



El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1151. Febrero 2014



Freno a los ajustes sanitarios en las Comunidades Autónomas

Reportaje

Nuevo programa
de salud de la UE

Radiografía a...

Elecciones colegiales
en 2014

Entrevista

Pilar Román Sánchez
Presidenta
de la SEMI



En homenaje a Jenaro Bascuas,
fundador y presidente
de Grupo SANED



Aterina®

Sulodexida

Revive los vasos sanguíneos

● EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TROMBOEMBÓLICAS



FINANCIADO POR EL SNS

Ficha técnica

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

BAMA - GEVE

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

En memoria de nuestro editor

El pasado 12 de enero fallecía de forma repentina el fundador de EL MÉDICO, su editor y director durante su primera etapa. Sin previo aviso, Jenaro Bascuas inició otro camino y dejó un gran vacío en todos los que trabajamos día a día para sacar adelante el proyecto que fuera su gran apuesta y en el que seguía participando con gran ilusión: esta Revista.

Además de nuestro jefe, Jenaro Bascuas ha sido un gran maestro y referente para todos los que tuvimos la suerte de trabajar con él. Exigente como nadie, tenía también una gran virtud. Nuestro presidente siempre confiaba en quienes hemos sacado adelante cada día la Revista EL MÉDICO. Nos dejaba trabajar y no dudaba de nuestro criterio. A su lado hemos aprendido mucho de comunicación, de nuevas tecnologías, de empresa, de manejo de recursos...

No en vano, Grupo SANED se inició como una editorial médica, pero Jenaro Bascuas pronto vislumbró la necesidad de abrir nuevos caminos y comenzó su actividad en el sector de servicios dentro del ámbito médico-farmacéutico.

Además, su capacidad para adelantarse a las necesidades de la comunicación le llevó en la década de los 90, y ante la irrupción de las nuevas tecnologías y los primeros pasos de Internet, a la creación, dentro de la compañía, de una empresa especializada en servicios informáticos para el colectivo, albergando el primer servidor para médicos y la edición de EL MÉDICO INTERACTIVO. Este periódico, primer diario de información sanitaria en Internet, fue otra de sus grandes apuestas en el mundo del periodismo sanitario. Jenaro Bascuas se convertía en uno de los primeros en poner online en España un medio de comunicación. Nuestro editor colocaba al Grupo a la cabeza de un campo en el que siempre ha mantenido el liderazgo.

A lo largo de los más de 30 años de su trayectoria profesional Jenaro Bascuas ha sido protagonista y parte activa de la evolución del entorno sanitario, lo que le ha convertido en una figura de gran calado en dicho ámbito, respetado tanto por los líderes políticos y decisores, como por los profesionales, la industria farmacéutica, el mundo editorial y el sector servicios.

Como ya hemos comentado en el reportaje/homenaje que se publica en esta edición, con su fallecimiento se pierde a un sobresaliente empresario y a una persona muy querida y reconocida, pero su memoria seguirá viva en cada página, en cada edición de esta Revista; y en el trabajo y la dedicación de todos y cada uno de los profesionales que un día trabajamos con él. DEP ■



EN PORTADA

REPORTAJE DE PORTADA

Los ajustes sanitarios en las Comunidades Autónomas se frenan en el 2014

26



Según un informe elaborado por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, en seis de las 16 comunidades que analiza -a falta de la Comunidad Foral de Navarra que aún no ha aprobado la prórroga de sus presupuestos- desciende globalmente el gasto sanitario. La reducción mayor se produce en Cataluña seguida de Andalucía. También ven rebajadas sus cuentas sanitarias Galicia, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Madrid. Sin embargo, en las diez restantes los dineros públicos dirigidos a Sanidad se incrementan.

ENTREVISTAS

Pilar Román Sánchez

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna

36



Jesús Gutiérrez Morlote

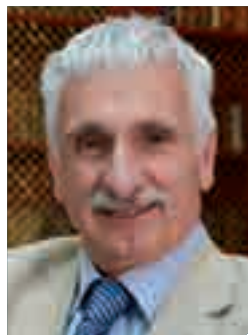
Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Marqués de Valdecilla. Ex director general del Insalud.

42

Bernard Pécoul

Director ejecutivo de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas

68



FORO DE EXPERTOS

JOAQUÍN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Director gerente. Clínica La Luz de Madrid

16



CANDELA CALLE

Directora general del Instituto Catalán de Oncología

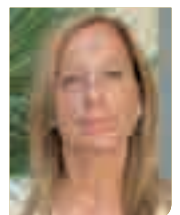
20



ROSER GARRETA FIGUERA

Presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

22



REPORTAJE

En homenaje a Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED

Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED, editor de cabeceras de gran prestigio como la Revista EL MÉDICO, EL MÉDICO INTERACTIVO, AULA DE LA FARMACIA y EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA, falleció el pasado 12 de enero, a los 67 años, a consecuencia de un paro cardiaco en su domicilio de Madrid.

8



Especialistas en Sistema Nervioso Central



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.



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a
José Alejandro López del Val
Gerente Fundación Hospital de Calahorra
54



RADIOGRAFÍA A...

Las elecciones en el COMB centran el intenso calendario electoral de los colegios de médicos en 2014



60

REPORTAJE

El valor de la innovación en la imagen médica

La Medicina en el futuro va a pivotar sobre las técnicas de manejo de la imagen. Entre los retos están cómo lograr la innovación disruptiva en la imagen médica avanzada o cómo acercarla al paciente; pero también dar valor a las ideas y el impacto y la evaluación del retorno en proyectos.

74

REPORTAJE

Nuevo programa de salud de la UE. Un plan para cohesionar la Sanidad e impulsar el crecimiento económico



48

PERFILES SANITARIOS

Luis Ovejero
Director médico del Balneario de Archena. Murcia
80



OTROS TEMAS

Presentación
3
Fue noticia
86
La instantánea médica
90
En Previsión
96
Próximo número
98

El Médico

EDITA:



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 2014. 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.

Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Alto rendimiento

Presencial

Online

IMPRESO

Comunicación

Medicos

Enfermería

EQUIPO

Taller

Farmacia

Gestores

Web 2.0

CONFLICTOS

Programa Avanzado

Programa Superior

Farmacoeconomía

Máster

Liderazgo

Tiempo





En homenaje a Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED

Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED, editor de cabeceras de gran prestigio como la Revista EL MÉDICO, EL MÉDICO INTERACTIVO, AULA DE LA FARMACIA y EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA, falleció el pasado 12 de enero, a los 67 años, a consecuencia de un paro cardíaco en su domicilio de Madrid. Nuestro editor y director durante los primeros años de andadura de la Revista deja así un vacío en todos los que trabajamos día a día para sacar adelante el proyecto que fuera su gran apuesta y en el que seguía participando con gran ilusión.

Texto  Redacción

Fotos  Archivo EL MÉDICO



REPORTAJE

En homenaje a Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED

Licenciado por ICADE en Derecho y Económicas, Jenaro Bascuas iniciaba su brillante trayectoria empresarial en el mundo de la comunicación sanitaria fundando en 1982 la Revista EL MÉDICO, de la que fue director durante su primera etapa, y que, gracias a su interés por desenrañar la política sanitaria y por recoger la voz de los profesionales sanitarios, pronto se convertiría en referente de la prensa médica española. Sin embargo, éste no fue su primer contacto con el sector. En 1980 daba sus primeros pasos en el mundo de la comunicación y publicaba el “Compendio legislativo de la industria farmacéutica”, escrito y editado por él.



“Cuando iniciamos la edición de la Revista asumíamos un cambio significativo en los criterios de entonces referidos a la prensa médica y, sin lugar a dudas, nuestra aparición supuso una revolución significativa en los tratamientos y contenidos de una revista médica profesional”, reconocía el propio Bascuas en una entrevista que se publicaba en la Revista EL MÉDICO con motivo del 30 aniversario de Grupo SANED que, aunque estrenó su andadura como una editorial, en poco tiempo amplió sus líneas de desarrollo.

Y es que Jenaro Bascuas pronto vislumbró con claridad la necesidad de abrir nuevos caminos y comenzó su actividad en el sector servicios dentro del ámbito médico-farmacéutico, respondiendo a un espíritu de renovación continua con el objetivo de dar respuesta a las demandas de sus clientes. “Los orígenes de Grupo SANED son los de una editorial médica tradicional, básicamente, la compañía se estructuró para la publicación de revistas médicas financiadas por la publicidad, y así se desarrolló su actividad durante un breve período de tiempo, pero al poco de nacer nos dimos cuenta de que había que buscar nuevas

vías de desarrollo. Fuimos pioneros y eso ha influido en muchas de las pautas que se han desarrollado posteriormente”, explicaba el fundador y presidente del Grupo.

