

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1146. Septiembre 2013

La incorporación de la innovación en el SNS

Entrevistas

Ricardo Rigual

Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina

Juan González Armengol

Presidente de SEMES

Antonio Portolés

Presidente de la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)

Reportaje

Gestión sanitaria en tiempos de crisis. Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

Seguro de **Automóvil**



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



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



Acceso y equidad en tiempos de crisis

La Sanidad, sin duda, ha sido una de las grandes afectadas por la situación de crisis económica que vive nuestro país. Las medidas de racionalización han tocado de lleno al gasto sanitario público. En este contexto, hace unos meses el Gobierno anunciaba la puesta en marcha de una reforma con los objetivos fundamentales de garantizar la sostenibilidad y preservar la calidad del sistema sanitario público, asegurando siempre el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud y a una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal. Muchos expertos consideran, sin embargo, que dicha reforma ha traído consigo, al menos de momento, la implementación de meros recortes, como es el caso de la desfinanciación de más de 400 fármacos. Así hay quien se pregunta si es posible la equidad en tiempos de “vacas flacas”, y en torno a esta pregunta se ha generado todo un debate técnico, académico y político sobre cómo manejar el acceso y pagar la innovación en el sector sanitario.



Los problemas de financiación están haciendo cada vez más difícil la incorporación de la innovación farmacológica y tecnológica al Sistema Nacional de Salud (SNS), así como el acceso de los pacientes españoles a algunas de esas novedades en términos de equidad en las distintas comunidades autónomas. La ausencia de criterios de evaluación explícitos viene constituyendo una buena coartada para muchas de las decisiones que se han tomado a nivel nacional y autonómico. Y es a este tema al que dedicamos nuestro reportaje de portada.

En este número también hacemos un repaso al periodo estival que, como viene siendo la norma en los últimos años, ha resultado muy intenso desde el punto de vista sanitario: un Consejo Interterritorial y otro de Dependencia celebrados en el mes de julio; la aprobación de la reforma de la Ley General del Medicamento; el acuerdo sobre la convocatoria de la última prueba ECOE de Primaria; el proceso de externalización de los hospitales madrileños, no exento de polémica... pero, sin lugar a duda, la noticia, y por tanto la foto sanitaria del verano, tenía lugar en La Moncloa el 30 de julio, día en que se producía la firma del Pacto por la Sanidad que el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio de Sanidad llevaban buscando desde el mes de febrero, y tras muchos días de incertidumbre sobre si el acuerdo sería finalmente posible.

El Foro defendió su sí a la firma, decidido por unanimidad entre las organizaciones que lo forman, en los avances habidos respecto al mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud “universal, equitativo y solidario”, alejándolo de los intentos de privatización; en la garantía de las condiciones básicas de los profesionales; en la búsqueda de un régimen específico para los médicos; así como en la gestión clínica liderada por éstos y en la creación de un foro de profesiones sanitarias tituladas. Mientras, la ministra Ana Mato destacaba que este Pacto está destinado a proteger la gestión sanitaria del debate partidista y a defenderla como uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar. Pero esta firma también recibía críticas, el PSOE censuraba la ausencia de las CC.AA. en este acuerdo y manifestaba que “las raíces del sector privado están cada vez más extendidas en la red sanitaria pública”.

Además de estos temas incluimos otros reportajes y las secciones habituales de firma de expertos, diversas entrevistas a destacadas personalidades de la vida político-sanitaria y los apartados dedicados a gestión en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria. 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

La incorporación de la innovación en el SNS o el arte de evaluar medicamentos y tecnologías sanitarias



La actual crisis económica y los problemas de financiación están haciendo cada vez más difícil la incorporación de la innovación farmacológica y tecnológica al Sistema Nacional de Salud (SNS), así como el acceso de los pacientes españoles a algunas de esas novedades en términos de equidad en las distintas comunidades autónomas. La ausencia de criterios de evaluación explícitos viene constituyendo una buena coartada para muchas de las dudosas decisiones que se han tomado a nivel nacional y autonómico.

22

ENTREVISTAS



Ricardo Rigual
Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina

30

Juan González Armengol
Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

36



Antonio Portolés
Presidente de la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)

42



FORO DE EXPERTOS

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

10



JAVIER HERNÁNDEZ

M.D., Ph.D Máster Dirección Sanitaria. Profesor Universitario Ciencias de la Salud. Asesor Dirección Fundación Bamberg

12



FRANCESC MOREU OROBITG

Socio Director de Moreu y Asociados

16



DIEGO FANJUL

Socio responsable de Protección de Datos en Círculo Legal Mallorca

20



REPORTAJE

Gestión sanitaria en tiempos de crisis
Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

60



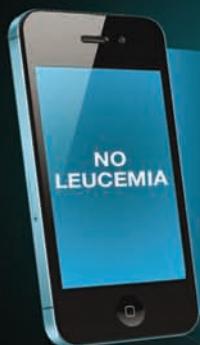
HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

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

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



SEDISA acude al Congreso de los Diputados para pedir pasos en firme hacia la profesionalización de la gestión sanitaria
48

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

SEDAP refuerza la formación de directivos en liderazgo y evaluación



54

PERFILES MÉDICOS

ISIDRO GARCÍA LEÓN

Médico titular en el 061 para el Servicio Murciano de Salud y especialista en rescate en montaña y espeleología

70

BIOTECNOLOGÍA

La nueva baza del sector biotecnológico



76

OTROS TEMAS

Presentación

3

Fue noticia



82

La instantánea médica

88

Sala de lectura

94

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. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



© Juan Carlos Tomás

Ayúdanos a salvar más vidas

**Tú no estás allí, pero sin ti nosotros tampoco.
Hazte socio.**

Con 5 € al mes durante un año podemos conseguir 200 raciones del alimento terapéutico que salvará la vida a niños desnutridos.

Con 10 € al mes durante un año podemos vacunar a 660 niños contra el sarampión.

Con 20 € al mes durante un año podemos potabilizar el agua que necesitarán 6.400 personas durante una semana.

902 250 902

www.msf.es



A close-up photograph of a stack of white papers. Two gold pens with silver barrels are resting on the papers. The pen in the foreground is in sharp focus, showing its tip and the gold barrel. The background is softly blurred, showing the edges of many pages. The text 'La mirad' is overlaid on the right side of the image.

La
mirad

a maestra de la actualidad



Marciano
Sánchez Bayle



Javier
Hernández



Francesc
Moreu Orobítg



Diego
Fanjul



La necesidad de la cobertura universal de los servicios sanitarios

Autor | Marciano Sánchez Bayle. Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

La cobertura universal de los servicios sanitarios se está convirtiendo en el eje sobre el que se propugna el desarrollo de la salud en todo el mundo incorporándose en la agenda de la OMS para después de 2015, con el respaldo de la mayoría de los agentes en la escena mundial de la salud. Es probable que la cobertura de salud universal se convierta en el *leitmotiv* que impulsará transformaciones de salud en los próximos años y en la columna vertebral sobre la que se construirá el programa de desarrollo de la salud más allá de 2015.



Marciano Sánchez Bayle

La política a favor de la cobertura universal se produce en un momento en que la expansión de las políticas neoliberales de privatización de los servicios sanitarios han producido en muchos países una exclusión de grandes sectores de la población y/o un incremento excesivo de los costes, y por eso muchas instancias nacionales e internacionales, entre ellas la OMS, propugnan una política de cobertura universal que garantice la atención sanitaria a toda la población.

La propia Organización Mundial de la Salud en su informe de 2010 propugna la necesidad de una

cobertura universal en todo el mundo, porque es consciente de los graves problemas

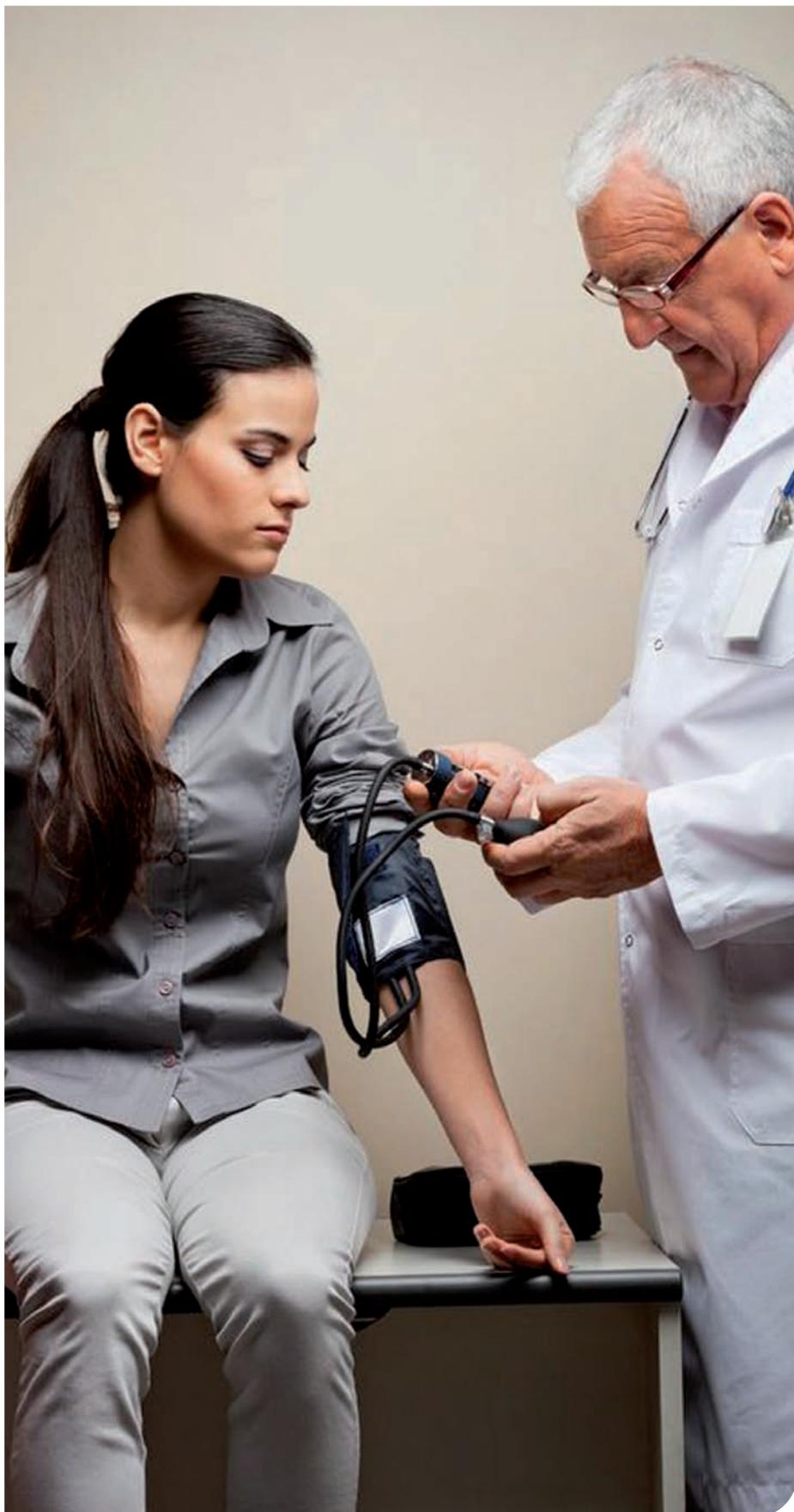
La OMS en su informe de 2010 propugna la necesidad de una cobertura universal en todo el mundo, porque es consciente de los graves problemas de salud que provoca la falta de acceso a los sistemas sanitarios de un gran porcentaje de la población

de salud que provoca la falta de acceso a los sistemas sanitarios de un gran porcentaje de la población. Por supuesto las multinacionales y las empresas privadas están intentando tomar protagonismo en este aumento de la cobertura con financiación pública, poniendo en riesgo los sistemas públicos existentes y el avance de muchos países hacia un reforzamiento de los servicios sanitarios públicos.

Resulta ahí muy importante el garantizar el carácter público hegemónico de la provisión

sanitaria y entender que la provisión pública es la única garantía de que en la actuación del sistema sanitario se antepone las necesidades de salud de la población a los beneficios económicos de las empresas. Por otro lado también existe muchísima evidencia científica de que la cobertura privada encarece notablemente el coste de la atención sanitaria y supone por sí misma un peligro para la universalización de la cobertura sanitaria, porque también incluye la lógica del mercado en la provisión sanitaria, y evita la planificación y territorialización, que son especialmente importante para la atención de los problemas de salud, y para asegurar la accesibilidad de toda la población a servicios sanitarios de calidad, y no sólo a la población que vive en las grandes ciudades y/o en las regiones con ingresos elevados.

En España el RD Ley 16/2012 avanza precisamente en el sentido contrario porque ex-



cluye grupos de población de la cobertura universal y porque mediante el cambio de la cartera de servicios y el establecimiento de copagos generalizados pone en marcha barreras económicas para el acceso a las prestaciones sanitarias.

Un problema importante ligado a la viabilidad de los sistemas universales y públicos de salud es una agresiva estrategia comercial que influye en el equilibrio entre la demanda y la oferta de servicios sanitarios aprovechándose de la asimetría de información entre proveedores y usuarios (los profesionales y las empresas proveedoras tienen mucha más información que los ciudadanos y pueden utilizarla para favorecer consumos innecesarios e incluso peligrosos, conviene recordar las “enfermedades inventadas” que suponen más del 20 por ciento del gasto sanitario en EEUU). Esta demanda innecesaria es muchas veces incrementada artificialmente por las empresas farmacéuticas o de tecnologías, a la vez que favorecen estilos de vida, inapropiados y de riesgo, y supuestas soluciones que medicalizan la vida sin aportar ventajas para la salud. Este riesgo de sobreconsumo sanitario ineficaz es un riesgo para la viabilidad económica de los sistemas sanitarios y también para la salud de las personas.

En esta línea muchos organismos y movimientos internacionales están propugnando dos estrategias paralelas, por un lado la expansión de la cobertura universal basada en sistemas públicos de salud en los países donde no los hay o son poco potentes (el ejemplo de Latinoamérica es muy importante) y por el otro la defensa y reforzamiento de la cobertura universal y de los sistemas de provisión pública allí donde todavía existen (en Europa, pero también en Canadá, Australia, etc).

En España el Ministerio de Sanidad a la vez que deteriora la cobertura, pone serios obstáculos a la accesibilidad y favorece las privatizaciones, no toma ninguna medida efectiva para cambiar una situación que claramente deriva hacia un cuestionamiento de un modelo de salud y que busca retroceder 40 años dejando a la población en una situación de indefensión sanitaria ■



Tópicos eternos: Sanidad pública *versus* Sanidad privada, de la complementariedad a la integración

Autor | Javier Hernández. M.D, Ph.D Máster Dirección Sanitaria. Profesor Universitario Ciencias de la Salud. Asesor Dirección Fundación Bamberg

Los españoles pagamos mucho por una Sanidad que cada día es más cara e insuficiente, en muchos casos sin capacidad de elección y con un copago cuando queremos ir a establecimientos de titularidad privada. ¿Por qué? La respuesta es fácil: por prejuicios ideológicos que impiden la integración de la Sanidad pública y privada. Y claro en el momento actual, cuando más del 25 por ciento de la Sanidad está en manos privadas y la pública es manifiestamente insostenible y cada día tiene menos presupuesto, las consideraciones atávicas y emocionales deben ser superadas.



Javier Hernández

Echando mano de las múltiples posibilidades que nos ofrecen las tecnologías de la información encuentro material para iniciar mi reflexión sobre el título que abre este artículo. El tópico es una frase breve que contiene contenidos semánticos fijos con expresiones formales recurrentes y se repite a lo largo de la historia. En nuestro caso, los tópicos provienen en su mayoría de la cultura clásica grecolatina o de la tradición bíblica. Resumiendo: Galeo y a buen seguro Hipócrates tenían el dilema de la Sanidad pública o privada en sus agendas y no seré yo quien osadamente cierre un debate que con ironía

Actualmente estamos en este círculo vicioso o virtuoso (según como se mire), que va desde la obsoleta complementariedad subsidiaria a la actual colaboración coordinada

constituye uno de los pilares de la civilización occidental.

Desde el advenimiento de Revolución Rusa, la tercera gran revolución de la historia moderna después de la francesa y la industrial, los estados occidentales en mayor o menor medida escogieron formas de gobierno, en general y con especialísimas excepciones,

liberales en lo económico y sociales en lo que se ha denominado Estado del Bienestar. Esto es muy importante conocerlo y expresarlo, porque aunque se cumple más de

un siglo y medio de la apología de Karl Marx en el Manifiesto Comunista y en el Kapital, a día de hoy nos encontramos a una gran parte del denominado pensamiento progresista o simplemente de izquierdas, rechazando el papel de las sociedades y empresas privadas en la Sanidad pública, simplemente por el hecho definitivo de que obtienen plusvalías del capital a costa de la salud de los ciudadanos. Desgraciadamente esto es así y, como decía Einstein, es más difícil cambiar un tópico que crear un átomo. Por eso, y en aras del progreso real y no el semántico, conociendo por la historia que el pensamiento de izquierda desde los estados generales de 1789 es más una emoción que una razón, corresponde al liberalismo social ser pragmático y liderar el dualismo público-privado hacia la integración.

Concretamente en España y, desde que el autárquico régimen del General Franco, a través de José Antonio Girón de Velasco, creó en 1942 la Seguridad Social para obreros y trabajadores al más puro estilo Bismarkiano, las relaciones de “lo” público y “lo” privado han cambiado mucho. En los años 40 del siglo pasado la Sanidad seguía un curso en cierto modo paralelo a la educación. Existía una exigua Medicina pública de Beneficencia en manos de entidades asistenciales de carácter local, en donde ejercieron grandes próceres como Cajal, Marañón o Jiménez Díaz, y una Medicina privada, también muy exigua, en manos fundamentalmente, como la educación, de órdenes religiosas. Con el advenimiento del SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad), se situó por primera vez a la Medicina nacional a nivel moderno, teniendo su esplendor en los años del desarrollismo (años 60) con la construcción de las famosas residencias sanitarias como La Paz, La Fe, Bellvitge... lo que contribuyó, y de qué manera, al hospitalocentrismo marca indeleble de la Sanidad española.

En este periodo de esplendor de la tecnocracia del Régimen, la Sanidad privada era un complemento o subsidio de la floreciente Sanidad pública. Montones de mini clínicas y consultorios particulares eran puestos a disposición de los ciudadanos para, en su gran mayoría, atender circunstancias menores, desde los juanetes a las fimosis y mayoritariamente los partos. En esta situación de complementariedad, la iniciativa privada no buscaba competir con la hegemonía de lo público, sino buscar su “nicho” de oportunidad basado en áreas de negocio que, por múltiples circunstancias, no se desarrollaban en los establecimientos de la Seguridad Social. En muchos casos, esta situación pasaba de la subsidiariedad a la parasitación por clínicas y dispensarios privados, en connivencia con los facultativos que compartían ambos lados de la trincheras: por la mañana en el hospital se aprendía y por la tarde en la consulta privada se ganaba.

Esta situación, que todavía persiste en muchas áreas de la geografía española, ha dado paso a lo que el IDIS (Instituto para



el Desarrollo e Integración Sanitario, excelente lobby que agrupa a las principales empresas del sector privado) define en su informe 2013 como la necesaria colaboración y coordinación público/privada. Este paradigma actual muy prometedor, que está enterrando a la subsidiariedad anterior, tiene múltiples ejemplos como especifica el citado informe, pero tal vez el más elocuente sea que a día de hoy la mayoría de las pruebas avanzadas en radiodiagnóstico se realizan en la Medicina privada. Los TAC de última generación incluidos PET-TAC suponen una inversión que en muchas ocasiones no puede ser sufragada por los presupuestos públicos que tienen que recurrir a la colaboración privada en nivel de igualdad para atender a sus pacientes. Ejemplos de colaboración los tene-

mos también en la realización de cirugía para reducir listas de espera en cataratas, hernias y múltiples procesos quirúrgicos.

Pues bien, actualmente estamos en este círculo vicioso o virtuoso (según como se mire), que va desde la obsoleta complementariedad subsidiaria a la actual colaboración coordinada. Podemos profundizar en esta última propuesta de colaboración como señalan la mayoría de los pensadores sanitarios, pero siguiendo el título del artículo me atrevo a avanzar proponiendo una nueva tesis que suponga un salto cualitativo y defina un nuevo paradigma como es la integración de la Sanidad pública y privada.

Simplemente Sanidad y salud como atribu-



tos del ciudadano. Sin sufijos ni prefijos. Un nombre propio sin adjetivos calificativos. Igual que definimos la democracia como un régimen donde un hombre representa un voto, un ciudadano debe tener un solo sistema sanitario. Conseguirlo sería más fácil de lo que podría parecer, sobre todo a nivel de gestión. Lo realmente complicado es el nivel ideológico, y no sólo por la dificultad de romper con los tópicos como señalaba Einstein.

Lo estamos viendo a raíz de la polémica surgida con la externalización de servicios en la Comunidad de Madrid. Una importante parte de la ciudadanía tiene todavía muy enraizados los sentimientos estatistas en lo referente a la Sanidad. Todavía existen muchos españoles que creen que el negocio de la Sanidad es ilícito. Todavía son muchos los compatriotas que creen que obtener plusvalías con el dolor y sufrimiento de los enfermos es criminal. En general existe al respecto mucha demagogia. No pretendo ser categórico sino pragmático porque sino este debate nos llevaría a la melancolía. Creo profundamente en la libertad y en el derecho de la gente a acertar pero también a equivocarse, máxime cuando las cosas no se explican bien. Por muy conocedor que seamos de los temas y de la razón que nos asiste basada en cifras y datos, siempre hay que atender las opiniones de la mayoría, y hoy por hoy es mayoría en España la oposición al mal llamado negocio de la Sanidad.

Por eso y en aras al pragmatismo que defiendo, mi apuesta es por una integración público-privada basada fundamentalmente en las sociedades profesionales (SP).

Y ¿en qué consistiría básicamente este modelo de integración? Pues básicamente en conseguir que el ciudadano pueda elegir su prestador de todos los servicios de salud sin tener limitaciones en cuanto a la propiedad de los mismos. Los españoles pagamos mucho

Mi apuesta es por una integración público-privada en Sanidad basada fundamentalmente en las sociedades profesionales (SP)



por una Sanidad que cada día es más cara e insuficiente, en muchos casos sin capacidad de elección y con un copago cuando queremos ir a establecimientos de titularidad privada. ¿Por qué? La respuesta es

fácil: por prejuicios ideológicos que impiden la integración de la Sanidad pública y privada. Y claro en el momento actual, cuando más del 25 por ciento de la Sanidad está en manos privadas y la pública es manifiesta-

mente insostenible y cada día tiene menos presupuesto, las consideraciones atávicas y emocionales deben ser superadas. Es cierto que conseguir a nivel de gestión la integración es complicado, pero no más que en otros sectores estratégicos como energía,

defensa, comunicaciones, y se ha conseguido.

Las dificultades deben servirnos de estímulo. El no hacer nada es lo peor que podemos hacer. La integración puede ser el camino. Tenemos que escuchar a todos y superar prejuicios y tópicos. El primer paso sería incorporar al Sistema Nacional de Salud a todas aquellas empresas y sociedades liberales de profesionales que puedan prestar servicios sanitarios. Salvando las distancias, nadie se rasga las vestiduras porque le den un medicamento en el hospital o lo tenga que obtener en una farmacia mediante una receta. Estas sociedades profesionales (SP) pueden liderar un cambio necesario para romper el tópico público-privado y pasar de la complementariedad a la integración. El futuro siempre será de las ideas y en Sanidad las mejores ideas las tienen los profesionales, es su momento ■

El Médico

TERAPIA INHALADA E INHALADORES

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

**¡Regístrate
ya!**



Actividad validada por:





Los servicios de farmacia hospitalaria ante un futuro que ya es hoy. El final de la devaluación interna

Autor | Francesc Moreu Oorbitg, Socio Director de Moreu y Asociados

El proceso de devaluación interna del sector salud está llegando a su fin. Gracias a él (reducción de salarios, recorte de las condiciones laborales de profesionales y trabajadores, no sustituciones, cierre de recursos productivos etc.) se ha mitigado el impacto sobre los ciudadanos en lo tocante a las prestaciones de la póliza pública pero sí ha repercutido en la lista de espera como último elemento de ajuste ante el descenso del gasto per cápita que ha pasado de 1.343 euros en el 2010 a 1.192 en el 2012 con notables desigualdades entre CCAA. Es de destacar en este contexto la aportación de la prestación farmacéutica en esta reducción que ha evitado mayores recortes en las actuaciones clínicas ya que ha sido el único rubro del gasto en salud donde se han adoptado junto a las medidas coyunturales acciones estructurales.



Francesc Moreu Oorbitg

Como consecuencia de ellas el gasto farmacéutico en el sistema público se ha reducido en tres años (2010-2012) en casi un 30 por ciento, pasando de 12.200 millones a unos 9.000, si bien la contrapartida ha sido que lo que sí ha aumentado es el gasto de bolsillo de los ciudadanos, de manera que el peso específico del gasto farmacéutico en el PIB se ha reducido sólo muy ligeramente situándose por todos los conceptos en un 1,45 del PIB.

La reducción continúa este 2013, en el que en lo que va de año y por mor del cambio

El paso del Estado de Bienestar a la Sociedad de Bienestar no es una opción sino que es “la opción” para tratar de salvar lo que tanto ha costado construir

en el copago, el número de recetas ha descendido un 17 por ciento, si bien ya se atisban los primeros signos de la defensa de la industria pues el gasto por receta ha subido un 1,7 por ciento.

Esta situación no es igual en la farmacia hospitalaria, donde

el gasto sí ha seguido creciendo al ritmo del 1,2 los tres últimos años con la preocupante contención de la innovación que ha pasado de significar un 5,8 por ciento los últimos tres años a apenas un 2,7.

En estas condiciones, el 60 por ciento del gasto farmacéutico se produce en la AP mientras que el 40 por ciento restante se realiza en los hospitales, como composición que ha cambiado radicalmente estos últimos años ya sólo el 15 por ciento es atribuible a pacientes hospitalizados, mientras que el 35 corresponde al hospital de día y el 50 por ciento restante a pacientes ambulatorios vinculados a fármacos que no se dispensan en las oficinas de farmacia.

El fin de esta devaluación interna basada en acciones coyunturales obligará ante una situación de crisis, que persistirá los próximos años, a la adopción de medidas estructurales que afectarán a todos y

entre ellos obviamente y quizá en doble medida a los servicios de farmacia que deberán enfrentarse a un futuro que ya es hoy.

La crisis del sector salud y la crisis de la sociedad

La crisis del sector salud es una crisis estructural y no coyuntural. Existía antes de otoño del 2007 pero daba mucha pereza abordarla cuando todo iba bien. Hasta aquel entonces se financiaba el sector con impuestos y ¡deuda!. A finales de 2008 la deuda acumulada de todas las CCAA en salud rondaba los 15.000 millones pero practicábamos, como en muchos otros ordenes, la política del avestruz. Hoy, cinco años después, continuamos manteniendo el mantra de que cuando la crisis pase volveremos a la casilta de salida y todo volverá a ser igual que antes.

Ni esto será así, ni sería bueno que así ocurriese. Lo que esta ocurriendo es el fin de un modelo de Bienestar que por mucho que se empeñen en decirnos que se debe preservar es imposible de hacerlo con el paradigma actual. De la crisis actual sólo se sale con la adopción por parte de la sociedad de una nueva escala de valores pero no manteniendo la actual.

El paso del Estado de Bienestar a la Sociedad de Bienestar no es una opción, sino que es “la opción” para tratar de salvar lo que tanto ha costado construir, no limitándonos a preguntarnos qué bienestar nos podemos pagar sino de qué bienestar nos queremos dotar con la máxima ambición pero con el mayor de los realismos, y esto exige un nuevo contrato social ente el Estado y los ciudadanos.

Nuestra crisis es básicamente una crisis de aseguramiento, que no de provisión. Obviamente que siempre lo podemos hacer mejor, pero en todo caso en la provisión el problema es de cómo enfocar “el negocio” (el modelo asistencial) y no solamente el cómo gestionamos las “empresas “ (Atención Primaria de Salud, hospitales etc.).

Los servicios de farmacia ante la crisis

Los servicios de farmacia no escapan de la necesidad general de “reinventarse” no sólo para capear la situación actual sino para poder afrontar con garantías el futuro.

En el mundo del management se distingue hoy entre el “negocio” y la “empresa”. El concepto “negocio” no va vinculado ni a la privatización ni al profit, pues un “negocio” generará beneficios o pérdidas según como se gestione. Por “negocio” se entiende identificar quiénes son nuestros clientes, qué problemas objetivos y expectativas tienen, qué productos y/o servicios pueden satisfacerlos y cómo se los hacemos accesibles, mientras que por “empresa” identificamos el lugar donde este “negocio” se lleva a cabo un día y otro. Las oportunidades están en el “negocio” y los costes en las “empresas”.

Los servicios de farmacia al igual que las empresas de cualquier sector de actividad deben volcarse en el “negocio” y tratar de minimizar la “empresa”. Para ello deben reflexionar sobre cómo abordan el “negocio” en el que están metidos y cómo en función de ello gestionan su “empresa”.

La respuesta inteligente a la pregunta de ¿cuál es nuestro “negocio”? en un entorno tan turbulento como el actual es clave y seguramente no tan simple.

Una aproximación válida como herramienta de trabajo podría definir el “negocio” como “el contribuir a restituir y/o mantener la salud en un contexto de atención integral y continuada a los ciudadanos de un determinado ámbito poblacional aportando una prestación farmacéutica efectiva, segura y eficiente”.

Varios son los problemas que surgen para ello.





- Población envejecida, polimedicada y con una dificultad grande de adherencia a los tratamientos.
- Presión constante de la innovación farmacológica que lleva a la necesidad de discriminar ya que no todo lo posible es útil.
- Presión a todo nivel sobre la contención del gasto farmacéutico con presupuestos cada vez más exigentes.
- Necesidad de abrirse a nuevos mercados tanto internos (rol de consultor experto de farmacia con los clínicos) como externos (Atención Primaria, sociosanitario, salud mental etc.).

En función de estos cambios en el mercado los servicios de farmacia hospitalaria deberán repensar el modelo de organización y gestión de su “empresa” para abordar con éxito estos desafíos.

Los cambios exógenos del mercado de los servicios de farmacia hospitalaria

Para solventarlos con éxito, los servicios de farmacia hospitalarios deben ser capaces de responder adecuadamente a los cambios del mercado tanto en sus aspectos exógenos (los que no dependen de ellos) como de los endógenos (aquellos en los que los servicios de farmacia hospitalarios tienen cierta capacidad para influenciarlos).

Si nos centramos en los exógenos cuatro son sus aspectos clave. El primero de ellos hace referencia a cómo abordar los nuevos modelos de evaluación y financiación de fármacos buscando un equilibrio entre la garantía de acceso de los pacientes a soluciones innovadoras, la sostenibilidad económica del sistema y la compensación para la industria del esfuerzo innovador. Los actores aquí son tres; las autoridades reguladoras, las agencias de evaluación a nivel estatal, autonómico y de hospital en su versión “tres en uno” a través del mecanismo de los contratos de riesgo compartido.

El segundo se refiere al *new look* de las tradicionales comisiones de farmacia y terapéutica a nivel de centro sustituidas por una sola a nivel de cada comunidad parti-

cipada por todos los centros que aplica criterios únicos para todos los dispositivos de la comunidad.

El tercero es la repercusión de los modelos de financiación capitativa que integra a un conjunto de proveedores de un territorio, lo que obliga a los diferentes prestadores a entenderse y plantear estrategias comunes. Este modelo es una incitación a que los servicios de farmacia hospitalaria trabajen conjuntamente en cualquiera de las diversas modalidades en que esto es posible con los profesionales de farmacia de APS y asuman responsabilidades en la prestación farmacéutica en los dispositivos sociosanitarios y de salud mental, dispositivos todos ellos que comparten la misma hoja de ruta clínica a fin y efecto de asegurar el continuum asistencial.

En cuarto lugar, los servicios de farmacia hospitalaria deberán ubicarse ante el impacto de la restricción presupuestaria en el posicionamiento terapéutico que obligará a afinar el lápiz en la evaluación del coste efectiva en un contexto en que el principio de la equidad debe primar sobre el de la justicia y más ante la falta de una acción decidida en el establecimiento de criterios racionales de dimensionamiento en la oferta de medicamentos.

Los cambios del mercado endógenos

Podríamos aquí, como en el caso anterior, centrarnos en cuatro aspectos relevantes.

El primero de ellos se refiere a la problemática que representa la incorporación de elementos de alto impacto económico en un escenario en el que el Estado autoriza la financiación pública de la innovación con precios que suponen un elevado impacto en el gasto pero sin reconocer económicamente su inclusión en la cartera de prestaciones y sin trasladar a las CCAA los recursos necesarios para ello.

Es ésta una situación particularmente

grave, por ejemplo en el ámbito oncológico, donde se prevén que en los próximos 4 años salgan al mercado más de 70 productos biotecnológicos con los cuales en las condiciones descritas los servicios de farmacia hospitalaria deberán lidiar.

