo más flexible.

Si existiera una profesionalización de la gestión sanitaria, ¿podría contarse con mejores gestores, independientemente del ámbito de actuación (público/privado), con lo que mejoraría el sistema?

La profesionalización de los directivos tiene que ser una herramienta que ayude a abordar mejor las tareas de gestión de nuestro sector, pero también es cierto que por sí sola esta medida no garantiza el acierto y la consecución de buenos resultados. Es una medida

que permitiría tener más profesionales con unos niveles de formación y preparación estandarizados, con lo que habría una posibilidad mayor de elección los perfiles más adecuados para cada situación, teniendo presente la importancia que tiene que tener la confianza de los responsables de la elección y nombramiento de los mismos. Tampoco se debe perder la perspectiva de que son puestos de confianza ■

En reuniones con distintos Servicios de Salud buscamos que SEDISA sea una voz que les pueda ser útil a la hora de poder planificar la formación y la validación de directivos

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)







Es destacable la
gratuidad
del
servicio sanitario
de los aeropuertos españoles,
es algo que no ocurre
en algunos aeropuertos europeos

Antonio Zurita

Médico del servicio médico del Aeropuerto de Madrid-Barajas

Texto y fotos | Ana Montero



PERFILES MÉDICOS

Antonio Zurita

“Es destacable la gratuidad del servicio sanitario de los aeropuertos españoles, es algo que no ocurre en algunos aeropuertos europeos”

El servicio médico del aeropuerto de Madrid-Barajas atendió durante 2012 a más de 16.000 personas que necesitaron asistencia sanitaria de diferente índole en las instalaciones aeroportuarias. En lo que va de año, la cifra de asistencias ronda ya las 9.000. Del total de estos usuarios que tuvieron que ser atendidos, alrededor de un 30 por ciento fueron trabajadores que prestan su servicio en el propio aeropuerto y las consultas más habituales estuvieron relacionadas con dolencias digestivas, traumatismos, lesiones y consultas de Otorrinolaringología. Antonio Zurita es el médico del servicio médico del Aeropuerto de Madrid-Barajas que desde hace más de 60 años cuenta con este servicio, en el que trabajan 82 profesionales sanitarios, y que está a disposición de pasajeros y usuarios las 24 horas del día, los 365 días del año.

Usted es el responsable de la asistencia médica de un aeropuerto, ¿qué supone manejar la asistencia sanitaria en un entorno de estas características, con tanta afluencia de gente los 365 días del año?

Como todo servicio de urgencias, depende de la demanda y, en este sentido, hay momentos más tranquilos y otros críticos, de ahí que la lógica y la experiencia jueguen un papel fundamental. Normalmente, los tres servicios médicos del aeropuerto -dos en las terminales T2 y T4 y otro en el edificio T4S (Edificio Satélite)- dependen del médico que está de servicio en la T4 y todo el mundo es consciente de su labor y de lo que tiene que hacer. El servicio médico del Aeropuerto de Madrid-Barajas, activo desde hace más de 60 años, está a disposición de los pasajeros y usuarios las 24 horas del día, los 365 días del año, y está planificado para asistir a cualquier persona que solicite ayuda médica en el recinto aeroportuario, así como para atender cual-

quier urgencia médica y trasladar a un enfermo, si fuera necesario, hasta un hospital. Sólo en ocasiones muy puntuales, de catástrofes o atentados, se pide ayuda a un servicio externo.

¿En qué consiste exactamente su trabajo? ¿Se sigue algún protocolo especial? En situaciones de catástrofes o alertas de enfermedades infecciosas, ¿hay algún tipo de plan establecido?

El protocolo está recogido en el manual de autoprotección y además se contemplan tres niveles de emergencia, teniendo en cuenta que no es lo mismo una emergencia en un avión que una emergencia sanitaria en cualquier parte del aeropuerto. Así pues, por un lado, existe la alarma local, en la cual se nos activa a nosotros pero sin salir de las dependencias; la alarma general, en la que se nos activa y acudimos al sitio del incidente, en este caso también se activa a los servicios externos pero no se les desplaza hasta aquí; y la de emergencia, cuando ya existe un accidente y se movilizan servicios externos e internos para hacerla frente y se produce un despliegue de medios. Además, el aeropuerto cuenta con el Centro de Gestión Aeroportuaria (CGA) que nos coordina a todos y activa los recursos necesarios para atender la emergencia.

¿Cuáles son las principales barreras a las que se enfrentan?

Un aeropuerto es un punto nodal donde confluyen a diario cerca de 200.000 personas, de diversos sitios, de diferentes culturas, con diferentes idiomas e, incluso, con diferentes patologías. En este contexto, el servicio de información del aeropuerto es

bueno y aunque, lógicamente, no hay gente que conozca todos los idiomas, al final todo acaba resolviéndose. El idioma nunca ha sido un problema definitivo con nadie, hay veces que es más problemático el choque cultural, ya que, por ejemplo, hay personas de ciertas culturas que no se dejan explorar. En cualquier caso, todo se acaba manejando. Además, el hecho de hacer un viaje en avión es estresante para todo el mundo, incluso para los que estamos acostumbrados a ello, lo que quiere decir que hay patologías que surgen o se averiguan nuevas en el propio aeropuerto y otras que se agravan por el hecho del estrés. En este sentido, hay patologías que precisan de una mayor medicación si se va a estar sometido a un proceso estresante como es un vuelo. Por ejemplo, una persona epiléptica, al estar sometida al estrés del viaje, necesitaría potenciar un poco su medicación. Por otro lado, si ha olvidado su medicación o la ha dejado en la maleta y ésta se ha perdido o se retrasa, lógicamente, todo se agrava.

Junto a usted, ¿qué otros profesionales intervienen y cuál es su labor?

El servicio médico de Madrid-Barajas cuenta con tres puntos de atención sanitaria. Dos de ellos ubicados en las terminales T2 y T4, de acceso libre al pasajero, al estar situados en las zonas de llegada de ambas terminales, y

otro, estratégicamente localizado, en el edificio de T4 Satélite, que cuenta con un médico y dos técnicos sanitarios que están de 7 de la mañana a 11 de la noche, para poder llevar a cabo una rápida intervención en esta zona más alejada de las instalaciones. En total, en el servicio médico del Aeropuerto Madrid-Barajas traba-

En nuestro caso, la política sanitaria de AENA es atender a todos los usuarios que lo requieran, se podría decir que funcionamos como un centro de salud más dentro del territorio, aunque, sobre el papel, no exista obligación de hacerlo



jan, a turnos, 82 profesionales sanitarios, 25 de ellos médicos, y en cada una de sus tres dependencias se dispone de un equipo médico compuesto por médicos, enfermeras y técnicos de emergencias. Además, con el objetivo de dar una asistencia urgente completa y estar preparados para casos de traslados de pacientes graves, el aeropuerto cuenta con tres vehículos especiales: una UVI móvil, con médico, ATS y dos técnicos sanitarios las 24 horas todo el año; un vehículo de intervención rápida -VIR- equipado con la tecnología e instrumental sanitario similar al anterior; y una ambulancia de asistencia urgente. Luego hay un camión de emergencias y dos carros de emergencias dotados de material para ser utilizados en caso de catástrofes que están ubicados en el servicio de “Follow Me”. En otro orden de cosas, hay que señalar que Madrid-Barajas ha sido uno de los primeros aeropuertos en convertirse en “Aeropuerto Cardioprotectado” ya que a lo largo de las instalaciones de Barajas hay 75 puntos de rescate cardíaco y más de 800 empleados

formados en primeros auxilios y reanimación cardio-pulmonar.

¿Es usted responsable de la salud laboral de los empleados del aeropuerto?
¿Existe algún programa de prevención?

Para AENA hay un servicio de Salud Laboral en la T2, Iberia también tiene un servicio de salud, pero nosotros vemos a trabajadores del aeropuerto, de Iberia, a todos... En teoría el servicio médico del aeropuerto sería para tripulantes y pasajeros, pero en realidad, vemos a acompañantes, visitantes, taxistas, empleados de Metro, de RENFE, policías, Guardia Civil, inadmitidos, deportados, incluso, personas “sin techo”.

¿Con qué tipo de tecnologías, materiales y equipos cuentan?