La relación con los profesionales y sus representantes fue otra de las señas de identidad de la Revista EL MÉDICO y en general de la compañía. Desde sus orígenes, Jenaro Bascuas vislumbró la importancia de conocer de primera mano los intereses de sus lectores. Así se firmaron numerosos acuerdos con instituciones sanitarias, entre las que cabe destacar las llevadas a cabo con las sociedades médicas de Atención Primaria y posteriormente, cuando la publicación se centró más en la información a decisores y gestores, con las asociaciones que agrupan a los directivos de AP y de hospitales.

Del mismo modo, su capacidad para adelantarse a las necesidades de la comunicación le llevaron, en la década de los 90, y ante la irrupción de las nuevas tecnologías de la información y los primeros pasos de Internet, a la creación, dentro de la compañía, de Medynet, una empresa especializada en servicios informáticos para el colectivo, albergando el primer servidor para médicos y la edición de EL MÉDICO INTERACTIVO, primer diario de información sanitaria en Internet y uno de los primeros medios de comunicación online de España. Este hecho supuso un punto de inflexión, que puso al Grupo a la cabeza de un campo en el que siempre ha mantenido el liderazgo, el de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.

Por otra parte, con otras cabeceras de la casa, como AULA DE LA FARMACIA, centrada en la formación de los profesionales de oficina de farmacia, y EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA, la vía de comunicación con el paciente, el Grupo crecía en el desarrollo de nuevas áreas de negocio, sin renunciar a su raíz de editores de publicaciones, tanto en formato escrito como online. “Nuestro grupo tiene la firme voluntad de mantener unas marcas en publicaciones a las cuales no vamos a renunciar nunca, porque consideramos que forman parte de nuestra contribución al sector sanitario”, ha defendido siempre el fundador de SANED.

EL MÉDICO, una Revista que “rompió moldes”

Así pues, durante más de 30 años, y en sus casi 1.200 números, la Revista EL MÉDICO ha sido testigo y correa de transmisión de los avatares que ha sufrido el sector sanitario, desde las perspectivas políticas y profesionales; pero también de gestión, económicas, clínicas... Sus páginas han recogido firmas de los más destacados expertos, entrevistas con todos y cada uno de los líderes sanitarios, reportajes y análisis en profundidad que han intentado explicar los vaivenes de este sector. En sus números también se han publicado documentos y exclusivas, anuarios, mono-

Una de las imágenes públicas más representativas de Grupo SANED y de Jenaro Bascuas ha venido de la mano de los Premios EL MÉDICO, instituidos en 1985

gráficos y coleccionables, pasando por acontecimientos inolvidables que han jalonado la historia médico-sanitaria de nuestro país. Sus páginas han servido también para la actualización de conocimientos en

médicos y gestores, no en vano la formación continuada ha tenido una gran presencia primero en la Revista y posteriormente en EL MÉDICO INTERACTIVO.

“EL MÉDICO fue una publicación diferente que se atrevió a tocar temas que muchos médicos consideraban tabú. En ese mo-





REPORTAJE

En homenaje a Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED

mento rompió moldes, y, además, se convirtió pronto con una fuerza imparable en una cabecera de referencia”, subrayaba el propio Bascuas en 2010, fecha en la que se renovaron los contenidos editoriales y la imagen tanto de la Revista como del formato online. Para “poner de largo” todos los cambios que iban a tener lugar en la publicación, con el fin de adaptarse a las nuevas necesidades de la comunicación, se celebró un acto multitudinario al que asistieron las más destacadas personalidades del mundo directivo y profesional de la Sanidad española. En él alabaron la excelsa trayectoria de Grupo SANED, de la Revista y, en particular, la figura de su fundador, quien siempre ha defendido que “EL MÉDICO ha sido nuestra razón de ser en los orígenes, tanto en su formato escrito como en el electrónico, y ha sido la columna vertebral sobre la que se ha sustentado el edificio que hemos construido”.

Por otra parte, sin duda, una de las imágenes públicas más representativas de Grupo SANED y de Jenaro Bascuas ha venido de la mano de los Premios EL MÉDICO, instituidos en 1985 con el objeto de destacar la labor de aquellos profesionales e instituciones cuyos trabajos en el campo de la actividad profesional, la investigación, las humanidades, la cultura o la defensa de los intereses en el ámbito de la Medicina hubieran tenido mayor relevancia en el transcurso del año o bien a lo largo de su trayectoria. Una tarea nada fácil, pues eran muchos los que, por el prestigio de la publicación, esperaban el reconocimiento. De ahí que, más de una década después de haberse puesto en marcha, la empresa editora optó por no continuar con la convocatoria. Así, los premios se mantendrían hasta 1997, cuando además, eventos de este tipo comenzaron a generalizarse en el sector.

Muchos han sido también los reconocimientos que ha recibido el Grupo, y más concretamente EL MÉDICO. Entre ellos, el premio al mejor trabajo realizado para la

difusión de las aplicaciones de informática en la salud, otorgado por la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), a la propia figura de Jenaro Bascuas, y que supuso un espaldarazo al pro-

ceso de renovación de la versión electrónica de EL MÉDICO; el concedido en dos ocasiones por el Foro Español de Pacientes y que reconocía el “Valor Innovación”; o los otorgados por la Sociedad de Medicina General, “en reconocimiento a la trayectoria en defensa de los intereses de los facultativos de AP”; o la Fundación Española del Corazón, en este caso la revista profesional compartió galardón con publicaciones generales como el diario ABC, la cadena SER o RTVE.

Asimismo, junto a estas cabeceras, otro de los grandes pilares del Grupo han sido el desarrollo de estudios de investigación; la formación continuada acreditada de los profesionales, tanto presencial como a distancia, llegando incluso a firmar varios acuerdos con Sociedades Científicas para poner en marcha cursos y programas de actualización de conocimientos de gran interés y valor para la práctica clínica; y también la formación para residentes y estudiantes, razón por la cual se crearon dos micrositos que pretenden ser un punto de encuentro para los futuros profesionales. “Estamos apostando muy fuerte por la formación profesional porque consideramos que tiene gran importancia para poder salir de la crisis y, por otro lado, hay que seguir apoyando todo lo que gira en torno a la problemática del estudio, la investigación de la enfermedad, los medios de enfrentarse a ella y el costo de afrontar un tratamiento”, argumentaba recientemente Bascuas.

En definitiva, más de 50 profesionales integran la estructura de la entidad, junto a los más de 400 colaboradores externos, entre expertos en comunicación, *medical writers*, expertos en marketing, gestores sanitarios, diseñadores, programadores..., para los que el prestigioso y valorado editor siempre tuvo atentas palabras. “El Grupo cuenta con un equipo humano muy consolidado, con mucha experiencia y muy bien coordinado y estructurado, lo que nos ha permitido



dar respuesta a las demandas tanto informativas como formativas de los profesionales sanitarios y a las necesidades promocionales de la industria farmacéutica”.

Así pues, a lo largo de los más de 30 años de su trayectoria profesional Jenaro Bascuas fue protagonista y parte activa de la evolución del entorno sanitario, lo que le ha convertido en una figura de gran calado en dicho ámbito, respetado tanto por los líderes políticos y decisores, como por los profesionales, la industria farmacéutica, el mundo editorial y el sector servicios; y un gran referente y modelo a seguir para los profesionales de Grupo SANED. Tres décadas que, en la última entrevista que Bascuas realizaba para la Revista, calificaba de positivas. “A lo largo de estos años, y gracias a una enorme flexibilidad y rapidez en los cambios que requería el mercado, hemos ido superando con éxito las innumerables dificultades que tiene el sector”, reconocía.

Muchos han sido los reconocimientos que ha recibido EL MÉDICO. Entre ellos, el premio al mejor trabajo realizado para la difusión de las aplicaciones de informática en la salud, otorgado por la SEIS a la figura de Jenaro Bascuas

Luchador e incansable trabajador, aunque veía con claridad las dificultades del sector señalaba que “el futuro hay que afrontarlo con optimismo, serenidad, confianza en la situación y con una reflexión profunda de lo que hacer, procurando equivocarse poco. Futuro lo hay y lo habrá, y seguirá abierto a todos aquellos que actualicen su situación profesional y de empresa”.