No menos problemático es el segundo de ellos, derivado del creciente número de enfermos crónicos y polimedicados. Recordemos al respecto que una persona con tres procesos crónicos concomitantes multiplica por 30 el gasto anual de medicamentos de una persona sana o por 10 si la comparación se hace con un paciente de un proceso crónico menor.

El tercero nos sitúa de manera integral en la cadena del valor del proceso asistencial (debe incluir las oficinas de farmacia) que busca el *continuum* y la atención a los problemas donde la atención sea más coste efectiva. Ello implica la gestión conjunta alrededor de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos de los diversos agentes que intervienen en el proceso asistencial borrando niveles y apostando por equipos multidisciplinarios formados por APS, A. Especializada, Sociosanitaria y Salud Mental. La consecuencia práctica de todo ello es que la atención farmacéutica entendida como servicio central lo debe ser para todos los agentes concernidos y que lógicamente este rol debe ser asumido como base por los servicios de farmacia hospitalaria, buscando maneras

generosas de integrar en ellos sin poner en cuestión la excelencia de su servicio a profesionales de farmacia que trabajen en otros ámbitos.

Entre los cambios exógenos del mercado está el cómo abordar los nuevos modelos de evaluación y financiación

Por último y en cuarto lugar, en este apartado el problema de la sustitubilidad es un problema genérico en el sector salud que actúa casi siempre de manera incrementalista. Un nuevo proceso procedimiento o técnica no suele eliminar a la forma antigua de hacer sino que se acumula al anterior. La farmacia participa también de esta forma de pensamiento.

¿Qué hacer ante una innovación terapéutica que mejora el resultado (muchas veces solo cualitativamente) pero que cuesta más que el tratamiento convencional? Es el dilema habitual al que los farmacéuticos se enfrentan conjuntamente con los clínicos y ante el cual aquéllos (los farmacéuticos) han de desarrollar estrategias distintas ante sus clientes (los clínicos) y ante sus consumidores los pacientes.

Los cambios relevantes de la empresa en los servicios de farmacia

Vistos los elementos más significativos tanto exógenos como endógenos del

mercado a los que deben enfrentarse los servicios de farmacia hospitalaria, deberíamos ver cómo debe variar el modelo convencional de organización y gestión de estos servicios, en definitiva su concepción como “empresa”, para abordarlos con éxito.

Como en los casos anteriores cuatro aspectos a remarcar:

El primero recoge la tendencia actual de los modelos de organización, acorde a la separación entre “negocio” y “empresa”, de adoptar la arquitectura de una organización matricial en que las actividades empresariales se sitúan en una posición transversal de todas las líneas de “negocio” aportando “brain”, productos o consultoría a todos los nichos de mercado.

Ello se traduce en centrar el modelo organizativo en la llamada farmacia clínica y se convierte en un instrumento de gestión del “negocio”, lo que implica desagregar este concepto genérico en función de cómo se organizan hoy los servicios clínicos para así enfatizar la función de consultoría y la integración de los servicios de farmacia en la gestión clínica y sus

modelos organizativos (Institutos, unidades de gestión clínica unidades funcionales etc. no olvidando en esta relación la APS; Sociosanitario y Salud Mental).

En posición transversal se agrupan por un lado, las actividades del *core business* de

farmacia (farmacovigilancia y la cada vez más importante farmacoeconomía), calidad, docencia, I+D+i etc. y por otro lado, las actividades empresariales como producción, *materials management* y control de gestión.

Si el “negocio” en un sentido amplio es la salud, la evaluación de la aporta-

ción de la prescripción farmacéutica a los resultados de salud debe ser el segundo aspecto relevante a considerar.

No es éste un tema fácil de abordar como tampoco lo es en el ámbito clínico. Es indudable que los medicamentos aportan beneficios a los individuos y a las poblaciones. No suponen únicamente un gasto sino que son una inversión que aportan resultados positivos para la salud reduciendo la mortalidad o mejorando la esperanza y la calidad de vida, aunque por otro lado son potenciales generadores de problemas relacionados con los medicamentos.

El desafío que significa poder transparentar la aportación de los medicamentos en la salud debe unir a clínicos y farmacéuticos sujetos hoy no al principio de la beneficencia sino a la exigencia de la excelencia.

El centro de gravedad de la actuación empresarial centrado en el *materials management* (gestión de stocks, compras, almacenaje y distribución) ha evolucionado en los términos señalados anteriormente. Es bien cierto que es ésta una actividad que en lo operativo, no en lo estratégico, es potencialmente externalizable pero también lo

es que en cualquier caso debe incorporar las modernas teorías empresariales de la logística que reducen los stocks, aumentan su rotación, gestionan un mercado de oferta y utilizan las técnicas del *just in time* como *commodities* en su operación corriente.

Por último, los servicios de farmacia hospitalaria no podían quedar al margen de las estrategias de *make or buy?* propias del mundo empresarial y cada vez más corrientes en el sanitario, así como de la conformación de alianzas estratégicas incluso con competidores que suelen encerrar estrategias de “fabrico o compro” no para la totalidad del portafolio sino sólo para algunas de sus actividades.

Por alianzas estratégicas se entienden iniciativas conjuntas de dos o más actores en la que cada uno de ellos contribuye con recursos esenciales vinculados al *core* del “negocio” participando en el proceso de toma de decisiones creando sinergias que potencian la utilización de los recursos. Entraña una relación mutua y continua con un compromiso a largo plazo llevando consigo intercambio de información, reconocimiento de riesgos y recompensas de relación.

Seguramente éste es un camino a recorrer por distintos servicios de farmacia que operan en un mismo territorio y que no tienen porqué presuponer ganadores y perdedores, pues tan sólo funcionan estas alianzas estratégicas cuando su resultado es *win to win* para todos ■

Nota

Este conjunto de temas fueron debatidos por cerca de cuarenta responsables de servicios de farmacia hospitalarios de todo el país en las sextas jornadas que anualmente sponsora un importante laboratorio farmacéutico.

Las conclusiones de las mismas se ofrecerán al conjunto de profesionales del sector como una aportación inteligente a un debate abierto en todos los servicios de farmacia hospitalario del país.



De tatuajes electrónicos y libertad informática

Autor | Diego Fanjul. Socio responsable de Protección de Datos en Círculo Legal Mallorca

El MIT Technology Review trabaja en el desarrollo de tatuajes electrónicos para hacer seguimiento de salud durante la actividad diaria. No, no es ciencia ficción. Los investigadores, “aprovechando los recientes avances en electrónica flexible han encontrado una forma de imprimir los aparatos directamente sobre la piel para que la gente pueda llevarlos durante un periodo prolongado mientras llevan a cabo su rutina diaria”. El dispositivo podría medir la temperatura, esfuerzo y estado de hidratación de la piel. Éste es sólo un ejemplo de lo que viene. ¿Qué implicaciones tiene la utilización de este tipo de tecnología en términos de privacidad de los pacientes? ¿De quién es toda la información que compila este sensor electrónico impreso en la piel? ¿Es legal? Todas estas preguntas encuentran contestación en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).



Diego Fanjul

A pesar del tiempo pasado desde su aprobación sigue siendo para muchos profesionales sanitarios algo inquietante. Se percibe la existencia de ciertas obligaciones (casi todas relacionadas con medidas de seguridad imposibles de cumplir) y desde luego se conocen las cuantiosas sanciones que puede traer su incumplimiento. La reacción que suelo encontrar es de extrañeza, de molesta sombra que se extiende sobre el trabajo del profesional sanitario, que no sabe bien a qué atenerse. Olvídense de las multas (que existen) y de copias de seguridad (que hay que hacerlas). ¿Alguna vez se ha preguntado qué protege la norma? ¿De qué hablamos cuando hablamos de protección de datos? El conocimiento por parte del profesional sanitario de los principios esenciales de la norma es ya ineludible, pues están íntimamente relacionados con su actividad profesional. La práctica médica,

tanto desde la óptica de gestión de información (historia clínica electrónica, receta electrónica) como la propia utilización de nuevas tecnologías para la prestación de servicio sanitario (telemedicina, sensores corporales) está cambiando. Es en este contexto de cambio donde las tecnologías de información y comunicación se enlazan en la práctica médica en el que es necesaria una respuesta respecto a la privacidad de los pacientes ¿Por qué existe la LOPD? ¿Qué protege? Esencialmente, garantizar el poder de control y disposición de nuestros datos, es decir, que podamos controlar nuestra información, la información que los demás tienen de nosotros.

Alrededor de este principio (autodetermi-

nación informativa) se desarrolla el contenido esencial de la LOPD: el principio de calidad de datos, información, consentimiento, secreto y seguridad. Por tanto, debemos prestar especial atención a toda acción profesional relacionada con este concepto. Y es que la Ley verifica la realización de esta llamada libertad informática a través de unos principios que informan a todos los tratamientos de datos y deberes, acciones concretas relacionadas con la captura y conservación de información personal.

Vamos primero con estos principios que estructuran nuestra idea de privacidad. Una lectura profunda de la Ley nos deja con la impresión de que el legislador no desea que se recopilen datos personales y

establece ciertos principios que debe cumplir cualquier tratamiento. El cumplimiento de los principios agrupados en “calidad de los datos” no admiten moderación ni excepción, cualquier tratamiento de datos que no los reúna sería ilegal. Los datos se utilizan para el cumplimiento de una finalidad concreta, sólo puedo recoger los que necesito para cumplir esa finalidad y deben de estar actualizados. Un tratamiento de datos efectuado como consecuencia de la prestación de un servicio sanitario normalmente cumplirá estos principios, por lo que no vamos a detenernos aquí. ¿Qué más nos pide la LOPD? Seguimos con los deberes.

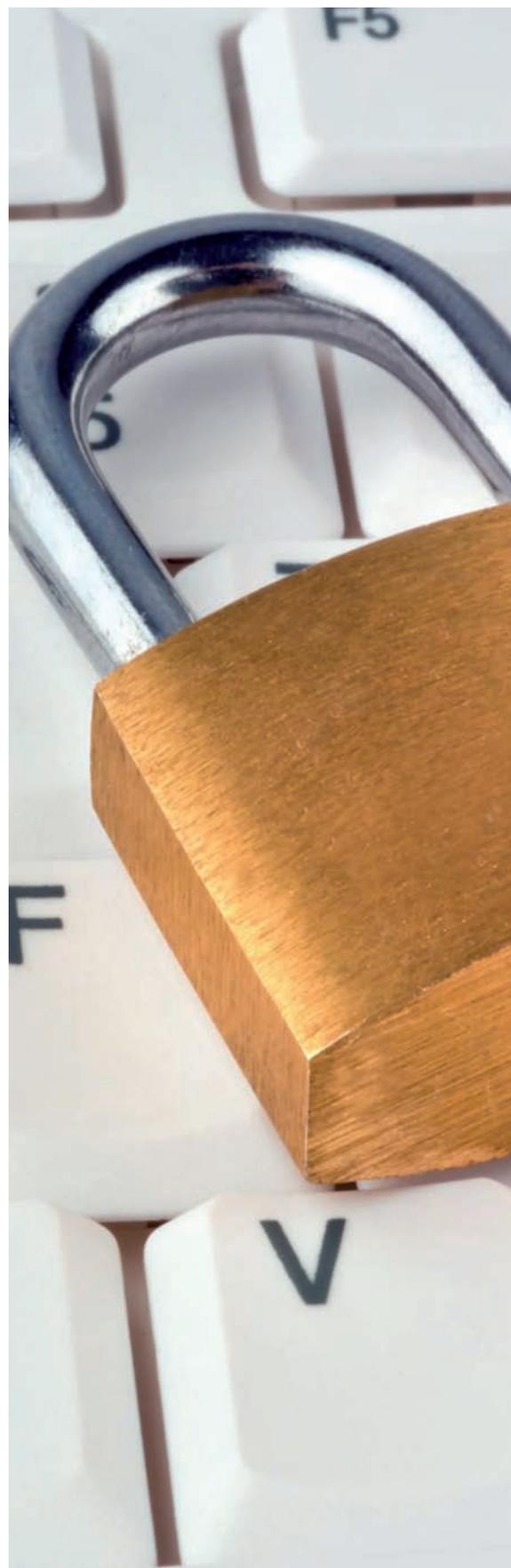
La norma es que el tratamiento de datos de salud requiere el consentimiento expreso del afectado. La práctica médica integra el secreto como parte esencial del ejercicio profesional

Informar a la persona respecto a ciertas circunstancias que rodean al tratamiento de datos: quién es el responsable, para qué los va a utilizar, dónde puede ejercitar los derechos que le asisten respecto a los datos. Este texto es frecuente encontrarlo a pie de página de formularios. Sin previsión expresa para el tratamiento de datos de salud, es necesario reinterpretar el deber de información en el ámbito médico. ¿Cómo informar? ¿Quién informa? La mejor respuesta a estas cuestiones se da desde el “cuándo”. El momento idóneo es el de recogida de datos. Hay muchos escenarios, pero suele ser frecuente, en una primera asistencia en, por ejemplo, una consulta, la atención por parte de personal administrativo que “abre una ficha”. Lo ideal es la entrega de formulario que incluye texto informativo para la firma por parte del paciente. Ahora bien, podemos ir más allá explicando cómo se tratan los datos en la consulta de manera sencilla, para que el paciente lo entienda. Por eso es muy importante la formación del personal que atiende al paciente, que hace comprender qué va a pasar con sus datos. La información adquiere especial relevancia en el ámbito de los tratamientos de datos de salud, en tanto este tipo

de tratamiento excepciona de la necesidad de consentimiento del afectado. La norma es que el tratamiento de datos de salud requiere el consentimiento expreso del afectado. Este régimen excepcional se aplica siempre y cuando los datos de salud se utilicen por parte de profesional sanitario para la prestación de servicio sanitario. Si hasta aquí están conmigo, información y consentimiento están íntimamente ligados a ese poder de control y disposición del que hablábamos al principio, y por tanto, son clave para entender y cumplir la Ley. Por otra parte, ¿cómo voy a controlar mis datos si no sé para qué se van a utilizar ni quien va tenerlos?

En cuanto al deber de secreto, poco que decir. La práctica médica integra el secreto como parte esencial del ejercicio profesional. Quizás llamar la atención sobre el deber de custodia que obliga al profesional sanitario en la gestión de información clínica, especialmente en soporte papel. Cada soporte tiene sus riesgos. Además del cuidado que el sentido común nos indica, hay ciertos procedimientos relacionados con el cumplimiento del principio de seguridad que debemos integrar en nuestro día a día. La mayor parte recaen sobre profesionales informáticos. Otros, como la utilización de contraseñas seguras, no.

Mi consejo para el profesional sanitario es sencillo: entienda qué quiere la LOPD: garantizar el poder de control y disposición de la información de las personas, su derecho a decidir sobre qué ocurre con sus datos. Y ahora, piense en cómo afecta este principio a su práctica profesional. Comprobará que no es necesario hacer tantas cosas y desaparecerá esa molesta sombra de incertidumbre: sabrá de qué estamos hablando cuando hablamos de privacidad de los pacientes ■





La incorporación de la innovación en el SNS o el arte de evaluar medicamentos y tecnologías sanitarias

La actual crisis económica y los problemas de financiación están haciendo cada vez más difícil la incorporación de la innovación farmacológica y tecnológica al Sistema Nacional de Salud (SNS), así como el acceso de los pacientes españoles a algunas de esas novedades en términos de equidad en las distintas comunidades autónomas. La ausencia de criterios de evaluación explícitos viene constituyendo una buena coartada para muchas de las dudosas decisiones que se han tomado a nivel nacional y autonómico.

Texto | Jorge Sánchez Franco



REPORTAJE DE PORTADA

La incorporación de la innovación en el SNS o el arte de evaluar medicamentos y tecnologías sanitarias

Según el profesor Jaume Puig-Junoy, del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona, “la financiación pública de la innovación requiere de criterios objetivos basados en el mejor conocimiento disponible sobre resultados en salud y sobre coste de oportunidad”. Para este experto, “tan preocupante es la adopción rápida de innovaciones sin evaluación coste-efectividad alguna como el retraso en su incorporación al sistema sin rendir cuentas de los criterios empleados”. La política sanitaria debe centrarse en “separar el grano de la paja”. Así, por ejemplo, “la demostración de seguridad y eficacia es condición necesaria, pero no suficiente, para una financiación racional y selectiva de medicamentos”.

En la actualidad, “casi la mitad de los países de la Unión Europea requieren una evaluación económica para financiar y/o poner precio a las innovaciones”, señala este experto. En España, sin embargo, “este interés ha sido más formal que real”. A pesar de que la experiencia en el requerimiento de evidencia sobre la relación coste-efectividad cuenta con dos décadas de andadura en el ámbito internacional, “la política nacional de toma de decisiones de precio y reembolso de los nuevos medicamentos –y muy especialmente de los que son gestionados por la farmacia hospitalaria- apenas ha ganado en objetividad y transparencia”. De cara al futuro, “conviene centrarse en qué, cuándo y cómo evaluar, y no encallarse en quién debe hacerlo”.

Con respecto al papel que deben desempeñar las comunidades en la evaluación de la innovación sanitaria, parece estar fuera de toda duda que “quien financia y gestiona el SNS ha de tener un rol activo y alguna responsabilidad en las decisiones que en el futuro puedan emanar de una evaluación dirigida a la financiación selectiva”, afirma el

experto. “La ausencia de un sistema estatal ha llevado a muchos gobiernos autonómicos a desarrollar instrumentos propios que, en algunos casos, constituyen barreras indiscriminadas a la adopción de la innovación, pero se empiezan a contemplar algunos criterios afinados para evaluar y valorar la mejor evidencia científica disponible. Habría que difundir las mejores experiencias”.

Las expectativas del profesor Puig-Junoy en relación con el desarrollo del Real Decreto Ley 16/2012 apuntan hacia “la adopción de un sistema de evaluación de prestaciones –y no sólo

de innovaciones- que garantice el acceso a los tratamientos más necesarios y coste-efectivos”, tal y como ya ocurre en países de la talla de Reino Unido, Australia o Alemania, donde se cuenta con agencias evaluadoras de referencia a nivel internacional. “Resulta chocante que la reforma española únicamente haya traído consigo, por el momento, la implementación de meros recortes, como es el caso de la desfinanciación de más de 400 fármacos, donde ha brillado por su ausencia cualquier aplicación de conocimiento científico”, apunta.

Las terapias oncológicas también suelen someterse al filtro de la evaluación coste-efectiva en los sistemas más desarrollados, sin por ello reconocer que tengan aspectos específicos. “Es criterio general aceptar en estos casos un coste por año de vida ganado más alto que en aquellos tratamientos que no corresponden a la etapa final de la vida, según la ‘regla del rescate’ (no abandonar a una persona grave), aunque también se les exigen mejores medidas de resultados clínicos –especialmente en lo que a supervivencia y calidad de vida se refiere- y suelen financiarse bajo contratos de riesgo compartido”, señala el experto. No obstante, las opiniones en torno a la diferenciación de

las innovaciones oncológicas son múltiples y variadas.

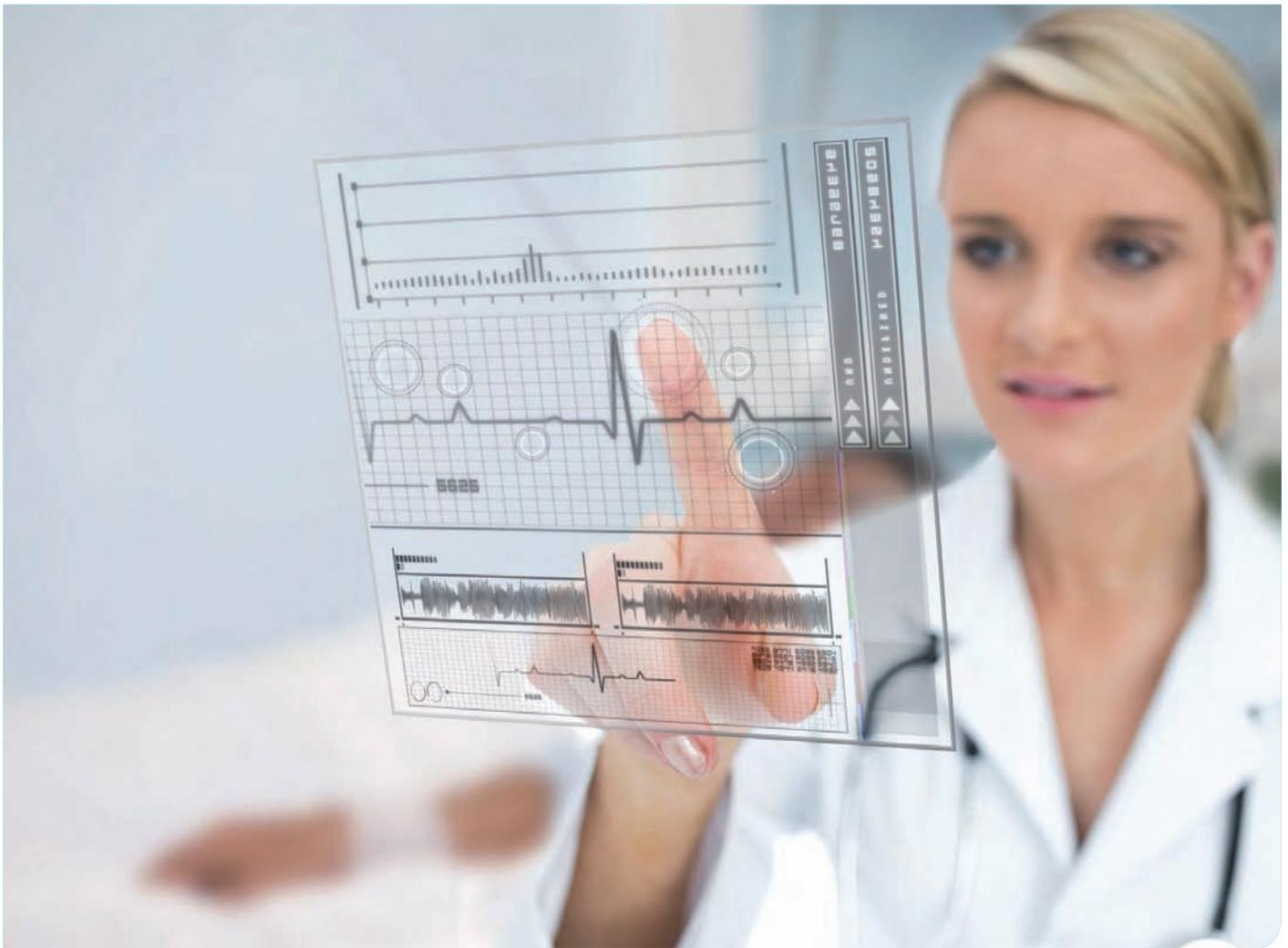
Desciende el nivel de acceso a fármacos innovadores en España

Según Farmaindustria, “las tensiones económicas y financieras no están favoreciendo la incorporación al mercado de algunas novedades terapéuticas, ni tampoco el acceso de los pacientes españoles a dichos fármacos en términos de equidad”. Buena prueba de ello es que apenas el 2,7 por ciento de los medicamentos consumidos en los hospitales españoles hoy en día se corresponden con principios activos aprobados en los últimos tres años, frente al 5,8 por ciento de 2009. Asimismo, según el indicador WAIT de la Federación Europea de la Industria Farmacéutica, España contaba en 2011 con uno de los más bajos niveles de acceso a fármacos innovadores del continente y con una de las más largas esperas.

En la patronal farmacéutica española están convencidos de que “no hay avance terapéutico que valga sin incorporación de la innovación”, por lo que “el mantenimiento de la calidad y de la sostenibilidad financiera de la prestación farmacéutica pública española debe ser un objetivo común de todos los agentes involucrados en el sector sanitario, sin perder de vista en ningún momento a los pacientes”. Esto no es lo que está ocurriendo con algunas de las iniciativas puestas en marcha en determinadas comunidades autónomas, que “dificultan el acceso de muchos ciudadanos a las innovaciones terapéuticas, restringen la oferta de medicamentos financiados por el SNS y rompen la unidad del mercado nacional”.

Determinar y clasificar la innovación, una asignatura pendiente

El presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), José Luis Poveda, ve necesario “un amplio debate profesional y social que permita establecer el verdadero contexto de la innovación real en nuestro país”. Ésta puede darse, por ejemplo, “cuando un determinado fármaco aporta beneficios al paciente en comparación con las otras opciones disponibles o



cuando permite tratar patologías para las que no existía nada previamente”. Quizás la mayor deficiencia del sistema sea precisamente “su capacidad para determinar y clasificar la innovación”, por lo que “habría que definir cuanto antes las garantías del SNS para asegurar el acceso a medicamentos verdaderamente innovadores”. Precisamente, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) está trabajando en la elaboración de una metodología para definir qué es y qué no es innovación, con el objetivo de hacer que la decisión de precio sea más objetiva.

Hace pocos años, España “se encontraba entre los países que más rápidamente incorporaban los fármacos oncológicos al sistema sanitario –lo que probablemente pudiera hacerse extensible al resto de medicamentos-, con una media de tiempo de

dos años transcurridos desde que se podían usar en el primer país europeo hasta que su utilización en el nuestro era una realidad”, afirma el experto. “Aunque nos hayamos alejado de los puestos de cabeza en los últimos tiempos, es indudable que hemos disminuido ese plazo, si bien es cierto que todavía nos encontramos lejos de los 180 días recomendados”, añade. En cualquier caso, “no se puede negar la existencia de un ‘limbo de medicamentos’ a la espera de evaluación para sus posibles condiciones de financiación”.

Los estándares que rigen la entrada de una innovación farmacológica en la financiación pública “están claros desde hace mucho tiempo”, señala José Luis Poveda. “Se trata

Apenas el 2,7 por ciento de los medicamentos consumidos en los hospitales españoles hoy en día se corresponden con principios activos aprobados en los últimos tres años, frente al 5,8 por ciento de 2009

de asegurar la eficacia en el escenario de la investigación clínica; la efectividad en la práctica clínica habitual y frente al estándar de tratamiento; y la seguridad y la eficiencia (medida como coste-efectividad incremental y años de vida ajustados por calidad), todo ello en términos comparativos y con criterios definidos, explícitos y transparentes”, afirma. Estos criterios “deben ser los mismos para



REPORTAJE DE PORTADA

La incorporación de la innovación en el SNS o el arte de evaluar medicamentos y tecnologías sanitarias

LA INCORPORACIÓN DE LAS TIC EN EL SNS, OTRO TIPO DE INNOVACIÓN

Queremos impulsar todas las estrategias de innovación que hay en marcha conjuntamente con las comunidades autónomas”, ha apuntado Mercedes Vinuesa, directora general de Salud Pública y Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad. La interoperabilidad plena de la tarjeta sanitaria, de la historia clínica y de la receta electrónica dentro del SNS, y todos los proyectos relacionados con el abordaje de la cronicidad, son las prioridades de este departamento ministerial. En todo esto “tratamos de buscar el valor añadido de la tecnología en términos de eficiencia, de calidad y de prestación de servicios”.

La receta electrónica interoperable es quizás el proyecto en el que más hincapié se está haciendo desde el Ministerio: “vamos a iniciar la fase de pilotaje en unos pocos días, esperando que la interconexión autonómica sea una realidad en 2014”, anuncia la experta. De este modo, “cuando se prescriba un determinado fármaco en un servicio de salud concreto, aquél podrá ser dispensado en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional sin ningún problema”, explica. “Esto ahorrará consultas médicas innecesarias, facilitará la labor de las boticas y mejorará el acceso a los medicamentos por parte de los ciudadanos, al mismo tiempo que se propiciará la extensión de este tipo de iniciativas a todas las regiones españolas”.

En el ámbito europeo, España lidera el mayor proyecto en eSalud e interoperabilidad que existe hasta el momento (epSOS). Su objetivo es mejorar la atención sanitaria de los ciudadanos de la Unión Europea cuando están fuera de su país de residencia, de tal manera que los profesionales sanitarios de cualquier Estado miembro puedan acceder a sus datos médicos sin ningún problema. “Hemos sido pioneros en el desarrollo de la historia clínica interoperable, alcanzando los 16 millones y medios de registros conectados en el momento actual”, apunta Mercedes Vinuesa. “La estructura propia de nuestro país, con 17 servicios de salud, ha contribuido al impulso de cohesión que han formalizado las comunidades autónomas en este ámbito”.

El abordaje de la cronicidad es otro gran ámbito en el que se están empezando a desarrollar varios proyectos de innovación, destacando especialmente el relativo a la discriminación de grupos de población con una serie de características concretas. “Tenemos que desarrollar una serie de sistemas que nos permitan acercar y adaptar nuestra Sanidad a las necesidades de cada ciudadano, y muy especialmente a las de los pacientes crónicos”, señala la experta. Para ello, “es imprescindible contar con tecnologías analizadas y validadas tanto por pacientes como por profesionales”, añade. En este contexto, se contemplan herramientas tales como las aplicaciones móviles o la atención telemática, entre otras.

todos los medicamentos”. La diferenciación debe venir dada “por el grado de innovación real y no por la categoría terapéutica de la molécula”.

La SEFH, a través del grupo GENESIS, se ha pronunciado repetidamente a favor de un “procedimiento único, transparente y participativo con el que llevar a cabo la evaluación de medicamentos, lo que debería traducirse en un criterio único de regis-

tro, financiación y fijación de precio”, afirma el experto. No cabe duda de que “las comunidades autónomas tienen que participar en dicho proceso”, motivo por el cual la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) las ha incorporado al recién creado Grupo de Posicionamiento Terapéutico. “También debería haber espacio aquí para aquellas sociedades científicas y grupos de expertos que puedan aportar metodología y resultados

desde el conocimiento de la realidad asistencial”.

En busca de la utilidad real de los nuevos fármacos

El Ministerio de Sanidad “es partidario de introducir todos los medicamentos innovadores, sobre todo si se trata de fármacos para patologías graves y/o que producen grandes dependencias”, ha explicado Agustín Rivero, director general de Cartera Básica del SNS y Farmacia. Sin embargo, estas nuevas moléculas “requieren un estudio detallado para conocer su utilidad real”, añade. A partir de ahora esto se va a hacer “en función del posicionamiento terapéutico, la evaluación coste-efectividad y los ensayos clínicos que hay detrás, antes de llegar finalmente a la CIPM”.

A la hora de valorar si un determinado medicamento innovador debe ser financiado o no, el experto considera que “la Administración sanitaria y la industria farmacéutica deben hacer un esfuerzo conjunto por llegar a acuerdos para que ese fármaco sea introducido definitivamente en el sistema a un precio menor o para compartir riesgos entre ambos agentes”. Según datos del Ministerio de Sanidad, los precios de estas nuevas moléculas pueden ir desde los 30.000 hasta los 450.000 euros por paciente y año, dependiendo de la patología de la que se trate en cada caso. “Lo que está claro es que el medicamento tiene que entrar en el mercado, sobre todo en el caso de enfermedades tan graves como el cáncer”.

Gracias a la recién creada red de agencias de evaluación, las comunidades autónomas “pueden participar en el posicionamiento terapéutico de las moléculas innovadoras”, explica Agustín Rivero. Según este nuevo procedimiento, que ya está en marcha, la AEMPS hace un estudio previo que posteriormente traslada a las dos agencias autonómicas con más experiencia en la patología a la que va dirigido el fármaco a evaluar. Tras hacer éstas sus alegaciones y/o sugerencias, la AEMPS redacta un informe final con el que “pretendemos que no haya



más evaluaciones y el nuevo medicamento quede aprobado y disponible en todo el territorio nacional”, afirma.

Uno de los elementos a definir para este nuevo sistema de evaluación de medicamentos innovadores es la metodología de trabajo: “queremos que el procedimiento sea sencillo y que esté a cargo de profesionales con amplia experiencia en este tipo de moléculas para no alargarlo demasiado en el tiempo”, recalca el experto. A diferencia del NICE británico, donde el plazo máximo es de un año, en España “vamos a intentar centrarnos en aspectos muy concretos y específicos para no superar los tres meses de trabajo”, afirma. Con todo esto “se cerraría el desarrollo del Real Decreto 16/2012 en lo que a evaluación de fármacos se refiere y quedaría

cubierta una demanda generalizada del sector”.

En el mes de mayo, la Comisión de Farmacia fijaba y presentaba la metodología de los denominados Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), que comenzaban a aplicarse con los nuevos medicamentos

aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA en sus siglas inglesas) a partir de ese momento. Tal y como quería la Dirección General de Cartera Básica del SNS y Farmacia, y en contra del criterio de las comunidades autónomas y de la AEMPS, dicho documento no aportaría información económica hasta después de la fijación

de precio, momento en el que las 17 autonomías tendrían que dar el visto bueno definitivo a su contenido. Todo el proceso de evaluación y fijación de precio debería

durar 118 días. Además, los nuevos medicamentos serán sometidos a un sistema de seguimiento durante un año para determinar si los resultados que se obtienen con su uso se ajustan a lo establecido en la ficha técnica. Los costes de estos seguimientos serían asumidos por las compañías farmacéuticas propietarias de los fármacos.