El equipamiento, tanto la medicación como los medios tecnológicos, es decir, lo necesario para dar soporte médico avanzado, es el mismo para todos servicios médi-

cos del aeropuerto, lo que es distinto es el tipo de vehículo. Lo único que no tenemos, pero porque tampoco lo necesitamos porque no hacemos traslados lejanos, ya que nuestro hospital de referencia es el Ramón y Cajal que está a 10-12 minutos de aquí, son bombas de infusión. En cualquier caso, es algo que se podría superar con los microgoteos. Además, contamos con un sistema de triage que categoriza a las víctimas en caso de catástrofe o accidente. En este sentido, aunque hay varios métodos de clasificación rápida de heridos, Alfredo Goitia (Aeropuerto de Bilbao), Juan Manuel Millán (Aeropuerto de Sevilla) y yo diseñamos un método, Método Rápido de Clasificación en Catástrofes (M.R.C.C.), una variante simplificada del método S.T.A.R.T. del grupo de trabajo del Hoag Memorial Hospital Presbyterian de California, que pudiera ser utilizado tanto por personal sanitario como por personal no médico. Es un método sencillo y fácil de aplicar que permite clasificar a una víctima en menos de un minuto. Su uso, que valora secuencialmente la Marcha, la



PERFILES MÉDICOS

Antonio Zurita

Respiración, la Circulación y la Conciencia (M.R.C.C.), junto con los kit de clasificación M.R.C.C., permiten la correcta realización de un primer y segundo triage, así como la recogida de la información más relevante del herido. Así pues, se trata de un sistema de información rápido, fundamentalmente para el aeropuerto, en el que se contemplan cuatro categorías: pulsera negra, para el cadáver; pulsera roja, para la persona con urgencia vital; pulsera amarilla, para la persona leve pero que está afectada, y pulsera verde para el que está ileso. Aunque las tres últimas categorías pueden evolucionar de un color a otro, la herramienta permite tener al aeropuerto una información rápida del suceso y de la cantidad de víctimas. Otra cuestión es que este sistema lo asimilen otros servicios médicos de emergencia. En cualquier caso, nuestra labor en caso de catástrofe o accidente grave es el triage y el montaje del Área Médica Avanzada (AMA), después los medios de ayuda externos son los que, en definitiva, deciden.

¿Cuál es la formación que ha de tener un profesional que se dedique a la Medicina en este entorno? ¿Cómo se forman los médicos en este ámbito? ¿Existe algún tipo de formación oficial?

Independientemente de la titulación de cada categoría, médico, enfermera, ATS y técnico de Emergencias, en España, y concretamente en Madrid, es obligatorio hacer el máster en Urgencias y Emergencias. Además, por supuesto, son bienvenidos cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzado; de urgencias... Como miembro de la Sociedad de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), mantenemos la reivindicación histórica de la declaración de esta disciplina como una especialidad.

¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria?

La labor social que se hace no entra dentro de nuestro cometido, pero aquí entra en juego el compromiso ético del profesional.

Por lo que se refiere a la práctica asistencial, ¿a cuántos pacientes se suele atender a lo largo de un día? ¿Cuáles son las lesiones o casos más frecuentes con que se encuentra?

Durante 2012 más de 16.000 personas fueron atendidas en las instalaciones aeroportuarias y en lo que va de año, la cifra de asistencias supera ya las 9.000. Además, del total de estos usuarios que

tuvieron que ser atendidos, alrededor de un 30 por ciento fueron trabajadores que prestan su servicio en el propio aeropuerto. Las atenciones más comunes llevadas a cabo por sanitarios del aeropuerto están relacionadas con dolencias del aparato digestivo, traumatismos y lesiones por golpes o caídas, y consultas de Otorrinolaringología.

En base a estos datos, ¿algunas son evitables?

Sí, especialmente si la gente se concientia de que tiene que llevar su medicación y tomarla, sobre todo, en patologías como la epilepsia, la hipertensión o las crisis asmáticas. El avión es un medio muy seco y la presión parcial de oxígeno es menor de lo normal, por estas razones, entre otras, hay ciertas patologías que se agravan por el hecho del medio.

En este ámbito, ¿qué se hace o qué tenemos en los aeropuertos de España que no se haga fuera y, al contrario, qué se hace fuera de nuestras fronteras que no hagamos aquí? ¿Hay algún aeropuerto de España puntero al respecto?

En principio, los aeropuertos españoles, tanto en distancia con los medios de ayuda

exterior como en coordinación con los mismos, están bien cubiertos. Asimismo, un aspecto fundamental a destacar es la gratuidad del servicio, de hecho, algunos aeropuertos europeos cobran por este servicio sanitario y en la gran mayoría la cobertura sanitaria es privada. En nuestro caso, la política sanitaria de AENA es atender a todos los usuarios que lo requieran, se podría decir que funcionamos como un centro de salud más dentro del territorio, aunque, sobre el papel, no exista obligación de hacerlo. Además, hay que destacar que, de las 15.000 asistencias que se realizan al año, apenas hay reclamaciones, todo lo contrario, recibimos felicitaciones.

¿Hay alguna ley que obligue a mantener un servicio médico en un aeropuerto?

No es obligatorio disponer de médicos propios en los aeropuertos, es decir, no hay ley como tal, aunque sí hay recomendaciones de su conveniencia por parte de la OACI (Organización de Aviación Civil Internacional). Por otro lado, sí está reglamentado que, como mínimo, todo país ha de tener un aeropuerto sanitario internacional y, en este sentido, en España, el único que hay es Madrid-Barajas, reconocido por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

En otro orden de cosas, y dada la situación que estamos viviendo, ¿cómo valora el panorama sanitario español actual? ¿Están afectando los recortes a los servicios médicos del aeropuerto?

De momento no, por lo menos en este aeropuerto. Cada cierto tiempo surgen políticas sanitarias aeroportuarias, pero, por el momento, en los grandes aeropuertos españoles no están afectando los recortes. AENA mantiene la asistencia sanitaria presencial permanente y el servicio de ambulancia para evacuación durante todo el horario operativo en los aeropuertos con más de 8 millones de pasajeros al año, si bien todos los aeropuertos de la red garantizan una atención de primeros auxilios y un traslado a un servicio médico reglamentario si se requiere. En definitiva, mediante medios propios o externos, la asistencia está garantizada ■

AULA de la FARMACIA

estrena
nueva
web

- Cursos de Formación Acreditada
- Noticias
- Actualizaciones
- Revista a texto completo
- Buscador

The screenshot shows the homepage of the Aula Farmacia website. At the top, there is a navigation bar with the logo 'saned. de la AULA FARMACIA' and a search bar. Below the navigation bar, there are several featured articles and sections. On the left, there is a section titled 'OFERTA FORMATIVA' with three articles: 'Prevención, cribado y control de enfermedades prevalentes mediante el autocontrol de parámetros biológicos en la farmacia comunitaria', 'Manejo del dolor leve a moderado en la farmacia comunitaria', and 'Asesoramiento dietético en el sobrepeso y la obesidad en la oficina de farmacia'. In the center, there is a large article titled 'Más del 40 por ciento de los españoles padece más de un factor de riesgo cardiovascular' with a graphic of a human figure surrounded by red blood cells. On the right, there are smaller articles and advertisements, including 'Tecnimed: 1+D. Un proyecto ibérico. Una relación de Confianza' and 'AEESEG apuesta por las redes sociales con el lanzamiento del blog engenerico.com'. At the bottom right, there is a Facebook social media widget showing the Aula de la Farmacia page with 1,454 likes and a list of users who liked it.

Te invitamos a visitarla en

www.auladelafarmacia.org

saned.
GRUPO



Claves

para la incorporación
y la gestión de la innovación
en los centros sanitarios

En el marco del **Círculo de Gestión Sanitaria**, una iniciativa de la **Organización Española de Hospitales y Centros de Salud (OEHSS)** y de la **Fundación Bamberg**, con el apoyo de la **Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)**, y en la que también ha estado presente la **Revista EL MÉDICO**, gerentes y directores médicos de hospitales y gestores clínicos, tanto directores de institutos como de áreas de gestión clínica, se han reunido para analizar algunos de los temas más relevantes en el ámbito de la gestión asistencial, clínica, farmacéutica y tecnológica de los hospitales y de las áreas sanitarias españolas. En este primer encuentro, los expertos han abordado, fundamentalmente, el tema de la incorporación y la gestión de la innovación en los centros sanitarios, tanto desde el punto de vista de la organización, como de los recursos tecnológicos y humanos. Fruto de esta jornada, y fieles a uno de los objetivos de este foro de debate que es generar conocimiento y recomendaciones de valor, se han elaborado una serie de conclusiones, susceptibles de ser concretadas en publicaciones, de manera que éstas sean accesibles al conjunto de agentes del sector sanitario, bien sean políticos, gestores, responsables sanitarios y resto de agentes en general.