Con su fallecimiento el sector pierde a un sobresaliente empresario y a una persona muy querida y reconocida ■



A close-up photograph of a stack of white papers. Two gold pens are resting on the papers. The pen in the foreground is a ballpoint pen, and the one behind it is a fountain pen. The text 'La mirad' is overlaid on the image in a serif font, with 'La' in black and 'mirad' in a dark green color.

• La
mirad

a maestra de la actualidad



Joaquín
Martínez Hernández



Candela
Calle



Roser
Garreta Figuera



La mirada maestra de la actualidad

La gestión sanitaria privada: el reto de la eficiencia

Autor | Joaquín Martínez Hernández. Director gerente. Clínica La Luz de Madrid

La gestión sanitaria descansa, a mi juicio, en cuatro pilares esenciales: planificación, organización, dirección y control. En cualquier caso, a la hora de enfrentarse a la realidad de un centro sanitario hay que ajustar esos pilares esenciales a la estructura del edificio que queremos construir, y es aquí donde encontramos diferencias notables, tanto en naturaleza como en objetivos, entre la gestión de un centro público y la de un centro privado.

La gestión sanitaria, sobre todo si se circunscribe a un hospital o una clínica de primera línea dotada con todas o la mayoría de las especialidades médicas, como es el caso de la Clínica La Luz, es un reto apasionante para cualquier profesional de la Medicina. Y lo es porque se trata de una tarea altamente compleja que, para resultar exitosa, requiere de la buena marcha de una serie de factores que han de trabajar de forma coordinada en la misma dirección y con un mismo fin: desarrollar la asistencia sanitaria con los mayores niveles posibles de satisfacción para el paciente, de eficiencia para el gestor y de excelencia clínica para el profesional. A estos objetivos, en el ámbito sanitario privado, hay que sumar otro no menos importante, y sin el cual nuestra actividad no podría nunca llevarse a cabo con éxito: lograr un adecuado rendimiento económico.

En el ámbito laboral los gestores de una clínica privada cuenta con personal laboral o profesionales ligados a la empresa a través de contratos mercantiles, que hacen más flexible la gestión de los recursos humanos



Joaquín Martínez Hernández

A finales del pasado mes de noviembre tuvimos la oportunidad de debatir sobre todas estas cuestiones en la Clínica La Luz con los participantes en *II Encuentro Iberoamericano de Gestión Sanitaria*, un evento organizado con muy buen criterio por la Fundación Tejerina que reúne a responsables de la gestión sanitaria de ambos lados del Atlántico. En este caso la mayoría de los asistentes eran responsables de centros sanitarios, tanto públicos como privados, de Chile y Argentina, que hicieron un recorrido por distintos hospitales y clínicas españoles con el

fin de compartir experiencias y tratar de optimizar su tarea. Lo cierto es que la comunicación obró en una doble dirección y no sólo ellos pudieron conocer de primera mano nuestra forma de actuar, sino que todos pudimos descubrir que existen una serie de puntos comunes a uno y otro lado del Atlántico en los que reside el éxito de una buena gestión sanitaria, y que trataré de desglosar a continuación.

La gestión sanitaria descansa, a mi juicio, en cuatro pilares esenciales: planificación, organización, dirección y control. Planificar de forma adecuada es esencial, ya que nos permite relacionar el futuro de una organización con las decisiones que se toman en la actualidad con el fin de lograr los objetivos propuestos de inicio. Una buena planificación se logra a través de la utilización de técnicas de previsión y análisis de los entornos de actividad en los que se mueve el centro sanitario.

Pero de poco nos serviría planificar correctamente si no somos capaces de dotar a nuestro hospital de una organización coherente, entendiendo aquí por organización la integración de las actividades de las personas que trabajan en el centro con el fin de que se alcancen los objetivos de la forma más eficaz y eficiente. Todo esto, claro, necesita de una dirección adecuada; es decir, de un profesional o grupo de profesionales capaces de seleccionar, motivar, liderar y comunicar con los subordinados para facilitar aquellas conductas que satisfagan las expectativas de los trabajadores y , una vez más, los objetivos de la empresa. Por último, debemos ser capaces de controlar en todo momento los resultados de nuestras actuaciones mediante la comparación de los estándares o valores fijados de antemano con los avances que refleja la información correspondiente a las salidas del sistema. Resulta evidente la estrecha relación que existe en estos casos entre control y planificación.

En cualquier caso, a la hora de enfrentarse a la realidad de un centro sanitario hay que ajustar esos pilares esenciales a la estructura del edificio que queremos construir, y es aquí donde encontramos diferencias notables, tanto en naturaleza como en objetivos, entre la gestión de un centro público y la de un centro privado. Aunque en ambos casos se trata de ofrecer al paciente la asistencia sanitaria de la mayor calidad posible, existen importantes diferencias a la hora de tratar de conseguir ese objetivo.

Así, mientras que en la Sanidad pública todavía se puede hablar en muchos casos de “pacientes cautivos”, en la medida en que deben acudir a nuestros servicios en demanda de asistencia sanitaria cuando lo necesitan, en la privada somos nosotros quienes debemos ir a la búsqueda del paciente, teniendo en cuenta además que el paciente tiene aquí también la consideración de “cliente”, con todas las connotaciones que ello conlleva, entre ellas la capacidad de elegir el centro que estime oportuno o en ocasiones el pago directo.

Asimismo, mientras que en la pública debe-





mos gestionar la demanda, una demanda que resulta muchas veces excesiva para los medios disponibles, en la Sanidad privada hay que tratar de configurar una oferta que genere una demanda suficiente para que nuestra actividad sea viable.

También la satisfacción del paciente/cliente tiene matices diferenciales, ya que en la Sanidad pública el paciente exige, sobre todo, accesibilidad y calidad en la asistencia prestada, mientras que en la privada, dándose la accesibilidad por su puesta, hay que añadir variables exigibles como un mayor confort, un trato mucho más personalizado y un buen precio para los productos y servicios.

En lo que se refiere a la gestión de los recursos disponibles también existen diferencias. En la pública los hospitales están fuertemente jerarquizados, y los cuadros médicos están cerrados. En la privada, por el contrario, las estructuras son mucho más horizontales, contando con responsables de servicios y unidades que actúan con gran independencia, y hay que gestionar cuadros médicos abiertos.

En el ámbito laboral los gestores públicos están sujetos a una serie de normas más rígidas, las aplicables al personal estatutario, mientras que el gerente de una clínica privada cuenta con personal laboral o profesionales ligados a la empresa a través de contratos mercantiles, que hacen más flexible la gestión de los recursos humanos.

Por otro lado, la gran sensibilidad política existente en torno al funcionamiento de los centros sanitarios públicos, que no se suele dar en los centros privados, permite una gestión menos mediatizada por los avatares políticos. También hay que tener en cuenta la obligación de cumplir con la Ley de contratos de las administraciones públicas, que aunque sea una salvaguarda para administrar los bienes públicos, tampoco ayuda precisamente al gestor público.

El gestor privado además de realizar una gestión económica rigurosa, debe lograr un adecuado rendimiento económico, y esta prioridad sería imposible sin contar con un número mínimo de pacientes; y por eso otra de las responsabilidades del gestor privado es hacer lo posible para generar una demanda acorde con su oferta, un ámbito en

el que la comunicación y la imagen juegan un papel esencial, si bien es cierto que se trata de factores también muy relevantes en el ámbito público, sobre todo desde el punto de vista del responsable político.

En este sentido, el gestor privado debe hacer lo posible por potenciar la imagen y visibilidad de su clínica en la sociedad, por supuesto buscando la eficiencia, es decir, los mejores resultados al menor coste posible. Para ello en la Sanidad privada resultan esenciales los departamentos de comunicación y marketing, y más en estos tiempos en los que está aumentando de forma exponencial la competencia y un número creciente de centros sanitarios está apostando por incrementar su presencia en medios tradicionales y -cada vez más- en redes sociales.

Una ventaja adicional con la que contamos en el ámbito privado a la hora de potenciar nuestra imagen es el concurso de los propios médicos, tan interesados como el gestor en hacer valer de cara a la sociedad su categoría profesional y científica, ya que a través de estas actuaciones puede obtener réditos en términos de prestigio y también de resultados económicos adicionales.

Una vez desarrollados todos estos esfuerzos lograremos construir una buena imagen corporativa, un elemento esencial en la privada. Esta imagen se conforma a partir de las experiencias y/o de la información que del hospital obtienen los clientes/pacientes del mismo; de las valoraciones de otros pacientes y de los propios profesionales; de la propia publicidad (ya sea positiva o negativa) propia y de la

competencia; de la comparación con otros centros y de la información que acerca del centro o sus profesionales recogen los medios de comunicación, tanto tradicionales (prensa, radio y televisión) como de soporte exclusivamente digital (medios digitales, redes sociales, blogs, etcétera).