Los IPT deben iniciarse cuanto antes

“Desde marzo de 2012, el Ministerio de Sanidad no publica las resoluciones de la CIPM y, por tanto, no podemos saber el tiempo que están tardando los medicamentos en incorporarse de forma efectiva al mercado tras la aprobación de la EMA”, ha apuntado Regina Múzquiz, directora de Relaciones Institucionales de PharmaMar. “La clave está en iniciar la elaboración de los IPT y demás estudios fármaco-económicos en el mismo momento en el que se disponga de la opinión positiva de la EMA”.

Según esta experta, “no disponemos de estándares bien definidos que rijan la entrada de una innovación farmacológica en la financiación pública”. Aunque la normativa vigente establece una serie de criterios

**Quizás la mayor
deficiencia del sistema
sea, según algunos
expertos, su capacidad
para determinar y
clasificar la innovación,
por lo que habría que
definir las garantías del
SNS para asegurar el
acceso a fármacos
verdaderamente
innovadores**



REPORTAJE DE PORTADA

La incorporación de la innovación en el SNS o el arte de evaluar medicamentos y tecnologías sanitarias

más bien generales, éstos “nunca han sido desarrollados ni concretados”, explica. “En ocasiones, esto genera cierta indefensión en las compañías farmacéuticas, que ven cómo se rechaza la financiación de alguno de sus productos sin conocerse de forma precisa las razones de dicha negativa”, añade. Sin duda alguna, “los estándares más adecuados deben combinar la garantía del principio de equidad para todos los ciudadanos con la máxima eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios”.

Las comunidades autónomas “tienen que participar muy activamente en aquellos órganos en los que se adoptan las decisiones relevantes de política farmacéutica”, a juicio de Regina Múzquiz. Asimismo, “los integrantes de los grupos en los que se debate sobre aspectos técnicos, clínicos o fármaco-económicos deberían ser elegidos en función de su cualificación y experiencia profesional, y no en base a criterios de territorialidad”, recalca. Con respecto al desarrollo de los planteamientos sobre evaluación de medicamentos que se incluyen en el Real Decreto-Ley 16/2012, la experta considera “un gran avance” la creación del Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del SNS, de carácter científico-técnico.

En este contexto, la experta está a favor de que se haga algún tipo de diferenciación entre las innovaciones farmacológicas oncológicas y las del resto de especialidades. En el caso del cáncer, “estamos hablando de un conjunto de patologías caracterizadas por una muy elevada tasa de mortalidad hasta hace pocos años, donde se ha demostrado de forma clara y rotunda que la investigación y desarrollo de nuevos fármacos ha mejorado sustancialmente la supervivencia de los pacientes, con una calidad de vida muy razonable en muchos

casos”, explica. Independientemente de esto, “corremos el riesgo de que la actual situación de crisis económica acabe desvirtuando el proceso de incorporación de la innovación en nuestro país”.

En mayo, la Comisión de Farmacia fijaba y presentaba la metodología de los denominados Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), que comenzaban a aplicarse con los nuevos medicamentos aprobados por la EMA a partir de ese momento

uso compasivo”. Además, “existen claras diferencias de acceso a estos medicamentos entre unas comunidades autónomas y otras, e incluso entre distintos hospitales de un mismo territorio”, añade. “El límite a la capacidad de prescripción del médico viene dado por el hecho de que un determinado fármaco esté financiado o no en uno u otro servicio de salud, aunque siempre ha de estar accesible desde el punto de vista legal. Los políticos deberían aclarar hasta dónde se puede llegar”.

El experto habla de que “quizás el SNS debiera destinar una partida económica concreta a las innovaciones oncológicas en función de la incidencia actual y futura de los tumores, aunque es francamente difícil hacer cualquier cálculo de este tipo en España”. Por el momento, el gasto farmacéutico oncológico “apenas representa el 7 por ciento del total”, añade. En este contexto, la SEOM se ha comprometido a hacer un exhaustivo seguimiento de este tipo de fármacos en nuestro país con el único objetivo de que lleguen lo antes posible a los pacientes que los necesitan tras su aprobación por parte de la EMEA. “Creemos que hay muchas otras cosas que se pueden recortar en nuestro siste-

ma sanitario antes que la innovación farmacológica”.

La compra centralizada y la incorporación de tecnologías sanitarias

La incorporación de nuevas tecnologías sanitarias “se ve limitada en España por criterios cortoplacistas de valoración del precio que se están implantando en los nuevos sistemas de compra centralizada”, ha apuntado Margarita Alfonso, secretaria general de FENIN. Se dejan en segundo plano aspectos tales como “la mejora de la calidad de vida de los pacientes, la visión global del ciclo de la enfermedad o el ahorro de costes indirectos, fundamentales todos ellos para alcanzar la eficiencia que se busca en el SNS”, añade. La tecnología sanitaria “reduce la necesidad de recursos económicos y humanos porque potencia las mejoras en los procesos de la atención sanitaria”.

Las expectativas de FENIN en relación con el desarrollo de los planteamientos que sobre este aspecto se incluyen en el RDL 16/2012 se dirigen a que la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS “disponga de estructuras que identifiquen criterios de evaluación homogéneos y bien definidos en el marco de un sistema transparente donde se tenga conocimiento claro del proceso”, afirma la experta. En este contexto, “parece evidente la participación de la industria en la disposición de información de valor sobre coste-eficiencia de las tecnologías objeto de valoración”. Es por ello que FENIN se ofrece para “colaborar activamente en la toma de decisiones de interés para la disposición de nuevas tecnologías sanitarias”.

Hasta el momento, las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de nuestro país “se han venido centrando en la recopilación, evaluación y síntesis de la investigación existente y, en algunas ocasiones, han generado nuevo conocimiento o han financiado proyectos de investigación”, explica la secretaria general de FENIN. Sin embargo, sus informes “no son vinculantes

Los fármacos innovadores contra el cáncer

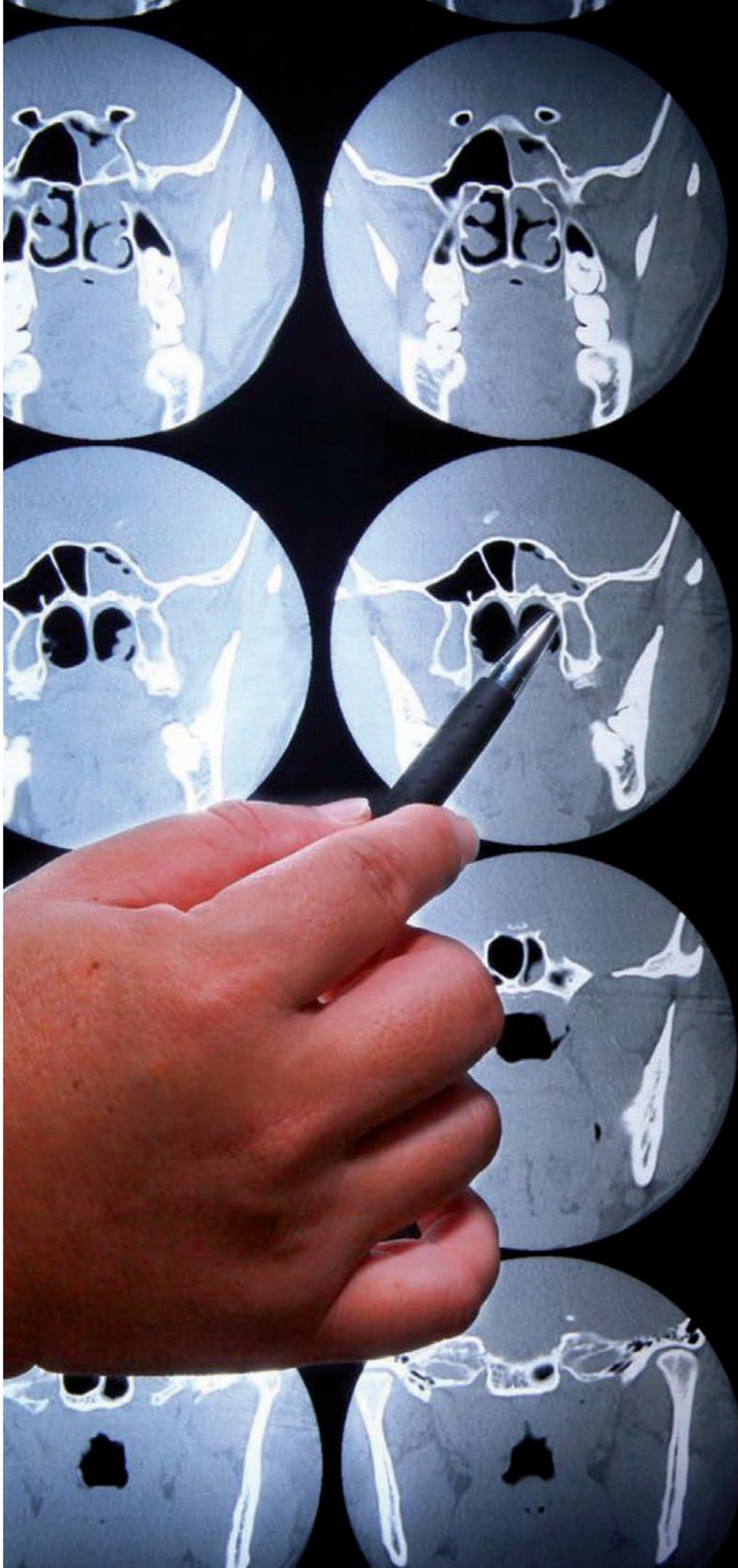
Según el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el doctor Juan Jesús Cruz, “no hay duda del creciente retraso en la incorporación de fármacos innovadores dentro del SNS, aunque es algo que habitualmente se soslaya con el procedimiento de

con las decisiones adoptadas con respecto a la cobertura de una determinada tecnología o su inclusión en la cartera de servicios". Para el sector "es importante que haya una mayor coordinación entre ellas con los objetivos de evitar duplicidades en los estudios y mejorar la colaboración con otras instituciones internacionales".

En definitiva, FENIN quiere que se lleve a cabo "una incorporación eficiente de la innovación tecnológica". Para ello "es necesario que los procesos de evaluación se establezcan de manera estructurada, con criterios explícitos y objetivos, y que las decisiones se adopten de forma coordinada en todo el territorio nacional para optimizar los recursos disponibles, con un reconocimiento mutuo entre agencias", afirma. "La participación de las empresas contribuiría a impulsar la transparencia de dichos procesos". También es importante que los tiempos de evaluación "sean conocidos previamente. No olvidemos que la incertidumbre es uno de los elementos más negativos para el diseño de estrategias empresariales", concluye ■

Documentación y fuentes

1. Mercedes Vinuesa, directora general de Salud Pública y Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad.
2. Agustín Rivero, director general de Cartera Básica del SNS y Farmacia.
3. Jaume Puig-Junoy, profesor del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona).
4. José Luis Poveda, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
5. Margarita Alfonso, secretaria general de FENIN.
6. Juan Jesús Cruz, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
7. Farmaindustria.
8. Regina Múzquiz, directora de Relaciones Institucionales de PharmaMar.
9. EL MÉDICO INTERACTIVO.







Los responsables políticos
deberían plantearse
frenar definitivamente
el **incremento**
de
facultades

Ricardo Rigual

Presidente de la Conferencia Nacional de
Decanos de Facultades de Medicina

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Ana Montero



ENTREVISTA Ricardo Rigual

“Los responsables políticos deberían plantearse frenar definitivamente el incremento de facultades”

No es una novedad, pero es una reclamación que poco se escucha y que traerá cada vez más problemas: es necesario ajustar las plazas de las Facultades de Medicina, con las plazas de especialistas MIR. Este es uno de los puntos clave en las preocupaciones de Ricardo Rigual, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, entre los que también destaca la necesidad de hacer más factible y atractiva la docencia al personal sanitario, actualizar la normativa del hospital universitario, y adaptar la formación de nuestros futuros médicos a necesidades actuales como la formación en habilidades.

¿Es necesario reducir el *numerus clausus*? ¿Cómo debería ser la planificación de profesionales sanitarios?

Es totalmente necesario, de acuerdo con las actuales previsiones realizadas por diferentes expertos. Las previsiones anteriores sobre necesidades de médicos no se están cumpliendo y en los últimos meses el número de médicos en paro o en búsqueda de empleo se ha incrementado considerablemente. El número que manejan los expertos, para los alumnos de nuevo ingreso en Medicina, ronda los 5.500 y actualmente las facultades admiten a más de 7.000. El número de estudiantes que acceden a las facultades de Medicina debe ajustarse con un ligero incremento a las plazas de formación de especialistas MIR, cuya oferta en cambio ha ido disminuyendo en las últimas convocatorias. Hay que tener en cuenta que los estudios de Medicina, cuando se termina el grado, no permiten prácticamente el ejercicio profesional, por lo que no tiene sentido dar acceso a estudiantes que no podrán terminar su formación ni acceder a la profesión.

¿Ayudará en este sentido el próximo registro de profesionales sanitarios?

Por supuesto, creo que será una herramienta muy útil para dicha planificación de especialistas.

¿Debería existir igualmente algún tipo de control o evaluación sobre el número de plazas de Medicina en la privada, debido a su gran incremento en los últimos años?

La Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina agrupa a facultades públicas y privadas. Todas las facultades tenemos en nuestros planes de estudio verificados el número máximo de alumnos que podemos admitir, en función de nuestros recursos humanos e instalaciones. Lo lógico es que, cuando hablamos de reducir las plazas de estudiantes de Medicina, esta reducción se hiciera, en primer lugar, haciendo que se cumplan el número de máximo de estudiantes que cada facultad tiene en sus planes de estudios verificados. En la actualidad en algunas facultades, tanto públicas como privadas, no se están cumpliendo. En el caso de que con esta primera aproximación no llegáramos a la reducción necesaria, se debería establecer otra reducción, con un criterio proporcional entre todas las facultades de Medicina. En este aspecto me está preguntando sobre la reducción del número *clausus*, pero nos estamos olvidando del crecimiento del número de facultades. En el año 2003 éramos 28 y actualmente somos 40. Además tenemos una facultad virtual, pues el Ministerio de Educación ha homologado en los últimos 10 años más de 40.000 títulos de extranjeros. Y lo que es peor, existen planes para que se abran otras 7 facultades, que la actual crisis ha frenado. Algo que deberían plantearse los

responsables políticos es que ya somos más que suficientes y frenar definitivamente el incremento de facultades. En los países de nuestro entorno existen alrededor de 0,5 por 1.000.000 de habitantes. En España superamos esta cifra ampliamente, pues el ratio es de 0,85, ocupando el tercer puesto entre los países con más de 20 millones de habitantes después de Corea y Sudán.

¿Bolonia ha cumplido las expectativas o, debido a la descoordinación en su implantación, ha supuesto nuevos problemas?

El cambio de planes de estudio se ha realizado en una coyuntura económica muy desfavorable, lo que no ha ayudado a una buena implantación

El cambio de planes de estudio se ha realizado en una coyuntura económica muy desfavorable, lo que lógicamente no ha ayudado a una buena implantación. Sin embargo, ha permitido un cierto nivel de renovación y de actualización de los planes de estudio, aunque también los nuevos tienen aspectos muy criticables.

¿Cómo cuáles?

Sería muy conveniente que el decreto de 1986 fuera actualizado a la nueva situación

Por ejemplo que en muchos casos no se ha logrado una integración suficiente entre las diferentes materias preclínicas, clínicas o entre

ambas. También que los planes de estudio han tenido que cumplir con la rigidez de las normativas nacionales y de cada universidad, en las que no se reconoce la singularidad de los estudios de Medicina.

¿Con unos planes de estudio diferentes en cada facultad, es posible pensar en una homologación con Europa, cuando tenemos tantas diferentes incluso en el territorio nacional?

Hay que tener en cuenta que, en los pla-



nes de adaptación al espacio Europeo se han tratado de armonizar los diferentes planes de estudio utilizando como medida de la dedicación del estudiante el crédito ECTS, para favorecer la movilidad y el reconocimiento profesional. El problema es que no se ha establecido un sistema homogéneo desde Europa. El objetivo final es lograr las competencias necesarias para acceder a la formación especializada, pero éstas se pueden adquirir con diferentes planificaciones. La verdad es que con nuestros planes actuales, en las facultades de Medicina españolas encontramos más diferencias ahora entre ellos que en los planes anteriores.

¿Habría que adaptar los temarios a nuevas necesidades, como la Medicina Paliativa, el trato a los enfermos cróni-

cos pluripatológicos, o a la necesidad de conocimientos de gestión por parte de los futuros médicos?

Como decía anteriormente los planes de estudios no son homogéneos, aunque al finalizar los estudios todas las facultades, a través de diferentes planes, alcanzamos las mismas competencias que incluyen estas temáticas. Unas facultades en asignaturas individualizadas, otras en integradas junto con otras materias. Igualmente, en temas más prácticos, se reclama también la formación en habilidades de comunicación con el paciente, o incluso, en las nuevas tecnologías de la información... Efectivamente también están incluidos en

Tenemos serias dificultades para la renovación del profesorado estable

los nuevos planes de estudio este tipo de competencias

¿Qué ha supuesto para la realidad universitaria el aumento de tasas y la supresión de algunas becas, como es el caso de las becas Séneca?

Para las economías familiares que están sufriendo más directamente las consecuencias de la crisis, por supuesto es un grave problema, aunque esperemos que las becas ofertadas permitan paliarlo.

Otro de los problemas que se señalaba tras el último informe PAIME, es que los médicos jóvenes sufren de mayores dolencias psicológicas, sobre todo debido a unas altas expectativas, que no se corresponden después con su realidad profesional. ¿Qué puede hacerse a este respecto desde la facultad?

Efectivamente los profesionales que han sido atendidos en este programa son, en una proporción importante, médicos afectados por trastornos mentales que pertenecen a las promociones jóvenes (25-35 años). Vivimos en una sociedad muy competitiva que afecta a todas las profesiones, a lo que se suma la responsabilidad y el estrés que sufre el médico en su ejercicio profesional. Recientemente se están realizando una serie de estudios sobre el clima educativo, como el organizado desde la Sociedad de Educación Médica. Estos proyectos tienen como objetivo el estudio de dicho clima educativo, tanto a nivel de

pregrado como en la formación especializada, y están dejando patente que ya a estos niveles se vivencia el proceso educativo como algo

estresante y competitivo. Sin duda desde las facultades tenemos que hacer alguna reflexión sobre estos temas y lograr ya, desde la primera etapa de la formación médica, favorecer la adquisición una serie de fortalezas imprescindibles para el ejercicio profesional, aunque no siempre se tiene que realizar de forma reglada en el curriculum.

¿Se debería actualizar la normativa que



ENTREVISTA Ricardo Rigual



rige el hospital universitario? ¿Qué podría hacerse para mejorar la coordinación entre las facultades y los servicios de salud?

Actualmente nos regimos por una normativa de 1986, con alguna modificación posterior. Es totalmente necesario actualizarla. Las relaciones entre las universidades y los servicios autonómicos de salud se rigen por la misma normativa nacional, y se concreta en conciertos entre cada universidad y sus respectivos servicios autonómicos de salud, algunos de ellos muy recientes, que llegan a ser muy diferentes. Insisto en que sería muy conveniente que el decreto de 1986 fuera actualizado a la nueva situación. Igualmente que tuviéramos un marco de referencia, pues estamos observando problemas ante el crecimiento del número de facultades y la utilización de hospitales universitarios del Sistema Nacional de Salud, por más de una facultad de Medicina.

¿La docencia es atractiva para el personal sanitario?

Ese es otro de los problemas que más nos preocupan a los decanos. Tenemos serias dificultades para la renovación del profesorado estable que se denomina vinculado. Es decir, profesionales que ejercen la labor

asistencial junto con la universitaria, sobre todo en algunas especialidades clínicas. Para ser profesor vinculado (profesor contratado doctor, titular o catedrático) es necesario previamente conseguir la acreditación que concede la ANECA, o algunas agencias regionales, en el caso de profesor contratado doctor, para posteriormente concursar a dichas plazas. Es necesario que las plazas de profesores vinculados sean atractivas y no supongan simplemente una sobrecarga de trabajo. También es importante comentar que las plazas de profesor contratado doctor tienen un régimen laboral, lo que es un freno para el médico asistencial, que goza de otro régimen. Por otra parte, tampoco es sencillo tener los méritos para lograr la acreditación, pues no están suficiente reconocidos los méritos asistenciales, por lo que son poco accesibles para los profesionales sanitarios. Afortunadamente las autoridades educativas del Ministerio de Educación están sensibilizadas frente a este problema, y esperamos que podamos resolverlo, pues

es vital para garantizar una buena enseñanza de materias clínicas. También es importante comentar que los departamentos básicos tienen dificultades para incorporar a profesores con formación médica. Estos departamentos básicos deben estar equilibrados en su composición entre profesionales médicos y no médicos, para atender adecuadamente las funciones docentes e investigadoras, lo que supone que es necesario que se sigan incorporando profesores médicos. De esta manera no perderemos la perspectiva de la futura formación clínica de nuestros estudiantes, y facilitaremos la integración de materias básicas y clínicas.

Después de leer el último borrador sobre troncalidad, ¿se solapan algunos conocimientos del tronco con los del grado en Medicina?

Supongo que las comisiones que tienen que redactar las competencias de estas especialidades tendrán en cuenta las ya adquiridas en las facultades, y que se tratará en algunos casos de profundizar en ellas. No debería ser un problema.

¿Está alineado el Foro de la Profesión Médica con estos objetivos?

Nos reunimos regularmente, analizamos todos los aspectos de la profesión y estamos de acuerdo en los aspectos relativos a la formación, y otros relacionados, como al acceso a las facultades, que son tan importantes para el futuro de la profesión.

Los profesionales que han sido atendidos en el PAIME son, en una proporción importante, médicos afectados por trastornos mentales que pertenecen a las promociones jóvenes

¿Alumnos y decanos coinciden en cuáles son los retos ahora mismo

en las facultades de Medicina?

La Confederación Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) en la que se agrupan los estudiantes de Medicina, desde su total independencia, también forman parte del Foro de la Profesión Médica, y estamos básicamente de acuerdo con ellos en estos aspectos ■

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 proceso de acreditación

deben hacerlo aquellos que trabajan
en los Servicios de Urgencias



Juan González Armengol

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias
y Emergencias (SEMES)

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Luis Domingo



“El proceso de acreditación deben hacerlo aquellos que trabajan en los Servicios de Urgencias”

Juan González Armengol asume la presidencia de la SEMES con un objetivo claro, conseguir hacer realidad la especialidad en Urgencias y Emergencias, una cuestión que si desde la SEMES se ve clara desde hace mucho tiempo, no parece ser compartida por parte del sector sanitario. Sobre sus motivos, y sobre otras cuestiones, como los recortes, los retos de futuro de los Servicios de Urgencias y algunos de los temas destacados del XXV Congreso SEMES, ha querido hablar con EL MÉDICO.

El principal objetivo de su candidatura, y de la propia sociedad, es conseguir que la especialidad de Urgencias y Emergencias sea una realidad. ¿Cuál es el verdadero impedimento a la misma? ¿Se trata de un conflicto entre sociedades, con la Administración, o con ambas?

El Ministerio propone una reforma de calado del sistema de formación especializada con la creación de los troncos que agrupan especializadas. Hay uno médico y otro quirúrgico, uno de psq y otro de laboratorio, entre otros que no se agrupan. El principal objetivo de una Sociedad Científica es velar y promocionar la asistencia, gestión, formación, la investigación y todos aquellos aspectos que atañen en este caso a los SUH y SEM. En España, empezamos la casa por tejado...y tenemos una realidad administrativa, laboral, gestión, social, científica, formación...que son estos servicios. Hora es ya que exista lo que debería haber sido el principio: y es una formación reglada, como ocurre en la mayoría de los países de nuestro entorno, entre otros muchos más en el mundo. El impedimento es el criterio de es-

casas personas, con la complicidad de facto de algún responsable del Ministerio y un par de Sociedades Científicas, que ilegítimamente están por atropellar derechos fundamentales del 2º grupo profesional en número de España, que es el de urgencias. La única Sociedad realmente constituida y reconocida en España y fuera de España que defiende y desarrolla desde hace 25 años una labor inmensa con estos servicios es SEMES.....desde los Congresos anuales, hasta innumerables cursos de formación,

como manuales, libros, tratados, programas de seguridad, programas de acreditación y una revista, Emergencias, que ocupa el tercer lugar por impacto en el mundo

de su especialidad, el 5º en España....y es la única revista biomédica en castellano que ocupa el primer cuartil de su especialidad, por la magnífica labor de todos estos años, reflejo de la cada vez mayor implicación de los profesionales de MUE en labores de investigación, y resultado del excelente e impagable trabajo de su director el Dr. Oscar Miro del Clinic de Barcelona. Y por un capricho fuera de razones y por intereses económicos en cuanto querer controlar la acreditación de los profesionales que sí trabajamos en esto por parte de un par de socieda-

des, intentando que paguemos de nuestro bolsillo lo que venimos haciendo desde hace muchos años, se ha tenido hasta ahora la capacidad de influir en algunos responsables ministeriales. Queremos denunciar esto públicamente porque insistimos que es un intento de atropello, más bien tropelía, profesional. No se puede pretender opinar y menos controlar sobre lo que no se trabaja. Y quienes sí lo hacemos queremos denunciarlo aquí y lo seguiremos haciendo siempre que tengamos oportunidad. Se nos está pidiendo a los españoles mucho esfuerzo y muchos sacrificios y este tipo de situaciones son intolerables. Estoy seguro de que

muchas personas de bien, incluyendo algunos responsables políticos, desconocedores de esto, se van a quedar muy sorprendidos. Esto choca contra la ética y el esfuerzo, y tengan la seguridad de que recurriremos a la Justicia Ordinaria si se confirma.

¿Podría resumirnos cuáles son las razones que justificarían la creación de esta especialidad, dentro del nuevo modelo formativo de troncalidad?

Hay muchas, pero nosotros las resumimos en unos veinte puntos, que vendrían a ser los siguientes. La convergencia con el resto de países de la Unión Europea en la creación de un

mercado laboral único; la razón social; la necesidad de orientar al sistema hacia un paciente crónico; la necesidad de garantizar la equidad en la atención urgente; la necesidad de hacer una verdadera gestión asistencial en los Servicios de Urgencias y Emergencias; diversas razones jurídicas y científicas; la Revista Emergencias, de SEMES, única revista biomédica en el primer cuartil de su especialidad; el hecho de que la especialidad sea realmente deseada por los futuros profesionales; que no compite en realidad con otras especialidades; la seguridad clínica

que vendría a reforzar; los sistemas de calidad y de acreditación que serían necesarios en los Servicios de Urgencia; razones deontológicas e institucionales; la legitimidad de origen en cuestión de formación y docencia; razones de oportunidad, de eficiencia, y también, razones éticas.

¿Por qué no solucionaría el problema de la diversidad de formación entre médicos de Primaria e internistas, el área de capacitación que propone el Ministerio?

Porque si se observa a los países de nuestro entorno, estos están apostando por una

Urgencias y Emergencias no es una superespecialidad, ni es una supraespecialidad, y por tanto no necesita 9 años de formación

La entidad más implicada en la formación en Medicina es la industria, y es evidente que los ajustes y recortes han afectado



formación de cinco años, no de nueve, porque en realidad no la necesita. Urgencias y Emergencias no es una superespecialidad, ni es una supraespecialidad, y por tanto no necesita esos 9 años de formación. Eso es un gasto inútil que no tiene por qué asumir el contribuyente, y menos por el capricho, intereses o desconocimiento de determinadas personas. Eso no existe en el mundo desarrollado. Y donde ha existido, le han dado la vuelta. Repito, el único interés que tienen estas sociedades es ganar dinero a costa de nosotros. El proceso de acreditación deben hacerlo aquellos que trabajan en esto, o sea los profesionales que trabajan en estos servicios y la sociedad que los representa, que es SEMES.

¿Cuál es entonces la situación de los médicos de Urgencias y Emergencias en Europa?

Dentro del sector sanitario, la *Unión Euro-*

péenne Des Médecins Spécialistes (UEMS) juega un papel fundamental. Tiene su sede en Bruselas y, en la actualidad, cuenta con 35 países miembros y representa a 39 especialidades, a través de secciones o divisiones y grupos multidisciplinarios, y a 1,6 millones de especialistas en Europa. La creación de una sección de MUE (el equivalente a una especialidad primaria troncal) se confirmó en octubre de 2011 y supone, una vez constituida, la aceptación de la MUE como especialidad de pleno derecho dentro de la UEMS, y con posibilidad de influencia, a través de reco-

mendaciones dirigidas al Consejo de la UEMS, para ser transmitidas a la Comisión Europea. En 2012, más de tres quintas

partes de los países de la UE reconocieron la MUE como una especialidad, por lo que la MUE puede y debe ser una especialidad oficial en todos los países de la UE. En total son 17 los países de la Unión Europea que cuentan con la Especialidad de MUE de 5 años, y 3 que la tienen con un período de formación menor de

En total son 17 los países de la Unión Europea que cuentan con la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias de 5 años, y 3 que la tienen con un período de formación menor. Dos países cuentan con una supraespecialidad

5 años. Dos países aún tienen una supraespecialidad. De los que tienen esa especialidad, actualmente estarían incluidos



ENTREVISTA

Juan González Armengol

en la directiva Reino Unido, Irlanda, Bulgaria, República Checa, Hungría, Malta, Polonia, Rumania y Eslovaquia. Otros ocho, entre los que se encontrarían Bélgica, Eslovenia, Italia, Finlandia, Luxemburgo, Francia y Suecia tendrían la especialidad pero aún no estarían incluidos en la directiva.

¿Y cómo influye eso en la movilidad

de nuestros profesionales, en un momento en el que la emigración se convierte casi en una necesidad?

Nos la lastra. No podemos salir fuera. Afecta a un derecho, que tanto la Comisión Europea, como el Parlamento Europeo, y suscritor por España, ha puesto como una de sus prioridades: facilitar el reconocimiento de las cualificaciones profesionales y la

movilidad de los trabajadores. La línea estratégica del actual Gobierno va en esa línea, en todas las esferas de la sociedad. Y no tiene sentido que este aspecto quede al margen.

En los Servicios de Urgencias y Emergencias ha habido ajustes, sobre todo en lo que se refiere a la inestabilidad de los contratos

mantener, la calidad en tiempos de crisis?

La crisis implica que se ha marcado una serie de objetivos de déficits, y eso se ha traducido por ajustes, porque creo que reformas de calado no ha habido. En el entorno sanitario el nivel de calidad que tenemos en España es bastante alto, y hay que valorarlo así. Es cierto que ha habido

Otro de sus objetivos como nuevo presidente de SEMES es el de mejorar la atención de los pacientes, ¿se puede mejorar, o al menos

recortes en el sector sanitario, pero no creo que se estén traduciendo en una pérdida de calidad, porque no me consta que existan ya cambios sustanciales en determinados resultados en salud. Aunque es cierto que hay cosas que necesitan un poco más de tiempo para ver las repercusiones. Concretamente en los Servicios de Urgencias y Emergencias ha habido ajustes según los diferentes sitios, sobre todo en lo que se refiere a la inestabilidad de los contratos, y es una cuestión que sí me preocupa, porque me importa la gente, y en gran parte por eso me dedico a esto.

¿Y cómo influyen esos ajustes en la formación de los médicos de Urgencias?

La entidad más implicada en la formación en Medicina es la industria, y es evidente que los ajustes y recortes han afectado sobre todo a los sueldos y a las partidas de Farmacia. En este último caso puede justificarse en bastantes aspectos, pero no hay que olvidar que la implicación de la industria en la I+D de un país es fundamental, y que es también clave en el desarrollo profesional y en la formación de los profesionales sanitarios, dentro de los cauces legales y éticos establecidos.

¿Estamos quitando ya no sólo grasa, sino músculo?

Yo creo que siempre es posible mejorar en eficiencia, y que quien mejor puede hacerlo en Sanidad somos los médicos y las enfermeras. En nuestro caso también los técnicos de emergencias, con la mejora e incorporación a la titulación de grado medio.

En el XXV Congreso SEMES, la seguridad del paciente fue uno de los temas de interés. El Ministerio de Sanidad está avanzando en esta materia, con proyectos como Bacteriemia Zero, o Neumonía Zero ¿cuál es su perspectiva desde SEMES?

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial. El estudio EVADUR (EVENtos ADversos en URgencias), publicado en 2010, tuvo como objetivo general analizar la inciden-



cia de efectos adversos en los pacientes que son visitados en servicios de Urgencia hospitalarios como consecuencia de la asistencia prestada en ellos, y conocer sus características en términos de causas, consecuencias y prevención. Fue en realidad un trabajo multicéntrico de varios hospitales españoles, y que se desarrolló con el amparo de la SEMES. Participaron en el estudio 3.854 pacientes, de los que el 12 por ciento presentaron al menos un incidente o evento adverso (EA). Por otra parte, un 7,5 por ciento de las visitas a Urgencias se debieron a un EA previo. Los efectos derivados del proceso, medicación y procedimientos fueron los más frecuentes, mientras que las causas más involucradas fueron las relacionadas con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación, que fueron factores de riesgo independientes. Para mejorar esto creo que la implantación de sistemas de notificación de EA en las Urgencias puede ser una estrategia útil, dado que la información compartida que aportan, y la resolución de los problemas detectados, permiten identificar y aprender de las experiencias y rediseñar los procesos, con el fin de evitar la recurrencia del EA. Y para que ello ocurra es impensable asumir que esto pueda suceder sin la participación activa de los profesionales que trabajan en estos servicios. Además, teniendo en cuenta el elevado número de atenciones que se producen en estos servicios, la implicación en una cultura de seguridad por parte de estos profesionales repercutiría de forma muy significativa- hablamos de cientos de millones de euros- en ahorro de costes.