Texto y fotos  Ana Montero



Por el interés y el valor de los contenidos, la Revista EL MÉDICO, que también ha participado en este evento, ofrece a continuación las conclusiones consensuadas en el encuentro organizado recientemente por el Círculo de Gestión Sanitaria.

■ La incorporación y la gestión de la innovación, bien sea de equipamiento tecnológico, productos sanitarios y farmacéuticos o aplicaciones terapéuticas, ha de hacerse de forma eficiente, debido a su alto coste, ha de testarse por su evidencia científica y por la práctica clínica, y ha de ser implantada en aquellos centros donde pueda ser desarrollada. Algunos apuntan a que a causa de la crisis y de la escasez de recursos se han introducido elementos de racionalidad que han frenado o ralentizado esa introducción de tecnología.

■ Además de la innovación en tecnologías y productos, es necesaria también la necesidad de innovar en gestión. Aquí entra en juego la capacidad de evaluar, medir, comparar, detectar áreas de mejora y decidir. En el mismo sentido, se ha incidido en que, desgraciadamente, la innovación dentro de las organizaciones, por regla general, no se expande de manera homogénea, ni tampoco se aprovechan las experiencias de éxito.

■ Algunos expertos consideran que el stock tecnológico público es excelente, incluso a la cabeza de Europa, otros, sin embargo, defienden que no es así, ya que el parque tecnológico es muy irregular, permaneciendo equipamiento tecnológico muy obsoleto todavía en uso. En todo caso, hay coincidencia en que éste está desplegado de forma desequilibrada, de ahí que sería preciso realizar ajustes y reordenarlo, sacando el máximo rendimiento a lo que tenemos. Asimismo, exponen que

no hay programas de renovación tecnológica fijados ni una planificación de la renovación a medio y largo plazo que responda a criterios de eficiencia y efectividad.

■ El camino de mejora del uso de la tecnología en el sector público pasa por promover una Medicina Basada en la Evidencia; por una unificación de agencias evaluadoras de tecnologías y sus criterios; por una gestión clínica con riesgo compartido por el clínico en función de decisiones de uso y de coste-efectividad; por remunerar según rendimiento y los indicadores de resultados de los equipos; y por la colaboración público-privada para la implantación de tecnología.

■ Ahondando en esta línea, se coincide en que debería haber una Agencia evaluadora única que evite la elaboración de informes redundantes y, en ocasiones, contradictorios. Es necesaria una única voz, coordinada, como ocurre en la mayoría de los países, y, en este sentido, se aboga por la creación de una especie de HISPA-NICE que elimine las duplicidades de 17 agencias evaluadoras de tecnologías. Se pide que la Agencia sea

la encargada de realizar informes económicos y que sus decisiones sean consultadas, que no lo son ni por los gestores ni por los políticos, y, además, se opina que deberían ser vinculantes. La labor del Ministerio, una vez realizado el informe con criterios de

coste-eficiencia, sería decidir si el país puede permitirse económicamente o no esa tecnología, la decisión ha de ser política. Esto, en temas de Farmacia se está gestionando y regulando mejor gracias al papel activo y participativo de las comisiones.

■ En los casos en que la gestión es de naturaleza privada, el procedimiento de

compra de tecnología es diferente al mecanismo que se sigue en el sector público. Aquí las decisiones van de abajo a arriba, el jefe de servicio o la dirección médica, movidos por la voluntad de incorporar nueva tecnología, presentan un informe/memoria en el que se detalla lo que se quiere comprar, si está en la cartera de servicios o no, lo que se deja de hacer si se incorpora esa nueva tecnología, el impacto económico del mismo... Luego la dirección, o la entidad aseguradora en su caso, decide si se incorpora o no y, una vez admitida la incorporación, determina la casa comercial, el modelo y, en igualdad de condiciones, autoriza la más coste-efectiva. Un aspecto que la industria ha criticado, ya que, en su opinión, muchas veces la decisión es puramente economicista, se va a precio, y no hay comparación entre tecnologías, analizándose de forma aislada. Los puntos clave de este modelo son que se trata de una decisión orientada a que la inversión sea contributiva y que la concentración de grupos hospitalarios es un factor que hace rentable la inversión, ya que se pueden desarrollar economías de escala y comprar tecnología que pueda ser compartida por el grupo. En el caso de la privada, la compra de tecnología produce unos beneficios directos, ya que puede incrementar el número de asegurados, pero también indirectos, ya que se tiene a especialistas más formados en una determinada tecnología que, además, publican y que hacen que el centro se convierta en referencia. En el caso de la pública, el hecho de que un hospital se convierta en referencia no es un "premio" sino un aumento de presión asistencial.

■ Los sistemas de información son pieza clave de la innovación, entre otras razones, para conocer la eficiencia de los sistemas, como herramienta para el desarrollo de una historia clínica inequívoca en interoperable y como base para la implantación de la Telemedicina.

■ Los proveedores de tecnologías defienden que sus productos ya son evaluados

Se evidencia la necesidad de un modelo de reforma sanitaria, faltando propuestas y modelos organizativos que induzcan a la excelencia en la práctica médica y a la excelencia en los resultados en salud

en otros países antes de entrar en España y lamentan la carencia de información que existe, por lo general, en estos momentos que toman decisiones. Además, han defendido que la evaluación económica como herramienta de toma de decisión ha calado más en la industria que en los propios gestores. Por su parte, a las compañías y casas comerciales se les está pidiendo también que cambien el modelo, que además de vender productos vendan servicios, un nuevo concepto en el que están empezando a trabajar.

- Desde el punto de vista de la financiación, surge como propuesta, siguiendo el ejemplo que están desarrollando en alguna comunidad autónoma para ciertas patologías complejas, la creación de un fondo o presupuesto centralizado para fármacos, productos y tecnologías de alto impacto económico, diferenciado del presupuesto del propio hospital, de manera que el hospital no se vea “penalizado” o vea afectado su presupuesto si tiene que atender a algún paciente que requiera de estos tratamientos de coste elevado. “Si es un problema de todos, pagamos todos”. Otras propuestas para la financiación de la tecnología son: a) las fórmulas de riesgo compartido, un mecanismo que, a juicio de los expertos, aún posee un cuerpo doctrinal muy endeble; b) la posibilidad de pagar en función del retorno de la inversión; c) buscar sistemas de agrupación de compras; d) la posibilidad discutida de las asociaciones multihospitalarias para la compra de tecnología, al margen de las centrales de compras centralizadas; e) el pago por contratos de capitación (habitantes)...

- Desde el punto de vista de los recursos humanos se lamenta que no se pueda retribuir a las personas que aportan un mayor valor y mejores resultados a la organización ya que la capacidad de gestionar los recursos humanos en un régimen funcional-Estatutario es muy limitada y está encorsetada.