Pero para incrementar la demanda también es esencial, para un centro privado, contar entre sus clientes con el mayor número posible de compañías aseguradoras, que se han convertido, todo hay que decirlo, en la principal fuente de pacientes privados, un número de personas que por cierto está en aumento en España, y que es previsible que se incremente aún más. Pero esa necesidad de concierto con las principales aseguradoras, y también con aquellos servicios que concierne la Sanidad pública, debe combinarse con una ampliación de la cartera de servicios. Frente al modelo tradicional de la Sanidad privada de los años 70 u 80, basado en la atención de una serie de procesos específicos, la Sanidad privada moderna aspira a ofrecer tratamiento en igualdad de condiciones que la pública para la inmensa mayoría de las patologías, excluyendo algunas, muy concretas, como la extracción y trasplante de órganos que entendemos que por su propia naturaleza se deben realizar en la Sanidad pública

La apuesta por las aseguradoras no debe nunca hacernos olvidar al paciente puramente privado, que sigue teniendo una relevancia primordial en centros privados como la Clínica La Luz, sobre todo en las diferentes especialidades quirúrgicas o en otras donde la cobertura pública y de aseguradoras no existe o es más débil, como ocurre en cirugía estética, tratamiento de la obesidad u Oncología integral.

En definitiva, nos encontramos ante una etapa llena de oportunidades y de retos para los que nos dedicamos a la gestión sanitaria, ya sea en el ámbito privado o en el público, etapa que coronaremos con éxito si no nos olvidamos de un primer paso fundamental: escuchar a nuestros pacientes. Cada vez más informados y exigentes, serán ellos, los pacientes, lo que a la postre, como siempre, nos guiarán por la senda adecuada ■





La mirada maestra de la actualidad

El paciente proactivo

Autor | Candela Calle. Directora general del Instituto Catalán de Oncología

En los últimos años estamos asistiendo a una profunda transformación en la prestación de cuidados y en la asistencia sanitaria. Uno de los cambios que estamos viviendo en los servicios sanitarios es la actitud de los enfermos y sus familiares, que son más exigentes. Quieren tener mayor capacidad de decisión en su enfermedad, ser ciudadanos corresponsables en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Son pacientes que utilizan y valoran cada vez más los servicios.

En los últimos años estamos asistiendo a una profunda transformación en la prestación de cuidados y en la asistencia sanitaria; una transformación que, sin lugar a dudas, se hará más patente en las próximas décadas.

Este cambio está provocado, por un lado, por los cambios demográficos que experimenta la sociedad, con un progresivo envejecimiento de la población. España es uno de los países con mayor esperanza de vida, y se calcula que dentro de diez años, uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, de los que un porcentaje nada desdeñable superará los ochenta años.

Asimismo, los avances médicos están consiguiendo que, afortunadamente, algunas



Candela Calle

patologías que hasta no hace demasiado tiempo eran incurables se hayan convertido en crónicas. El ámbito del cáncer, el que trabajamos en el Instituto Catalán de Oncología, es un buen ejemplo de ello. Por primera vez en la historia de la humanidad más de la mitad de los pacientes oncológicos superan la enfermedad. Y otros muchos consiguen convivir con ella durante años o incluso décadas. Algunos estudios establecen que en un futuro no muy lejano seis de cada diez españoles padecerán una enfermedad crónica, lo que incrementará de forma importante los recursos destinados a ellos, que representan más del 70 por ciento del total del gasto sanitario actual.

Las instituciones se encuentran ante el reto de dar respuesta a los desafíos sanitarios del siglo XXI innovando en la gestión para garantizar en el futuro un sistema de salud eficiente

patologías que hasta no hace demasiado tiempo eran incurables se hayan convertido en crónicas. El ámbito del cáncer, el que trabajamos en el Instituto Catalán de Oncología, es un buen ejemplo de ello. Por primera vez en la historia de la humanidad más de la mitad de los pacientes oncológicos superan la enfermedad. Y otros muchos consiguen convivir con ella durante años o incluso décadas. Algunos estudios establecen que en un futuro no muy lejano seis de

Un paciente más activo

Otro de los cambios que estamos viviendo en los servicios sanitarios es en la actitud de los enfermos. El paciente cada vez es menos 'paciente', menos pasivo. Los enfermos y sus familiares son más exigentes, piden más información sobre su patología, las alternativas terapéuticas disponibles y los posibles efectos secundarios. Quieren tener mayor capacidad de decisión en su enfermedad, ser ciudadanos corresponsables en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Son pacientes que utilizan y valoran cada vez más los servicios.

Esta transformación en la prestación de cuidados coincide con un entorno cambiante e incierto, marcado por una situación de dificultad económica a la que hay que añadir un conjunto de tendencias de carácter social, tecnológico, económico y otros factores como las reformas educativa y labo-

ral, que implican cambios importantes en el enfoque de la actividad de las instituciones sanitarias. Éstas se encuentran ante el reto de dar respuesta a los desafíos sanitarios del siglo XXI innovando en la gestión para garantizar en el futuro un sistema sanitario eficiente.

Hacia nuevas formas de gestión

Las instituciones sanitarias hemos de reflexionar y buscar la gestión basada en valores, articulada, por una parte, a través de la implantación de estrategias y acciones, dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud, y por otra, a crear grupos interdisciplinarios para fomentar la participación activa de los profesionales mediante un liderazgo basado en las personas y en las relaciones entre ellas.

Hemos de 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. La sostenibilidad del sistema de salud se consigue mediante el proceso de transformación hacia un sistema centrado en las necesidades de los pacientes. Por el otro, hemos de aprovechar la voluntad del paciente de ser protagonista del acto sanitario, y no un mero sujeto pasivo, para diseñar programas que potencien el autocuidado y fomenten esta actitud proactiva durante todo el proceso de la enfermedad. Si el paciente quiere ser corresponsables en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas debemos ayudarle a que lo sea, ya que, además, estos pacientes pueden y deben convertirse en nuestros aliados, pues sus consejos, opiniones o quejas nos ayudan a mejorar el sistema.

El modelo proactivo en el ICO

El Instituto Catalán de Oncología es un instituto monográfico de cáncer que es centro de referencia para cerca del 45 por ciento de la población catalana. El elevado volumen de pacientes y la complejidad de las patologías nos han llevado a modificar la

gestión: el modelo asistencial que necesitamos nos exige adaptarnos a este nuevo perfil de paciente que comentábamos: más complejo desde el punto de vista clínico, y que, además, reclama su empoderamiento.

En el ICO hemos reforzado el modelo proactivo a través de la línea estratégica “pensar como paciente”, que contempla una atención integral al enfermo y a su familia, desde la acogida hasta la educación para la salud, con la colaboración de todos los profesionales.

La escuela de pacientes integrada en el “Programa Convivir con el cáncer”, por ejemplo, ofrece información y educación para la salud del paciente y de la familia, con el objetivo de que conozcan y comprendan mejor el proceso de la enfermedad, controlen los efectos secundarios y tomen las decisiones más adecuadas durante el proceso. Este programa ofrece sesiones informativas y talleres que cubren un amplio abanico de temas como reducir los efectos secundarios de la quimioterapia, en qué consiste el tratamiento de radioterapia, qué alimentación nos puede ayudar a sobrellevar mejor la enfermedad. También se informa sobre cómo mejorar el aspecto físico y como utilizar las terapias complementarias. La finalidad es mejorar la información a los pacientes y a las familias, poniendo especial énfasis en proporcionar una información comprensible, expuesta en un lenguaje sin tecnicismos, de forma adaptada al paciente y adecuada a la necesidad de saber de éste y respetuosa con sus valores y deseos. El objetivo y fin de programas como el de “Convivir con el cáncer” es promover la participación en la toma de decisiones estratégicas de afrontamiento de la enfermedad.

La colaboración entre profesionales y la interdisciplinariedad nos permite centrarnos en las necesidades de los pacientes,

informarlos y formarlos mejorando la eficiencia y dando coherencia al modelo para hacer un acompañamiento cada vez más personalizado y más proactivo. Porque un sistema proactivo intenta tener a los pacientes en el radar de forma continua, especialmente a los pacientes más complejos. Para conseguir ese cambio es necesario desarrollar programas concretos en tres grandes ámbitos: la coordinación

entre niveles asistenciales, el uso intensivo de tecnologías que nos conectan con los pacientes y el apoyo a los pacientes en la autogestión activa de su enfermedad.