Una de las conclusiones del congreso es que falta evaluación para medir como los recortes afectan a la seguridad del paciente, ¿opina lo mismo?

Si no tienes capacidad de medir, malamente vas a poder evaluar en cualquier ámbito. Por eso, dentro del grupo de Gestión Clínica de SEMES queremos promocionar los sistemas de información. Son la verdadera base para tener la mejor información, sobre todo si son sistemas que nacen del conocimiento de los profesionales y que se



sean explotables, a la vez que puedan desarrollarse y exigir que sean interoperables con otros. Eso técnicamente es sencillo, en muchos casos es más un problema de voluntad.

Igualmente, durante este encuentro, se hablaron de temas como la donación de órganos en Urgencias. ¿Es una de las claves del éxito de los trasplantes de órganos en España?

El Programa de Trasplantes incluye el Programa de Donación en Asistolia. SEMES tiene un acuerdo de colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que incluye cursos de formación de los profesionales de estos dispositivos en esta materia. El trabajo de los Servicios de emergencias especialmente en este Programa es indispensable.

Otro de los temas fue el tratamiento del dolor en urgencias, ¿existen avances al respecto?

El elemento principal en el manejo del dolor es la velocidad de control. Disponemos de vías de administración muy rápidas, como la endovenosa, que permite un efecto inmediato. Se utilizan fármacos clásicos como la morfina y el fentanilo, sin olvidar alguno más novedoso como el oxycodone. Pero el verdadero avance aparece con el manejo del dolor sin necesidad de vías agresivas. Lo más novedoso en este campo es la aparición de fentanilo, con una formulación en pectina para la administración intranasal y otra formulación sublingual, fármacos que hacen efecto en unos 5 y 7 minutos respectivamente, y que tras el manejo del dolor en la Urgencia, se pueden recetar para su uso en el domicilio. Su uso ahora está restringido en el dolor irruptivo, pero es probable que se modifiquen estas indicaciones. También se ha avanzado en el manejo fisiopatológico del dolor.

Igualmente en el Congreso, fue llamativa la presentación de la primera camilla sin cables, ¿podría hablarnos sobre ella?

Se trata de un invento para mejorar y facilitar la movilidad de los pacientes monitorizados dentro de un hospital, que aún se encuentra en fase de pruebas en varios hospitales de Galicia. Con esta camilla se eliminan las dificultades que supone el exceso de cables a los profesionales sanitarios en la atención al paciente, especialmente en entornos de emergencias y urgencias. En realidad, la clave es un dispositivo que captura y transmite la información biomédica de los pacientes, aprovechando la flexibilidad que proporcionan las nuevas tecnologías inalámbricas. De esta manera, el médico puede recibir en su móvil, y desde la distancia, los datos del paciente. En casos de cardiopatías isquémicas producidas en la calle, por ejemplo, datos como electrocardiogramas pueden recibirse por el cardiólogo del hospital en tiempo real, con el consiguiente y vital ahorro de tiempo para atender a los pacientes ■





La adecuada evaluación
del posicionamiento,
selección y utilización de los
medicamentos
es un elemento clave en la
efectividad
y **eficiencia**

Antonio Portolés

Presidente de la Sociedad Española de Farmacología
Clínica (SEFC)

Texto y fotos | Ana Montero



ENTREVISTA Antonio Portolés

“La adecuada evaluación del posicionamiento, selección y utilización de los medicamentos es un elemento clave en la efectividad y eficiencia”

Tradicionalmente se ha contado poco con la especialidad de Farmacología Clínica, pese a su intensa dedicación y a la participación de sus profesionales en posiciones destacadas que han inducido mejoras sustanciales en diferentes ámbitos de la atención sanitaria, regulación o formación. Los resultados de una buena evaluación de medicamentos, generalmente, no son visibles de forma directa, pero pueden ofrecer mejoras sustanciales en el ámbito de la calidad, efectividad, eficiencia y costes finales de la atención en salud, especialmente, en este momento en el que se cuestiona la sostenibilidad del sistema a diario. Desde la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC) defienden los principios de esta especialidad, en la que España ejerce un destacado liderazgo ya se encuentra entre los países europeos con más alto grado de calidad en la formación y prestación de servicios.

Como presidente de la Sociedad Española de Farmacología Clínica, ¿cuáles son los retos a corto, medio y largo plazo?

Creer en la capacidad de servicio y utilidad de esta especialidad médica para con la salud de los pacientes y el sistema de salud; mejorar la comunicación de la especialidad, destinada a mejorar los resultados del uso de los medicamentos para la salud de los pacientes, ya que con ello se acercaría también más la especialidad a los pacientes; y mantener un nivel de competencia elevado y dar respuesta a los problemas relacionados con la utilización de medicamentos.



En síntesis, ¿cuáles serían las principales debilidades, limitaciones, fronteras y preocupaciones de la profesión?

Las de cualquier otra profesión o especialidad, la necesidad de superar las expectativas y garantizar la mejora continua.

Por el contrario, ¿cuáles son sus fortalezas?

El compromiso con la salud, la motivación, la cooperación con el resto de especialidades médicas y profesionales sanitarios. La integración de conocimientos de diferentes áreas: farmacología, patología, metodología, economía, bioética, regulación, etc.

En concreto, ¿cuáles son las que tiene la especialidad para desarrollarse dentro del Sistema Nacional de Salud?

Capacidad de cooperación con el resto de profesionales, alineamiento con el sistema

de salud y con la salud de los paciente, y conocimientos transversales y capacidad de evaluación para la toma de decisiones, tanto de investigación, como de autorización, selección, y uso de medicamentos, lo que unido al compromiso con la salud supone un valor añadido para el sistema en los difíciles momentos actuales.

¿Es adecuada y suficiente la presencia de esta especialidad en los hospitales universitarios y terciarios?

Naturalmente a esto hay que contestar que no es suficiente. Se encuentra presente en hospitales universitarios (no en todos), aunque debería estar en todos los hospitales terciarios, si bien es algo que lamentablemente no se está cumpliendo a pesar del valor añadido que aporta esta especialidad, decisiones que resultan clave en el momento actual de cara a mejorar la efectividad y eficiencia de los procesos terapéuticos. En ocasiones, se prestan servi-

cios entre centros, por ejemplo, para realizar evaluación de ensayos clínicos en los Comités de Ética de Investigación Clínica (CEIC). De un modo u otro, debería garantizarse el apoyo que puede prestar esta especialidad a la atención sanitaria y la salud de los pacientes, así como al propio sistema, ya que se verían beneficiados por ello.

¿Lo es en Atención Primaria?

Es muy escasa, destacando en cambio la presencia mayoritaria de licenciados en Farmacia, lo que indica que existe una necesidad que cubrir en materia de

asesoramiento sobre medicamentos. La excelente disposición a colaborar de los farmacólogos clínicos hace pensar que sería una excelente iniciativa el abrir estos puestos de modo multidisciplinar, pudiendo llegar desde la Medicina o la Farmacia a prestar servicios complementarios de apoyo, evaluación, asesoramiento, etc. en lo que se aprovecharía mejor el conocimiento y experiencia, y aquí el servicio de salud y el paciente sólo pueden ganar. Puede decirse que sería un enorme acierto el avanzar en la creación de equipos multidisciplinarios en este ámbito como los mencionados, y sorprende que no se haya avanzado ya en ello.

¿En España se reconoce y se valora adecuadamente la labor que desempeña el farmacólogo?

Tradicionalmente se ha contado de forma escasa con la especialidad, pese a su intensa dedicación, y a la participación de sus profesionales en posiciones destacadas que han inducido mejoras sustanciales en diferentes ámbitos de atención sanitaria, regulación o formación entre otros. Su labor se ve diluida en un entorno de múltiples especialidades, identificadas generalmente por un órgano o patología. Los resultados de una buena evaluación generalmente no son visibles de forma directa,

pero pueden ofrecer mejoras sustanciales en el ámbito de la calidad, efectividad, eficiencia y costes finales de la atención en salud.

¿Existe paro en esta especialidad? ¿Cuál es el futuro laboral de los farmacólogos clínicos en España?

Hasta hace poco no ha sido un problema la disponibilidad de salidas laborales para la especialidad de Farmacología Clínica, aunque los puestos creados en el Sistema Nacional de Salud han sido muy escasos. Las funciones

desempeñadas en relación con la investigación (comités éticos, unidades de apoyo), regulación (agencia de medicamentos, organismos), farmacovigilancia, selección de medicamentos (comisiones hospitalarias de los hospitales) son muy apreciadas por las entidades que cuentan con un farmacólogo clínico, y pueden ser vistas con cierto recelo por algún otro colectivo. La flexibilidad, conocimientos extensos y multidisciplinarios sobre la investigación, selección y uso de medicamentos de la especialidad, hacen que la salida laboral en entidades privadas, fundamentalmente dedicadas a la investigación y a la producción de medicamento sea frecuente y apreciada.

¿En qué momento se encuentra la formación especializada en Farmacología Clínica en España?

Se mantiene estable en cuanto a las unidades acreditadas de formación, y el número de plazas anuales, que normalmente se cubren. La escasa promoción de empleo público en el área puede producir cierto des-

ánimo en el personal en formación, pero la calidad de la misma garantiza un buen resultado formativo.

¿Y en el ámbito europeo?

La evolución es pareja en el ámbito europeo, con ciertas limitaciones para el empleo público.

¿Cómo valora el papel actual de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) dentro del SNS?

Los CEIC abrieron un camino esencial en la investigación clínica, y desempeñan un papel fundamental. Permiten una mejora de la calidad de la investigación, y una garantía de los derechos fundamentales del paciente. Demuestran un alto grado de desarrollo funcional y relacional, así como una mejora continuada de la formación de sus miembros para garantizar el reto de realizar evaluación ética de la investigación clínica en un entorno de terapias continuamente en evolución.

¿Cómo debe ser la formación continuada de los miembros de Comités de Investigación?

Sobre una buena base de fundamentos de investigación, bioética, y aspectos específicos complementarios entre los diferentes miembros (especialidades médicas, quirúrgicas, oncológicas, farmacia, metodología, legislación, etc.), la formación continuada debe permitir avanzar en la resolución de los problemas emergentes en la evaluación de

la investigación. Estas controversias suelen aparecer con tratamientos nuevos, o nuevas formas de aplicarlos, por lo que debe destacarse el método de evaluación ética y la regulación sobre investigación, así como nuevas tecnologías para el desarrollo de sus funciones. En este entorno, destaca la

La posición de la Farmacología Clínica podría ofrecer mucho más de lo que se le da opción, si, por ejemplo, se compartiera el uso de la información sobre medicamentos

Hasta hace poco no ha sido un problema la disponibilidad de salidas laborales para la especialidad de Farmacología Clínica, aunque los puestos creados en el SNS han sido muy escasos



ENTREVISTA Antonio Portolés

formación multidisciplinar del médico especialista en Farmacología Clínica, con un muy elevado nivel de competencia en el entorno de los CEIC.

¿Qué papel ocupan las guías de práctica clínica en los hábitos de prescripción?

Una vez superada la barrera de la prescripción apoyada fundamentalmente en la experiencia personal, y desarrollada la metodología del conocimiento basado en pruebas, los protocolos y guías de práctica clínica se van imponiendo y desarrollando. Aunque están en continuo crecimiento, no es fácil adelantarse a los acontecimientos, es decir, resulta más difícil de protocolizar lo más reciente, si bien la evaluación de la información generada durante la investigación de un nuevo medicamento puede permitir un aceptable grado de acierto a la hora de introducirlo en un posicionamiento determinado. Este tipo de evaluación es especialmente adecuado para ser realizado por la especialidad de farmacología clínica.

En el ámbito de la especialidad, ¿qué se hace en España que no se haga fuera y, al contrario, qué se hace fuera de nuestras fronteras que no hagamos aquí? ¿Qué lugar ocupa nuestro país dentro de esta especialidad? ¿España es referencia en este sector?

En lo relativo a la especialidad de Farmacología Clínica, en España, se realizan todas las actividades que se hacen fuera. De hecho se encuentra entre los países europeos con alto grado de calidad en la formación y prestación de servicios, y ejerciendo un destacado liderazgo, y es referencia en Iberoamérica, con la que compartimos un idioma común y grandes posibilidades de interacción.

En otro orden de cosas, y dada la situación que estamos viviendo, ¿cómo valora

el panorama sanitario español actual? ¿En qué medida afectan a los servicios de Farmacología Clínica, y en definitiva a la especialidad, los recortes que se vienen produciendo?

El panorama sanitario actual es el reflejo de unos acontecimientos generales marcados por un cambio de ciclo económico, debido a la imposibilidad de sostener un modelo de funcionamiento previo apoyado en una disponibilidad de recursos superior a la actual.

En este caso la situación lleva a un cambio de modelo, que suponga, idealmente, menor consumo de recursos, menos personal, etc. La especialidad de Farmacología Clínica tiene un enorme potencial en situaciones como estas,

debido a que es en los momentos críticos cuando las decisiones acertadas tienen mayor valor. Reconociendo la importancia que tienen procedimientos como compras, adecuación de stocks y dispensación, la adecuada evaluación del posicionamiento, selección y utilización de medicamentos es un elemento clave en la efectividad y eficiencia, y por ello esencial para tratar de mantener servicios básicos y de calidad del modo más eficiente. Es en momentos como estos cuando debería darse mayor oportunidad a la colaboración, romper barreras entre profesionales, y aprovechar al máximo el potencial que ofrece esta especialidad para el Sistema Nacional de Salud. La posición de la Farmacología Clínica, entre los médicos clínicos, los pacientes, la regulación, las alternativas farmacológicas, la Farmacia, la metodología de evaluación, etc., podría ofrecer mucho más de lo que se le da opción, si, por ejemplo, se compartiera el uso de la información sobre medicamentos. La cooperación de nuestra especialidad con áreas de gestión y de Farmacia se ha demostrado en numerosas ocasiones y debería potenciarse en mayor medida para el bien de todos y mayor utilidad del sistema.

En esta misma línea, es una realidad

que España es puntera en investigación farmacológica y, sin embargo, por todas partes nos enfrentamos a recortes del presupuesto y un apoyo estatal cada vez más reducido, ¿se está produciendo una fuga de talento?

Varias realidades pueden darse al mismo tiempo, la de contar con un importante potencial en investigación y la de que aportando más recursos es posible realizar más acciones. En este caso, los recursos para investigación se han visto intensamente afectados, y el reto es salvar la mayor parte de la actividad, con menos recursos. Ello hace que haya que ser más selectivo, sobre todo en materia de selección de aquello con más posibilidades de producir resultados relevantes y de ser transferidos a la sociedad, y también que haya muchas acciones que no puedan salir adelante. Una vez más, será necesario un cambio de modelo, adelgazando todo lo que sea prescindible, para salvar lo esencial y tratar de salir adelante, pero el riesgo es elevado, sobre todo en materia de recursos humanos. Conseguir un profesional bien formado y altamente competitivo en investigación es un proceso largo y costoso, su pérdida por no poderlo mantener y tenga que emigrar puede suponer un retraso de muchos años. En este escenario, la participación de fondos privados, para lo que debe destacarse la rentabilidad de la investigación, así como la máxima calidad y competitividad de procedimientos, es esencial.

En octubre se celebrará el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Farmacología Clínica, ¿cuáles serán las principales novedades?

El Congreso Nacional se desarrolla anualmente, en este caso se desarrollará en Cádiz, lugar de hermoso atractivo y que cuenta con reconocidos profesionales. Los aspectos clínicos, éticos y económicos de nuevas terapias, la formación, y el desarrollo de guías de práctica clínica serán elementos clave sobre los que se apoyará la reunión, así como discusión sobre la mejora de la selección y eficiencia de los medicamentos. Como en anteriores ocasiones, se esperan numerosas comunicaciones ■

**ANÁLISIS Y
REFLEXIÓN**

El Médico

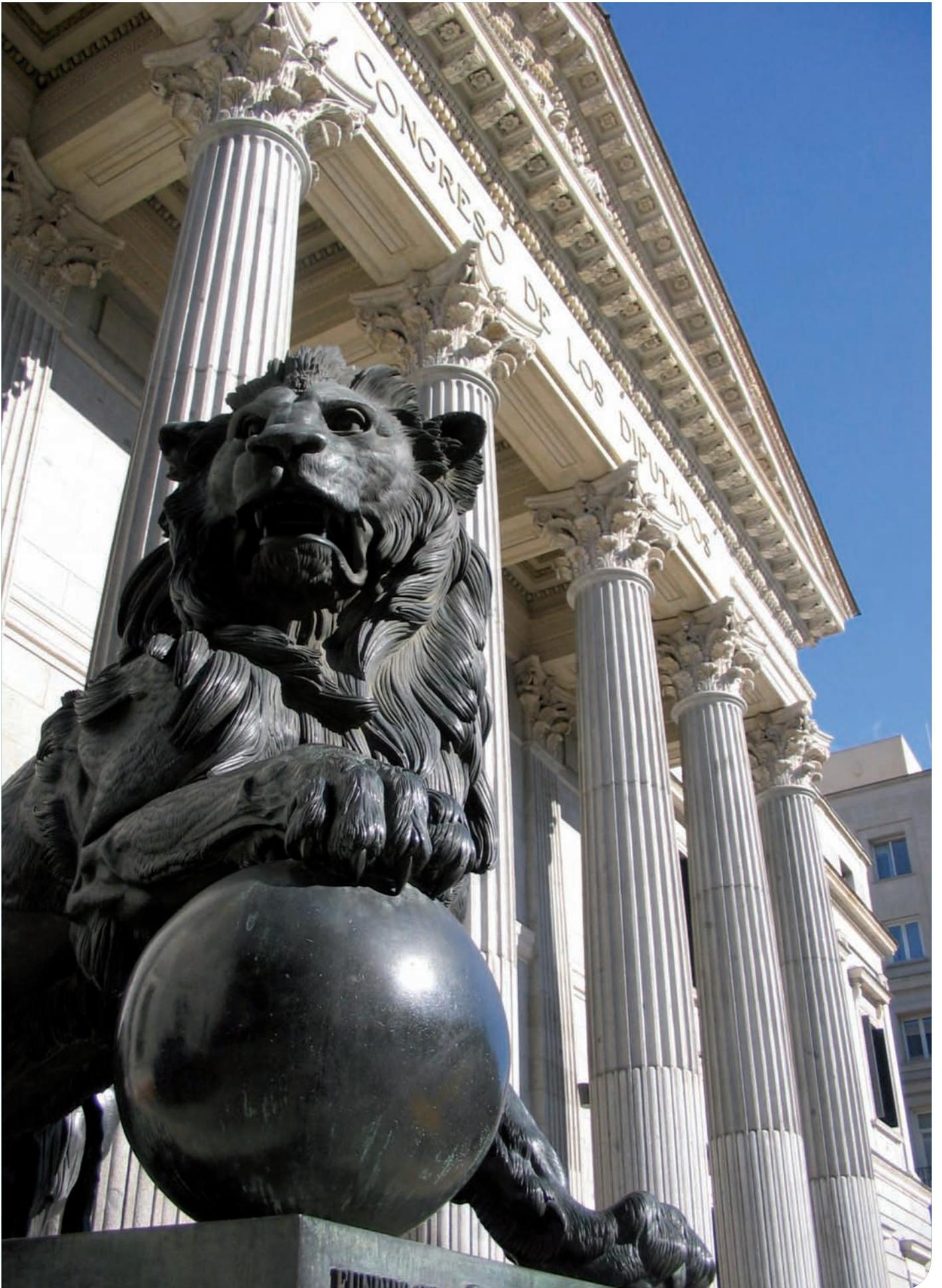
SANIDAD Y SOCIEDAD

TRANSMISIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

**El Médico.
Interactivo**

LA SANIDAD DÍA A DÍA

**ACTUALIDAD Y
FORMACIÓN**



SEDISA

acude al Congreso de los Diputados
para pedir pasos en firme hacia la
profesionalización
de la gestión sanitaria

Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, comparecía ante la Subcomisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados para proponer un área de capacitación que ayude a la formación reglada de los gestores españoles, y medidas para la sostenibilidad que pasen principalmente por flexibilizar el SNS hacia un modelo mucho más cercano a las leyes del mercado, en lo referente a la provisión de recursos.

Texto  Silvia C. Carpallo



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

SEDISA acude al Congreso de los Diputados para pedir pasos en firme hacia la profesionalización de la gestión sanitaria

El pasado mes de junio Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), comparecía en la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. El objetivo era el de poder llevar a este encuentro las propuestas de la Sociedad, tanto en cuestión de medidas que ayuden a la sostenibilidad y mejora de nuestro Sistema Nacional de Salud, como para convencer a los parlamentarios de la necesidad de lograr una verdadera profesionalización de la gestión sanitaria, y de cuál sería la mejor forma de lograrla.

Las primeras palabras de Estévez en esta subcomisión eran muy claras: “es la hora de las reformas”. En su opinión, ante la necesidad de reducir el déficit, el sistema sanitario público no puede permanecer al margen de este requerimiento, y por tanto “debemos enfrentarnos a esta situación de precariedad, con reformas estructurales que busquen mejorar la calidad del sistema y su productividad para hacerlo sostenible”.

Así, las principales líneas de acción presentadas eran las siguientes: adoptar un modelo de desinversión, eliminando de la financiación lo inútil, inseguro, inclemente e insensato; la creación de una agencia evaluadora, para señalar las novedades financieras, con el fin de determinar las actuaciones merecedoras de desinversión, para tener un “observatorio de resultados”, y que estos sean transparentes y comparables, y permitan tomar decisiones; diseñar un nuevo modelo de financiación de las instituciones prestadoras de servicios sanitarios, separando claramente las funciones de aseguramiento, financiación, compra y provisión de servicios, dotando de auténtica autonomía de gestión a los proveedores; modificar el sistema tradicional de relaciones laborales; reorientar la Atención Primaria, para que los profesionales asuman más riesgos y beneficios derivados de su mayor o menor eficiencia, y

**Joaquín Estévez,
presidente de SEDISA:
“Es más eficiente que
haya menos asesores y
menos directores
generales en las
Consejerías de Salud”**



de la consecución de resultados clínicos; desarrollar más y mejor la salud pública; profesionalizar la gestión; y reformular los ingresos económicos por actividad.

Para poder explicar y abordar todas estas cuestiones con una mayor profundidad, EL MÉDICO ha querido hablar tanto con Joaquín Estévez, como con César Pascual, vicepresidente de SEDISA, y Mariano Guerrero, secretario general, para poder entender un poco mejor su postura, y lo que les supuso esta comparecencia.

Una acogida positiva de sus propuestas

Las propuestas de SEDISA no son una novedad en el panorama sanitario, y es que

ya han sido expuestas en los documentos que compartió con diferentes agentes sociales, tales como “Compromiso de SEDISA por la Sostenibilidad”, “Basta de recortes, reformas ya” y “Profesionalización de los directivos sanitarios”.

Estos documentos generaron una importante repercusión, pero en palabras de César Pascual, vicepresidente de SEDISA, “pese a tener una acogida excelente, es cierto que observamos una cierta falta de diligencia, a la hora de poner en marcha medidas en relación a abordar de manera satisfactoria las cuestiones que dichos informes plantean”. De esta manera reconoce que “nos congratula el grado tan alto de coincidencia de planteamientos que observamos en las diferentes administraciones, pero ello no debe dejar que sigamos siendo reivindicativos en este sentido”. Mariano Guerrero, secretario general de SEDISA, explica por su parte que el documento de profesionalización sigue activo, es decir, “que seguimos desarrollando todo el documento, ya que la primera versión era un documento base, y actualmente vamos desarrollando diferentes actuaciones, y de hecho ya han surgido algunos convenios de colaboración para participar en la formación de los directivos.”

En cuanto a la acogida de SEDISA en el entorno del Congreso de los Diputados, Cesar Pascual atestiguaba que “las reacciones de aquellos que se han dignado a escucharnos han sido extremadamente cordiales y muy positivas, incluso desde la posible discrepancia en algunos planteamientos”. Hablando más concretamente de la Subcomisión de Sanidad, Pascual es de la opinión que “está siendo niguneada por algunos, por razones que escapan a la lógica, de la función que tiene atribuida, y se enmarcan en estrategias más amplias dirigidas a otros fines políticos.” Por su parte Guerrero puntualizaba que “hubo un intercambio de información muy interesante, creo que parte de la Subcomisión sí es sensible a esta problemática, aunque comprendan la dificultad que esto lleva consigo”. Esta dificultad es la controversia a la hora de nombrar cargos directivos de confianza por parte de las autoridades, a lo

que el experto aclaraba que “no sólo hay que tener la confianza personal, sino también la confianza profesional”.

Profesionalización de la función directiva

La profesionalización de la función directiva es el *leit motiv* de la sociedad, y era uno de los temas clave en la comparecencia de Joaquín Estévez, que agradecía que los representantes políticos tengan en cuenta este problema. En realidad, el hecho de que a día de hoy existan gerentes no profesionales es un problema más grave de lo que parece, puesto que la sostenibilidad de nuestro sistema depende en gran medida de saber hacer una buena gestión con menos recursos, y para eso es necesario tener una formación. Sobre la misma, Joaquín Estévez insiste en que propuso a los parlamentarios la creación de un área de capacitación, puesto que la propuesta de un MIR de gestión “es muy complicado en este momento, muy costoso y difícil de llevar a cabo”, por lo que no se baraja como una posible solución. En realidad, según SEDISA, “acciones puntuales de formación regladas por ANECA u otros organismos, así como el buen nivel de los cursos y masters que se puedan realizar, podría ser suficiente”. En concreto, Mariano Guerrero señala que sería importante “dirigirse hacia cursos de formación que estén homologados por agencias evaluadoras. La idea pasa porque los cursos de formación y los masters universitarios dejen de ser títulos propios para que se conviertan en títulos oficiales”.

En realidad, la profesionalización de la gestión sanitaria es un tema en el que todos parecen estar de acuerdo. “Todo el mundo dice que el paso hacia la profesionalización es lo lógico, y algunos consejeros afirman que se hace de facto en su comunidad, pero nos consta que eso no siempre es cierto”, cuenta Estévez. Muchas buenas palabras, pero muy pocos hechos. La realidad es que los cambios constantes en el conjunto de los directivos de un hospital “no son buenos ni para los profesionales ni para el cumplimiento de objetivos de ese centro”. Por ello, SEDISA insiste en

que los directivos no profesionales empeoran la sostenibilidad y la eficiencia de los centros, “y en España existen centros que no están profesionalizados”. Insiste en esta idea Mariano Guerrero, “todo el mundo habla de que quiere tener los mejores directivos, nosotros lo que decimos es que para ser los mejores tienen que ser profesionales”.

César Pascual se sumaba en sus declaraciones a estas reivindicaciones, dejando claro que todo es simplemente empeorar. Es decir, poner en práctica el introducir elementos de selección de objetivos; fórmulas de provisión de los puestos de trabajo diferentes a la designación; planteamiento de objetivos de gestión realistas con autonomía, para llevarlos a cabo ajeno a injerencias políticas o de órganos superiores de la administración en el día a día; etc. Pascual considera por tanto imprescindible “dar pasos



César Pascual, vicepresidente de SEDISA: “Es bueno que existan modelos de gestión diferentes”

en este sentido y dejarse ya de meras expresiones de deseos o intenciones”.

Flexibilizar los recursos humanos y la provisión de servicios

La profesionalización no fue la única cuestión que Joaquín Estévez quiso abordar en esta oportunidad de diálogo con los parlamentarios. La sostenibilidad del SNS es otra de las grandes preocupaciones de SEDISA, tal como lo refleja la publicación de sus últimos informes. Para alcanzar la misma, entre muchas propuestas, destacaba una clara: la necesidad de flexibilizar la Sanidad pública.

Más concretamente, Estévez habla de que “habría que flexibilizar tanto la política de recursos humanos, como la política de adquisición de bienes materiales”, es decir, tener un sistema de financiación público que se rigiera por unas leyes más parecidas a las del mercado. “Hagamos a los centros entes públicos de derecho privado, es decir, que tengan autonomía y puedan utilizar las leyes de oferta y demanda para la obtención de recursos”.

Sus propuestas en cuanto a lo que a la gestión de recursos humanos se refiere también son concretas. “Creemos que el sistema sanitario público necesita dotarse de instrumentos de gestión de los recursos humanos que le aporten flexibilidad y adaptabilidad a un entorno que es eternamente cambiante”. Preguntándole cuáles deberían ser los mismos, su apuesta pasa por “la laboralización y la implantación de un sistema retributivo basado en el desempeño, que ligue a este la consecución de objetivos según resultados en salud”. Otra cuestión básica es que exista una mayor autonomía en los centros en cuestiones de contratación, ya que tal como recuerda Estévez “hay consejerías importantes cuyo director de Recursos Humanos todavía decide las contrataciones de más de quince días de los profesionales sanitarios de los hospitales, utilizando el recorte como me-



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

SEDISA acude al Congreso de los Diputados para pedir pasos en firme hacia la profesionalización de la gestión sanitaria

canismo y desautorizando en muchos casos a los directivos de los centros”. No se olvida de destacar que otro de los objetivos para mejorar el sistema es eliminar las jefaturas vitalicias.

En cuanto a los recursos materiales, retoma una de las reivindicaciones en las que, al igual que en la profesionalización, coincide gran parte del sector, pero en la que finalmente tampoco se dan pasos en firme: crear un NICE español. Uno de los argumentos en contra es que existiendo unos veredictos de un NICE inglés, resulta innecesario crear una institución paralela en España, en un momento en el que es difícil hacer nuevas inversiones. Sobre esta cuestión, el presidente de SEDISA aclara que en realidad no hay costumbre en España de consultar lo que publica el NICE en Inglaterra, restándole peso a este argumento. “Creo que habría que refundar y crear una agencia poderosa, apoyada por los 17 servicios de salud, que coordine las agencias autonómicas y la del ISCIII, una agencia externa pero que tuviera relación con el Consejo Interterritorial”, es su verdadera propuesta. Así, este organismo cumpliría también la función de regular la calidad, que sería necesario como desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema.

Otro de los aspectos que destaca es la necesidad de que dotar también de una auténtica autonomía de gestión a los proveedores de servicios, y la necesidad de actualizar la actual Ley de Compras del Estado, cuyos procedimientos son demasiado rígidos, lo que supone, por norma general, un importante enlentecimiento. Igualmente, hace hincapié en que “en los modelos de algunas CCAA todavía no están separadas claramente las funciones de aseguramiento, financiación, compra y provisión de servicios”.

Precisamente, en cuanto a la financiación,



Estévez matizaba que “el modelo tradicional de base histórica ha fracasado porque genera siempre déficit, porque no es realista, y creemos que la financiación de instituciones acreditadas por el financiador basadas en un modelo prospectivo de base capitativa aumentará la eficiencia”.

**Mariano Guerrero,
secretario general de
SEDISA: “Se ha perdido la
capacidad de comparar
las actuaciones
sanitarias en términos
sanitarios y económicos
entre las diferentes
CCAA”**

lubrista y poco sanitarista”.

Según datos aportados por Manuel Huerta, vocal de la junta directiva de SEDISA, es

importante tener en cuenta que un mayor gasto asistencial no se traduce siempre en mejores resultados en salud, y para ello solo basta con ver las cifras de Estados Unidos. Fue sin embargo un informe realizado por el Gobierno de Canadá, el que demostraba que si bien los cuidados en salud se llevan el 90 por ciento de media del gasto sanitario de los países occidentales, es realmente la promoción de estilos de vida saludable lo que más influye en los resultados en salud, una partida que, de existir, suele llevarse aproximadamente el 1,5 por ciento del presupuesto sanitario.

Ese es también el caso de España, un sistema muy basado en la actuación de procesos agudos, y muy poco en la prevención y en la promoción de la salud. “Debemos desarrollar más la Salud Pública y hacer algo que estudiábamos en la carrera de Medicina, que es tener más en cuenta la prevención, que la restauración de la salud”, afirma Estévez. Esta fue una iniciativa de especial calado en comunidades como el País Vasco, gracias a las políticas del ex consejero Rafael Bengoa, pero incluso ahora, dada la situación actual, se va a prescindir de alguno de los programas, tal como informan los representantes de SEDISA.

Gestión integrada para una verdadera continuidad asistencial

Una de las claras mejoras en cuestión de gestión de los centros sanitarios es la gestión integrada. Es decir, que cuando se hable de una verdadera continuidad asistencial, ésta se traduzca también en una continuidad en la gestión de los centros, uniendo la Atención Primaria con la Especializada.

“Desde SEDISA somos partidarios de que no haya compartimentos estanco, hospitales, ambulatorios, etc., cada uno por su lado. Pero además debemos integrar el espacio sociosanitario, todo ello suma a una mejor atención a la población”, apunta el presidente.

Además, no sólo supone una mejora asistencial, sino también económica, porque el

hecho de que los directivos estén coordinados con gerencias de área única puede facilitar la gestión y ahorrar presupuesto. Por ejemplo, el hecho de unir y hacer más grandes las áreas de contratación, puede facilitar mejores precios en productos básicos.