- Otras reflexiones fruto del Encuentro

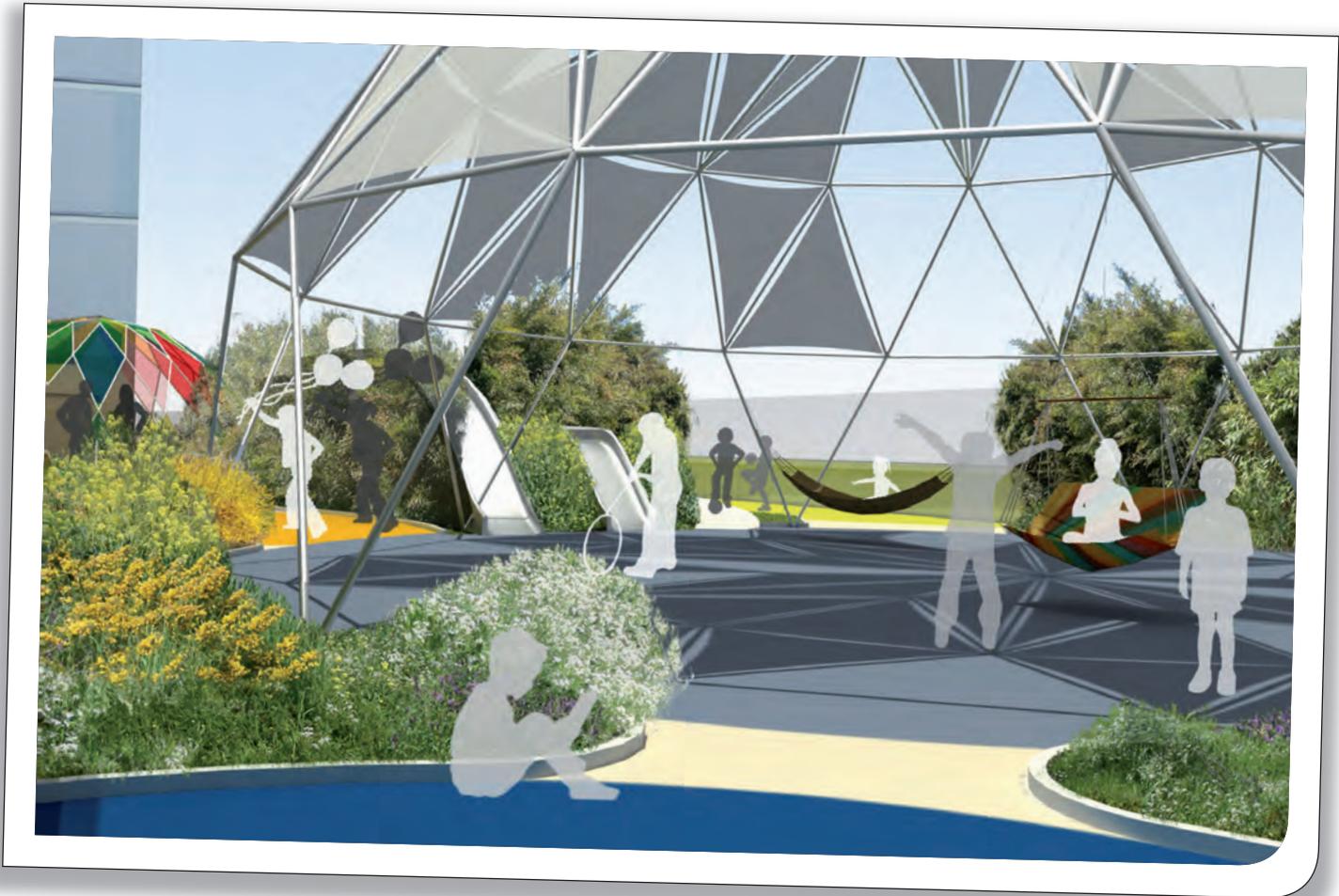


girar en torno a que más consumo sanitario no produce ni más valor ni más salud, sí más gasto, a la excesiva medicalización de la vida cotidiana y las elevadas tasas de frecuentación y de consumo farmacéutico.

- Igualmente, se evidencia la necesidad de un modelo de reforma sanitaria, faltando propuestas y modelos organizativos que induzcan a la excelencia en la práctica médica y a la excelencia en los resultados en salud. Para innovar hay que tener herramientas que flexibilicen las estructuras y, en este sentido, el sector sanitario público debería aprender de la empresa privada, no pretendiendo prácticas innovadoras sobre estructuras rígidas y antiguas. Es preciso incorporar mecanismos de competencia, tanto internos como externos, para motivar al profesional y a las organizaciones. La competencia induce la innovación.
- Además de gestionar los hospitales y articular la prestación de los servicios, es responsabilidad del sector sanitario medir el impacto de los servicios sanitarios en la salud de la población. En este

sentido, igual que se evalúan las tecnologías sanitarias y los fármacos, habría que hacer evaluación de los modelos de gestión, un mecanismo que precisaría de un importante cambio de comportamientos tanto en clínicos como en gestores.

- Es necesaria la profesionalización de los gestores sanitarios, por potenciar y legitimar su discurso, con transparencia, responsabilidad y mayor autonomía en la gestión, y con decisiones compartidas. Es necesaria la despolitización de la Sanidad, ya que a los políticos juegan a corto plazo buscando los votos y les falta visión estratégica planificando a medio y largo plazo. Los profesionales sanitarios no sólo han de centrarse en la eficiencia y la eficacia sino también en la gestión sanitaria de los valores, con una actitud educativa y ejemplarizante.
- También es necesario modificar la relación profesional sanitario y paciente, apostando por el autocuidado, la educación de la salud y la autorresponsabilidad de los ciudadanos, huyendo del hospital-centrismo. Se necesita un modelo más salubrista y menos sanitarista.
- Igualmente es necesario gestionar las altas expectativas de los pacientes, inducidas por el exceso de oferta tecnológica.
- Finalmente, el Círculo de Gestión Sanitaria se propone, trabajar, mediante su participación en el Foro Renacer, sobre aspectos tales como las ventajas e inconvenientes de los distintos modelos sanitarios y la evaluación de las nuevas fórmulas de gestión, sin olvidar la gestión de un espacio socio-sanitario, la ética y los valores de los profesionales sanitarios y de los pacientes y el papel del paciente ante un nuevo modelo sanitario analizando la relación de los ciudadanos y los servicios sanitarios y la auto-responsabilización de los ciudadanos y su participación en las decisiones de gestión, así como la importancia de la educación para la salud ■





“El Jardín de mi Hospiti”

Texto | Carmen Villodres

Fotos | Fundación Juegaterapia



REPORTAJE

“El Jardín de mi Hospi”

A los niños del Hospital Universitario La Paz de Madrid les ha brotado un jardín en su azotea. “El Jardín de mi Hospi”, de 700 metros cuadrados, es un espacio divertido que pretende que los niños se encuentren casi como en casa el tiempo que estén ingresados. Ha sido posible gracias a los esfuerzos del Plan de Humanización del propio hospital y de la Fundación Juegaterapia. Ante el éxito de este espacio ya se trabaja y se recaudan fondos para repetir la experiencia en el Hospital 12 de Octubre.

El verano de 2013 trajo a los niños internados en el madrileño Hospital Universitario La Paz un jardín, que plantado en la azotea del edificio del Materno Infantil, convirtió un espacio de duro cemento y en desuso, en un lugar donde poder jugar con otros niños y trasladarse por un camino de colores a las atracciones que pueblan su césped artificial. La experiencia ha sido tan exitosa que ya se trabaja y se recaudan fondos para poder plantar otro jardín; esta vez, en el Hospital Universitario 12 de Octubre de la capital.

El pasado 26 de junio los medios de comunicación dábamos cuenta, entre niños felices, de que

en la azotea del Hospital La Paz había brotado un jardín de 700 metros cuadrados al que han convenido en llamar “El Jardín de mi Hospi” unos hados que trabajan en el Plan de Humanización del hospital, confabulados con la Fundación Juegaterapia. También ha unido sus fuerzas en el proyecto un “ángel” poco convencional, Pablo Ibáñez, “El Hombre de Negro”, presidente de honor de Juegaterapia, que ha recaudado fondos para esta y otras empresas.

Batas blancas en el jardín

El día de la inauguración fue una fiesta en todo el hospital. En el jardín se podían ver batas blancas que subían desde los más diversos servicios del centro hospitalario y que contemplaban regocijados el efecto que el jardín causaba en los niños.

A la hora de presentarle tan pionero proyecto

a la prensa, el Dr. Javier Cobas, subdirector gerente del Hospital, -y el primero que dio una pista sobre la brillante idea de hacer un jardín, puesto que se había fijado en lo felices que parecían unos niños en un jardín de un hospital neoyorquino- afirmó: “A nuestro Hospital Infantil acuden cada año 120.000 niños a consultas y 3.000 a cirugía ambulatoria; además de los 9.000 que ingresan en hospitalización. Algunos de estos niños pasan aquí varios meses y son ellos los que más agradecen este jardín”.

El Plan de Humanización del hospital y la Fundación Juegaterapia se pusieron en contacto con Joaquín Torres, director del estudio de arquitectura

A-cero, que diseñó desinteresadamente el proyecto, pensando en un espacio divertido pero en el que los niños pudieran desplazarse sin dificultad.

Recordó el Dr. Cobas que el Plan de Humanización del hospital, también pionero en España, pretende que los niños se encuentren casi como en casa el tiempo que estén ingresados. Al menos, se intenta que ese periodo en el hospital no rompa del todo con su vida diaria.

“La quimio jugando se pasa volando”

Una de las personas determinantes para que “los queridos pelones” se diviertan y se olviden de su enfermedad es Mónica Esteban, presidenta y fundadora de Juegaterapia, cuya función principal es recoger vídeo consolas usadas de donantes solidarios y entregárselas a los niños, que a

causa de los tratamientos de quimioterapia tienen que permanecer mucho tiempo en los hospitales.