Un ciudadano implicado en su enfermedad, responsable de

su salud, es garantía de cuidado y de adhesión al tratamiento y una oportunidad de intensificar dicho tratamiento y de actuar sobre las condiciones que desestabilizan su patología.

Conseguir un cambio de mentalidad en el paciente para pasar de la reacción a la proactividad se fundamenta en la prevención y, sobre todo, en la información y la educación. Sin embargo, para que esto ocurra aún nos falta un pequeño empujón cultural, una educación general y básica de la ciudadanía para la salud. También son asignatura pendiente las nuevas tecnologías para poder entrar en casa del paciente para fomentar los hábitos de vida saludable y ofrecer los servicios y talleres que redunden en su bienestar de forma interactiva. La consecuencia inmediata de este nuevo modelo de gestión se plasmará en mejores parámetros en el control de la enfermedad y en el descenso del uso de los servicios sanitarios. El cambio de modelo debe sustentarse en sistemas que faciliten y den soporte a la toma de decisiones, dispositivos para la telemonitorización, coordinación de las intervenciones sociosanitarias, web 2.0 y carpeta personal de salud para acceder a toda la información del paciente ■

La sostenibilidad del sistema de salud se consigue mediante el proceso de transformación hacia un sistema centrado en las necesidades de los pacientes



La mirada maestra de la actualidad

La biomecánica, fuente de conocimiento y ahorro en rehabilitación

Autor | Roser Garreta Figuera. Presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

Los médicos rehabilitadores de España estamos expectantes ante la próxima aprobación de la nueva Ley de Mutuas que supondrá sobre nuestra práctica clínica diaria, en lo que se refiere a la rehabilitación de pacientes laborales, un escenario completamente nuevo en el que esperamos que la rehabilitación y la biomecánica tengan un mayor protagonismo.

Estamos ante una oportunidad de oro, que no se debe desaprovechar, para llevar a cabo una modernización sin precedentes de la rehabilitación de los pacientes laborales en España.

En la actualidad no hay un modelo de rehabilitación de las Mutuas de accidentes laborales uniforme. Mientras que en algunas hay especialistas que dirigen los programas de una manera individualizada, en muchas simplemente no hay ningún control especializado de los objetivos y del curso de las técnicas de rehabilitación.

Los especialistas médicos específicamente entrenados para dirigir un programa de rehabilitación son los médicos especialistas en Medicina Física



Roser Garreta Figuera

Los médicos especialistas en rehabilitación somos los únicos especialistas capacitados para la valoración clínica (incluyendo técnicas instrumentales biomecánicas) y tratamiento de la discapacidad, incluyendo naturalmente la de origen laboral

ca y Rehabilitación. En el entorno de la rehabilitación laboral un plan individualizado y muy bien monitorizado es fundamental para hacer más eficiente y eficaz el proceso.

Creemos que en este momento existen muy pocos médicos rehabilitadores trabajando en Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales. Concretamente, en muy pocas mutuas controlan todos los procesos de rehabilitación.

Por tanto, el sistema o modelo de rehabilitación de accidentes laborales es en mu-

chas ocasiones deficitario e ineficiente, especialmente y obviamente en enfermos con patologías complejas, pero también en patologías no complejas y muy relevantes que ocasionan un gasto sanitario enorme, como por ejemplo la lumbalgia, en que un trabajo interdisciplinario bien coordinado aumenta enormemente la eficiencia. Igualmente la valoración funcional general y específica en este entorno también adolece de limitaciones en general.

Las patologías musculoesqueléticas (dolor lumbar, dolores articulares de hombro, cervicalgias, etc.) suponen un porcentaje muy importante de la patología laboral en nuestro entorno y la rehabilitación es la terapia más importante en las incapacidades laborales de causa musculoesquelética.

El hecho es que una gran mayoría de pacientes que han resultado lesionados en el desempeño de su trabajo necesita someterse a un proceso de rehabilitación física





para volver a trabajar. Las herramientas terapéuticas de la disciplina de la rehabilitación son los tratamientos físicos. Y entre ellos el ejercicio terapéutico es central.

El tratamiento de los problemas musculoesqueléticos requiere, en la mayoría de las ocasiones, un programa de rehabilitación enfocado en el retorno de la función motora basado en ejercicios físicos que trabajen aspectos fundamentales como la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio, y la coordinación.

Con el ejercicio físico, que debe ser administrado bajo prescripción médica se trabajan estos puntos fundamentales de la funcionalidad. La calidad de la rehabilitación y, por tanto el resultado final de la misma, está en relación directa con el nivel alcanzado en todos estos aspectos.

Así, para dirigir la rehabilitación es fundamental un trabajo coordinado de médicos y terapeutas; y muy especialmente, en el entorno laboral medir de una manera precisa y exhaustiva los progresos realizados en todos y cada uno de ellos, así como el resultado final.

En definitiva, éste es uno de los cometidos centrales de una mutua de accidentes de trabajo: rehabilitar los pacientes lo más rápido posible, lo más correctamente, y en caso de secuelas valorar de la manera más adecuada posible. Todo ello para hacer una asignación de recursos lo más equitativa y eficiente posible.

Este objetivo, a nuestro entender, se puede alcanzar por dos medios fundamentales: En primer lugar, con un trabajo en equipo estructurado de una manera interdisciplinaria, coordinado por un médico especialista en rehabilitación.

En segundo lugar con la incorporación de los medios evaluadores más avanzados -

biomecánica- para medir de una manera precisa los resultados de la rehabilitación (objetivo fundamental en rehabilitación).

En este sentido, en las últimas décadas han ido apareciendo sistemas de medida biomecánicos que miden de una manera precisa y fiable los aspectos claves del rendimiento musculoesquelético.

Por ejemplo, hay diferentes tipos de dinamómetros que miden la fuerza muscular; sistemas de análisis del movimiento para la cinemática, coordinación y activación de los músculos impli-

cados y, finalmente, sistemas de análisis del equilibrio.

La aparición de los sistemas de análisis biomecánicos ha supuesto un revulsivo en la Medicina musculoesquelética. Su utilización se ha ido implementando en los últimos años para monitorizar y medir los resultados de la rehabilitación.

De hecho, y especialmente en relación al campo médico-legal, en nuestro país han aparecido numerosos centros donde se realizan pruebas de biomecánica dirigidas a estimar la capacidad funcional de los pacientes musculoesqueléticos.

No obstante, dichos centros están normalmente desligados de cualquier centro de rehabilitación. Es decir, las pruebas que se realizan, habitualmente no se insertan dentro de un proceso de rehabilitación ni sirven para dirigirlo, sino que se hacen al final.

En este contexto, la propuesta que queremos plantear desde la Sociedad Española

de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) es la de establecer un modelo uniforme para implementar la rehabilitación en las mutuas de accidentes de trabajo que comporte la estructuración de servicios de rehabilitación con médicos especialistas que coordinen los planes individualizados de los pacientes.

Paralelamente, proponemos incentivar la utilización de los sistemas biomecánicos en el proceso de rehabilitación. El mecanismo consistiría en definir de una manera precisa los sistemas, los profesionales (básicamente médicos especialistas en rehabilitación y fisioterapeutas, pero también bioingenieros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc) y la formación que deberían disponer los servicios de rehabilitación y sus miembros de cara a optimizar en aras de hacer más eficiente el proceso.

Sería deseable, por tanto, que los legisladores aprovecharan esta oportunidad para incentivar la modernización de la atención rehabilitadora y la evaluación biomecánica de los pacientes laborales de manera que se definiera el nuevo modelo de los servicios de rehabilitación de las mutuas con la

incorporación en todos de médicos especialistas en rehabilitación y de sistemas de evaluación biomecánica.

La dirección de los procesos de rehabilitación por médicos especialistas y

la integración sistemática de pruebas biomecánicas constituiría un revulsivo en la implementación de los procesos de rehabilitación.

El poder objetivar los resultados desde el primer momento no sólo permite tomar decisiones en cuanto al retorno a la actividad normal sino que, al mismo tiempo, revierte en la calidad del proceso. Todo sumado repercute en una mejor eficiencia y rapidez de los procesos de rehabilitación, y un ahorro en pruebas complementarias y diagnósticos erróneos.