La otra pregunta que cabe hacerse es que si esto también supone una necesaria rebaja de puestos directivos, y si esta sería por tanto un beneficio para el sistema. A esta cuestión Joaquín Estévez responde que “no digo que no haya que quitar directivos, es posible que sí, de hecho las gerencias de áreas integradas van en esa línea, pero es más eficiente que haya menos asesores y menos directores generales en las Consejerías de Salud.”

La situación actual de SEDISA

Mientras tanto la Sociedad mantiene una actividad constante, en la que apuestan sobre todo por todo tipo de jornadas formativas. “En estos momentos los gestores sanitarios en nuestro país están compartiendo, más que nunca, tanto los análisis como la búsqueda de soluciones ante situaciones, que se repiten territorialmente con intensidad diferente, pero el mismo trasfondo: una situación financiera asfixiante que ahoga las instituciones y tiene un fuerte impacto sobre los profesionales”, informa César Pascual. Estas jornadas, según Mariano Guerrero, son de las pocas oportunidades que tienen los directivos sanitarios de compartir de verdad experiencias, ya que “se ha perdido la capacidad de comparar las actuaciones sanitarias en términos sanitarios y económicos entre las diferentes CCAA” en otros entornos.

Entre las posibles soluciones a esta situación crítica, destacan los nuevos modelos de gestión, que en mayor o menor medida, están siendo parte de la apuesta de las Consejerías de Sanidad para ayudar a la sostenibilidad del sistema. A este respecto,

Desde SEDISA se apuesta por flexibilizar tanto la política de recursos humanos como la de adquisición de bienes materiales

el vicepresidente de SEDISA opina que “es bueno que existan modelos de gestión diferentes”. Todo ello, siempre y cuando se garanticen unos mínimos, que son los derechos de los ciudadanos y de los profesionales. A partir de ahí, bajo las premisas de profesionalización y sostenibilidad, son admisibles modelos de gestión diferentes en los diferentes territorios, e incluso dentro de los propios territorios. “¿Por qué no?- se plantea Pascual- Existen unos principios en los que se basa la asistencia sanitaria en nuestro país, que pueden garantizarse desde distintas formas de vertebrar la gestión”. De esta manera el debate, bajo su criterio, en vez de centrarse, como lo hace actualmente, entre gestión pública o privada, debería estar más centrada entre “gestión eficiente o no”.

Mientras tanto, SEDISA sigue planteándose como objetivos aquellos tendentes a lograr los fines para lo que fue fundada. Tal y

como aclaran sus representantes, no se trata ni de un sindicato de gestores ni de una organización empresarial, “es una sociedad científica que considera que existe una doctrina suficiente como para considerar la gestión como una disciplina científica” y por tanto este es su gran reto. De cara a un futuro cercano, los objetivos los propone el secretario general de la sociedad, remarcando que “SEDISA también sea identificada por la industria y los proveedores como su socia, y también, que podamos formar parte más activa en los órganos de consenso que crean convenientes las autoridades sanitarias” ■

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





SEDAP

refuerza la formación de
directivos
en liderazgo y evaluación

Capacidades de liderazgo, herramientas para la gestión y análisis de los resultados son las tres áreas que se tratarán en la actividad formativa anual "Aula SEDAP" que la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria organiza en Granada durante los días 26 y 27 de este mes.

Texto  Alejandro Blanco



GESTIÓN EN AP/REPORTAJE

SEDAP refuerza la formación de directivos en liderazgo y evaluación

Aula SEDAP se ocupa cada año de temas que refuerzan la preparación de los directivos de salud, especialmente de los de primaria. "Es básico tener una formación actualizada para tomar las mejores decisiones posibles en un entorno difícil, complejo y cambiante como la organización sanitaria", subraya Manuel Bayona, director gerente de los hospitales de Granada y vocal de SEDAP.

Intervendrán cinco ponentes y habrá partes de exposición teórica y otras de discusión entre los asistentes". Participarán medio centenar de directivos para quienes se han reservado cupos atendiendo al tamaño de cada comunidad autónoma, ya que la intención es contar con representantes de todos los territorios.

Emociones y liderazgo

"Liderar equipos humanos es una tarea compleja y la capacidad personal es muy importante. Por ello hemos buscado un experto en neuromarketing y gestión de emociones", cuenta Bayona.

"En el comportamiento del ser humano la historia evolutiva siempre está presente. El cerebro primitivo, el reptiliano, se ocupa de la supervivencia y ante cualquier ataque responde de manera instintiva defendiéndose. En la gestión de las emociones el cerebro límbico es capaz de determinar a priori si algo te gusta o no, sin necesidad de analizarlo y evaluarlo, lo que se traduce en la práctica en algo simple: me fío o no". Manuel Bayona destaca que este cerebro emocional es fundamental al gestionar equipos. "Si los miembros de un equipo sienten dudas y desconfianza, poco equipo podrás hacer".

El cerebro más evolucionado, el racional, es el que toma decisiones, analiza, razona y

juzga. "Pero hay razones que la emoción no entiende, y viceversa. Es importante que el ser humano se visione de manera integral. El equipo confía si sus emociones están en sintonía con las del líder", explica Bayona.

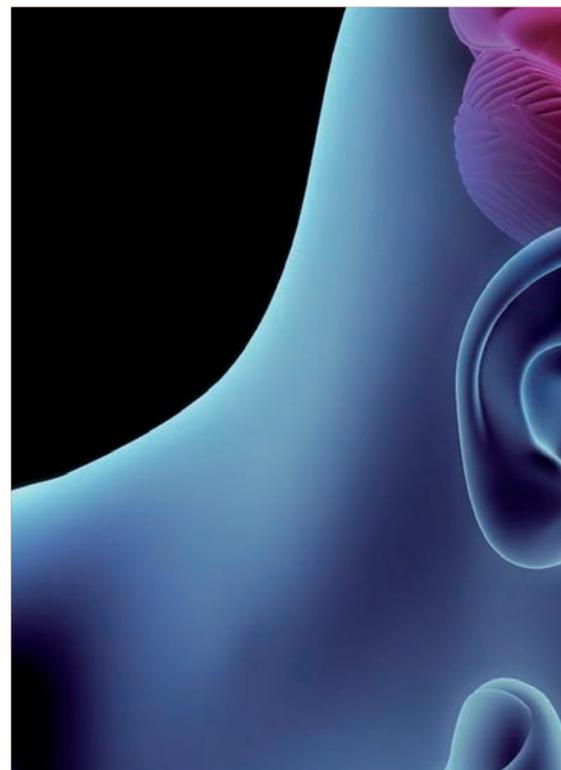
¿Cómo conseguir esto? Según este directivo, lo primero es transmitir seguridad, minimizar incertidumbres y no sentirse amenazado por una decisión del jefe. "Eso lo gestiona el cerebro primitivo". Bayona encuentra estos aspectos como una clave fundamental de la gestión de equipos, de modo que abordar toda esa capacidad y flexibilidad para adaptarse al momento ha motivado traer a un experto que explique el valor de las emociones, el funcionamiento del cerebro humano y su papel en las relaciones humanas y en el liderazgo. "Y un debate con este experto para compartir". El experto será Carlos Herreros y en las siguientes páginas puede leer una entrevista con él.

Este enfoque aporta ciertas novedades a la gestión y la importancia que se da a las emociones. Bayona sostiene que hace unos años se pensaba que la toma de decisiones del directivo se movía fundamentalmente en el ámbito de la razón, los números y la eficiencia con criterios racionales que se aplicaban a la práctica diaria. "Hace mas

de una década, los estudios de Daniel Goleman sobre inteligencia emocional dieron una verdadera importancia a la gestión de las emociones propias y las de tu equipo. Las personas se mueven por factores que la mayoría de las veces

no las explica la razón. Ésta se asienta cuando hay un sustrato adecuado que permite que la razón sea atendida, entendida y valorada. Y, después, aceptada. Es un proceso largo y lento; frente a la emoción, que es rápida y entra a la primera. Si te gusta, abres la puerta a la razón y, si no, difícilmente la vas a abrir".

Bayona defiende que la confianza es la



base para que la gente asuma riesgos. Sin embargo, el momento que atraviesa el país y que inspira el lema de Aula SEDAP ("Dirigir en tiempos difíciles") complica y mina la confianza en los directivos.

Manuel Bayona no se esconde: "La realidad que hay es la que hay y la situación es compleja. Tenemos una tarea fundamental: hacerlo lo mejor posible con lo que tenemos. Para mi lo primero son las personas, los pacientes y cuidar a los profesionales. Somos una empresa que gestionamos conocimiento y tratamos a pacientes. La decisión y la autonomía de un profesional es fundamental para hacer bien su trabajo. Tenemos que reconocer la apuesta de esta organización que deposita su confianza en los profesionales".

"Tendríamos dos opciones: sistema controlador, rígido y generador de rechazo profesional, o sistema facilitador para que los profesionales hagan el mejor trabajo posible con los mejores criterios de calidad y corresponsabilidad. Ellos son los que mejor saben dónde actuar, lo que hay que poner, o lo que se debería de quitar porque no aporta valor añadido a la salud. Frente a la crisis la mejor herramienta es



aliarse con los profesionales". Bayona acota con rapidez: "Y en los tiempos de bonanza, responsabilidad para hacer las cosas con transparencia y como hay que hacerlas".

Modelos y resultados

El organizador de Aula SEDAP también destaca la importancia de los otros dos ponentes. La charla sobre herramientas se ocupará de los modelos organizativos, fundamentalmente gestión clínica, al proporcionar autonomía y corresponsabilidad a los profesionales. "Sin embargo, bajo el modelo de UGC existen realidades diferentes en diferentes comunidades. Conoceremos el modelo catalán de UVA, unidades autónomas con su propio presupuesto, organización o colaboración pública-privada. Han sido eficientes y han obtenido buenos resultados en calidad, aunque el modelo no se ha extendido al resto del país". El tesorero de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria y ex director general del Consorcio de Salud de Cataluña, Ramón Cunillera, expondrá las claves de este modelo.

Por otra parte, el director de la unidad de gestión clínica de farmacia de la provincia

de Granada, José Cabeza, dará su perspectiva sobre las UGC andaluzas como modelo de autonomía, corresponsabilidad, toma de decisiones trasladadas a profesionales, "y algo fundamental como es la dirección por valores, como que la Sanidad sea pública, universal y gratuita, sin privatizar ningún servicio", detalla Bayona. Las UGC intercentro permiten orientar la organización al enfermo, que deja de ser el paciente de primaria o de hospitalaria. "Nuestra tendencia es que se implanten UGC intercentro e interniveles como la de farmacia en Granada, compuesta por profesionales de ambos niveles asistenciales".

Bayona subraya que 12 años y más de 500 UGC andaluzas demuestran la solidez y persistencia de un modelo de salud pública, universal y gratuita; "es decir que en esta comunidad defendemos el modelo tal y como se diseñó. Lo hemos hecho sin perder eficiencia y con resultados y presupuestos públicos, por lo que algo bueno tendrá el modelo".

Por último, Aula SEDAP abordará la importancia de hacer análisis de resultados en salud una vez que ya se ha alcanzado "una madurez" en el sector. "Hay que medir y

evaluar los resultados de lo que se hace. Ésta es la mejor manera de que la gestión clínica experimente el auténtico empoderamiento que tiene que tener con criterios de eficiencia y orientados al paciente. El miembro de la Unidad de Salud Pública de la Comisión Europea Juan Antonio Blasco y el profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública Jaime Espín desarrollarán esta parte del evento.

Bayona destaca que Granada es una ciudad "de alianzas y convivencia de culturas". "Compartir experiencias de diferentes profesionales de comunidades distintas y disciplinas varias harán posible la apuesta de este otoño por la cultura de la gestión sanitaria".

La siguiente cita de SEDAP será su congreso anual, que este año se celebrará en Alicante durante noviembre. La reunión recogerá las experiencias más novedosas en gestión sanitaria en España, su aplicación práctica y la evaluación de resultados.

Entrevista

Carlos Herreros

"El buen líder controla sus emociones y las de los demás"

Entre su audiencia ha habido médicos en alguna ocasión, pero pocas veces se ha enfrentado a un auditorio compuesto íntegramente por gestores sanitarios. Carlos Herreros tendrá que explicarles cómo funciona el cerebro que tienen entre los hombros para que los directivos sepan hacer funcionar mejor sus equipos humanos. La novedad no asusta a este santanderino (1941), que no es ningún principiante. Estudió empresariales y obtuvo con honores el master de Ciencias de Gestión de la Escuela de Negocios de Londres. Tras rebasar la media centuria, completó su formación con estudios de psicología, psicodrama y psicodinámica, lo que le proporciona solvencia como consultor de formación y "coaching" en España y Europa. Es decano honorario de la Escuela de Negocios de Santander.



GESTIÓN EN AP/REPORTAJE

SEDAP refuerza la formación de directivos en liderazgo y evaluación

Usted hablará en Aula SEDAP sobre neuroliderazgo. ¿En qué consiste?

La neurociencia es el estudio del cerebro. En los últimos 30 años se sabe mucho más sobre este órgano, aunque aún es poco. El funcionamiento del cerebro es el funcionamiento de las personas, ya que en él radican los mandos que nos hacen estar vivos y aseguran la continuidad de la especie. El directivo tiene que conocer cómo funciona el cerebro propio y el de quienes están a sus órdenes.

O sea, no solo ponerse en el lugar del otro, sino también en su cerebro...

A veces hay comportamientos que no nos explicamos de los demás o de nosotros mismos y esa explicación tiene su origen en necesidades de nuestro cerebro o en situaciones que hemos vivido en nuestra vida y que han dejado nuestro cerebro cableado de una manera. Esas experiencias siguen con nosotros y siguen influyéndonos. La gran noticia es que hasta hace poco se creía que el cerebro era inmodificable y ahora se sabe que no es así, sino que es plástico, puede cambiar y cambia.

¿Esto es lo mismo que la inteligencia emocional?

La inteligencia emocional es una de las manifestaciones de nuestro cerebro, pero hay alguna manifestación más, como la del apego, que es fruto de las relaciones con nuestros primeros cuidadores y nuestros padres. El apego determina muchos de nuestros comportamientos futuros. Pero no es determinante para siempre. Ser conscientes de esta plasticidad nos permite cambiar el cerebro.

Se dice que en el cerebro humano hay en realidad tres. ¿Cómo se relacionan?

Sí, técnicamente se llama cerebro triuno: el primitivo o reptiliano; el mamífero, donde radican las emociones, y la corteza donde está el pensamiento racional. Pero

todo está interrelacionado. Es muy importante entender cada uno de ellos y la coordinación entre los tres. Por ejemplo, ante un peligro se dispara la amígdala, que es la parte hecha para defendernos de un depredador en medio de la sabana. Lo que hay que hacer es educar a la parte más racional y cognitiva para saber controlar impulsos que pueden ser contraproducentes.

¿Cuáles son las claves para un buen líder desde su punto de vista?

Sobre todo, controlar el sistema límbico, donde están las emociones, tanto las propias como las de su equipo o seguidores. El directivo debe saber que hay situaciones que puede manejar para que no se disparen, y así permitir que actúe la parte racional. Todo está interrelacionado. La calidad emocional del líder va a influir de una manera decisiva en cómo pueden manejar sus emociones quienes trabajan con él. Existen técnicas para analizar situaciones teóricas, determinar las reacciones y tomar decisiones antes de darse la situación, durante

y después de suceder.

¿Por ejemplo?

Una persona trabaja en un centro de investigación y su jefe le llama y le dice

que se tiene que trasladar a otra provincia. Esa persona estaba deseando ocupar el puesto del jefe cuando éste se jubilara, pero ahora se encuentra el traslado... Sin embargo, en su nuevo puesto va a ser director o jefe de división, algo que no podría conseguir en su puesto actual. Toda esa dinámica de ira, de rechazo, y después de aprovechar la oportunidad se puede manejar con una herramienta que se llama SCARF. En Granada haremos ejercicios prácticos con ella.

¿Qué significan sus siglas?

Estatus, certidumbre, autonomía, relaciones y juego limpio. Eso es lo que el cerebro busca continuamente en las relaciones con los demás. Si prevemos que una situación va a perjudicar el estatus de la otra persona, lo que podemos hacer es aumentar el grado de certidumbre.

Una de las dificultades de gestionar equipos es el falso consenso y el falso liderazgo. ¿Cuáles son las señales de que la gestión del equipo no es correcta?

Este es un fenómeno llamado "Group Think" que se da en los grupos: llegar rápido a conclusiones uniformes y unánimes. La literatura científica lo describe como el resultado de combinar miedo, querer conservar el estatus y no querer disentir. Es el líder el que debe captar esa situación. Con su actitud, palabras y gestos debe transmitir al equipo que el grupo no se va a romper ni a ser menos eficaz por tener un debate, con respeto pero en profundidad. Es necesario evitar llegar a conclusiones rápidas que esconden dificultades para convivir en grupo.

También es importante la manera en la que el líder dice lo que dice.

El cerebro lee el lenguaje verbal y el no verbal. Las neuronas espejo captan las sensaciones y emociones de otras personas. Si una persona bosteza, nosotros bostezamos también. Esto es un ejemplo superficial. Lo que tenemos que hacer es abrirnos y no tener miedo a utilizar los instrumentos que tenemos. Nuestras rela-

ciones están basadas en que tenemos una teoría de la mente de los demás. El líder tiene que actuar con resonancia, ser capaz de captar y poner en palabras las emociones del grupo. Y las emociones defensivas también sirven al grupo para avanzar.

¿Cuál es la pregunta que siempre le hacen en sus charlas?

Me plantean cuestiones personales o qué pasa cuando alguien no reacciona a pesar de que el líder hace bien su trabajo. Con esto que a veces también hay enfermos en las organizaciones. Pero hay que distinguir entre enfermos y quienes tienen malestar. Los enfermos deben ser tratados; a los que tienen malestar se les puede convencer para la causa del grupo.

¿Quiénes han sido buenos neurolíderes en la historia de la humanidad?

Hay muchos. En 1940 Churchill anunció a los británicos que habría "sangre, sudor y lágrimas" para llegar a la parte emocional de una población que estaba a punto de ser invadida por Alemania. Dijo que no les prometía bienestar, pero que al final de ese proceso el Reino Unido seguiría siendo un estado independiente. En general, los grandes líderes han sabido en cada momento utilizar las emociones de las personas. Si no, habrán sido líderes tóxicos y narcisistas, quizá con resultados cortoplacistas. La historia está llena de líderes convincentes, pero tóxicos y criminales. Justo en el lado contrario de Churchill un líder estuvo a punto de llevar a Alemania a la destrucción.

¿En los liderazgos hay diferencias entre hombres y mujeres?

Hay muy pocas diferencias en el cerebro, pero según autores de mucho prestigio la educación y la cultura hace que los equipos sin mujeres tengan más dificultades para sacar a la luz la parte emocional. Muchos investigadores dicen que las cualidades emocionales de las mujeres se necesitarán en el futuro para liderar organizaciones.

En Sanidad asistimos a un fenómeno contrario. Existe una elevada tasa de feminización en las universidades y en las plantillas de las organizaciones sanitarias.

Tiene que haber gente que atiende a las emociones y gente que recuerda que el grupo está ahí para cumplir una tarea. También se dice que algunas mujeres directivas tienen características masculinas. En realidad, se necesitan ambas cualidades.

Le pongo otro caso: una persona joven es designada como jefe de un departamento formado por personas mucho mayores que ella.

La juventud me importa menos que la madurez. La madurez va unida a la edad, pero eso no es una regla. Sea cual sea la edad del líder, tiene que haber pasado por un crisol, es decir, un recipiente donde se funden los metales y se soportan altísimas temperaturas. El líder tiene que haber vivido experiencias duras y difíciles. Para una generación fue la guerra. No se trata de que la gente pase por ese sufrimiento para madurar, pero sí por experiencias que le hayan hecho esforzarse y pasarlo mal.

Otra situación que suele ocurrir es que mi compañero de ayer se ha convertido en mi jefe hoy ¿Cómo gestionamos eso?

Es una situación muy complicada porque la relación tiene que cambiar necesariamente. No digo que dejen de tomar cervezas, sino que antes esas dos personas estaban en un mismo plano de jerarquía y ahora no. Esto crea problemas para las dos personas. ¿Cómo tengo que tratarte? Hay que hablarlo, porque habrá momentos en

los que tenga que ejercer mi autoridad, que es algo tan antiguo como la humanidad e incluso se da en los primates. Es imprescindible. La cuestión es cómo se ejerce y cómo es vista esa autoridad

por los otros. Y aquí interviene la envidia. Una psicóloga inglesa del siglo XX decía que es la emoción más corrosiva que existe. Solo se puede resolver si el envidioso es capaz de reconocer algún mérito en el envidiado, pero la envidia incapacita ese reconocimiento.

Usted hablará del neuroliderazgo. ¿También es necesario un neuroseguidismo?

Sí, y se habla poco de ello. Sin seguidores no hay líder. Tampoco los líderes son solo quienes encabezan las organizaciones, ni durante la Segunda Guerra Mundial Churchill era el único líder del Reino Unido. Todos podemos liderar alguna parte de nuestra vida. Y en otra parte tenemos que ser necesariamente seguidores. Tan importante es saber ser seguidor como líder ■

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

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



Gestión



Sanitaria en tiempos de crisis

Nuevos actores y nuevas estrategias
en los sistemas de salud

Texto  Ana Montero



REPORTAJE

Gestión sanitaria en tiempos de crisis

Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

Las nuevas necesidades de los pacientes, el divorcio entre la organización del modelo asistencial actual y los retos sanitarios del siglo XXI, y los avances sociales que han aportado nuevos enfoques y soluciones a los problemas sanitarios hacen que sea urgente repensar las estructuras de los modelos sanitarios para poder aprovechar todo el potencial de los medios disponibles. Todo esto obliga a facilitar la entrada de nuevos actores, nuevas formas de regulación y estrategias innovadoras que mejoren la eficiencia de los servicios sanitarios y garanticen la sostenibilidad del sistema. Los contratos de riesgo compartido entre la Administración y los proveedores, la colaboración público-privada como oportunidad de negocio, la gestión de compras, o la externalización de servicios se perfilan como alternativas al cambio.

La evolución sociodemográfica y epidemiológica vivida en los últimos años ha generado la aparición de nuevos problemas de salud, mucho más complejos y diversos, y, por tanto, una mayor demanda de asistencia sanitaria. A esto hay que añadir los nuevos avances sociales que han aportado nuevos enfoques y soluciones a los problemas sanitarios. El resultado es un entorno cambiante e incierto, unido a una situación de dificultad económica y a un momento de crisis del modelo asistencial, “en el que existe un divorcio entre la organización del modelo asistencial actual y los retos sanitarios del siglo XXI”, como apunta Eduard Portella, presidente de Antares Consulting, en el que algunas organizaciones han optado por modificar su misión, ampliando su campo de acción, y convirtiéndose en nuevos actores dentro del sistema sanitario.

Un nuevo escenario que ha sido analizado por Antares Consulting, en la sesión “Gestión sanitaria en tiempos de crisis”, dedicada en esta ocasión a los nuevos actores y a las nuevas estrategias del sistema, todas ellas destinadas a identificar estrategias innovadoras que mejoren la eficiencia de los servicios sanitarios.

Y es que la complejidad del modelo asistencial que hoy necesitamos exige adaptarse a un nuevo perfil de paciente, mucho más informado y exigente, más complejo desde el punto de vista clínico, y que, además, recla-

ma su empoderamiento. Para ello es necesario organizar una oferta de servicios flexible y orientada a las nuevas necesidades, donde conjugar la complejidad técnica y tecnológica de muchos procesos, con el objetivo de alcanzar la eficiencia. Es lo que muchos expertos han denominado la consolidación del “New Public Management”, pasar de un

Desde el punto de vista de la gestión es fácil comprender la necesidad de estimular las economías de escala tanto en los servicios de soporte como en los servicios asistenciales

“Estado gestor” a un “Estado garante”, donde exista un presupuesto público por resultados; una delimitación de las responsabilidades políticas de las gerencias; una autonomía de gestión; nuevos mecanismos de regulación y de competencia; y donde esté presente la colaboración público-privada.

“Es necesario repensar los modelos sanitarios para que estén adaptados a las nuevas necesidades de los pacientes, para que puedan aprovechar todo el potencial de los medios disponibles, dentro y fuera del sector sanitario, y para que sean más eficientes. Y todo esto nos obliga a facilitar la entrada de nuevos actores y nos exige encontrar nuevas formas de regulación”, ha subrayado el presidente de Antares Consulting.

Así pues, en este contexto de nuevos actores y nuevas estrategias para una nueva realidad, están surgiendo empresas que modifican su centro de atención y su misión; organizaciones con un *expertise* muy concreto en otros sectores que pueden contribuir a mejorar procesos de soporte o asis-

tenciales y empresas de productos que empiezan a desarrollar servicios alrededor de estos productos. Un ámbito, el sociosanitario, en el que las entidades privadas tienen mucho que decir y aportar.

Nueva realidad, nuevos actores

Entre las compañías que ilustran este cambio destaca el ejemplo de Philips Healthcare, históricamente reconocida por sus productos de electrónica, y que hoy se redefine como una empresa de servicios dedicada a la salud y el bienestar con soluciones orientadas a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. “La atención sanitaria nos concierne a todos y para que resulte de calidad y sostenible, todos los agentes debemos involucrarnos, todos podemos comprometernos más allá de suministrar tecnologías”, ha subrayado Ignacio Ayerdi, consejero de la compañía.

Entre esas tecnologías que, como ha apuntado el experto, “tienen impacto en el aumento de la esperanza y calidad de vida”, destacan los sistemas de diagnóstico por imagen y la cirugía guiada por imagen; soluciones de telemedicina; monitorización de pacientes; sistemas para facilitar las adherencias a los tratamientos; o áreas informáticas de apoyo a los servicios clínicos. Una innovación tecnológica que crece de forma imparable pero que se va a ver entorpecida por la crisis puesto que será difícil luchar contra la obsolescencia tecnológica, “en este caso la fórmula de los riesgos compartidos, se perfila como solución”, ha señalado Ayerdi. En otro orden de cosas, el experto ha recordado, además, que la Unión Europea está actuando en el sector del envejecimiento y ha dedicado una fuerte inversión en esta línea en su 7º Programa Marco.

“La tecnología tiene que actuar en materia de prevención, empleando dispositivos que ayuden a conservar la salud, y a partir de ahí debe hacerlo en todas las demás áreas, de forma global e integral”, ha argumentado el experto, quien ha defendido también que la tecnología puede ayudar a eliminar la fragmentación del sistema, contribuyendo así a que la Sanidad sea más resolutiva e integral.

Otra experiencia destacable dentro de los nuevos escenarios de atención y las nuevas necesidades de los pacientes es la integración de los servicios, en este caso ejemplificada a través de SARquavitaie, una plataforma integral de centros y servicios para la atención sanitaria y social de las personas con dependencia en nuestro país que en 2012 se replanteó su estrategia, pasando de ser una empresa dentro del sector social y sociosanitario a una empresa referente en la atención integrada en salud y bienestar, ofertando nuevos productos y servicios basados en las necesidades de las personas mediante una gestión integrada de profesionales y recursos, tal y como ha explicado José Luis Roselló, su subdirector general de Explotación.

De esta manera, la compañía se reinventa en un nuevo escenario estratégico que se caracteriza por la transformación de la atención en los centros residenciales, pasando de una atención residencial a una atención sociosanitaria, en la que el perfil de las personas que atienden es cada vez más sanitario debido al incremento de las patologías de los pacientes y al hecho de que estos estén polimedicados; y definida también por la articulación de un sistema de atención integral en red a enfermos crónicos avanzados, donde la atención a domicilio, “coordinada, integrada y personalizada”, como ha matizado el subdirector general de SARquavitaie. Gracias a las nuevas tecnologías, es preventiva, de seguimiento e integral, “lo que hace que se dejen de consumir recursos públicos y se produzcan menos reingresos hospitalarios”, como ha apuntado Roselló.

Como retos de futuro el experto ha reclamado la integración con los sistemas de información de salud de las diferentes comuni-





REPORTAJE

Gestión sanitaria en tiempos de crisis

Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

dades autónomas. “No se incorporan datos funcionales a la historia clínica electrónica de los pacientes, a la que tenemos acceso pero en la que aún no podemos volcar información”, ha lamentado, a lo que ha añadido que “es fundamental que esto cambie ya que no podemos realizar atención a ciegos, especialmente en los domicilios”.

No obstante, Roselló ha mostrado su confianza en las nuevas tecnologías, tales como los servicios de telemonitorización a pacientes con enfermedades crónicas o los servicios de telemedicina, como la teleconsulta o la telerehabilitación, “que nos permitirán avanzar en sistemas de salud personalizada”, tal y como ha apuntado.

Al hilo, el experto se ha referido a la herramienta NECPAL, diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar e identificar a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, “nos ayudará a mejorar la investigación sobre envejecimiento y cronicidad”, ha asegurado.

“El factor clave de la organización de los servicios es la persona y un futuro sostenible de los sistemas de atención social y sanitario pasa por soluciones integradas y por la flexibilización de la compra de servicios, con nuevas formas de financiación orientadas a resultados”, ha manifestado Roselló, quien también ha añadido que “la aparición de nuevos actores en los sistemas de salud generará nuevas oportunidades con apertura hacia nuevos mercados”.

Otro ejemplo de nueva estrategia en el contexto actual es la colaboración público-privada como oportunidad que aporta valor añadido a las empresas: rentabilidad, diversificación, *knowhow*, innovación, colaboración a largo plazo... Y es que aunque las Administraciones tengan problemas de solvencia

económica, las empresas aún confían en poder establecer alianzas que convengan a ambas partes. “Sí hay oportunidades de negocio en el sector”, ha afirmado Ramón Piñeiro, director general de la Sociedad Concesionaria H.U. Infanta Sofía y representante de Acciona, ejemplo de empresa que ha

ido evolucionando en su actividad, en un entorno económico social cambiante, concretamente, como concesionaria en centros sanitarios en diferentes países.

“Nuestra misión es llevar a cabo la gestión integral de proyectos de construcción, financiación, y explotación de infraestructuras hospitalarias bajo fórmulas de colaboración público-privada, tanto en España

como en mercados internacionales”, ha señalado Piñeiro.

Al respecto, el experto ha insistido en que hay que contemplar el contrato más allá de la construcción de una infraestructura. “Es un contrato basado en la prestación de un servicio y no de recursos”, ha matizado. Además, para Piñeiro, debe existir una transferencia razonable del riesgo y el operador privado debe posicionarse como un gestor integral. “Hay que hacer que trascienda el concepto cliente-proveedor y promover la cultura de “partnership”, de estar “en el mismo barco”, bajo un compromiso con la transparencia y la evaluación independiente y objetiva”, ha concluido.

Desarrollo de servicios compartidos

Desde el punto de vista de la gestión es fácil comprender la necesidad de estimular las economías de escala tanto en los servicios de soporte como en los servicios asistenciales. Tal es así que algunos sistemas de salud europeos han empezado a regular sobre la actividad mínima a realizar para que los

procesos asistenciales tengan la masa crítica suficiente para garantizar su calidad, seguridad y que el coste unitario sea razonable. El debate, por tanto, ya no está centrado en la conveniencia de los servicios compartidos sino en cómo implantar las formas que garanticen la calidad y la eficiencia.

Ése fue el punto de partida de lo que hoy es el Parque Logístico de la Salud (Parc Logístic de la Salut), un espacio de 18.000 m² que aglutina desde 2006 todos los servicios de soporte de Mútua Terrassa, desde los archivos de historias clínicas (activos y pasivos); al almacén de productos sanitarios y no sanitarios; almacén de farmacia; laboratorio de análisis clínicos; además de la esterilización y la lavandería, que ya estaban externalizadas. Concretamente, la lavandería, la gestionaba una empresa dependiente de la propia entidad y ése fue el modelo que se siguió en el resto de áreas ya que el volumen de la población atendida sobrepasaba las posibilidades de un hospital que no podía crecer debido a su ubicación. “Cuando el Parque nació los que eran compañeros de trabajo pasaron a ser clientes, lo que nos obligó a desarrollar un marco relacional nuevo”, ha explicado Joan López, gerente UEN Logística Sanitaria, quien ha especificado que “no somos proveedores sino socios externos que compartimos visión, riesgo, nivel de servicio y conocimiento”.

Asimismo, en ese marco relacional se marca una definición conjunta del proceso, eliminando todo aquello que no aporte valor real. Se establece un análisis, planificación y trabajo conjunto como claves del éxito y de minimización del riesgo; las responsabilidades no se traspasan sino que se identifican y se asumen conjuntamente; la calidad del servicio no es subjetiva sino se definen indicadores y se certifican los resultados; el objetivo final es el beneficio mutuo; y las relaciones son estables, no a corto plazo.

Así pues, este modelo de integración y concentración de servicios, tal y como ha desarrollado López, es fruto de una decisión estratégica basada en pasar de comprar servicios a producirlos y, además, de producirlos para otros, estableciendo alianzas con otras instituciones sanitarias.