Como todas las grandes ideas surgió por casualidad. Un día Mónica fue a ver al hijo de una amiga que estaba ingresado a causa de un cáncer. El hecho de que el



niño cogiera la vídeo consola con tanto entusiasmo y felicidad hizo que Mónica pensara en dedicarse a llevar entretenimiento y alegría a otros niños que estaban pasando por eso. El lema no podía ser otro que “la quimio jugando se pasa volando”. Así que la empresa fue creciendo y hoy también aportan ordenadores y tablets.

La financiación que ha hecho posible el jardín es totalmente privada. La mayoría de los fondos han llegado en forma de sms que enviaron desde sus móviles 187.000 personas, animadas a colaborar con el proyecto desde la tele por el presentador del Hormiguero de Antena 3, Pablo Motos, y por la bonomía de Vicente del Bosque, se-

leccionador Nacional de Fútbol, que desde ese programa hizo la petición. A ellos se fueron uniendo grandes y pequeñas empresas.

Otras de las grandes personas que cuentan en esta historia es Ana Porto, responsable del voluntariado de la Fundación. Los viernes aparecen por los hospitales a llevar vídeo consolas, ordenadores o tablets a los niños que acaban de llegar y también sustituyen las estropeadas por otras reparadas.

Historias en el jardín del bien y la tortuga “Galleta”

Ana Porto conoce lo que ocurre en el jar-

dín y cuenta cómo un niño que no hablaba nada comentó señalando a la tortuga del jardín: “A ésta la voy a llamar Galleta” (ante el pasmo de sus padres y de los doctores). Y hecho. A partir de ese día la tortuga del jardín es “Galleta”. Un nombre muy apropiado para un jardín tan asombroso que hasta los árboles están renombrados y personalizados con nombres de niños.

La responsable del voluntariado de la Fundación también sonríe cuando recuerda el empeño de una niña en subir al tobogán, sin estar dispuesta a que se lo impidiera “el triciclo porta” (plataforma con medicamentos). Cuando finalmente lo consiguió,





REPORTAJE

“El Jardín de mi Hospi”

eso sí, con la ayuda de varias personas, hizo el siguiente reproche a su temerosa progenitora: “¿no has visto lo fácil que ha sido, mamá?”.

También se acuerda, cómo no, de Álvaro, un niño reimplantado y aislado que le hacía fotos desde su habitación a la evolución que experimentaba el jardín día a día, y que lo primero que hizo en cuanto su enfermedad se lo permitió- y cumpliendo su mayor deseo-, fue visitarlo.

El éxito de este jardín pionero ha animado a este grupo solidario a querer extender el modelo a otros hospitales españoles y la próxima vez le tocará al Hospital Materno-Infantil del 12 de Octubre de Madrid. En esta ocasión, la “primera semilla” de este segundo jardín la ha puesto el estudio de arquitectura Moneo+Brock, dirigido por Belén Moneo y Jeff Brock, que ha hecho el diseño, igualmente, de forma solidaria y totalmente desinteresada.

Otro jardín para compartir juegos y amistades que hacen olvidar el dolor

Este jardín será construido en una zona de terraza y azotea contigua a un aula escolar, a fin de que algunas de estas actividades lectivas puedan realizarse allí, siempre que sea posible.

Belén Moneo, desarrolla su actividad profesional entre Nueva York y España, y asegura que “la idea de diseñar un jardín para niños hospitalizados aquí en Madrid, nos ha encantado. Queremos que ellos, los protagonistas, encuentren en el jardín un espacio que entiendan como suyo. Un refugio, un escondite, su mundo, su paisaje, un sitio para la ensoñación y donde el contacto con la naturaleza, flores, frutos, colores y olores despierten sus sentidos. Confiamos en el diseño como medio para aportarles estas sensaciones. Nuestro jardín se vuelca en el juego como herramienta para la evasión y el entretenimiento pero también para el descubrimiento y la amistad”.

El jardín va a estar equipado con zonas de juego para los pequeños protegidas con



toldos, un huerto al lado de las ventanas del colegio, una fuente, una poza con peces, un telescopio, un molino, un refugio rústico, un invernadero-aula para que los niños salgan en todas las épocas del año y un pequeño teatro con gradas y pantalla de exterior. Además se han diseñado áreas para que tanto los niños como los familiares o los adolescentes puedan disfrutar de su propio espacio y crear pequeñas zonas *chill out*.

Las obras tendrán una duración aproximada de tres meses y comenzarán una vez conseguidos los fondos necesarios. Facebook Juegaterapia es un espacio virtual en el que se hacen realidad muchos sueños en forma de donaciones, tanto de fondos como de vídeo consolas, ordenadores y tablets. La obra que realiza la Fundación se puede ver en www.juegaterapia.org y desde la que también se puede colaborar.

El jardín del Hospital Universitario La Paz y el próximo que albergará el Hospital 12 de Octubre son una buena prueba de que los sueños a veces se hacen realidad ■

Documentación y fuentes

1. Fundación Juegaterapia.
2. Hospital Universitario La Paz de Madrid.
3. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.
4. Entrevista a Lourdes Amayas, responsable de Prensa y Comunicación de la Fundación Juegaterapia.
5. Ana Porto, responsable del voluntariado de la Fundación Juegaterapia.
6. EL MÉDICO INTERACTIVO.

El Médico

TERAPIA INHALADA E INHALADORES

Curso de formación online para Atención Primaria
<http://inhaladores.elmedicointeractivo.com>

**¡Regístrate
ya!
6,4 CRÉDITOS**



Actividad validada por:





ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

1 de septiembre

Entra en vigor el convenio especial de prestación sanitaria para quienes no sean asegurados o beneficiarios del SNS. Este convenio especial dará acceso a las prestaciones de la cartera básica de servicios por el periodo de tiempo determinado en el mismo. La contraprestación económica a abonar será de 60 euros mensuales hasta los 65 años y de 157 euros mensuales para los mayores de esa edad ■

6 de septiembre

"Es la primera vez que ha habido una bajada generalizada en todas las CC.AA", asegura Sánchez- Bayle sobre el X Informe de Servicios Sanitarios en las CC.AA. Las Comunidades más afectadas por los recortes son La Rioja, Castilla-La Mancha y Baleares, mientras que Navarra, Aragón y Asturias se sitúan en los mejores puestos. Valencia se perpetúa como la peor valorada, y Madrid mejora respecto a pasados años, según los datos de 2012. Los recortes comienzan a notarse en la valoración de la Sanidad de todas las Comunidades, y así lo atestigua el X Informe sobre los servicios sanitarios de las CC.AA. de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Según su portavoz, Marciano Sánchez Bayle, lo más destacado del mismo es ese empeoramiento generalizado, aun teniendo en cuenta que los datos evaluados son de 2012, y queda por saber cómo afectarán los recortes de 2013. "Es la primera vez que ha habido una bajada generalizada en todas las CC.AA.", asegura ■

9 de septiembre



María José Sánchez Rubio releva a Montero al frente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía. Un cambio de perfil más enfocado a los asuntos sociales y otorgando más peso a las políticas de igualdad.

Así es, a priori, el giro dado por el nuevo Gobierno de Susana Díaz, que ha decidido apartar a María Jesús Montero de las tareas de Salud –que ahora se encargará de la cartera de Hacienda y Administraciones públicas– y encomendar a la hasta ahora delegada del Gobierno de la Junta en Granada, María José Sánchez Rubio, la nueva Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ■

La oferta de formación sanitaria especializada para la convocatoria 2013-14 es de 7.603 plazas, un tres por ciento menos que la anterior. Aprobada por la Comisión de Recursos Humanos del SNS, la oferta garantiza la reposición de las vacantes por jubilación que se produzcan en los próximos quince años; las prue-

bas de acceso se realizarán el sábado 1 de febrero de 2014. Las pruebas para todas las titulaciones aumentan la nota de corte, que se fijará en el 35 por ciento; se consolida la reserva de un siete por ciento de las plazas para personas con discapacidad, y los extracomunitarios tendrán un cupo del cuatro por ciento de las plazas en Medicina: 6.149, de las que 6.001 se ofrecen en régimen de residencia ■

11 de septiembre

Rubén Moreno es el nuevo portavoz del PP en la Comisión de Sanidad del Congreso en sustitución de Manuel Cervera. Moreno, diputado por Valencia, ha ocupado diferentes puestos de responsabilidad política, como secretario General de Gestión y Cooperación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, presidente del Insalud o subsecretario de Sanidad de la Generalitat Valenciana ■