El modelo de rehabilitación de accidentes laborales es deficitario e ineficiente, especialmente en enfermos con patologías complejas

La nueva Ley de Mutuas es una oportunidad de oro para llevar a cabo una modernización de la atención de rehabilitación de los pacientes

Esto conjuntamente con una mejor valoración de las posibles incapacidades revertiría en una enorme mejora y ahorro en la asignación de recursos sanitarios y económicos destinados a eventuales indemnizaciones. Objetivo fundamental en todos los casos pero especialmente acuciante en los tiempos actuales.

Merece, por tanto, una mención especial el aspecto médico legal de la evaluación biomecánica porque permite detectar el alcance de las lesiones y evitar fraudes al constituir pruebas de una evidencia científica demostrada.

En definitiva, en nombre de la Sociedad Española de Rehabilitación queremos manifestar que la nueva Ley de Mutuas es una oportunidad de oro para llevar a cabo una modernización sin parangón de la atención de rehabilitación de los pacientes laborales en España.

Por ello, deseamos y consideramos imprescindible disponer de un modelo general de rehabilitación con sistemas biomecánicos a escala nacional porque proporcionaría unas posibilidades de investigación y desarrollo enormes que revertirían en la calidad y eficiencia de la misma.

Creemos prioritario pedirle al Ministerio de Empleo y Seguridad Social la promoción de la incorporación de especialistas de rehabilitación y de la biomecánica en los procesos rehabilitadores que se realizan en las mutuas laborales.

Los médicos especialistas en rehabilitación somos los únicos especialistas capacitados para la valoración clínica (incluyendo técnicas instrumentales biomecánicas) y tratamiento de la discapacidad, incluyendo naturalmente la de origen laboral.

Siempre apoyaremos y defenderemos el cuidado de las personas en el campo de la recuperación funcional, tras accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales o enfermedad común, en el marco de equipos multidisciplinarios de rehabilitación, dirigidos por especialistas en Medicina Física y Rehabilitación ■





Los ajustes sanitarios

en las Comunidades Autónomas se frenan en el 2014

Según un informe elaborado por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, en seis de las 16 comunidades que analiza -a falta de la Comunidad Foral de Navarra que aún no ha aprobado la prórroga de sus presupuestos- desciende globalmente el gasto sanitario. La reducción mayor se produce en Cataluña seguida de Andalucía. También ven rebajadas sus cuentas sanitarias Galicia, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Madrid. Sin embargo, en las diez restantes los dineros públicos dirigidos a Sanidad se incrementan. Valencia lidera el ranking con un incremento del 8,8 por ciento con respecto a 2013. Le siguen la región de Murcia, el País Vasco y Cantabria. En menor medida también crecerán las partidas sanitarias para 2014 en las Islas Baleares, y por detrás Canarias, Extremadura y el Principado de Asturias. En el limbo de la repetición queda Aragón, donde no se produce ninguna variación entre los presupuestos sanitarios de 2013 y 2014. Por otro lado, todos los consejeros califican sus cuentas para este ejercicio como “responsables, realistas y con un alto componente social”.

Texto | Nekane Lauzirika



REPORTAJE DE PORTADA

Los ajustes sanitarios en las Comunidades Autónomas se frenan en el 2014

■ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

El 61 por ciento para Dependencia

El presupuesto previsto para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para 2014 asciende a 1.912,68 millones de euros.

Esta partida, que representa uno de los mayores esfuerzos realizados por el Gobierno dentro del contexto de austeridad, encaminado al cumplimiento del objetivo de déficit, supone un incremento

de 3,2 millones de euros (un 0,16 por ciento respecto a las cuentas de 2013, en un contexto de reducción media del 4,7 por ciento. Según se explicado desde la Administración central. Se trata, por tanto, de unas cuentas que reflejan la apuesta del Gobierno por la Sociedad del Bienestar y, muy especialmente, el compromiso con la protección a las personas en situación de dependencia y el interés por proteger la Sanidad pública, avanzando hacia la cohesión y la igualdad entre los ciudadanos, como afirman.

A la hora de explicar los presupuestos, la ministra Ana Mato incidía en que para 2014 se ha aumentado la financiación de la Dependencia hasta llegar a los 1.181,5 millones de euros, lo que supone el 61,4 por ciento del presupuesto, con un aumento de más de 4,5 millones y cinco puntos porcentuales más que lo destinado por el Gobierno anterior.

En el ámbito sanitario, las políticas de cohesión y las estrategias de salud ocuparan un espacio prioritario en la gestión económica para el desarrollo de instrumentos de e-salud de apoyo a su implantación efectiva en las Comunidades Autónomas con una dotación que supera los 1,7 millones euros.

Por otra parte, aumenta un 2,23 por ciento la partida para políticas de salud y ordenación profesional, que permitirán importantes avances en el Registro de Profesionales Sanitarios. A su vez, se mantiene el presu-

puesto de 47,5 millones la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

En cuanto al INGESA, responsable de la asistencia sanitaria en Ceuta y en Melilla, Mato ha señalado que aumenta su presupuesto para 2014 en un 2,63 por ciento, llegando a los 223 millones de euros.

La Comunidad Valenciana, con un incremento del 8,8 por ciento, lidera el ranking de Comunidades que más aumenta su presupuesto en Sanidad

■ ANDALUCÍA

Ahorro en gastos corrientes y Farmacia

El Gobierno de Andalucía destinará a las políticas sanitarias

un total de 8.222 millones de euros, el 38 por ciento del total del gasto de las consejerías. El Servicio Andaluz de Salud contará, concretamente, con un total de 7.560 millones de euros, un 2 por ciento menos que el presupuesto de 2013. La actividad asistencial abarca el 99,6 por ciento del total del presupuesto del SAS. El capítulo I, de Personal, asciende a 3.882 millones de euros, lo que supone que esta partida se mantiene prácticamente intacta respecto a 2013.

El presupuesto destinado a farmacia, sin incluir la farmacia hospitalaria, es de 1.592 millones de euros, el 21 por ciento del total. En este capítulo, se observa una reducción de 54 millones de euros respecto al ejercicio anterior, consecuencia de la aplicación de las políticas de racionalización y reducción del gasto farmacéutico como la adjudicación por convocatoria pública de los medicamentos.

Además, la consejería tiene prevista la convocatoria de una nueva oferta de empleo público en el SAS que incluirá 915 plazas.

El ahorro se concentra en los gastos corrientes y en el ámbito de la farmacia, donde se están desarrollando medidas de eficiencia que han permitido reducir la asignación conjunta de ambos capítulos en más del 3,9 por ciento sin repercutir en los derechos, servicios, prestaciones ni en



el bolsillo de la ciudadanía, según fuentes oficiales.

■ ARAGÓN

Incrementa la dotación en las cuestiones "más básicas y sensibles"

El consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Ricardo Oliván, asegura que las cuentas para 2014 servirán de consolidación "a las de 2013". Las cifras, muy similares a las del ejercicio anterior, son, según la opinión recogida en las encuestas realizadas, suficientes para "garantizar los servicios y mantener el nivel de calidad asistencial".

De acuerdo con las cifras presentadas, los datos de Sanidad, con un total de 1.917 millones, suponen más del 40 por ciento del gasto



no financiero del Ejecutivo e incluyen un aumento de 13,5 millones en ayudas de servicios sociales y más del 400 por ciento en el caso del Ingreso Aragonés de Inserción.

Oliván menciona directamente varios centros sanitarios, entre ellos el Hospital de Teruel, del que ha dicho que “se va a hacer en El Planizar”, o de servicios sociales como la puesta en funcionamiento de la residencia de Utebo en Zaragoza.

Sanidad destaca también que las cifras relativas a este Departamento dentro del capítulo I del texto presupuestario suponen el 55 por ciento del conjunto total en esta sección. “Con estas cuentas se establece un marco económico financiero necesario para seguir implementando medidas que permitan garantizar la sostenibilidad de la Sanidad y los servicios sociales”, explican.

■ BALEARES

Can Misses, como inversión más importante

Según el consejero de Salud de Baleares, Martí Sansaloni, los presupuestos de la comunidad para 2014 contemplan la apertura del Hospital de Can Misses, de Ibiza, como la inversión más importante que se realizará el próximo año.

La partida destinada a inversiones ha aumentado un 7,4 por ciento, lo que permitirá que además del hospital de Ibiza también se ponga en marcha el Laboratorio de Salud Pública, como una de las infraestructuras más destacadas a ejecutar.

El presupuesto que destinará el gobierno de Baleares a Sanidad, que ascienden a 1.994,7 millones de euros, y que representa un incremento del 2,21 por ciento respecto al presupuesto de 2013 (25,6 millones más de euros), supone un 45 por ciento del presupuesto total de todas las consejerías.