En definitiva, lo que se ha hecho es ubicar los servicios en un mismo espacio con una visión única; dotarlos de entidad jurídica propia -“out in house”-; crear una solución para todas las necesidades logísticas de los profesionales sanitarios; y poner a disposición de otras entidades estos servicios. Para ello, como ha enumerado el experto, los elementos clave han sido la automatización; las TIC; los sistemas de trazabilidad y calidad; que no haya convenios colectivos sanitarios, excepto en el laboratorio; los sistemas retributivos que incorporan variables de productividad y calidad; la planificación; y el hecho de que todo esté centrado en el profesional sanitario.

“Son soluciones y productos que nacen en el sector salud y para el sector salud, contando con los profesionales para su concepción y desarrollo”, ha subrayado López.

Los resultados de esta estrategia de integración de servicios son, fundamentalmente, organizativos, puesto que permiten gestionar de forma diferencial lo asistencial, por un lado, y la logística sanitaria, por otro, ya que son entidades diferentes; pero también económicos, gracias al volumen de compras y las economías de escala. Además, desde el

punto de vista de los recursos humanos, es un modelo incentivador para los profesionales no sanitarios y permite sistemas retributivos más flexibles. Del mismo modo, este sistema posibilita la generación de alianzas, proyectos compartidos y benchmarking, incentiva la innovación, la competencia y la eficiencia y facilita proyectos de I+D.

Otro ejemplo de economía de escala es Bionexo, un “market place” virtual que pone en contacto a proveedores y organizaciones sanitarias, de manera individualizada o agrupada, para hacer más transparentes y eficientes los procesos de compras con resultados significativos, ya que se disminuyen los costos asociados a las actividades de compra-venta y se simplifican los procesos internos de compras. Actualmente, más de 800 hospitales utilizan Bionexo, una herramienta de alcance global, a través de Internet, que ofrece mayor poder de negociación, con disponibilidad 7 días a la semana, las 24 horas al día, que ya utilizan más de 13.000 proveedores y más de 20.000 usuarios directos. En España, Bionexo está presente en Barcelona, Tarragona, Las Palmas de Gran Canaria y Murcia.

Y es que, en el ámbito sanitario, el paradig-

ma de la economía de escala es la gestión de compras, un ámbito con amplias posibilidades, “si se compra profesionalmente, conociendo permanentemente los mercados, auditando las compras y dándole la importancia estratégica que tiene debido al alto porcentaje de gasto que suponen para las instituciones sanitarias”, tal y como ha señalado Mauricio Barbosa, presidente de Bionexo, quien ha añadido que “comprar bien ya no es suficiente, hay que hacer que las compras sean sostenibles y eficientes”. Así pues, según sus propias palabras, mientras que es habitual que alguien que se quiera comprar un coche, un ordenador o un televisor compare precios y prestaciones, no tiene sentido que los productos sanitarios “se sigan comprando como hace treinta años”.

En este sentido, entre las ventajas de esta estrategia, cuyo objetivo final es el ahorro en compras por volumen, destaca que se puede usar tanto por hospitales como por centrales de compras, siendo un complemento a las centrales de compras, “puesto que no son incompatibles”, como ha matizado Barbosa. Ofrece total confidencialidad, trazabilidad y transparencia en la decisión de compra, es una herramienta con una metodología asociada en la que se acompañan



REPORTAJE

Gestión sanitaria en tiempos de crisis

Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

las solicitudes de ofertas desde el inicio y permanentemente, no existe un catálogo exclusivo de la compañía sino que se trabaja con el mismo catálogo de productos del hospital, no hace falta constituir una central de compras real ya que se puede trabajar como una entidad virtual agregando volúmenes y el cliente es el hospital quien paga un fijo mensual.

Por el contrario, algunas dificultades que se presentan es que el hospital pierde la decisión de compra y de elección de producto y marca, ya que quien negocia con los proveedores es la central de compras; además, la central de compras cobra del hospital usuario, así como del proveedor, lo que encarece el

producto ya que el proveedor lo traslada a la oferta; y las negociaciones con los proveedores se realizan fuera del ámbito del hospital y no siempre se traslada toda la información al hospital. Del mismo modo, el presidente de Bionexo señalaba que es necesario un cambio cultural para el uso de las nuevas tecnologías, “puesto que las grandes inercias profesionales internas dificultan los cambios y las organizaciones y están muy acostumbradas al reabastecimiento y no a la gestión de compras”, como ha apuntado, y reclamaba también un ámbito regulatorio “más flexible”.

En la misma línea de desarrollo de servicios compartidos cabe destacar la estrategia del Consorcio Hospitalario de Vic, un conjunto asistencial que integra tres hospitales concertados de tres comarcas cercanas, de diferente naturaleza, y que ahora inicia una acción coordinada con otros dos hospitales de su entorno para la puesta en marcha de servicios compartidos. Una iniciativa eficiente de concentración de servicios que, como ha explicado Antoni Anglada, director gerente del Consorcio Hospitalario de Vic, exige una masa crítica de profesionales y un número

de casos determinado, permite el acceso a un nuevo conocimiento para proporcionar el tratamiento adecuado al paciente, genera economías de escala y minimiza los costes externos. “Estos centros no tienen gran tamaño por separado pero juntos tienen masa crítica suficiente para reducir sus costes, gracias a las economías de escala, y para

acceder a servicios normalmente vetados a un hospital pequeño”, ha argumentado Anglada.

Así pues, en el abordaje de esta gestión compartida, desde el ámbito de la empresa, se proporcionan servicios de soporte, materializados en alianzas, servicios compartidos y gestión multihospital, lo que genera economías de escala y,

por tanto, eficiencia, disminución de costes y nuevos servicios. Además, desde el punto de vista del negocio (core), se suministran servicios asistenciales gracias a alianzas estratégicas, generándose una economía del conocimiento; y también se contempla un área de planificación sanitaria y de compras.

En opinión de Anglada, como elementos clave de los servicios compartidos, ha de existir una cultura de las organizaciones adaptada para esta fórmula. Además es indispensable un proyecto técnico, es decir, una cartera servicios, tecnología, conocimiento y habilidades, pero también una “cultura del cambio”; liderazgo del equipo clínico; buenos sistemas de información que ayuden al clínico que se desplaza por los diferentes centros; responsables legales, tanto laboral, como mercantil y civil; y corresponsabilidad económica, puesto que los servicios clínicos ya no son de un hospital en exclusiva, sino del conjunto.

Por último, como ventajas del modelo el experto ha identificado la calidad del conocimiento; la continuidad y la homogenei-

dad clínica; la proximidad del servicio; la equidad de los resultados, puesto que el criterio es el mismo, en este caso, en los tres hospitales; y una mayor eficiencia del sistema.

De la misma opinión se ha mostrado Esteban Carrillo, senior manager de Antares Consulting, quien ha profundizado en las razones que evidencian que compartir la producción de ciertos servicios o prestaciones, tanto en el corto, como en medio y el largo plazo, es eficiente. Entre otras, se disminuyen los costes unitarios; se consigue un número suficiente de casos; se produce una amortización rápida de las inversiones; se desarrollan nuevas formas de producción y especialización; se genera valor y se crean nuevas prestaciones. Como “drivers” que impulsan la estrategia de compartir los servicios clínicos entre hospitales, Carrillo ha señalado la transferencia de riesgo al proveedor, la irrupción de las TIC, la experiencia de la externalización de servicios, la especialización en las nuevas tecnologías, y la emergencia de nuevos actores con otro *knowhow*.

Además, para Carrillo, los servicios compartidos deben ser pensados como un modelo de negocio, con aportaciones de valor añadido sobre el servicio actual: en cartera de servicios, en calidad, en conocimiento, en gestión del proceso, en resultados...; con niveles de eficiencia que le permitan competir con ventaja en el mercado y con potencial para captar nuevos clientes dado que su origen se basa en que se beneficia de las economías de escala.

Asimismo, el experto ha enumerado los factores que han facilitado su implantación, tales como, los sistemas de acreditación, la movilidad de los profesionales, y la disponibilidad de herramientas de trabajo colaborativo. Y, por el contrario, se ha referido a la rigidez de los servicios públicos como barreras que lo dificultan.

“Compartir servicios es una fuente de innovación estratégica y también una oportunidad para repensar la organización global de los servicios sanitarios”, ha concluido el experto.

Contratos de riesgo compartido

La financiación de los servicios ha ido evolucionando desde la histórica situación en que se financiaba la disponibilidad de un recurso a la financiación de la actividad. Hoy hemos entrado en la financiación de resultados, con la asunción de riesgo para cada una de las partes. En este sentido, las nuevas políticas de financiación de medicamentos deben ir dirigidas más a la gestión de las compras que a la fijación de precios y, según se apunta desde algunos estamentos, puede ser una alternativa a tener en cuenta la puesta en marcha de contratos de riesgo compartido, especialmente para aquellos medicamentos cuya eficacia presenta una mayor incertidumbre, en casos muy concretos, principalmente en patologías graves y de baja incidencia donde el patrón de respuesta es muy variable. Así pues, los formatos para la implantación y desarrollo del riesgo compartido, como una alternativa para financiar nuevos medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), están en el centro del debate.

Joan Barrubés, director de Antares Consulting, se ha referido a los enfoques y modelos de contratos de riesgo compartido entre la Administración y el sector privado y ha apostado por un cambio de tendencia para mantener los niveles de innovación, ya que, como ha señalado, “la regulación mediante el precio y los copagos, es una medida insuficiente y la presión en el precio limita la innovación”.

En este contexto de evolución de los sistemas de pago a los proveedores sanitarios, donde se pasa de políticas de pago a proveedores basadas en la regulación de precio al pago en función de la utilización, calidad y/o coste efectividad, los acuerdos de riesgo compartido pueden ser el nuevo paradigma en el acceso a nuevas infraestructuras y a la innovación en medicamentos y tecnologías sanitarias.

Así pues, según ha identificado Barrubés en la industria farmacéutica y en tecnologías sanitarias se pueden identificar varios modelos de “riesgo compartido”: acuerdos por precio-volumen, acuerdos globales de retor-

no o devolución, acuerdos de acceso a pacientes, basados en cumplimiento, y en función de resultados clínicos.

Como ventajas de los acuerdos de riesgo compartido, el director de Antares Consulting se ha referido, por un lado, a las que perciben los financiadores, tales como el acceso a la innovación, la limitación de las incertidumbres del impacto económico, la generación de incentivos a la promoción del consumo y a la utilización coste-efectiva, y la generación de experiencia y conocimientos sobre resultados. Las que perciben los profesionales, entre otras, disponer de alternativas diagnósticas y/o terapéuticas eficaces, las que benefician a los pacientes, como el hecho de que puedan acceder a tratamientos innovadores, y las que recaen sobre la industria, que puede acceder a la financiación de productos innovadores. Se crea un marco estable para financiar la innovación, se obtiene información y conocimiento sobre sus productos innovadores en un entorno real, y se minimizan los costes en ámbitos promocionales.

Por el contrario, algunas de las barreras y dificultades para la puesta en marcha de los contratos de riesgo compartido residen en que la generalización de los modelos de pago basados en transferencia de riesgo es un proceso lento; que se trata de un diseño de acuerdo micro, es decir, caso por caso; que supone una elevada complejidad técnica; que la negociación entre financiador y compañía generalmente es larga y con acuerdos legales extensos; por último, la dificultad que entraña la definición de “desempeño”, en su medición y seguimiento.

Es por ello que, para el experto es vital que se produzca un alineamiento real de los objetivos entre el financiador y la compañía; que los acuerdos sean válidos para algunos

casos, pero difícilmente generalizables para todos los productos, tanto en tecnología como en medicamentos; que se desarrollen sistemas de información, basados en la confidencialidad de datos y la transparencia, para poder medir los resultados; y, por último, que se cambie el paradigma de la relación de cliente-proveedor a socio-colaborador.

En otro orden de cosas, desde la perspectiva del sector farmacéutico también se están empezando a desarrollar fórmulas de financiación de los medicamentos según los resultados entre compañías y servicios regionales de salud. Tal es el caso de AstraZélica, que, como ha explicado Alberto Rubio, market access manager de la compañía, en estos momentos mantiene un programa piloto de acuerdo de riesgo compartido en un medicamento oncológico indicado para un tipo específico de cáncer de pulmón.

Del mismo modo, aunque las compañías de tecnología sanitaria tienen una larga experiencia y camino recorrido con los diferentes proveedores de servicios de salud públicos y privados, el nuevo entorno sugiere nuevos formatos. En este sentido, Javier Colás, director general de Medtronic, ha explicado su experiencia y ha defendido que “no hay sostenibilidad sin innovación” y, al hilo, ha subrayado que hay que tratar de utilizar mejor la tecnología sanitaria de nuestro país, haciéndose necesario concentrar la alta tecnología en los centros de referencia.

Algunos expertos apuntan que compartir la producción de ciertos servicios o prestaciones es eficiente porque, entre otras cosas, permite disminuir costes unitarios y se produce una amortización rápida de las inversiones

Asimismo, Colás ha defendido la creación del “valor compartido”, ya que se trata de una mejora de los procesos sanitarios enfocada a fortalecer las agrupaciones locales de proveedores de innovación y proveedores de servicios de asistencia sanitaria con la finalidad de aumentar la eficiencia de las unidades clínicas, su calidad y su sostenibilidad. Y, entre sus principios, ha des-



REPORTAJE

Gestión sanitaria en tiempos de crisis

Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

tacado la visión y el interés común, la relación a largo plazo, la unión de esfuerzos, y el hecho de que se compartan riesgos y beneficios. Así pues, en la creación de valor compartido con la innovación tecnológica Colás ha señalado como oportunidades que ésta facilita la autonomía de la gestión clínica, genera productos y servicios para la eficiencia en la gestión clínica, y redefine la contribución de la industria tecnológica en la cadena de valor.

En este contexto, hay que señalar una de las primeras experiencias de riesgo compartido firmadas en España

con el Ministerio de Sanidad, concretamente, para un producto de terapia celular destinado a la reparación del cartílago de la rodilla. “Se trata de una herramienta para nivelar la sostenibilidad e innovación buscando un acuerdo entre el financiador y la empresa basado en los resultados”, explicaba en otro foro Glòria Roé, business director de TIGENIX para España y Portugal, quien, además, defendía que el objetivo de esta herramienta es garantizar que los recursos públicos se utilicen según los resultados en salud, lo que evita el crecimiento descontrolado del gasto público. “En España es una experiencia incipiente y, aunque en Bélgica y en Holanda ya es una realidad, en nuestro país estamos rompiendo moldes en este sentido”, ha manifestado Roé, quien también ha añadido que a la hora de establecer acuerdos de riesgo compartido se ha de realizar una selección adecuada y exhaustiva de pacientes, puesto que el fármaco debe ser para aquellos en los que se obtengan mayores beneficios y para centros y hospitales de referencia y equipos de alto nivel.

En este sentido, uno de los grandes escollos es mantener el equilibrio entre la innovación terapéutica y la sostenibilidad del sistema, de hecho, no hay que obviar que España ha pasado de ser uno de los países de la Unión Europea con el nivel de acceso

a nuevos medicamentos más elevado a uno de los que más tarde los incorporan. Es por ello que, desde la subdirección general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se ha defendido que la innovación debe ser valorada en función de su contribución en resultados en salud. “La industria ha entendido que la innovación por definición no puede ser más cara de lo ya existente, de hecho, ya está introduciendo elementos de moderación y son numerosas las nuevas moléculas cuyo coste-tratamiento día son inferiores a

los estándares”, defendía Carlos Lens, en una jornada sobre gestión de la prestación farmacéutica, del mismo modo que también subrayaba que “si queremos que el SNS financie la innovación hay que plantearse una innovación incremental y a qué coste”. Al hilo, el subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios remarcaba que para seguir financiando la innovación hay que realizar un ejercicio de racionalidad por todas las partes. “Intentaremos financiar la innovación, pero hay que avanzar en otras fórmulas como el riesgo compartido o el pago por resultados. Es complicado pero se está bajando en ello”, concluía.

Por otra parte, en el ámbito internacional, las experiencias de riesgo compartido también son una realidad en países como Italia y Reino Unido. En el caso de Italia, se utiliza para los nuevos tratamientos oncológicos desde 2006 y, además, se aplican diferentes variantes de este modelo. Así, hay casos en los que el laboratorio paga el primer ciclo de tratamiento y a partir de ahí se hace cargo el Estado, sólo en los pacientes respondedores, como han explicado los expertos, y otros en los que directamente se paga a posteriori en función de los resultados de supervivencia y mejora de calidad de vida que demuestre su uso. Otro ejemplo es Reino Unido, donde se comenzaron a utilizar con algunos nuevos

tratamientos para la esclerosis múltiple y actualmente ya es una práctica habitual.

Regulación de los nuevos escenarios sanitarios

Los nuevos actores y las nuevas formas de trabajo se están introduciendo en el sistema sanitario con distinta intensidad y mediante distintas opciones. Este hecho obliga a la Administración a repensar el ejercicio de sus funciones, desde su posición prestadora de servicios a garante de la calidad y la seguridad de los mismos. En este contexto, dos consejerías de Sanidad, Cataluña y Castilla-La Mancha, representadas por sus consejeros, Boi Ruiz y José Ignacio Echániz, han presentado, en la clausura de la jornada, las medidas adoptadas en sus departamentos, “todas encaminadas, con el esfuerzo de una gestión seria y rigurosa, a conseguir una Sanidad eficiente y donde son necesarios cambios profundos que dejarán huella y darán resultado en el futuro”, tal y como ha señalado el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.

Del mismo modo, Echániz, ha defendido que “es momento para que entren en juego nuevos actores y nuevos modelos de gestión”, entre ellos, la colaboración público-privada, un modelo que permite la transferencia de riesgo al proveedor y proporciona un marco de actuación más flexible.

Además, el responsable de la Sanidad castellanomanchega se ha referido a la necesidad de potenciar la Atención Primaria, y la oportunidad de integrarla junto con Atención Especializada, e, incluso, incorporando también la gestión de las competencias sociosanitarias, “nuestro sistema sanitario se diseñó para responder a las necesidades del paciente agudo, pero en estos momentos nos enfrentamos un nuevo perfil de paciente, crónico y pluripatológico, que precisa de una atención más transversal”, ha manifestado. En definitiva, Echániz ha defendido el impulso de las gerencias únicas de atención sanitaria y social, “un modelo hacia el que Europa avanza”, según ha matizado.

Por otra parte, entre los retos que se plantean desde la Consejería de Sanidad y

Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, su consejero ha destacado la “profunda” incorporación de las nuevas tecnologías, como la puesta en marcha de la historia clínica digital y la implantación de la receta electrónica, “una medida beneficiosa porque evitará desplazamientos innecesarios en el ámbito de la Atención Primaria”, según palabras de Echániz.

Al igual que su homólogo, el consejero de Salud de Cataluña, Boi Ruiz, también ha subrayado la necesidad de reformar el modelo asistencial y se ha referido a la oportunidad de definir un nuevo marco alternativo a la gestión administrativa para los

servicios públicos sanitarios, basado en los principios del Buen Gobierno: participación, transparencia y rendición de cuentas. “Hay que recuperar la propiedad del sistema sanitario público para los ciudadanos porque hace mucho tiempo que la han perdido, esa es la verdadera democracia sanitaria”, ha afirmado Boi Ruiz.

“Somos responsables de un cambio en la demanda, fruto del éxito de un sistema sanitario público que da respuesta a ciertas enfermedades y que retrasa los efectos letales de muchas otras, convirtiéndolas en crónicas”, ha argumentado el máximo responsable de la Sanidad catalana. Del mismo modo ha re-

conocido que “el sistema aun tiene excesiva regulación que no ha sido reformada y que nace en el reglamento de la Seguridad Social, con una trama administrativa que habrá que revisar si se quieren hacer adaptaciones oportunas”. Coincidiendo con la opinión de Echániz, el consejero catalán ha evidenciado que el sistema está basado en equipamientos más que en servicios, “muy orientado a la producción de actividad y no a resultados”.

En este sentido, para hacer frente a todos estos retos, Ruiz ha afirmado que “necesitamos un sistema asistencial proactivo, en el que cambie la concepción de la esencia médica desde el ámbito de la formación hasta la asistencia en el siglo XXI, pasando de un sistema que esté dirigido no sólo el siniestro sino que también esté orientado hacia el riesgo, no podremos aguantar un sistema sanitario que sólo esté armado hasta los dientes esperando a resolver el siniestro y no sea proactivo hacia el riesgo”.

“Esa debería ser la reorientación del sistema sanitario y para eso se necesitan otras reglas de juego, otro planteamiento organizativo y otras políticas, no sólo públicas, sino también empresariales, industriales y laborales. En definitiva, un cambio profundo si queremos que el sistema sea sostenible, en el que la eficiencia clínica va a ser lo que nos va a dar la eficiencia económica”, ha señalado Boi Ruiz.

En esta misma línea, el consejero de Salud de Cataluña insistía en que son necesarios modelos asistenciales no compartimentados, “en lugar de hospitales que tienen servicios, tenemos que apostar por servicios que tienen hospitales”, y donde las relaciones contractuales con el proveedor de servicios vengán marcadas en función de resultados.

“Necesitamos gestionar sistemas, no estructuras” ha reconocido Boi Ruiz, quien también ha manifestado que “tenemos que exprimir al máximo el euro que pagan los ciudadanos”. En otro orden de cosas, el consejero concluía que el sector salud es un sector de innovación que genera riqueza, “la Sanidad es economía productiva, no es política keynesiana, genera valor añadido porque detrás hay una industria y hay investigación” ■







“La población no recibe
información
suficiente
sobre rescate y
primeros auxilios médicos
y estos deberían abordarse en el colegio



Isidro García León

Médico titular en el 061 para el Servicio Murciano de Salud y
especialista en rescate en montaña y espeleología

Texto | Ana Montero

Fotos | Fran Manzanera



PERFILES MÉDICOS Isidro García León

“La población no recibe información suficiente sobre rescate y primeros auxilios médicos y estos deberían abordarse en el colegio”

Licenciado en Medicina y Cirugía General por la Universidad de Murcia y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Isidro García León es un experto en la asistencia médica en situaciones límites y complicadas como los rescates en montaña, la espeleología e, incluso, algo tan singular como son los torneos medievales a nivel nacional. Máster en Medicina y Cirugía Tropical por la Universidad de Valencia, García León ha desarrollado su ejercicio profesional, principalmente, en las urgencias extrahospitalarias en el 061 de la Región de Murcia y en las urgencias hospitalarias de esta misma comunidad, concretamente en los hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca. Además de trabajar en la unidad helitransportada del 061 de la comunidad murciana, es miembro del grupo de rescate en montaña y espeleolosocorro de la Región de Murcia, pertenece al Grupo de Protección Civil de esta comunidad y ha participado en espeleorrescate en actividad conjunta tanto con los grupos de rescate de la Región de Murcia como de otras comunidades y en el Grupo de Montaña de la Guardia Civil de Andalucía y Cantabria. Actualmente trabaja como médico titular en el 061 para el Servicio Murciano de Salud y como adjunto en la puerta de urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

¿Qué supone manejar la asistencia sanitaria en un entorno de estas características, en montaña, cuevas...?

Es la práctica de la Medicina de urgencias en un medio diferente al hospitalario, que puede ser difícil, aislado o incluso hostil, y precisa una adaptación a las peculiaridades de cada entorno.

¿Se sigue algún protocolo especial?

Cada situación se maneja de una forma particular y dependiendo del medio en que nos encontremos se trabaja siguiendo unos protocolos específicos.

Junto al médico, ¿qué otros profesionales intervienen?

Puede ser necesaria la intervención de diferentes profesionales y grupos especializados dependiendo de la situación y del entorno donde se ha de trabajar. Así, por ejemplo, en un rescate en montaña que precise helitransporte intervienen, como mínimo, un piloto, un gruísta o mecánico de helicópteros, dos rescatadores y un equipo sanitario formado por un médico y un enfermero. Si se precisa apoyo terrestre pueden intervenir, además, Protección

Civil, Guardia Civil, bomberos y otras unidades medicalizadas. Todos coordinados a través de los operadores y mandos de control. Si se trata de un rescate complicado en espeleología se puede precisar, además

del equipo sanitario y el de rescatadores espeleólogos, un equipo de espeleólogos experimentados que actúen como guías y mensajeros, equipos de instalación que trabajen delante del equipo que atiende a la o las víctimas, equipos de desinstalación que trabajen tras el paso de estos, personal de comunicaciones que trabajen dentro y fuera de la

gruta y personal que trabaje en el exterior como apoyo y enlace. Todo este personal trabaja de forma coordinada, simultánea e ininterrumpida y por turnos, por lo que deben efectuarse relevos de forma continua.

¿Qué tipo de tecnologías, materiales y equipos se utilizan?

El material médico debe ser ligero, fácilmente transportable, resistente a agresiones

externas, como golpes, humedad, cambios de temperatura, polvo en suspensión, y suficiente para atender adecuadamente al accidentado en el lugar. Se precisa material de electromedicina, material para inmovilización, equipo para el manejo de la vía aérea y la vía venosa y medicación. Además del material médico se precisa lo necesario para llevar a cabo el rescate y el equipo personal de los rescatadores. El material de rescate incluye una camilla de rescate, material para equipación en progresión vertical, para cuevas y paredes, y material de montaña. Cada miembro del equipo debe contar con su equipación personal: equipo de protección individual, equipo de progresión vertical, fuente de iluminación, ropa adecuada al entorno y climatología y demás accesorios que se precisen.

En la montaña las lesiones más frecuentes son los traumatismos, pero puede darse cualquier otro problema médico

La asistencia medicalizada sobre el terreno a accidentes en alta montaña es capaz de salvar hasta un 60 por ciento de vidas, evitando también un mayor número

de complicaciones y secuelas, ¿podría profundizar un poco más en cuál es la importancia de la medicalización de los grupos de rescate?

La medicalización de los grupos de rescate supone prestar asistencia sanitaria al accidentado desde el momento en que se esta-



blece contacto y particularmente importante es el hecho de administrar analgesia al herido.

¿Cuál es la formación que ha de tener un profesional que se dedique a la Medicina de rescate?

Además de la formación médica de urgencias es necesario un conocimiento de la patología específica del medio en que trabajamos.

¿Se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria? Por ejemplo, ¿hay que tener una forma física de-

terminada? ¿Se sigue algún tipo de entrenamiento?

El médico es un miembro más del grupo y debe tener la formación en rescate. Es necesario conocer el medio en que se trabaja, las técnicas y materiales empleados en rescate, así como conocer y asumir las pautas del trabajo en equipo.

En un rescate en cavidades intervienen una serie de factores, la mayor parte propios del medio, que lo hacen especialmente complicado, ¿podría ahondar un poco más en esto?

En cavidades contamos con diversos inconvenientes a la hora de trabajar: aislamiento del exterior, espacio disponible en ocasiones muy reducido, oscuridad, humedad relativa del aire muy elevada, partículas en suspensión... Además, la velocidad de desplazamiento del equipo con el accidentado es muy lenta, con lo que el tiempo necesario para concluir un rescate puede ser muy prolongado.

¿Cuáles son las lesiones más frecuentes con que se encuentran?

Las lesiones más frecuentes son los traumatismos, pero puede darse cualquier otro problema médico en estos medios.

¿Algunas son evitables?

Muchas son evitables, fruto de una actitud temeraria o imprudente, y otras son fortuitas.

La experiencia ha demostrado que después de un accidente, las acciones de búsqueda, rescate y primeros auxilios médicos por parte de los propios supervivientes ilesos, incrementa el índice de supervivencia de la población que ha sufrido el accidente, ¿hay datos que evidencien esto?

Por supuesto ya que el equipo de rescate tarda un tiempo en llegar y algunas situaciones precisan ser resueltas en muy poco tiempo. La población en general no recibe información suficiente sobre estos temas, los cuales deberían abordarse ya en el colegio, pues somos una sociedad cada vez más urbana y con menor contacto con la naturaleza.

En este mismo sentido, ¿cuál es el nivel de formación de la población en general a la hora de intervenir en los primeros momentos de un proceso de rescate?

Los deportistas federados en deportes de montaña sí reciben formación específica a través de sus respectivas federaciones y los cursos organizados por ellas o los diferentes clubes deportivos.



PERFILES MÉDICOS Isidro García León

En algunas comunidades hay voces que piden que los usuarios de la montaña estén federados, así como que se cobre una "tasa" a los rescatados, ¿qué piensa al respecto? ¿Sería una forma de concienciar al ciudadano sobre la necesidad de estar asegurado o, por el contrario, considera que es una medida abusiva?

Es un tema muy debatido. Usuarios de la montaña somos todos, pues es un derecho el disfrute de la naturaleza así como la asistencia sanitaria allí donde se precise. Ahora bien, no es lo mismo pasear por el monte que escalar una pared y cada uno debe ser consciente de sus limitaciones. Creo que quien practica una actividad de montaña debe estar federado, pero no estoy de acuerdo con el cobro de los rescates. ¿A quién se cobraría y a quién no? y, sobre todo, ¿quién cobraría?

Usted también interviene como médico en distintos torneos medievales a nivel nacional, ¿en qué consiste su asistencia?

En los torneos medievales la asistencia sanitaria es como en cualquier otro evento deportivo o cultural. Se aplica la Medicina actual, pero de la forma más discreta posible, para que apenas sea perceptible para el público.

¿Cuáles son las lesiones más frecuentes?

Nuevamente, los traumatismos, contusiones, fracturas, heridas, quemaduras, la mayoría de carácter leve, afortunadamente, y gracias al entrenamiento, en el que se incide mucho, en el control de los golpes al adversario para minimizar las lesiones. Además, se atiende la patología médica común no relacionada con los combates.

En otro orden de cosas, en el ámbito de la Medicina de rescate, ¿qué se hace en España que no se haga fuera y, al con-

trario, qué se hace fuera de nuestras fronteras que no hagamos aquí?

No tengo experiencia en el ámbito internacional. Antes llamaba mucho la atención la gratuidad de los rescates en España, pero eso hoy día está cambiando.

Respecto a los equipos y tecnologías, ¿qué hay fuera que no tengamos aquí y, al contrario, qué materiales hay fuera de nuestro país que aquí no disponemos y que salvan vidas?

En nuestro país disponemos en principio de equipos ma-

teriales y humanos suficientes. Ciertamente, en algunos trabajos altamente especializados el personal es más escaso, como ocurre con el espeleosocorro. Otro asunto a debatir sería la optimización del uso de estos recursos.

Desde el punto de vista de la investigación, ¿en qué se está trabajando en España?

Dentro de la investigación en Medicina de montaña hay diferentes grupos de trabajo sobre temas específicos, por ejemplo, la evaluación de la retina con Tomografía de Coherencia Óptica o la gammagrafía ósea para predecir el nivel de amputación en los alpinistas congelados. Además se trabaja en prevención, formación, asistencia, intervenciones y rescate.

¿Hay suficientes médicos de rescate en España? ¿Cuál es su nivel de formación?

Desconozco el número exacto, pero el nivel de formación es alto.

La Medicina de montaña es una especialidad

no estructurada, ¿cómo se forman los médicos en este ámbito? ¿Existe algún tipo de formación oficial?

A través de una formación postgrado. A modo de ejemplo, en el máster en Medicina de Montaña impartido por la Universidad de Zaragoza se plantean como objetivos: saber hacer Medicina de urgencias en medio difícil, aislado y hostil; saber llegar hasta el accidentado allí donde se encuentre; y saber colaborar con los equipos de rescate con la participación del Centro de Adiestramientos Específicos de Montaña de la Guardia Civil, única escuela oficial homologada del estado español.

Sin duda, la suya es una labor vocacional, ¿qué le lleva a un médico como usted a asistir este tipo de emergencias y, en cierta medida, a jugarse la vida?

Las circunstancias particulares. Al darse la coincidencia de ser médico y deportista federado, los dos caminos de formación convergen en el rescate. No es algo que yo me hubiese planteado a priori. La cuestión de "jugarse la vida" es algo que no nos planteamos, pues tanto el trabajo en un rescate como la práctica de ciertos deportes considerados "de riesgo" es algo muy metódico y seguro si se siguen rigurosamente los

protocolos. Personalmente pienso que existe más riesgo en la carretera cuando conduzco a diario.

En otro ámbito, y dada la situación que estamos vi-

viendo, ¿cómo valora el panorama sanitario español actual? ¿Los recortes que se vienen produciendo pueden poner en peligro las vidas de aquellos que requieren los servicios de una unidad médica de rescate?

Es un tema que deben plantearse y valorar los políticos que nos gobiernan. Tengo esperanza en que algún día se aplique el sentido común al igual que se hace en los momentos más difíciles de un rescate ■

AULA de la FARMACIA

estrena
nueva
web

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

The screenshot shows the website's layout. At the top, there's a navigation bar with 'Programa de formación en habilidades' and 'AULA SEFAC'. Below that is the main header with the 'saned' logo and 'AULA FARMACIA' title. A search bar and social media icons are on the right. A menu bar includes 'Portada', 'Cursos on line', 'Noticias', 'Enlaces', 'La Revista', 'Buscador de artículos', 'Oferta de Suscripción', and 'Contactos'. The main content area features several articles and advertisements. One article is titled 'Más del 40 por ciento de los españoles padece más de un factor de riesgo cardiovascular' with an image of a human torso and red blood cells. Another article is 'Prevenición, cribado y control de enfermedades prevalentes mediante el autocontrol de parámetros biológicos en la farmacia comunitaria'. There are also ads for 'NAN' baby food and 'Tecnimed'.