14 de septiembre

Sanidad acuerda promover la equidad en la atención en todas las CC.AA. La ministra de Sanidad anunciaba que con las comunidades autónomas van a trabajar en gestión clínica para mejorar las listas de espera y "que haya equidad en todo el territorio nacional". Lo anunciaba a la salida de una reunión informal en el Palacio de Pedralbes de Barcelona con los consejeros de Sanidad y Salud para abordar el desarrollo del Pacto por la Sanidad con médicos y personal de enfermería firmado en julio. La ministra explicaba que buscan fórmulas para hacer una Sanidad de mejor calidad, más eficaz, con mayor suficiencia y que sea sostenible económicamente, y "lo más importante" de lo acordado es la gestión clínica, priorizando a partir del criterio de médicos y profesionales, para que todos los ciudadanos tengan los mismos servicios. Para Mato, lo importante es lograr un pacto "que garantice que no se utilice la Sanidad partidistamente" sino tener garantizada una atención sociosanitaria para ahora y el futuro, y que ahora debe llevarse adelante con las Comunidades encargadas de la gestión ■

17 de septiembre

Médicos, enfermeros y Ministerio explicarán en una Conferencia el día 21 de octubre el Pacto por la Sanidad firmado en julio. Así se acordaba en una reunión preparatoria de la Conferencia que han mantenido las partes firmantes del acuerdo. A la Conferencia se invitará a los diferentes grupos políticos y comunidades autónomas, así como a las profesiones sanitarias y a los ciudadanos en general. Según ha explicado, en declaraciones a EL MÉDICO, el doctor Francisco Miralles, secretario general de CESH y portavoz del Foro de la Profesión, en la jornada del día 21 de octubre la Conferencia se desarrollará en tres mesas: una general sobre el contenido del Pacto, otra más específica de las cuestiones que afectan a la Profesión Enfermera y una tercera específica de la Profesión Médica ■

18 de septiembre

El acuerdo del Ministerio con los profesionales es una "base sólida para alcanzar una Sanidad pública, gratuita, universal, equitativa, de calidad y económicamente sostenible". La ministra de Sanidad, Ana Mato, comparecía ante la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso, a petición propia, para explicar los acuerdos que forman el Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud. Además, Mato hizo balance de varios temas del ámbito sanitario, como la reforma impulsada hace un año o el incremento de las listas de espera. Mato aseguraba que ambos documentos que configuran dichos acuerdos "históricos", según sus palabras, constituyen "un compromiso público y abierto por la sostenibilidad y la calidad del Sistema nacional de Salud". Sin embargo -añadía- "no constituyen una meta, sino más bien al contrario, son un punto de partida", una "base sólida para alcanzar una Sanidad pública, gratuita, universal, equitativa, de calidad y económicamente sostenible. Y también una Sanidad fundamentada en la cohesión territorial y en la equidad en el acceso a las prestaciones" ■

19 de septiembre

Medicamentos dispensados en Farmacia Hospitalaria para pacientes no ingresados estarán sujetos al copago el 1 de octubre. El BOE recoge 157 presentaciones farmacológicas que tendrán como límite máximo de aportación 4,20 euros. Desde Sanidad se explica que no se incluyen los medicamentos de uso hospitalario, como es el caso de los antirretrovirales que, por lo tanto, "no tendrán aportación" por parte del paciente ■



20 de septiembre

El Gobierno da luz verde a la tarjeta sanitaria individual, única e interoperable en todas las CC.AA. Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud dispondrán de una tarjeta sanitaria individual, con una serie de datos básicos y un código de identificación personal único, que permitirá que sea interoperable en todo el territorio español, donde se estima que cuatro millones de españoles reciben cada año atención sanitaria en una comunidad autónoma distinta a la suya ■

21 de septiembre

La OMC defiende que sea cada colegio de médicos el que decida sobre la incompatibilidad de cargos directivos. Reunida en Asamblea Extraordinaria, concluía el informe de alegaciones al anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales, conforme al plazo concedido de audiencia pública. En uno de los puntos

más debatidos, el de las incompatibilidades de los cargos directivos, la propuesta adoptada por la OMC es que sea cada Colegio el que las establezca en sus estatutos ■

24 de septiembre

Sanidad y sindicatos avanzan, pero sin cerrar el acuerdo, en la homologación de baremos de concursos de traslados y oposiciones. "En la reunión no hemos cerrado acuerdos, aunque hemos avanzado en todas las materias del orden del día, sobre las que profundizaremos en la próxima reunión, para la que no hay fecha pero que se podría celebrar a finales de octubre". Así resumía Fernando Molina, presidente del sector de Sanidad de CSI-F, la reunión entre el Ministerio de Sanidad y los sindicatos con representación (CSI-F, CCOO, UGT, CEMSASTSE y SATSE) en el ámbito de negociación. Se debatió, con el compromiso de realizar documentos sobre los que realizar alegaciones o de formar grupos de trabajo, sobre la homologación de baremos para los concursos de traslados y oposiciones que se realicen en el territorio nacional, sobre las mejoras de las condiciones de los trabajadores del SNS y sobre los distintos modelos de gestión que se aplican en el SNS ■

Los médicos españoles, entre los peor pagados de Europa y en los dos últimos años han perdido más del 30 por ciento de su poder adquisitivo. "Según un estudio de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), las diferencias salariales entre comunidades autónomas han aumentado y se aproximan al 35 por ciento. Las retribuciones más altas, en médicos de hospital se dan en Ceuta y Melilla y las más bajas en Asturias, Navarra, Baleares y Valencia. El sindicato médico lamenta la "alarman-te" fuga de talento, ya que entre 2011 y 2012 ha aumentado un 75 por ciento la salida de profesionales al extranjero ■

25 de septiembre

El ahorro en farmacia alcanza los 2.306 millones de euros a los 14 meses de implantarse el nuevo modelo de participación del usuario. Así lo reflejan los datos sobre gasto a través de receta oficial remitidos a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por las comunidades autónomas. En el acumulado interanual, el ahorro en el gasto farmacéutico asciende al -14,09 por ciento. El descenso interanual en el número de recetas asciende al -12,79 por ciento. Se cumple así uno de los objetivos de la reforma, reducir el volumen de medicamentos que se dispensan y no se utilizan ■

NOTA: Cronología del 1 al 25 de septiembre de 2013.

Para ampliar informaciones, ver:
<http://www.elmedicointeractivo.com>

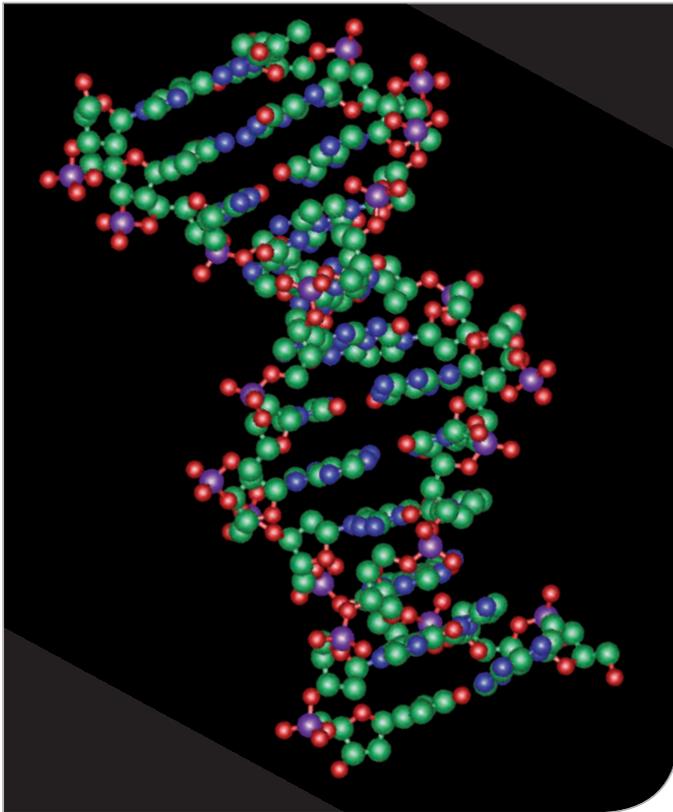


inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



Investigadores del CSIC descubren el papel de los genes relacionados con la esquizofrenia