Globalmente el Servicio de Salud para el 2014 aumenta un 2,35 por ciento respecto a 2013 y se sitúa en los 1.168 millones (27 millones más). Los principales incrementos se producen en los capítulos de personal (5,6 por ciento) y de inversiones (21,7 por ciento), como consecuencia de la apertura del citado hospital.

Además, en Baleares seguirán en la línea de reforzar las plantillas “cuando las demandas lo requieran”, tal y como se ha venido haciendo este ejercicio “en casos puntuales”. Para este año se ha solicitado una ampliación de crédito para el capítulo I, “con el fin de garantizar el pago de nóminas del 2013”.

■ CANTABRIA

El mayor presupuesto de su historia

Cantabria tendrá este año un presupuesto de 2.446 millones, un 6,7 por ciento más que el año anterior. De ellos, Sanidad recibirá 787 millones de euros más (+2 por ciento), “el mayor presupuesto de su historia” y se invertirá en seis infraestructuras sanitarias: los centros de salud de Cabezón de la Sal y Bezana, y los consultorios de Noja, Luena y Novales, además de la reactivación de las obras del Hospital de Valdecilla, para las que se cuenta con una partida de 28 millones de euros procedente de los Presupuestos Generales del Estado, que se han computado como transferencia de capital.

Cataluña, Andalucía y Madrid son las que más recortan en Sanidad

El incremento del 2 por ciento para 2014 se suma al aumento del 3,28 por ciento en 2012 y al del 2,6 por ciento de 2013, lo que “no permite una política sanitaria expansiva –reconoce el portavoz–, pero sí compensar los efectos de la brutal reducción del 8,32



REPORTAJE DE PORTADA

Los ajustes sanitarios en las Comunidades Autónomas se frenan en el 2014

por ciento que sufrió a manos del Gobierno anterior en 2011".

En el presupuesto del Servicio Cántabro de Salud, que asciende a 763,5 millones, un 1,87 por ciento más, se mantienen los ocho millones para el plan integral de reducción de listas de espera, con el que Cantabria está cada vez más cerca de cumplir la Ley de Garantías de Tiempos Máximos de Demora y de situarse en las esperas medias del Sistema Nacional de Salud.

■ CASTILLA Y LEÓN

La Sanidad, prioridad para el Gobierno

En 2014, las consejerías de Castilla y León dispondrán de 7.313 millones para ejecutar sus políticas, cantidad ligeramente inferior –el 0,40 por ciento menos– a la de este año. De ellos, 3.191 millones serán para Sanidad. El presupuesto del Departamento de Antonio María Sáez Aguado baja un 1,42 por ciento.

El gasto en Sanidad, Educación y Servicios Sociales consume el 80 por ciento de los recursos no financieros de las nueve áreas del Ejecutivo. El 20 por ciento restante irá a parar a medidas de reactivación económica. Según el Ejecutivo, el proyecto de presupuestos de 2014 "vuelve a sacrificar las inversiones y transferencias de capital en favor de los servicios sociales".

El análisis del proyecto por el lado de los ingresos revela que la partida más relevante continúan siendo los 5.361,5 millones de euros de las entregas a cuenta del modelo de financiación, que bajan el 4,39 por ciento respecto a las comunicadas para 2013. "Al igual que en años anteriores, es un montante que ni siquiera permite sufragar el gasto que realizarán las tres consejerías sociales, Sanidad incluida".

Entre los apartados más relevantes del

proyecto figura el capítulo relativo a las transferencias corrientes. Las consejerías dispondrán de 1.511 millones para abordar cuestiones como el pago de la farmacia, los conciertos sanitarios y educativos, el gasto que realizan las universidades, la dependencia o la Renta Garantizada de Ciudadanía, por poner sólo unos ejemplos.

■ CASTILLA-LA MANCHA

Rebaja en la plantilla

El presupuesto para la Consejería de Sanidad para 2014 será de 2.989.282.030 euros, de los cuales 2.313.834.220 corresponden al SESCAM, y 675.447.810 a la Consejería. Según el consejero del ramo, José Ignacio Echániz, la partida destinada a Sanidad supone un "enorme esfuerzo presupuestario para poder sostener los programas destinados a estos colectivos".

Castilla-La Mancha, aunque baja los dineros dirigidos a Sanidad en un 1 por ciento, aumentará en 2014, por otro lado, las plazas residenciales para mayores y personas con discapacidad. El Gobierno de Cospedal destaca que "la Sanidad y los asuntos sociales vuelven a ganar peso dentro de los presupuestos de Castilla-La Mancha en 2014. Cuidar estas partidas es un objetivo prioritario de este Gobierno y prueba de su compromiso con la salud y el bienestar de los ciudadanos".

Por último, el titular de Sanidad y Asuntos Sociales ha insistido en las ideas claras y en los proyectos bien definidos que reflejan estos presupuestos "que nos van a permitir dejar a nuestros hijos y nietos una Sanidad fuerte, equitativa e innovadora y, sobre todo, una Sanidad sin deudas".

Pero no todos lo ven así, porque según la memoria del año 2014, se establece una plantilla con 414 profesionales menos que en 2013, a los que hay que añadir los 300 trabajadores del Hospital provincial de Tole-

do que están siendo transferidos al SESCAM. De modo que, en total, habrá 700 profesionales menos que este año, "lo que implica peores condiciones laborales para los profesionales y peor atención sanitaria a los pacientes", apuntan desde la oposición.

■ CANARIAS

Por la reposición de vacantes

El Servicio Canario de la Salud (SCS) dispone de un presupuesto global de 2.601.578.381 euros, lo que supone un incremento con respecto al año anterior de un 1,65 por ciento (42.327.416 euros más) y un peso específico dentro del presupuesto global de la Comunidad Autónoma de un 42,76 por ciento.

De este incremento sobre el año anterior, 12.070.220 euros se destinan a la integración de la extinta Dirección General de Atención a las Drogodependencias, anteriormente dependiente directamente de la Consejería de Sanidad, en el Servicio Canario de la Salud, como avance hacia la integración en la red asistencial normalizada.

Las cuentas permitirán mantener la apuesta por infraestructuras sanitarias y la consolidación de la masa salarial correspondiente de los trabajadores del SCS, así como a garantizar la reposición del 100 por ciento de las plazas vacantes derivadas de jubilaciones del personal médico. Se incrementan también las dotaciones para continuar haciendo frente a la lista de espera.

Por capítulos, destaca de este presupuesto para el Servicio Canario de la Salud en 2014 un incremento de gastos de personal en 12 millones de euros; el aumento del gasto corriente en 11 millones de euros para mantener la actividad asistencial hospitalaria y garantizar el pago a proveedores; 9 millones más en el Capítulo IV, manteniéndose el presupuesto farmacéutico constante y pasando, en los Capítulos VI y VII, de 21 millones del año anterior a 30,4 millones para 2014, priorizando la inversión en oncología radioterápica en la región, con una inversión de 6.500.000 euros y 4,7 millones más a infraestructuras hospitalarias.

Primordial importancia tiene la asistencia sanitaria, cuyo peso relativo en el presupuesto para 2014 es muy elevado. Asimismo, se vuelve a incrementar el peso relativo de la Atención Primaria respecto de la especializada del Capítulo II.

■ CATALUÑA

El Gobierno prevé detener los recortes sanitarios

El Departamento de Salud, dirigido por Boi Ruiz, perdió en 2013 un 5,3 por ciento de su presupuesto; si la Generalitat destinó 8.756,2 millones de euros en 2012 para atender la salud de los catalanes, en ese año la cifra se redujo a 8.289,8, lo que supone un tijeretazo de 466,4 millones, según el proyecto de Presupuestos del Departamento de Salud.

La práctica totalidad (cerca del 98 por ciento) del gasto del departamento lo acapara el CatSalut, que es el organismo que financia el conjunto del sistema sanitario público. Desde 2010, el presupuesto de Salud ha descendido un 19 por ciento: de 9.875,8 millones de euros ese año a 8.289,7 millones en 2013.

El Gobierno catalán no prevé seguir recortando en 2014. En este ejercicio tiene previsto destinar un total de 8.290,56 millones de euros a la Sanidad pública, lo que supone una reducción del 0,17 por ciento respecto al gasto sanitario público previsto al cierre de 2013 (con el presupuesto prorrogado).