Te invitamos a visitarla en

www.auladelafarmacia.org

saned.
GRUPO





La nueva baza del sector **biotecnológico**

Esta nueva herramienta no sólo es primordial para mejorar la competitividad de las biotech sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema. Nos referimos a la 'Innovación Responsable'. Un concepto que ya suena, porque se lleva años hablando de innovación sostenible o innovación para preservar el planeta, pero en realidad es relativamente novedoso. Se enmarca dentro de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) y además se incorpora a los departamentos de I+ D+i.

Texto  Mónica de Haro



Expertos en el tema como el Dr. Fernando Mugarza, director de comunicación del grupo Zeltia, creen que "las organizaciones en general deben generar una cultura interna de RSC que emane desde las cúpulas directivas al resto de eslabones o departamentos". Los orígenes de este nuevo enfoque hay que buscarlos en el libro verde de la RSC que la UE lanzó en 2001. Una gran revolución en palabras del director de comunicación del grupo Zeltia, porque "integra los principios empresariales con el entorno financiero, social y medioambiental". Desde entonces se fueron produciendo avances en pro de la comunicación transparente o las memorias de triple resultado, auspiciadas por la Global Reporting Initiative (GRI).

Esto se traduce en que más del 80 por ciento de los españoles apoya incrementar o mantener la inversión en I+D+i. Aunque sólo el 36,7 por ciento haría donaciones altruistas a la Ciencia. Así lo recoge la VI Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), cuyos resultados se han incluido en la tercera edición del Informe IBAC 3.5 (Informe de Biotecnología Aplicada en la Comunicación). Un documento que busca fomentar la innovación, la divulgación y el análisis de la información biotecnológica aplicada a la salud surgió por iniciativa del Observatorio Zeltia y cuenta con la colaboración del Centro de Estudios Superiores de la Industria Farmacéutica (CESIF), de RDí (Red de Innovación) y de la Cátedra Innovación, Salud y Comunicación de la Universidad Rey Juan Carlos.

Con la ISO 26.000, publicada en noviembre de 2010, las empresas ya contaban

con una guía en RSC de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO). Aunque al no tener carácter vinculante, se acogen a ella de manera totalmente voluntaria. Más adelante, Forética - la asociación de empresas y profesionales de la RSE líder en España y Latinoamérica - crea la norma de empresa SGE 21, el primer sistema de gestión de la responsabilidad social europeo que permite, de manera voluntaria también, auditar procesos y alcanzar una certificación en gestión ética y RSC.

En este sentido, Germán Granda, director general de Forética, explica que "la innovación se encuentra íntimamente relacionada con la sostenibilidad y la responsabilidad social en tanto en cuanto se centra en extraer el mayor valor económico y social con el menor uso de recursos".

Para impulsar su desarrollo, la Comisión Europea puso en marcha la Estrategia 2020 que apuesta por las *smart cities*, la eficiencia en la gestión y uso de agua, el aprovisionamiento sostenible de materias primas no energéticas, la movilidad inteligente de ciudadanos y empresas en la UE y la productividad agrícola y sostenibilidad.

Cambio de valores

"La 'Innovación Responsable' es la forma en la que se gestiona una organización o un negocio. Y esa forma de gestionar, responsablemente, se debe transmitir a la sociedad para que estos nuevos valores

se vayan extendiendo como una mancha de aceite", explica Mugarza. La transformación ya está en marcha y es necesaria, aunque como apunta el representante de Zeltia: "una nueva forma de hacer las cosas puede generar procesos de profunda convulsión y destrucción de valor para algunos sectores y agentes económicos".

Para el director general de Forética también es importante que cunda el ejemplo.

Esta nueva herramienta "permite a las empresas trabajar a favor de la transparencia y luchar contra la corrupción".

Los expertos señalan también que la innovación responsable "obedece a un proceso y sistema de gestión que incluye a todos los departamentos de la organización, y es una palanca de generación de valor añadido y de mejora de la productividad y competitividad de las empresas".

Pero la innovación responsable "no es sólo creatividad, tecnología o procesos; afecta tanto a grandes empresas como a pymes, y es voluntaria siempre y cuando se ajuste a la ley y demás normas donde se imbrica". Además, "supone innovar en cualquier área de una organización de una forma ética, ajustada a los principios básicos de la RSC, puesto que se trata de un concepto novedoso paralelo a su desarrollo", afirma.

"Al evolucionar el concepto de innovación abierta, envuelve a grupos de interés tanto externos como internos a la organización". Sin duda, añade Mugarza, "es un agente de cambio dentro de las empresas y está vinculada fundamentalmente al capital humano". Es decir, que hablamos de 'Innovación Responsable' cuando ésta aporta una contribución neta positiva en los ámbitos económico, social y ambiental.

Asimismo, se considera que la innovación se encuentra íntimamente relacionada con la sostenibilidad y la responsabilidad social en tanto en cuanto se centra en extraer el mayor valor económico y social con el menor uso de recursos. Por tanto, es una de las principales herramientas de crecimiento futuro para cualquier sector de actividad.

Factores críticos

El tiempo y espacio son dos de los elementos que pueden jugar en contra de la función de 'Innovación Responsable', desestabilizándola o proyectándola. El primero puede cambiar la valoración positiva o negativa de los efectos económicos, sociales y/o ambientales de una innovación. El segundo determina el desarrollo y la evolución de dicha

innovación debido al alto nivel de especialización, a los incentivos y a la buena gobernanza a nivel socio-político de la región en cuestión. Según Granda, de las 42.000 grandes empresas que hay en Europa, menos del 10 por ciento están comprometidas con el concepto de 'Innovación Responsable' o con los principios de la RSC.

España se caracteriza por un desarrollo enormemente heterogéneo a nivel de innovación, destacando especialmente las comunidades de Aragón, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco. En nuestro país hay aproximadamente un millón de empresas (contando las pymes), y solo un 4,3 por ciento de las cuales están comprometidas

con la RSC. No obstante, el elevado porcentaje de población de entre 30 y 34 años con estudios superiores o a la importante participación en artículos científicos internacionales, hace que tengamos una buena base y un potencial innovador.

Otros aspectos fuertes son la generación de marcas comunitarias así como las ventas y lanzamientos de productos nuevos.

España dedica el 1,2 por ciento de su PIB a actividades relacionadas con la innovación, cuando los países de nuestro entorno dedican entre un 2 y un 3 por ciento de su PIB. Si nos comparamos con los países emergentes, las diferencias ya son bastante notables, puesto que países como China o Brasil dedican un 7 por ciento, un 8 por ciento y hasta un 9 por ciento de su PIB a la I+D+i. Lo cual indica que aunque la Innovación Responsable en España es uno de sus mejores atributos, aún hay un amplio margen de mejora.

Los grandes retos pendientes están vinculados fundamentalmente a la comercialización de las innovaciones y a la productividad de la I+D en términos de generación de nuevas patentes.

Además, hay que resolver otros problemas como el papel de la Administración, la ineficiente asignación de recursos económicos y la inversión pública/privada en educación versus la absorción y transformación del mercado de trabajo. Por eso el Dr. Mugarza cree que "sería deseable para tener competitividad llegar a los niveles de los países de nuestro entorno". No en vano, el caso de Zeltia en España es paradigmático, ya que dedica el 38 por ciento de su cifra de ventas a actividades de I+D+i.

En concreto, la inversión realizada en investigación y desarrollo en Zeltia durante el año 2012 ha sido de más de 40 millones de euros, ascendiendo el total de la inversión desde la creación de la compañía, hace 25 años, hasta final de 2012 a más de 700 millones de euros. En este sentido, "Zeltia es un buen ejemplo de empresa comprometida con este concepto tanto en sus fines como en sus procesos, en sus productos y en su gestión de la innovación".





Empresas modélicas

La 'Innovación Responsable' se materializa en productos y servicios, pero también se canaliza mediante un proceso o estructura, un nuevo modelo de negocio o de innovación social. Hay muchos ejemplos de ello. Como la biofarmacéutica Pharmamar del grupo Zeltia, que figura entre las principales compañías farmacéuticas españolas que más invierten en Investigación, Desarrollo e innovación. Durante sus primeros 20 años ha dedicado 470 millones de euros a I+D+i.

“Su modelo de negocio abarca desde la recolección manual y selectiva de diferentes organismos marinos hasta la aprobación y comercialización de fármacos contra el cáncer, como es el caso de 'Yondelis', lo que les ha valido para ser seleccionado por Naciones Unidas como "modelo de investigación". Pero hay más casos y diferentes interpretaciones de lo que significa ser una empresa que hace 'Innovación Responsable'. Por ejemplo, cuando a Ikea se le ocurre envolver un sillón en un paquete plano, eso es 'innovación responsable' porque de esta forma la compañía consigue abaratar costes, solucionar problemas de almacenamiento, reducir los niveles de CO2, etc.

Por su parte, el profesor Ángel Gil de Miguel, co-director de la Cátedra "Salud, Innovación y Comunicación" de la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid apunta que “la fase de testado e implementación de la idea constituye el principal cuello de botella de la 'Innovación Responsable', ya que la fase de desarrollo es mucho más costosa desde el punto de vista presupuestario". Esto hace que muchas grandes ideas queden descartadas porque no exis-

ten recursos disponibles para el desarrollo de prototipos y la realización de pruebas de productos a gran escala”, añade el profesor. Por eso, Gil de Miguel cree que “las pymes van a jugar un papel decisivo en los ciclos de innovación, generándose una simbiosis entre grandes y pequeñas empresas”.

Para Yolanda Erburu, vocal de la Comisión de Comunicación del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), “las compañías más innovadoras y que

tienen una visión a largo plazo de los retos a los que se enfrenta su negocio y su entorno suelen tener muy presente la gestión responsable aplicada al 'core' de su negocio”.

Además, la innovación responsable significa dar respuesta a los retos globales de la sociedad y del planeta descubriendo nuevos nichos de mercado desde nuestro posicionamiento como socios de salud de nuestros clientes”, añade.

En este escenario destaca el caso de Sanitas que es -desde hace siete años- la compañía global de salud más valorada y con mejor reputación (Estudio Merco Empresas 2013).

En 2009 echó a andar el programa 'Sanitas Smile', un programa de salud y bienestar para empleados que conlleva un conjunto de acciones implementadas en el centro de trabajo con el fin de conseguir una mejora completa en la salud de los empleados.

Un sistema que la compañía ha exportado a sus clientes como parte de una propuesta global de RSE; este programa, galardonado en 2012 como la mejor iniciativa española de RSE en el IV CSR Marketplace, no sólo vela por la salud de los empleados,

también consigue mejorar los ratios de productividad y absentismo.

“Esto no sería posible sin aplicar una innovación continua a nuestros productos y servicios y sin poner el foco en nuestra misión, centrada en parámetros de RSE”, afirma Erburu. “El objetivo es tender hacia vidas más sanas y felices. Queremos ayudar a más personas a vivir vidas más sanas, felices y longevas, en un entorno más saludable”.

Además, la aseguradora es pionera en aplicaciones móviles que les permiten llegar a millones de personas para impactar positivamente en su salud, y también son líderes en innovación médica aplicada. Erburu destaca también la política de no agresión con el entorno, “ya que ofrecemos a las empresas nuestro 'know how' en materia de reducción de huella de carbono como una de las empresas con menor impacto ambiental de nuestro país”.

La estrategia y la RSC de Sanitas para 2015 se centra en dos objetivos: ayudar a 60 millones de personas a adoptar hábitos de vida saludables y reducir en un 20 por ciento la huella de carbono.

Philips o FCC también hacen 'Innovación Responsable'. La primera compite haciendo servicios de iluminación mucho más eficientes que trata de vender a las administraciones públicas. Philips trabaja por ese concepto de innovación eficiente. Y FCC lo hace al conseguir el contrato de limpieza en las ciudades. Trabaja en esa línea de lograr innovaciones sociales y ambientales a través del producto. Y es que hay que trabajar por la 'innovación responsable' porque, como asegura Germán Granda, “cuando no hay transparencia evitas que ganen los mejores y perjudicas a todo el tejido empresarial”.

De las 42.000 grandes empresas que hay en Europa, menos del 10 por ciento están comprometidas con el concepto de 'Innovación Responsable' o con los principios de la RSC

España se caracteriza por un desarrollo heterogéneo a nivel de innovación

Documentación y fuentes

1. Observatorio Zeltia, Cátedra "Innovación, Salud y Comunicación" y Forética.

xylazel®

Aire Sano



A la hora de pintar, piensa en la salud de todos Xylazel Aire Sano, nueva línea de pinturas

Xylazel, como empresa del Grupo Zeltia, ha desarrollado la nueva línea Xylazel Aire Sano con productos innovadores relacionados con la salud con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas respetando el medio ambiente.

Sus dos primeros productos, "Xylazel Aire Sano Pintura adecuada para alérgicos y asmáticos" y "Xylazel Aire Sano Pintura adecuada para entornos sanitarios" son las dos primeras pinturas españolas avaladas por un sello externo como la SEAIC (Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica) y la SEMSPH (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene)

xylazel
xylazel.com



Zeltia



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector

Texto | Antonio Pais

**Resumen del verano**

La foto del verano 2013: la profesión médica en el Pacto de La Moncloa

Se producía la firma del Pacto por la Sanidad que el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio llevaban buscando desde el mes de febrero

El 30 de julio de 2013 será recordado por una foto histórica: la que se hicieron los representantes de las profesiones médica y enfermera en el Palacio de La Moncloa con el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, y la cúpula directiva del Ministerio de Sanidad. En el caso de los médicos, la foto resumía la firma del Pacto por la Sanidad que el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio llevaban buscando desde el mes de febrero. La rúbrica del Pacto por parte del Foro es, más que la foto del verano, la foto del año y de los últimos tiempos. Destacó en un verano que, como es norma en los últimos años, resultó muy intenso en los diversos ámbitos sanitarios: Consejo Interterritorial (con pacto sobre la troncalidad) y de Dependencia, acuerdo sobre la última prueba ECOE, proceso de externalización en Madrid, reforma de la Ley General del Medicamento, ámbito de negociación...

El Pacto por la Sostenibilidad del sistema sanitario lo firmaron en La Moncloa el Foro de la Profesión Médica y representantes del Ministerio de Sanidad, después de muchos días de incertidumbre sobre si la firma sería posible. El Foro defendió su sí a la firma, decidido por unanimidad entre las organizaciones que lo forman (OMC, CESM, FACME, CNECS, Decanos y CEEM) en los avances habidos respecto al mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud (SNS) "universal, equitativo y solidario", alejándolo de los intentos de privatización; en la garantía de las condiciones básicas de los profesionales; y en la búsqueda de un régimen específico para los médicos, así como en la gestión clínica liderada por éstos y en la creación de un foro de profesiones sanitarias tituladas.

La ministra Ana Mato destacó, por su parte, que el Pacto, que concierne a medio millón de profesionales sanitarios en España, está destinado a proteger la gestión sanitaria del debate partidista y a defenderla como uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar.

CESM, integrante del Foro de la Profesión Médica, destacó que con el acuerdo los médicos tendrán un estatuto jurídico propio e interlocución directa con la Administración; se promueve su liderazgo en la gestión clínica y se garantiza que no habrá más recortes a nivel estatal; asimismo, celebró que se promueve el desarrollo profesional del médico y que los médicos APD y de Cupo y Zona (unos 1.200 en España, que según el RDL 16/2012 perderían su condición de funcionarios a partir del próximo 31 de diciembre) mantendrán sus condiciones actuales hasta la edad de jubilación. Aunque en el seno de esta organización hubo voces discordantes: especialmente, la del Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana, que no asumió la "firma política" de un documento que "sólo beneficia al Ministerio" y advirtió que CESM queda "al borde de la ruptura".

El Pacto también recibió críticas del PSOE, que ve que "las raíces del sector privado están cada vez más extendidas en la red sanitaria pública" y censuró la ausencia de las CC.AA. en este acuerdo. Ya en agosto, los sindicatos CC.OO y CSI.F (buscarán el apoyo de UGT) anunciaban que en septiembre presentarán un recurso contra los convenios firmados en la Moncloa al considerar ilegales los foros de médicos y enfermeros para negociar condiciones laborales de los profesionales.

Un estudio sobre la sostenibilidad del SNS

En materia de sostenibilidad, un estudio realizado por expertos de la Universidad de Murcia advierte que la economía nacional debería crecer a un ritmo de un 1,4 por ciento anual durante el periodo comprendido entre el año 2013 y el 2016 para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Se trata de unas estimaciones referidas a la economía de la salud y el gasto público en caso de no adoptar reformas para controlar el gasto. El estudio también destacó que ninguna CC.AA. puede garantizar la solvencia de su sistema a medio plazo.

El estudio fue censurado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), que denunció el descenso constante del gasto sanitario en España: del 74,9 por ciento en 2009 al 73 por ciento en 2011, y ha bajado también el gasto sanitario total en un 0,3 en el porcentaje del PIB, según la OCDE. FADSP apuntaba que el estudio tiene "falta de rigor" y "sesgo ideológico" y parte de unas premisas falsas: no incluye los tres últimos años de profunda crisis económica. "La previsión que se hace está sesgada y no se corresponde con la realidad. Es bien conocido que entre 2010 y 2013 los presupuestos sanitarios per cápita de las Comunidades han experimentado una disminución del 11,4 por ciento, con decrecimiento promedio anual del 3,91 por ciento. Es decir, la previsión no sólo no se está cumpliendo, sino que sucede todo lo contrario porque en lugar de un aumento del gasto sanitario estamos ante una disminución del mismo", señaló la FADSP.



Según datos del Barómetro Sanitario 2012, un 70,6 de la población opina que la Sanidad funciona bien o muy bien; en el de 2011, ese mismo dato era del 73,3 por ciento.

Consejo Interterritorial: se pacta la troncalidad; un año de copago

Previamente, el 23 de julio se reunió el Consejo Interterritorial del SNS, en el que se acordó reforzar la detección precoz del cáncer, siguiendo criterios comunes en los cribados de cáncer de colon, mama y cérvix y extender a todo el país el diagnóstico precoz de la patología colorrectal para personas de entre 50 y 69 años. En el caso de los cribados neonatales se distingue entre siete patologías poco frecuentes. Y se implanta en todas las Comunidades el Consejo Genético. También resaltó la controversia existente con algunas comunidades en materia de reproducción asistida y sus garantías. La ministra Ana Mato destacó el avance de la reforma sanitaria, en especial, en la organización de la cartera básica de servicios.

Aunque una medida trascendente que pasó casi de puntillas en la información sobre el CISNS fue el acuerdo entre el Ministerio y las Comunidades en materia de troncalidad. En la Comisión de Recursos

Humanos del SNS, previa al Consejo, se dio el visto bueno definitivo al proyecto de Real Decreto que regulará el nuevo sistema de formación médica especializada, que poco a poco va viendo la luz: ahora deberá superar el dictamen del Consejo de Estado. Entre las variaciones se detalla que los programas formativos de tronco "serán periódicamente revisados y actualizados", y no hay una prohibición taxativa de que superen los dos años. En cuanto a las Áreas de Capacitación Específica, a la de Urgencias y Emergencias podrán acceder los especialistas de Anestesiología y Reanimación.

En el CISNS, Ana Mato ofreció un balance de resultados, un año después de la instauración en la práctica totalidad de las comunidades autónomas, del copago sanitario. La ministra resumió ese balance en dos datos: 145 millones de recetas menos, 1.976 millones de ahorro en gasto farmacéutico. También se redujo el gasto medio por receta hasta los 10,60 euros.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está preparando junto a las CC.AA. un real decreto para establecer prioridades y unificar los criterios clínicos que las Comunidades autónomas deben seguir para atender a los pacientes que tienen en lista de espera,

tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para intervenciones quirúrgicas. Con esta norma tratarán de reducir el tiempo de espera actual para ser sometidos a una operación no urgente, que en diciembre de 2012 alcanzó su máximo histórico al llegar a los 100 días de media, 24 más que en junio del mismo año. Ana Mato reconoció que "todas las Comunidades están haciendo esfuerzos importantes para mejorar las listas"; pero existen diferencias entre las Comunidades a la hora de establecer prioridades para operar a sus pacientes, y en algunas se incluye en la misma lista de espera diferentes procesos de desigual gravedad: con este real decreto, que se debatirá cuando esté redactado en el Consejo Interterritorial del SNS, se busca unificar criterios.

Vía libre para la última prueba ECOE

El Ministerio de Sanidad, la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y las tres grandes sociedades científicas de Atención Primaria (SEMG, semFYC y SEMERGEN) dieron el visto bueno final a la última prueba ECOE, para el acceso por la vía extraordinaria al título de médico de familia. Se reafirma el compromiso de que la prueba se celebre antes de final de año, en tres sedes: Madrid, Barcelona y Sevilla. Más de dos mil



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

candidatos se presentarán a la realización de la ECOE.

Una de las grandes novedades de la prueba es que no saldrá a concurso, como era norma habitual hasta ahora, sino que su organización la asume el propio Ministerio de Sanidad, con la participación de las comunidades autónomas, como medida de ahorro de costes. En la prueba no habrá actores y sí simulaciones en video. Aunque sea el Ministerio de Sanidad el que se encargue de organizar la prueba, lo fundamental es que ésta

se hará siguiendo el criterio profesional: del Comité de Prueba se encargará la Comisión Nacional de la especialidad de MFyC, mientras del Comité Técnico (el contenido de la ECOE) se encargarán semFYC, SEMG y SEMERGEN. El contenido de la prueba tendrá cuatro partes para evaluar habilidades y aptitudes: un test de respuesta múltiple; casos clínicos simulados; un razonamiento clínico a través del llamado 'test de script de concordancia'; y una simulación virtual.

Las sociedades científicas mostraron su satisfacción por el hecho de que la prueba, tal como era el deseo conjunto, se vaya a celebrar y ponga fin a un proceso que ha sido farragoso y que va a permitir la homologación del colectivo de Primaria.

Aprobada y publicada la reforma de la Ley del Medicamento

Tras un arduo proceso, que comenzó en la Comisión de Sanidad del Senado, donde tuvo que superar tres votos a la totalidad antes de ser aprobada, la mayoría absoluta del Partido Popular se impuso y el proyecto de ley de reforma de la Ley del Medicamento 29/2006 fue aprobado tanto en el Senado como, posteriormente, en el Congreso. La reforma incorpora dos directivas europeas para mejorar los sistemas de far-

macovigilancia, ofrecer más seguridad a la población y evitar la falsificación de fármacos. Las medidas para racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios deberán ser homogéneas en toda España.

El 23 de julio se reunió el Consejo Interterritorial del SNS, en el que se acordó reforzar la detección precoz del cáncer, siguiendo criterios comunes en los cribados de cáncer de colon, mama y cérvix

La reforma afecta directamente a la subasta de fármacos puesta en marcha (y frenada legalmente mediante sucesivos recursos) en Andalucía: la nueva norma impide a las comunidades autónomas introducir diferencias en el catálogo, precio y condiciones de acceso a los medicamentos y productos sanitarios y modificar el precio industrial que fije el Ministerio de Sanidad. La reforma también afecta a una cuestión planteada en algunas comunidades autónomas que había causado mucha polémica: la de los equivalentes terapéuticos (grupos farmacológicos que comparten alguna indicación terapéutica). La nueva norma la ataja: "Las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas terapéuticas, tendrán una base científico técnica común para todo el SNS y se realizarán en el marco de los informes (vinculantes) de posicionamiento de la AEMPS".

En el último mes, instituciones como la OMC, FACME, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH); la Sociedad Española de Farmacología; y Farmaindustria, entre otras, rechazaron la supuesta equivalencia terapéutica: su argumento general fue que esta iniciativa "limita

En el Senado, el proyecto de reforma recibió 134 votos a favor, 75 en contra y seis abstenciones. En el Congreso también se aprobó, con las enmiendas realizadas en el Senado, y posteriormente la reforma fue publicada en el BOE el 25 de julio, con lo que entró en vigor.

la capacidad de prescripción del médico y vulnera los derechos de los pacientes".

Tras la reforma de la Ley del medicamento, además, los fisioterapeutas también podrán indicar, usar y autorizar, de forma autónoma la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios relacionados con el ejercicio de su profesión, mediante orden de dispensación; los podólogos no podrán vender productos o sustancias farmacéuticas.

Ámbito de Negociación: categorías profesionales

La reunión del Ámbito de Negociación del pasado 14 de agosto se cerró con acuerdo sobre el proyecto de real decreto de homologación de categorías profesionales; antes de esta reunión, a los sindicatos se les había pedido que presentasen sus alegaciones al documento final y la gran mayoría fueron aceptadas, aunque las organizaciones sindicales lamentaron que no se incluya la necesidad de negociación expresa en este punto.

Los sindicatos defendían la necesidad de homogeneizar baremos en los procesos de selección y en la acreditación de la formación continuada. En septiembre este ámbito de negociación, que después de muchos meses sin actividad este año ha recuperado en parte su funcionalidad, volverá a reunirse: al menos, ya tiene marcada una hoja de ruta.

Comunidades autónomas: el proceso de externalización

El proceso de la denominada por el Gobierno de la Comunidad de Madrid 'externalización' de seis hospitales públicos, y 'privatización' por parte de la oposición política y diversas asociaciones médicas y sindicales, siguió su curso en verano. Y también tuvo que sortear obstáculos. A comienzos de julio, un auto del Tribunal Superior de Justicia de Madrid ordenó suspender cautelarmente el proceso, atendiendo una demanda del PSM. "El TSJM no ha tumbado nada", explicó el consejero de Sa-

nidad, Javier Fernández-Lasquetty, convencido de que no se frenaría el proceso.

Así fue: tras rechazar sólo dos días después un juzgado de lo Contencioso el recurso contra la externalización presentado por el sindicato AFEM, algo contradictorio con el auto del TSJM, el 24 de julio fue éste el que anuló la suspensión cautelar del proceso; el PSM anunció que presentaría un recurso contra este nuevo auto, Lasquetty adelantó que el proceso se pondrá en marcha en septiembre y que ya se produjo la adjudicación definitiva de los seis hospitales.

En el País Vasco la noticia el 1 de julio fue que la Comunidad va a ser la última en aplicar el copago farmacéutico desde ese mismo día, acatando la sentencia del Tribunal Constitucional. La medida tendrá excepciones en Euskadi: los pensionistas no deberán pagar por adelantado el coste total de los medicamentos, y estarán exentos las personas con discapacidad, los perceptores de renta de garantía de ingresos, los perceptores de pensiones no contributivas y los parados sin subsidio.

En Castilla y León, a mediados de julio el consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado, y el presidente de CESM, José Luis Díaz Villarig, firmaron la renovación del pacto (otros seis meses) por el que se garantiza que se mantendrán las condiciones laborales y retributivas de los médicos del Sacyl. También en esta Comunidad, se escenificó en agosto un destacable pacto: el PP y el PSOE presentaron juntos la reapertura, a partir de septiembre, de las Urgencias nocturnas locales que permanecían cerradas desde el pasado mes de octubre de 2012; el nuevo objetivo de déficit así lo permite.

En Castilla-La Mancha, el SESCAM dio inicio a su política de cambiar los gerentes y cargos directivos a través de convocatorias públicas: un paso más en la profesionalización de la gestión sanitaria pública. También en la Comunidad, a finales de julio el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha anuló el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESCAM, que esta-

blecía la jubilación forzosa de los médicos de la región a los 65 años.

Por otra parte, en el Consejo de Ministros del pasado 19 de julio se aprobó la interposición de un recurso de inconstitucionalidad contra la norma de Navarra por la que se restituía a los funcionarios la paga extra de 2012, al entenderse que la norma foral invadía competencias estatales.

En la Comunidad Valenciana, el sindicato CEMSATSE amenazó con huelgas en el caso de que la Generalitat mantenga los recortes en los salarios de los empleados públicos sanitarios en 2014.

En Galicia la noticia impactante fue el lamentable accidente del tren Alvia, en la víspera (24 de julio) de la jornada de fiesta de la Comunidad, en el que fallecieron 80 personas. Gobierno, Ministerio y Xunta destacaron la respuesta del personal sanitario ante la catástrofe.

En Canarias, la consejera Brígida Mendoza anunció la aprobación del borrador del Plan de Salud (el tercero) 2014-2019, cuyo principal objetivo es lograr la innovación en la gestión de la salud y los servicios sanitarios en las islas. El presidente del Colegio de Médicos de Tenerife, Rodrigo Martín, explicó que los médicos desconocen el contenido del Plan, aunque mostró su confianza en que se hayan tenido en cuenta algunas de las alegaciones que presentaron al mismo.

OMC y Colegios

La Organización Médica Colegial mostró su satisfacción por la aprobación del anteproyecto de la Ley de Colegios y Servicios Profesional en Consejo de Ministros, y de hecho ha retomado la elaboración de sus nuevos estatutos. Un punto de vista muy diferente fue el mostrado por Unión Profesional, que rechazó el anteproyecto de la norma al ver “graves riesgos para los derechos de los ciudadanos”, además de que el subsector de los

servicios profesionales ya fue modernizado en 2009 por la Ley Ómnibus.

Por otra parte, en la Asamblea General de la OMC de principios de julio se destacó que la tarjeta médica única permitirá el control colegial de los profesionales comunitarios que trabajen en España. La tarjeta médica reemplazará al actual carné y su información estará centralizada y unificada por la OMC

Formación

La nota de corte para el acceso a la formación sanitaria especializada aumenta: en la convocatoria 2013-14 queda fijada en el 35 por ciento de la media de los diez mejores ejercicios, según acordó a finales de julio la Comisión Técnica Delegada de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de la medida es aumentar la calidad en la selección de los profesionales” en su formación, según destacó Javier Castrodeza, director general de Ordenación profesional del Ministerio de Sanidad. Se mantiene la reserva de un siete por ciento de las plazas para personas con discapacidad igual o superior al 33 por ciento; y se limita el cupo para médicos extracomunitarios al cuatro por ciento. Según la oferta presentada por el Ministerio de Sanidad y aceptada por el Consejo Nacional de Especialidades

Médicas, para el próximo curso las plazas de formación especializada se reducirán en un tres por ciento. Según destacó el presidente de la Confederación Nacional de Decanos de Medicina, Ricardo Rigual, el

ideal de estudiantes en las facultades de Medicina españolas estará entre 5.500 y 5.700, es decir, habría que rebajar mil plazas respecto a las 6.800 propuestas.