Un equipo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) han descubierto el papel de uno de los genes relacionados con la esquizofrenia. Se trata del gen *ErbB4* que, según la investigación, publicada en la revista 'Neuron', codifica un receptor de la familia de las proteínas de tirosina quinasa. Dicho gen, tal y como han informado los expertos, se expresa de forma muy específica en una población concreta de neuronas inhibitorias y, por tanto, está relacionado con las conexiones que se producen entre ellas. "El correcto funcionamiento de estos procesos depende, en última instancia, de las conexiones neuronales, conocidas como sinapsis. En este sentido, las conexiones sinápticas pueden ser de dos tipos: inhibitorias y excitadoras. En este caso, el gen asociado a la dolencia se relaciona con neuronas de sinapsis inhibitoria y resulta fundamental para que dichas neuronas reciban y realicen su número normal de conexiones", ha comentado la investigadora del CSIC en el Instituto de Neurociencias (centro mixto del CSIC y la Universidad Miguel Hernández), Beatriz Rico. Por su parte, el investigador del CSIC y también codirector de la investigación, Óscar Marín, ha explicado que dicha alteración reproduce de forma "muy precisa" algunos de los cambios en la actividad cerebral que ocurren en pacientes de esquizofrenia ■

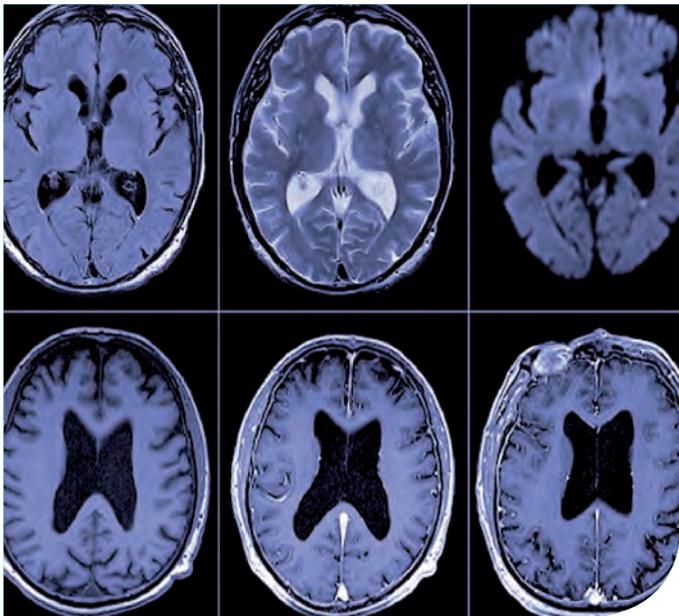
Expertos en hipertensión arterial acuerdan establecer la presión arterial sistólica en un máximo de 140 mmHg

Expertos en hipertensión arterial han acordado establecer un único valor de presión arterial sistólica para todo tipo de pacientes, que fijan por debajo de 140 (mmHg), a excepción de las personas ancianas, que revisan de modo más flexible en 140-150 mmHg. El objetivo en ambos casos es adecuar los valores que se tenían como referencia, de forma que permita a los profesionales sanitarios un mejor control de los niveles de hipertensión de sus pacientes y, por tanto, de los factores de riesgo asociados. Se trata de una de las novedades recogidas en las guías europeas 2013 para el tratamiento de la hipertensión arterial, presentadas en el último Congreso de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y objeto de análisis en la Escuela de Verano de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la



Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), celebrada en Madrid. "Las nuevas guías tienen un carácter eminentemente formativo y ofrecen respuestas a muchas de las preguntas que puedan surgir en la práctica diaria. De ahí que este año se dedique parte del programa a analizar las principales novedades recogidas en esta nueva edición de 2013, entre otros muchos aspectos encaminados a ofrecer una formación específica y global del riesgo cardiovascular para una mejor evaluación y atención del paciente hipertenso. Asimismo, en lo que se refiere al diagnóstico de la hipertensión arterial, el nuevo documento de consenso establece el uso extensivo del tensiómetro electrónico (esfigmomanómetros semiautomáticos) en detrimento de los de mercurio y confirma como predictores de riesgo cardiovascular tanto la diferen-

cia de la presión arterial sistólica de más de 10 mmHg entre ambos brazos como el descenso brusco de la misma (hipotensión ortostática), asimismo recomienda medir sistemáticamente la frecuencia cardíaca ■



Navarrabiomed investiga métodos para la detección precoz del Alzheimer

Alrededor de 10.000 navarros padecen la enfermedad de Alzheimer según cálculos epidemiológicos. Esta cifra, que se prevé que vaya en aumento por el envejecimiento de la población, es aproximada porque no se disponen todavía de herramientas clínicas fiables que permitan el diagnóstico en vida de esta dolencia. Por este motivo, Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet ha iniciado este año una línea de investigación encaminada a encontrar moléculas que puedan detectarse en la sangre y que ayuden a diagnosticar de modo sencillo, fiable y precoz del Alzheimer. Para el desarrollo de estas investigaciones se emplean muestras de tejido neurológico de personas fallecidas que han donado su cerebro al Biobanco de Navarrabiomed, ha informado el Gobierno foral. Cabe recordar que el estudio tanto de cerebros de pacientes con la enfermedad de Alzheimer como de otros que no la sufren es fundamental para descubrir las causas que provocan esta dolencia. Será entonces cuando se puedan desarrollar tratamientos curativos y no únicamente aquellos que ralenticen el avance de esta patología. En la actualidad el Biobanco de Navarrabiomed cuenta con 392 cerebros donados por personas fallecidas o sus familiares para ser empleados en proyectos de investigación impulsados por el propio Gobierno de Navarra u otros organismos nacionales o extranjeros ■

El Protocolo forense que evalúa el riesgo de las víctimas de violencia de género no se aplica adecuadamente

El Protocolo Médico Forense de Valoración Urgente de Riesgo para víctimas de violencia de género que debería estar funcionando, al menos, en las comunidades autónomas que no tienen transferidas las competencias en materia de Justicia, tiene una implantación "tan escasa" en la actualidad que sólo se aplica en un siete por ciento de los casos. Así lo detalla la Memoria Anual de la Fiscalía de Sala Coordinadora contra la Violencia sobre la Mujer, en la que explica que este protocolo, a diferencia de la valoración del riesgo que realiza la policía, permite al juez contar con una mayor variedad de fuentes de información sobre el caso, que van desde la exploración médica de la víctima hasta una entrevista con el agresor. Aunque es de aplicación en las comunidades que no tienen transferidas las competencias en la materia, el Ministerio de Justicia lo puso a disposición del resto de gobiernos regionales. La Fiscalía se fija exclusivamente en las que están obligadas y detalla que a lo largo del año pasado "sólo" emitieron 366 informes siguiendo el protocolo. En concreto, en Castilla y León se habían emitido 142, en Extremadura 122, en Castilla-La Mancha 11, en Murcia 41 y en Islas Baleares 50. Mientras, en las mismas comunidades autónomas se registraron 5.075 órdenes de protección para mujeres víctimas de violencia de género, es decir, "resulta que el Fiscal y el Juez sólo han contado en un 7,21 por ciento de tales procedimientos con aquel dictamen" ■





Bruselas pide a los Gobiernos medidas para promover la actividad física de los europeos

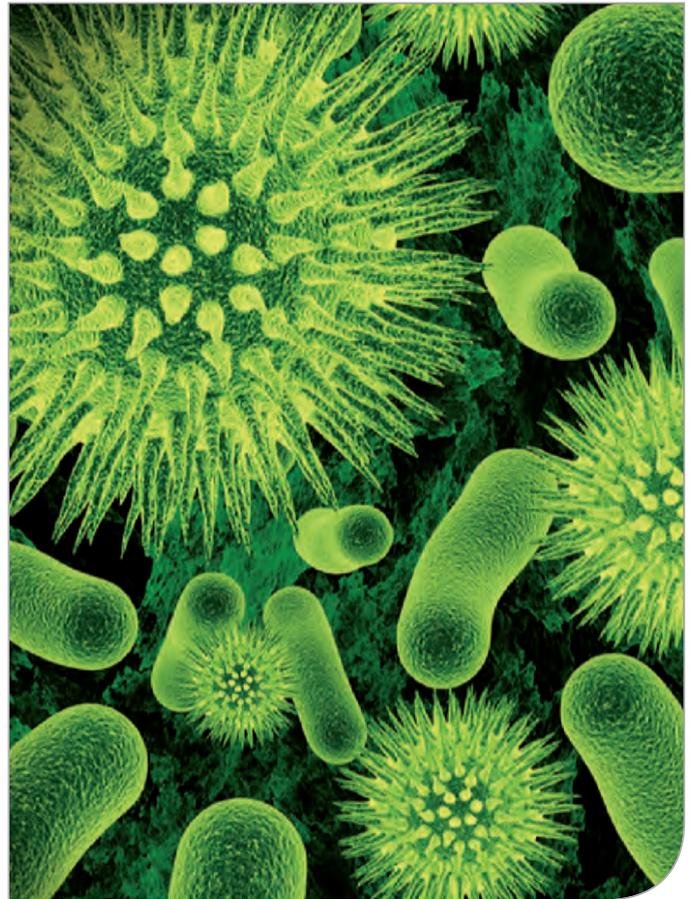
La Comisión Europea ha recomendado a los Gobiernos de la UE que promuevan medidas en todos los ámbitos para impulsar la actividad física de los europeos como forma de mantener su salud física y mental, combatir el sobrepeso y la obesidad y prevenir enfermedades relacionadas. Dos tercios de los europeos no hacen deporte o apenas lo practican, según datos de Bruselas. "Proponemos a los Estados miembros que tomen medidas en todas aquellas políticas sectoriales que puedan permitir a los ciudadanos estar o convertirse en física-



mente activos", ha anunciado la comisaria responsable de Deportes, Androulla Vassiliou. "Actuando con los Estados miembros reduciremos los significativos costes que derivan de la falta de actividad física en Europa", ha asegurado la comisaria. Vassiliou, ha avanzado que uno de los elementos clave de la propuesta es ayudar a los Estados miembros a "identificar las tendencias" de sus "esfuerzos nacionales para promover el deporte y la actividad física". Se trata de la primera recomendación que hace el Ejecutivo comunitario a los Estados miembros en materia de deporte, que discutirán los Veintiocho a partir de septiembre con vistas a su posible adopción este año ■

Identifican especies bacterianas humanas que promueven la delgadez y la salud metabólica

Modelos experimentales libres de gérmenes que recibieron bacterias intestinales de individuos humanos obesos engordaron más y acumularon más grasa que los que recibieron la



microbiota de seres humanos delgados, según un nuevo estudio. Sus autores detectaron que las bacterias fueron capaces de acomodarse en los modelos obesos en nichos no ocupados y activando cambios en el metabolismo, mientras que ninguna de las bacterias de los obesos pudo invadir a los delgados para hacerles acumular grasa. Esta investigación, que se publica en la edición de la revista *Science*, demuestra que la transmisión de los rasgos físicos y metabólicos a través de las comunidades de microbios en el intestino depende de la dieta. Esta investigación sigue la línea de estudios relacionados que muestran que la variedad de genes microbianos en el intestino puede influir en la obesidad y que los alimentos ricos en fibra, como frutas y verduras, tienden a aumentar esa diversidad bacteriana. Sin embargo, este nuevo estudio demuestra directamente que las comunidades microbianas en el intestino pueden transmitir rasgos de delgadez o sobrepeso. Vanessa Ridaura, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, y su equipo, tomaron muestras de los microbios intestinales de hermanos gemelos idénticos. En cada par de gemelos, uno de los hermanos era delgado, mientras que el otro era obeso. Luego, los investigadores trasplantaron microbiota intestinal de los gemelos en modelos libres de gérmenes que habían sido criados en condiciones estériles, sin ningún tipo de microbios propios. Este trasplante de flora intestinal humana dio lugar a cambios metabólicos en los modelos utilizados que se asocian con la obesidad en los seres humanos ■

Spiraxin®

(rifaximina-α)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, immuno-depresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamonemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contiene etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estas isoenzimas. **Embarazo y lactancia: Embarazo:** Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. **Lactancia:** Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $<0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaringal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, incontinencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Clicosuria, poliuria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Soloccos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, purpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpindo (1,2'-1,2)imidazo (5,4-c)Rifamicina SV] en su forma polimorfa alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina en su forma polimorfa alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluían a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng.h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimorfas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMANN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

Imagen en 2ª de cubierta

BAMA — GEVE

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es

REPORTAJE

EN PORTADA

Un déficit en la educación del médico: la formación en habilidades



La formación del médico aprueba en conocimientos teóricos, pero suspende en habilidades prácticas. Pese a que Bolonia tiene como objetivo el conseguir que la educación superior no se base sólo en el conocimiento científico, tanto expertos como alumnos tienen claro que su implantación no ha sido un éxito, y que áreas, muy necesarias para la práctica clínica diaria, como la comunicación, la gestión, o incluso la investigación, siguen siendo deficitarias en las facultades de Medicina españolas.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

Ángel Barrasa

Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Profesor Titular de Universidad. Psicología Social: "La influencia del buen liderazgo de equipos en la asistencia y la supervivencia de los pacientes"

Ignacio Para

Presidente de la Fundación Bamberg: "Por un nuevo modelo sanitario"

José María Abellán

Profesor Titular de Universidad en la Universidad de Murcia. Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales: "Evaluación económica y eficiencia"

Juan Manuel Ruiz Ros

Director General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia: "Las drogodependencias desde Atención Primaria"

ENTREVISTAS

Antonio María Sáez



Consejero de Sanidad de Castilla y León

Ricardo De Lorenzo

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario



Virgili Páez



Responsable de Bibliosalut. Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud de las Islas Baleares

OTROS TEMAS

REPORTAJE



El nuevo sistema de precios de referencia

RADIOGRAFÍA



Últimos avances en diabetes



Sebastián Ferreira, *sin título*
Obra procedente de las *National Art Exhibitions of the Mentally Ill Inc.*

Nuestro compromiso: transformar el futuro en presente.

En **Janssen** tenemos un compromiso firme con la innovación. Innovar para aportar soluciones en **áreas terapéuticas** clave como neurociencia, enfermedades infecciosas, oncología, inmunología, cardiovascular y metabolismo. Campos donde la frontera entre la vida y la muerte se estrecha, donde solo el valeroso es valioso. Así es como acercamos nuevas **respuestas a nuestros pacientes**. Personas que, como nosotros, creen en el futuro. En **el valor de innovar**. Ese es nuestro compromiso. Transformar incógnitas en respuestas. **Futuro, en presente.**



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

ATERINA cápsulas, Sulodexida (D.C.L.). ATERINA tiene un principio activo, Sulodexida, que está dotado de las siguientes propiedades: favorecer la eliminación de lipoproteínas de bajas densidades del plasma y de la pared vascular; inhibir la adhesividad plaquetaria y la fibrinógenesis; inhibir el factor X activado (acción antitrombótica). Estas propiedades han sido evidenciadas en numerosos trabajos clínicos en los que se demuestra que Sulodexida controla la viscosidad sanguínea, la agregabilidad plaquetaria y la deformidad eritrocitaria, actuando sobre los síntomas de los procesos ateroscleróticos y sus complicaciones. **Composición:** Por cápsula: Sulodexida (D.C.L.) 150 ULS; Excipientes: launilscosinato sódico; dióxido de silicio; triacetina. Componentes de la cápsula: glicerol (E422) 24 mg, amarillo anaranjado S (E110) 0,267 mg, rojo cochinilla A (E124) 0,043 mg, gelatina, sodio paraoxibenzoato de etilo, sodio paraoxibenzoato de propilo y dióxido de titanio. **Indicaciones:** Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica. Complicaciones vasculares de la diabetes. Síndromes tromboembólicos. **Contraindicaciones:** No se ha descrito hasta la fecha ningún tipo de contraindicación. **Precauciones:** Si se emplean simultáneamente anticoagulantes deberá reajustarse la dosis de los mismos. **Advertencias:** Advertencias sobre excipientes. Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene amarillo anaranjado S y rojo cochinilla A como excipientes. Puede causar reacción de tipo alérgico, incluido asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Efectos secundarios:** No se ha presentado ningún tipo de efectos secundarios. **Incompatibilidades:** No se han descrito ningún tipo de incompatibilidades. **Posología:** Las pautas posológicas recomendadas son: 3 a 4 cápsulas al día, antes de las comidas, durante 35-40 días. **Intoxicación y su tratamiento:** No se conoce hasta la fecha ningún tipo de intoxicación a las dosis recomendadas. En caso de intoxicación voluntaria o accidental se recomienda un lavado de estómago y medicación antisintomática. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20*. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **Titular de la Autorización de Comercialización:** BAMA-GEVE, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona (España). **Presentación:** Envase con 60 cápsulas. **PVPiva:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **Número de Autorización de comercialización:** 55.545. **Texto revisado:** Junio 1999.

BAMA - GEVE

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es - e-mail: laboratorio@bamageve.es - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92