Por su parte, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), que ya formaba parte del Foro de la Profesión Médica, se incorpora al Foro de Médicos de Atención Primaria ■

El proyecto de ley de reforma de la Ley del Medicamento 29/2006 fue aprobado tanto en el Senado como, posteriormente, en el Congreso



inst

La
antánea
médica



INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

La instantánea médica



Tras sufrir un accidente cerebrovascular es frecuente padecer trastorno de estrés postraumático

Una de cada cuatro personas que sobrevive a un ictus o ataque isquémico transitorio (TIA) sufre síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el primer año posterior al evento, y una de cada nueve experimenta TEPT crónico más de un año después, según un estudio del Centro Médico de la Universidad de Columbia, en Nueva York (Estados Unidos), publicado en la edición digital de *Plos One*. Los datos sugieren que cada año cerca de 300.000 supervivientes de accidentes cerebrovasculares o TIA desarrollarán síntomas de TEPT como resultado de su problema de salud. "Este trabajo se basa en los hallazgos recientes y muestra que el TEPT es común entre los supervivientes de infarto de miocardio y que contribuye a un riesgo dos veces mayor de un futuro evento cardíaco o de morir entre los siguientes uno a tres años. Nuestros resultados actuales muestran que el trastorno de estrés postraumático en supervivientes de accidente cerebrovascular y TIA puede aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares, accidente cerebrovascular y otros", dijo el autor, Donald Edmondson, profesor de Medicina del Comportamiento en la Universidad de Columbia. Según Ian M. Kronish, autor principal del estudio, sobrevivir a un problema de salud que amenaza la vida puede tener un impacto psicológico debilitante, por lo que los profesionales de salud deben tener como prioridad la detección de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático entre estas poblaciones de pacientes. El TEPT es un trastorno de ansiedad iniciado por la exposición a un evento traumático y su forma crónica es una duración de los síntomas durante tres meses o más. Los síntomas comunes incluyen pesadillas, evitar recordar el evento y frecuencia cardíaca y presión arterial elevada. El equipo de los doctores Edmondson y Kronish realizó un metaanálisis de nueve estudios clínicos que incluyó un total de 1.138 supervivientes de accidente cerebrovascular o TIA ■

Detectan un interruptor genético ligado al aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardíaca

El riesgo de enfermedad cardíaca y vascular puede aumentar cuando un gen se apaga, según un estudio preliminar presentado en las Series 'Webinar' de Ciencias Emergentes de la Asociación Americana del Corazón. Se trata del gen CPT1A, que produce una enzima del hígado que ayuda a descomponer la grasa en los alimentos. Dos biomarcadores conocidos son los niveles altos de colesterol LDL y triglicéridos, además de otro biomarcador reconocido, la proteína adiponectina, que se produce en el tejido graso y ayuda a regular el proceso de convertir los alimentos en energía y que, a niveles bajos, se asocia con un aumento de riesgo de enfermedad. Los investigadores examinaron estos biomarcadores en relación con un gen particular, llamado CPT1A, en 888 pacientes y supervisaron un proceso bioquímico



de metilación que apaga los genes. Durante este proceso, carbono y átomos de hidrógeno se combinan para formar un grupo metilo, que se une a una porción de un gen y apaga su actividad. Stella Aslibekyan, autora principal del estudio y profesora en la Universidad de Alabama en Birmingham, Estados Unidos, descubrió junto con sus colaboradores, que los pacientes que tenían los grupos metilo unidos a CPT1A registraban significativamente más altos niveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad y baja adiponectina. "Este es un paso en el camino hacia la Medicina personalizada, dijo Aslibekyan. En el futuro, podríamos ser capaces de detectar la metilación de CPT1A para identificar a los individuos en riesgo" ■

Los niños, profesionales de la salud y maestros, presentan mayor riesgo de contraer enfermedades respiratorias

Tras la preocupación por la gripe H7N9 en el sudeste de



Dormir lo suficiente aumenta los beneficios cardiovasculares de un estilo de vida saludable

Una noche de sueño puede aumentar el beneficio de realizar ejercicio, llevar una dieta saludable, el consumo moderado de alcohol y no fumar en la protección contra las enfermedades cardiovasculares (ECV), según los resultados de un estudio de seguimiento en una gran población, publicados en *European Journal of Preventive Cardiology*. Los resultados mostraron que la combinación de los cuatro hábitos de vida saludables tradicionales se asoció con un riesgo un 57 por ciento menor de enfermedad cardiovascular (fatal y no fatal) y un riesgo del 67 por ciento menor de eventos fatales. "Dormir lo suficiente" (que se define como siete o más horas por noche) se añadió a esos otros cuatro factores de estilo de vida. El beneficio de protección general se incrementó aún más, dando lugar a un 65 por ciento menos de riesgo de sufrir ECV y un riesgo un 83 por ciento menor de eventos fatales. La adhesión a los cinco factores de estilo de vida saludables podría prevenir o retrasar el 36 por ciento de las ECV y el 57 por ciento de las ECV fatales, calculan los autores. El impacto en la salud pública de una duración del sueño suficiente, además de los factores de estilo de vida saludables tradicionales, podría ser sustancial. Los resultados del Proyecto de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas (MORGEN), mostraron que la adhesión a cada uno de los cuatro factores de estilo de vida tradicional de por sí redujeron el riesgo de ECV, disminuyendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares desde un 12 por ciento con una dieta saludable hasta el 43 por ciento para los no fumadores, y la reducción del riesgo de ECV fatal varió del 26 por ciento para la actividad física al 43 por ciento para no fumadores. Un estudio anterior de su grupo en los Países Bajos, que incluía información sobre la calidad del sueño, encontró que aquellos que dormían menos de siete horas y se levantan cada mañana sin estar totalmente descansados tuvieron un 63 por ciento más de riesgo de enfermedades cardiovasculares que los que duermen lo suficiente ■

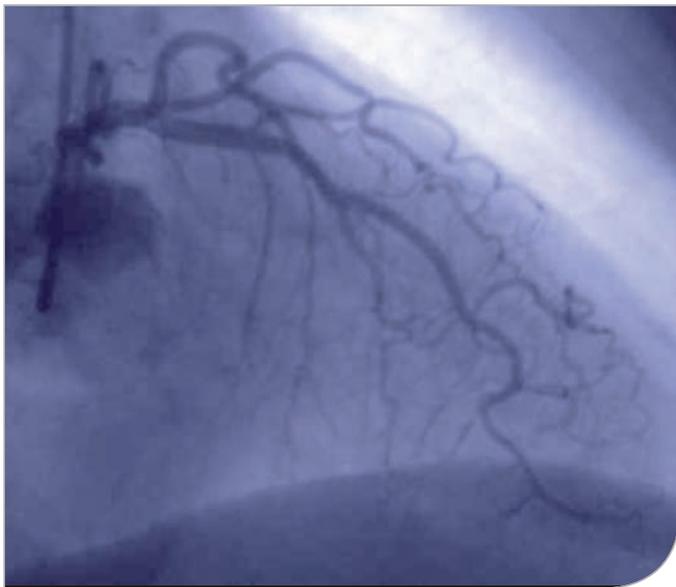
Asia y las infecciones más comunes como el sarampión y la gripe estacional, es más importante que nunca poder predecir y entender cómo las infecciones se transmiten a través de la población. Por ello, investigadores de la Universidad de Warwick y la Universidad de Liverpool, en Reino Unido, han mapeado las redes de contactos diarios de miles de personas para aportar datos sobre qué grupos pueden estar en mayor riesgo de contraer y propagar enfermedades respiratorias. Estos científicos utilizaron una web anónima y una encuesta postal de 5.027 residentes del Reino Unido para recoger información sobre los tipos de relaciones sociales que puedan dar lugar a la transmisión de las infecciones respiratorias. Un contacto social se define como una conversación cara a cara dentro de una distancia de dos metros o un contacto físico de piel con piel entre dos personas. Según el estudio, publicado en *Proceedings of the Royal Society B*, los niños estaban en lo más alto de los contactos sociales, por lo que tenían mayor riesgo de contraer y transmitir la infección. Según los datos recogidos, durante una jornada de trabajo un profesor ve a una media de 62,1 personas diferentes, mientras que una persona jubilada sólo tiene relación con alrededor de 19,3. La mayoría de las personas tienen un promedio de alrededor de 26 horas de contactos sociales al día. Los niños registran un promedio de más de 47 horas de contacto, un trabajador del sector de la salud tiene en promedio un poco menos de 33 horas de contacto de un día, un profesor suma 32 horas de contacto, mientras que los jubilados sobrepasan poco las 19 horas de relación social con otras personas. El doctor Leon Danon, del Instituto de Matemáticas de la Universidad de Warwick, explica: "Las personas que trabajan como profesores o profesionales de la salud, sin duda, ya son conscientes de que tienen un mayor riesgo de recoger virus que provocan resfriados y gripe. Pero antes de que este estudio se realizara, había muy pocos datos sobre los patrones de contacto que los seres humanos tienen en su vida diaria" ■





Aumenta el número de angioplastias practicadas en el Principado de Asturias

El Principado de Asturias ha pasado durante el año 2012 a ser la primera Comunidad en tratamientos avanzados del infarto agudo de miocardio mediante Intervencionismo Coronario Percutáneo Primario, con 467 procedimientos por millón de habitantes, según el último registro presentado por la Sociedad Española de Cardiología. Este dato supone un incremento de 177 procesos con respecto a 2011 y supera en 169 la media nacional

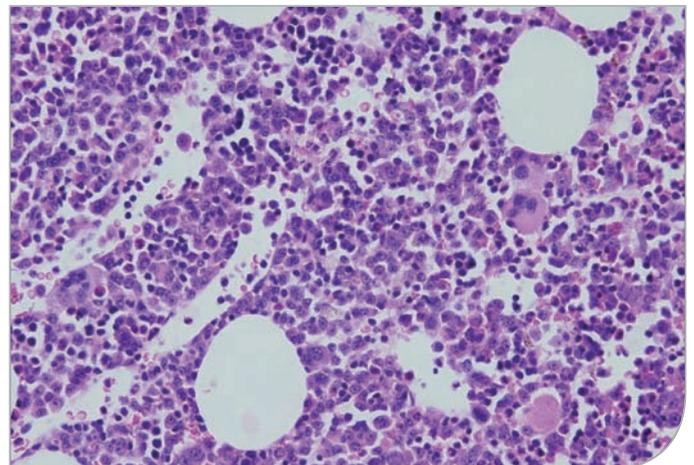


de 2012. El Intervencionismo Coronario Percutáneo, también conocido como Angioplastia Primaria (ACTP Primaria), es el procedimiento para el tratamiento del infarto que ha demostrado ser más efectivo, mejorando la supervivencia de los pacientes en el corto y largo plazo. De este modo, se procede a la extracción del trombo que ocluye la arteria y posteriormente se infla un balón que aplasta la placa que desencadenó el infarto, consiguiendo que la arteria coronaria recupere un calibre normal. A continuación, se implanta un dispositivo a modo de malla metálica para evitar la reoclusión. Los resultados en la supervivencia de los pacientes son mejores cuanto más precoz es el tratamiento, porque la recuperación del tejido muscular cardíaco infartado es tiempo-dependiente. La demora máxima ideal es menor de 90 minutos desde el diagnóstico hasta el inflado del balón con apertura de la arteria. En Asturias, cada vez que se diagnostica a un paciente de infarto agudo de miocardio se alerta al 112 y se envía una UVI móvil capaz de resolver las complicaciones más importantes y precoces del infarto agudo de miocardio como la muerte súbita por fibrilación ventricular o parada cardíaca, que no se podrían solucionar si el transporte se hiciera por otros medios como un vehículo familiar o público. La UVI móvil transporta al paciente hacia el hospital con

sala de hemodinámica más próxima y operativa las 24 horas del día durante todo el año ■

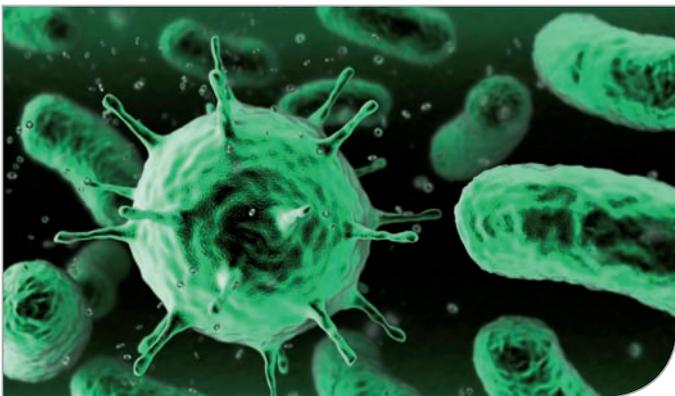
El tratamiento precoz de pacientes con mieloma asintomático retrasa la progresión de la enfermedad y prolonga la supervivencia

El estudio realizado por el Grupo Español de Mieloma (GEM-PETHEMA), y publicado en la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine* marca un hito en el camino del tratamiento del mieloma. Esta investigación sienta las bases para la realización de futuros estudios y supone un cambio en el concepto actual en el tratamiento y en la lucha contra este tipo de cáncer hematológico. El tratamiento precoz del mieloma asintomático de alto riesgo de transformación en mieloma múltiple activo puede mejorar de forma significativa la evolución de la enfermedad, al retrasar su progresión y aumentar significativamente la supervivencia de los pacientes. Los resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad de identificar como un grupo diferente a los pacientes con mieloma asintomático de alto riesgo de transformación en activo, así como la conveniencia de considerarlo como un mieloma sintomático en fase precoz. Al mismo tiempo, la posibilidad de que un tratamiento precoz en esta fase pueda mejorar la evolución posterior del mieloma múltiple supone un cambio de paradigma en la práctica clínica habitual con pacientes que sufren este tipo de cáncer asintomático, dado que hasta ahora no se trataba si no presentaba síntomas. Este estudio pionero en el mundo ha contado con la participación de 21 hospitales españoles pertenecientes al Grupo Español de Mieloma (GEM-PETHEMA) y 3 centros portugueses y ha sido coordinado por los doctores Jesús San Miguel y María Victoria Mateos, del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca. El mieloma múltiple es un tipo de cáncer que se produce por la transformación maligna de las células plasmáticas, presentes en la médula ósea y responsables de producir, en lugar de inmunoglobulinas normales, un único tipo de inmunoglobulina



llamado componente monoclonal. Los síntomas que aparecen son lesiones óseas que producen dolor óseo, anemia, hipercalcemia o insuficiencia renal. Además, los pacientes que sufren este tipo de neoplasia tienen mayor riesgo de padecer infecciones. Según explica el doctor Jesús San Miguel, "en los últimos años han aparecido fármacos nuevos para el tratamiento del mieloma múltiple, lo que ha contribuido a aumentar la esperanza de vida de forma notable, de manera que la supervivencia media se sitúa ahora entre los 5 y los 7 años" ■

CSIC identifica proteínas de bacterias extremófilas con una estructura similar a las metaloproteasas de membrana humanas



Una investigación liderada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ha conseguido identificar una familia de pequeñas proteínas presentes en bacterias extremófilas, las cuales tienen una estructura similar a las metaloproteasas de membrana humanas. Los expertos de este organismo científico sostienen que estas proteínas son "fáciles de obtener y cristalizar", además de que tienen una estructura parecida en su parte funcional a las citadas que pretenden estudiar. Así lo exponen en la revista especializada *The Journal of Biological Chemistry*. De esta forma, los especialistas han resuelto el problema que representa el hecho de que algunas de estas proteínas se encuentran integradas en las membranas celulares, "lo que dificulta su extracción", indican al tiempo que informan de que el estudio en profundidad de éstas "suele requerir su cristalización y la determinación de su estructura en 3D". Ahondando en las metaloproteasas de membrana humanas, desde el CSIC señalan que éstas "son conocidas por cortar otras proteínas y péptidos", aunque también juegan un papel en otros procesos como "el cáncer, la metástasis y la enfermedad de Alzheimer". Precisamente, es su intervención en dichos procesos "lo que fundamenta su análisis", sostiene al respecto el investigador del Instituto de Biología Molecular de Barcelona del CSIC, el doctor Xavier Gomis-

Ruth, que expone que conocer la estructura detallada de una proteína puede desvelar sus patrones de funcionamiento ■

Alimentarse de manera saludable reduce el riesgo de sufrir un segundo evento cardiaco

Alimentarse de manera saludable puede reducir en un 22 por ciento el riesgo de sufrir un evento cardiaco por segunda vez, tal y como ha evidenciado una investigación publicada en la revista especializada *Circulation*. Este trabajo, que ha sido recogido por la Fundación Española del Corazón (FEC), va más allá de la evidencia de que una dieta saludable se asocia a la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Por ello, ha analizado la relación entre ella y el riesgo de estas patologías en pacientes bajo tratamiento farmacológico. La conclusión obtenida por los expertos es que una buena alimentación "aumenta la efectividad de los fármacos y ayuda muy significativamente en la prevención secundaria de las enfermedades del corazón". A tenor de ello, la FEC destaca la importancia de la dieta mediterránea y su consumo habitual de "frutas, verduras, legumbres, pescado y aceite de oliva". Para sus especialistas, estos alimentos ayudan tanto a la prevención, como al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, así como "a la disminución del consumo de grasas, especialmente las saturadas". Además, se evitan otros productos como "huevos, carnes, embutidos o quesos". Así lo explica el presidente de la Federación, el doctor Leandro Plaza, que añade que "ningún cardiópata debería salir de la consulta médica sin recibir unas indicaciones dietéticas adecuadas al tipo de medicación prescrita". Para él, los cardiólogos "deben acostumbrarse a añadir esas indicaciones junto con la prescripción del fármaco". En el estudio realizado se observó que una alimentación saludable "puede reducir un 35 por ciento el riesgo relativo de muerte cardiovascular, un 14 por ciento el riesgo a sufrir infarto de miocardio, un 19 por ciento el riesgo de accidente cerebrovascular y un 28 por ciento el riesgo de padecer insuficiencia cardiaca congestiva" ■





SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Cardiología

Guía de recomendaciones per a la persona afectada de malaltia coronària

Coordinación: Alfredo Bardají.



La Sociedad Catalana de Cardiología ha editado “*Guía de recomendaciones per a la persona afectada de malaltia coronària*”, manual que cuenta con el aval del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y ha sido patrocinada por la compañía biofarmacéutica AstraZeneca.

Este nuevo texto ofrece un material de educación sanitaria para los pacientes con enfermedades del corazón, ya que está dirigida a todos los pacientes que han sufrido un infarto

de miocardio o angina de pecho y sus familiares, y será entregada por los profesionales sanitarios de los Servicios de Cardiología cuando los pacientes reciban el alta hospitalaria.

Este manual pretende aportar información sencilla y útil sobre las enfermedades del corazón, su prevención y tratamiento, así como consejos para que los pacientes y sus familiares puedan seguir activamente las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

La edición de esta Guía es una actividad de educación sanitaria dentro del marco del convenio de colaboración entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y la compañía biofarmacéutica AstraZeneca para el patrocinio de actividades de salud denominado “Proyecto de Manejo de Gestión del Paciente con Infarto Agudo de Miocardio y Mantenimiento del Registro del Código Infarto de Cataluña”.

La guía consta de 8 capítulos que recogen información, consejos y recomendaciones sobre diferentes cuestiones como: ¿Por qué he tenido un infarto de miocardio o angina de pecho?; ¿Qué pasará cuando llegue al hospital?; Ya me han dado el alta hospitalaria. ¿Y ahora qué?; ¿Qué tratamiento tendré que seguir? ¿Tendré que tomar muchas pastillas?; ¿Cómo tendré que modificar mi estilo de vida?; ¿Qué debo hacer si vuelvo a tener un dolor en el pecho?; Asimismo, concluye con Diez consejos a seguir después de haber padecido un infarto de miocardio o angina de pecho y Diez recomendaciones para mantener un estado de salud excelente y evitar las enfermedades cardiovasculares ■

Endocrinología

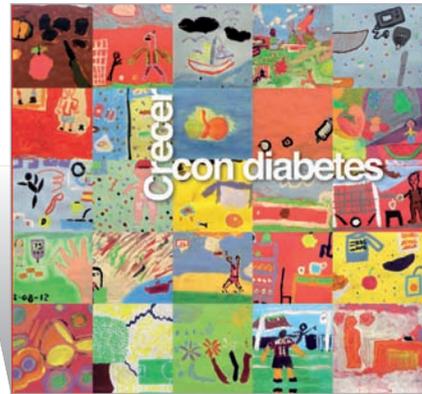
Crece con diabetes

Autores: VV.AA.

Más de veinte jóvenes con diabetes han colaborado con sus relatos en la elaboración del primer libro español que abor-

da la enfermedad con testimonios personales. La Asociación de Diabéticos del Principado de Asturias (ASDIPAS) junto con el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la colaboración de Sanofi han editado el libro “*Crece con Diabetes*”.

Se trata del primer libro que se edita en España creado a partir de los relatos y dibujos de niños y adolescentes con diabetes y con edades entre los 7 y los 17 años. Los jóvenes protagonistas participaron el pasado verano en el campamento para niños con



diabetes organizado en Colunga (Asturias). Cada año se diagnostican en España alrededor de 1.000 nuevos casos de diabetes en niños menores de 15 años.

La Diabetes Infantil plantea un conflicto enorme en el entorno del niño dadas las características peculia-

res que concurren y hay que procurar “normalizar” esta situación cuanto antes. La única forma que existe es desde el conocimiento de la diabetes y todas sus peculiaridades. El libro, que se distribuirá inicialmente a través de los Servicios de Endocrinología de los hospitales, tiene como objetivo plasmar la experiencia personal vinculada a la diabetes de cada uno de los participantes en el campamento, además de aportar consejos prácticos de profesionales sanitarios para un correcto manejo de esta patología ■

Oncología

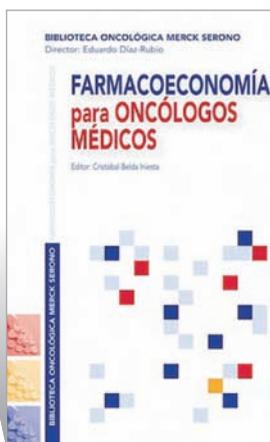
Farmacoeconomía para Oncólogos Médicos

Editor: Cristóbal Belda Iniesta.

Las fuertes inversiones que exige el tratamiento del cáncer convierten el tratamiento oncológico en una diana para la optimización de los recursos y exige integrar la Farmacoeconomía en las guías de práctica clínica. El impacto presupuestario, debido a la actual coyuntura económica, evidencia la necesidad de un análisis que permita aunar los intereses clínicos con la sostenibilidad del actual modelo de salud.

La monografía *Farmacoeconomía para Oncólogos Médicos*, de la Biblioteca Oncológica Merck Serono ofrece las bases del análisis farmacoeconómico a los oncólogos clínicos, de forma que esa formación revierta en pro de la sostenibilidad del sistema y de la práctica idónea de la profesión.

Estructurado en seis capítulos, este manual intenta fragmentar la



lectura proporcionalmente a los intereses de cada lector. Si estuviera interesado en el desarrollo de biomarcadores o ensayos clínicos en fases precoces, los capítulos dedicados a esos campos le permitirán incorporar estos conceptos. Si sus intereses se orientan hacia la administración pública, se aportan herramientas para las eventuales negociaciones con la misma.

Conscientes de que la formación específica en Farmacoeconomía es una prioridad en Oncología, el manual se propugna con el objetivo de ayudar al oncólogo a adquirir las bases del análisis farmacoeconómico y aplicarlas a la práctica clínica ■

Pediatría

TDAH en Pediatría



Coordinador: Pedro Javier Rodríguez Hernández.

El papel fundamental del pediatra en la detección del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y en su tratamiento inicial, motiva “*TDAH en Pediatría*”, primer manual sobre este trastorno para esta especialidad.

El libro, que ha contado con la colaboración de los principales expertos nacionales en este trastorno, incide en la importancia del diagnóstico precoz, así como en el diagnóstico de la comorbilidad asociada al TDAH. En líneas generales, se acepta que hasta dos tercios de niños con TDAH presentan un trastorno comórbido a lo largo de su vida. El TDAH constituye por tanto un importante factor de riesgo para otros trastornos como las dificultades en el aprendizaje, uno de los aspectos en los que el TDAH tiene un mayor impacto, o el trastorno por uso de sustancias (TUS), ya que las personas que durante la infancia han presentado un TDAH tienen mayor vulnerabilidad a las adicciones en la vida adulta.

Los trastornos de conducta disruptiva (TCD), de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, trastorno bipolar (BP) y trastorno de Tourett son otras de las comorbilidades que se contemplan en el caso de las personas con TDAH. La guía ofrece unas pautas concretas de actuación en cada caso y las opciones de tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, más adecuadas en cada caso ■

El documento se encuentra disponible a través de www.ser.es en el apartado de “Recomendaciones” y la novedad es que está editada en un nuevo formato, de fácil acceso y navegabilidad desde diferentes dispositivos móviles ■

tamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, más adecuadas en cada caso ■

Reumatología

Guía de práctica clínica integral para el manejo de la gota (GuipClinGot)

Coordinador: Fernando Pérez Ruiz.

La Sociedad Española de Reumatología, en colaboración con Laboratorios Menarini, ha publicado la primera Guía de práctica clínica integral para el manejo de la gota (GuipClinGot), con el fin de mejorar globalmente la atención de los pacientes que sufren esta enfermedad.

Este manual, que pretende orientar a todo el personal sanitario implicado en la asistencia a pacientes con gota en los diversos aspectos de la misma, surge del Grupo de Estudio de las Artropatías Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología (GEAC-SER) al observar que las recomendaciones de EULAR (*European League Against Rheumatism*) eran muy genéricas y no se adaptaban a situaciones clínicas concretas, ni eran directamente aplicables al entorno asistencial en España. La existencia de lagunas en los aspectos prácticos, y en las particularidades relacionadas a las fichas técnicas de los medicamentos que se utilizan en este país resalta la necesidad de un documento que actualice los protocolos de actuación e involucre a pacientes, médicos de AP, enfermería, y otros expertos.

El contenido incluye definiciones, diagnóstico nosológico y etiológico, evaluación del paciente, comorbilidades (enfermedades asociadas) y tratamiento, teniendo en cuenta tanto las medidas generales, como las farmacológicas. Asimismo, aporta múltiples ventajas, como la evidencia sobre la evaluación (diagnóstico clínico y microscópico, empleo de técnicas de imagen, etc.); el manejo de la gota (refractariedad al tratamiento, nuevos medicamentos, actualización sobre el empleo de fármacos veterinarios y utilización de medicamentos fuera de la indicación aprobada) e impacto sobre diversos aspectos como la aparición de lesiones estructurales osteoarticulares, calidad de vida, mortalidad, etc.



El documento se encuentra disponible a través de www.ser.es en el apartado de “Recomendaciones” y la novedad es que está editada en un nuevo formato, de fácil acceso y navegabilidad desde diferentes dispositivos móviles ■

El documento se encuentra disponible a través de www.ser.es en el apartado de “Recomendaciones” y la novedad es que está editada en un nuevo formato, de fácil acceso y navegabilidad desde diferentes dispositivos móviles ■



EN PREVISIÓN Citas de interés

Atención Primaria



35º Congreso Nacional Semergen Barcelona 2013

Barcelona. Fecha inicio: 23/10/2013. Fecha fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: AP CONGRESS. Narváez 15, 1º. 28009 Madrid. Tel: 902 430 960. Correo electrónico: info@apcongress.es Referencia web: www.semergenbarcelona2013.com

Cardiología

Congreso SEC 2013

Valencia. Fecha inicio: 24/10/2013. Fecha Fin: 26/10/2013. Secretaría Técnica: Servicio de Organización de Congresos de la Sociedad Española de Cardiología. C/



Ntra. Sra. de Guadalupe, 5 y 7. 28028 Madrid. Tel: 902 112

629. Fax: 902 113 630. Correo electrónico: info@cardiologia-congresos.org Referencia web: http://www.secardiologia.es

Medicina Interna

XXXIV Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

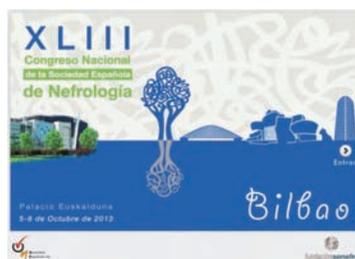
Málaga. Fecha inicio: 21/11/2013. Fecha Fin: 23/11/2013. Secretaría Técnica: S&H Medical Science Service. C/ Espronceda, 27 - Entrepunta. 28003 Madrid. Tel: 915 35 7 183. Fax: 911 817 6 16. Correo electrónico: congresos@shmedical.es Referencia web: http://www.fesemi.org/



Nefrología

XLIII Congreso de la Sociedad Española de Nefrología

Bilbao. Fecha de inicio: 05/10/2013. Fecha fin: 08/10/2013. Secretaría Técnica:



Secretaría de la S.E.N. Tel: 902 929 210. Fax: 902 820 710. Correo electrónico: senfro@senfro.org Referencia web: www.senfro.org/congreso2013

Oncología

XIV Congreso Nacional de Oncología Médica

Salamanca. Fecha inicio: 23/10/2013. Fecha Fin:



25/10/2013. Secretaría Técnica: Departamento de Congresos (SEOM). C/Velázquez, 7, 3º. 28001 Madrid. Tel: 915 775 281 - Ext. 2. Fax: 911 393 556. Correo electrónico: congresos@seom.org Referencia web: http://www.seom2013.org/

Otorrinolaringología

64 Congreso Nacional de la SEORL-PCF

Madrid. Fecha de inicio: 25/10/2013. Fecha fin: 28/10/2013. Secretaría Técnica: Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial C/ General Pardiñas, 45, 1º D - 28001 Madrid. Tel: 915 759 393. 630 51 30 93. Referencia web: http://congresos.seorl.net/nacional/64

Pediatría

XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria

Las Palmas de Gran Canaria. Fecha de inicio: 17/10/2013.



Fecha fin: 19/10/2013. Secretaría Técnica: Grupo Pacífico. C/ Marià Cubí, 4. 08006 Barcelona. Tel: 932 388 777. Fax: 932 387 488. Correo electrónico: congresosepeap@pacifico-meetings.com Referencia web: http://www.congresosepeap.com/

Reumatología

10º Congreso de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica

Granada. Fecha inicio: 14/11/2013. Fecha Fin: 16/11/2013. Secretaría Técnica: GRUPO PACIFICO. General Martínez Campos, 44, 1º A y C. 28010 Madrid. Tel: 913 836 000. Fax: 913 023 926. Correo electrónico: serpe2013@pacifico-meetings.com Referencia web: http://serpe2013.pacifico-meetings.com/



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, inmuno-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 hiperamoniemia. **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 contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos 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 (≥10%), Frecuentes (de ≥ 1% a <10%), Poco frecuentes (de ≥ 0,1% a <1%), Raras (de ≥ 0,01% a < 0,1%), Muy raras, incluyendo casos aislados (≤ 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: Diplopía. **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, urgencia 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: Sofocos. **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 hepatobiliares:** 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, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash entomatoso, 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'-metilpirido (1',2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifaximina 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 caracteriza 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 polimórficas 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 contraportada

BAMA — GEVE

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

REPORTAJE

EN PORTADA

El médico, también enfermo



El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) lleva ya 14 años de andadura y más de 3.000 médicos atendidos, habiéndose consolidado en todo el territorio nacional como una necesidad básica de la profesión médica, y ya sólo por sí mismo, y como uno de los motivos de la necesidad de la colegiación obligatoria. El perfil de este médico enfermo es el de un varón que trabaja en AP, en medio urbano, y que suele acudir por algún tipo de trastorno mental. Este año, además, se ha celebrado el V Congreso Paime, en el que se planteaban retos como la necesidad de una mayor implicación por parte de los Colegios, pero sobre todo de las Administraciones Públicas.

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"

José Francisco García

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Coordinador del Grupo Internet y Salud de la EASP:
"Cibercondría: hipocondría on-line"

André Bolliger Horisberger

Presidente de ASPROMEL. Tesorero y miembro de la Junta Directiva de EANA (Asociación Europea de Médicos de Ejercicio Libre):
"Médicos en ejercicio libre de España. Los más desprotegidos de Europa"

Ángel Cabrera

Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles:
"El paciente, actor principal de su tratamiento"

ENTREVISTAS

Santiago Muñoz Fernández

Presidente de la Sociedad Española de Reumatología



Pilar de Lucas Ramos



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

Antonio Zurita

Servicio médico del aeropuerto Madrid-Barajas



OTROS TEMAS

REPORTAJE



El nuevo sistema de precios de referencia

RADIOGRAFÍA



Últimos avances en diabetes

Especialistas en Sistema Nervioso Central



www.lundbeck.com

Lundbeck es la única multinacional farmacéutica a nivel mundial especialista en el tratamiento de patologías del Sistema Nervioso Central.

En Lundbeck, la búsqueda de nuevos fármacos para el futuro es el eje de todas nuestras actividades.

Nuestro objetivo es investigar y desarrollar fármacos que representen una innovación en el tratamiento de patologías psiquiátricas y neurológicas.

Y nuestra misión es Mejorar la Calidad de Vida de los Pacientes que sufren Enfermedades Psiquiátricas y Neurológicas.



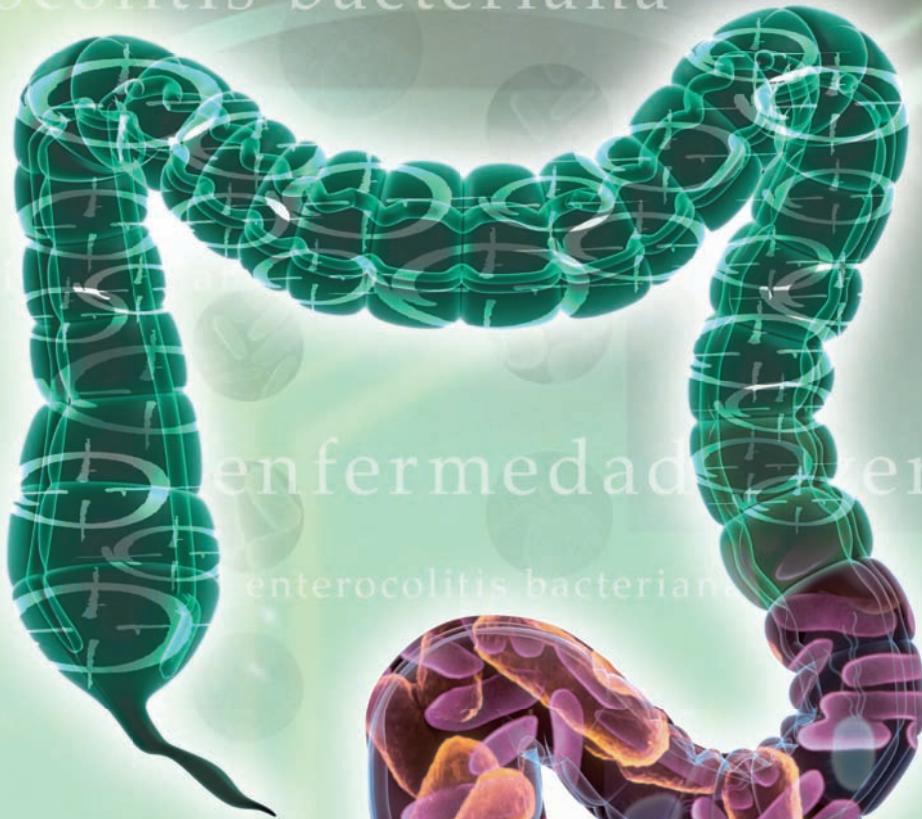
hiperamoniemia

Spiraxin®

(rifaximina-α)

enterocolitis bacteriana

enfermedad



enfermedad div

hiperamoniemia

d diverticular

enfermedad diverticular

enferme

enterocolitis bacteriana



hipera

hiperamoniemia

ocolitis bacteriana

enfermedad dive



Financiado por el SNS

ACCIÓN INTESTINAL ASEGURADA

BAMA - GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97