Ese ligero descenso rompe con el volumen de recortes anuales que el Ejecutivo catalán ha

venido aplicando desde 2011. En este ejercicio, la Generalitat ha decidido dar prioridad a las políticas sociales destinando a Salud, Educación y Servicios Sociales con el 71,3 por ciento del presupuesto de 2014 (en 2010, con el Gobierno tripartito, se dedicó el 67,1 por ciento). Salud, en solitario, se llevará el 40 por ciento del total.

La Administración central ha destinado una partida importante a ordenación profesional que permitirá avances en el registro de profesionales sanitarios

Por áreas de gasto, los capítulos de personal, medicación hospitalaria, farmacia (recetas médicas), prótesis e inversiones estarán prácticamente congelados respecto a 2013 y bajarán los de desplazamientos (-3,91 por ciento), bienes y servicios (-1,46 por ciento) y compra de servicios sanitarios-conciertos (-0,26 por ciento). Las únicas partidas que subirán serán las de medicación especial y extranjera (23,56 por ciento) y transferencias corrientes (3,99 por ciento).

El Instituto Catalán de la Salud -ICS-, (8 grandes hospitales y 85 por ciento de la red de primaria) sufrirá un ligero recorte: 0,11 por ciento (de 3.467,2 millones en 2013 a 3.466,1 en 2014).

En el proyecto de presupuestos para 2014 destaca, tal y como anunció el consejero de Salud, Boi Ruiz, la distribución del gasto por grandes grupos de diagnóstico (CIM-9), que se ha calculado basándose en el gasto de 2013.

El gasto per cápita será el año que viene de 1.095 euros, 202 menos que en 2010,

año en que fue el más elevado de la serie histórica. En 2006, primer año que refleja el documento presentado por Salud, el gasto en Sanidad por habitante en Cataluña fue de 1.118 euros.

■ COMUNIDAD VALENCIANA

Recuperar el complemento de la carrera profesional

Los presupuestos de la Generalitat valenciana para 2014 a nivel consolidado -administración general, empresas y demás organismos dependientes- suben un 5,6 por ciento con respecto a los del ejercicio anterior, hasta los 17.088 millones de euros.

La consejería de Sanidad, que dirige Manuel Llobart, recibirá 5.674 millones de euros, lo que supone un incremento del 8,8 por ciento con respecto al año anterior. La política de personal de la Consejería de Sanidad contará con 60 millones más en los presupuestos para 2014, lo que supone un incremento del 2,7 por ciento. El peso de esta partida en el presupuesto global de la consejería es del 44 por ciento.

El departamento destinará 40 millones de euros a recuperar el complemento de carrera profesional. La intención de Sanidad





REPORTAJE DE PORTADA

Los ajustes sanitarios en las Comunidades Autónomas se frenan en el 2014

es recuperar estos complementos tal y como estaban establecidos en 2010. Asimismo, se dirigirán 18 millones de euros al complemento de productividad variable y ha garantizado el abono de las pagas extra. También el personal funcionario interino recuperará la jornada completa.

Según Sanidad, se dedicarán 14,7 millones cada día a la salud de los valencianos. El consejero Lombart ha asegurado que “el profesional sanitario centra un año más el interés del Consell”. Por ello se recuperará el abono de la carrera profesional al 75 por ciento en 2014 y al cien por cien en 2015.

■ EXTREMADURA

Cinco millones para listas de espera

“Este es el primer presupuesto en el que las cuentas del SES suben desde 2009”, según ha señalado César Santos, secretario general del Servicio Extremeño de Salud al detallar el proyecto de presupuestos de 2014

Y es que las cuentas del SES se incrementan un 1 por ciento con respecto a 2013, lo que supone 13 millones de euros más. El capítulo de personal acapara el 55,7 por ciento del presupuesto del SES. Además, por primera vez los presupuestos contemplan una partida presupuestaria de 5 millones de euros para la estrategia de reducir las listas de espera.

El presupuesto del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (Sepad) crece un 1,5 por ciento y el responsable sanitario recuerda que el número de beneficiarios de la Ley de Dependencia ya supera las 20.000 personas. Además, ha apuntado que en 2014 se mantendrá la financiación de las plazas sociosanitarias T2 y T3.

Por parte de los grupos de la oposición le critican que “no se trata de unos presupuestos expansivos”. Consideran que se seguirá con la paralización de la Sanidad a pesar de la subida. “Llevamos muchos millones perdidos en los presupuestos desde



2009. Salud ha perdido 265 millones de euros; el presupuesto del Sepad se ha reducido un 7 por ciento y el SES ha perdido 234 millones”, denuncian.

■ GALICIA

El 42 por ciento del presupuesto para el personal

El presupuesto de la Consejería de Sanidad de Galicia caerá un 0,6 por ciento para 2014, según el proyecto aprobado por la Xunta, que define las cuentas del año que viene como “las más sociales” de la historia de la región, al dedicar 8 de cada 10 euros a gasto social.

El presupuesto total de Galicia para 2014 se sitúa en 8.391 millones de euros, un 1,1

por ciento menos respecto a las cuentas aprobadas para 2013. Los créditos de la Consejería de Sanidad, estipulados en 3.398 millones (frente a los 3.418,7 millones aprobados para 2013) suponen el 40,4 por ciento del total regional.

Todos los responsables sanitarios autonómicos consideran que sus cuentas para 2014 son “responsables y realistas”

El Servicio Gallego de Salud (Sergas) se llevará el 98 por ciento del presupuesto del departamento. Del total, más de 1.400 millones se destinarán al capítulo de personal, lo que supone un 42 por ciento del presupuesto total del Sergas.

En un primer vistazo a las cuentas, la oposición en el Parlamento regional ha criticado el descenso en Sanidad, a pesar de que los presupuestos de la Xunta para 2014 tie-

nen previsto aplicar una subida del tramo autonómico del céntimo sanitario, que supondrá un incremento de 3,6 céntimos en el gasóleo y de 2,4 céntimos en gasolina. En el primer caso, el aumento supone un 400 por ciento más de recaudación.

El departamento de Sanidad presentará en el primer trimestre de 2014 la Estrategia gallega de Cronicidad. Asimismo, ha garantizado que ya se han iniciado los trámites para una nueva OPE de Medicina de Familia que prevé que comience en los próximos meses. Salud destinará más de 122 millones a infraestructuras sanitarias y 2014 será el año definitivo para la puesta en marcha del nuevo Complejo Hospitalario de Vigo. Asimismo, se pondrá en marcha una Agencia Gallega de Sangre y Tejidos y llevará a cabo la digitalización de toda la información clínica, a lo que destinarán 24 millones de euros.

Los grupos nacionalistas han criticado que el presupuesto continúa bajando año tras año. Desde la oposición señalan que desde que el PP volvió al Gobierno de la Xunta se han dejado de invertir 1.200 millones en Sanidad. En esta línea consideran que el presupuesto en Sanidad recorta 35 millones de euros.

■ LA RIOJA

El servicio de salud incrementa sus fondos en un 1,2 por ciento

El Gobierno de La Rioja invertirá en Salud y Servicios Sociales "prácticamente cuatro de cada diez euros" de su presupuesto para el año 2014. Así lo ha explicado José Ignacio Nieto al dar cuenta de los objetivos que se ha marcado su Consejería para el presente ejercicio. Sanidad contará con un total de 504,2 millones de euros para hacer frente a los retos que depare este año, casi cuatro millones de euros más que en este año.

Aunque el porcentaje de subida resulta muy leve, apenas un 0,7 por ciento más de presupuesto, el consejero explica que son precisamente las políticas ligadas a prestaciones de servicios las que experimentan un mayor crecimiento.

En ese sentido, el responsable sanitario de La Rioja explica que mientras la consejería crece en conjunto un 0,06 por ciento, el Servicio Riojano de Salud experimenta con respecto al año pasado una subida de un 1,28 por ciento.

En el ámbito sanitario, a lo largo de 2014 se acometerá el proyecto de nuevos consultorios rurales en Igea, Arenzana de Arriba y Viniegra de Abajo. Se pondrá también en marcha la nueva Unidad de Ictus en el Hospital San Pedro y la resonancia magnética en la Fundación Hospital Calahorra.

En lo referente a investigación, se incrementa su presupuesto en un 1,89 por ciento hasta alcanzar los 3,2 millones de euros. A lo largo de este año se procederá a la incorporación de una nueva línea de investigación en enfermedades neurodegenerativas. El consejero ha indicado que se trata de unos presupuestos volcados en el mantenimiento de los servicios, además de ser inversores, puesto que en 2014 se destinarán casi 4 millones de euros a la mejora de infraestructuras del ámbito sanitario y social, especialmente en el medio rural.

■ MADRID

Rebaja de 130 millones, por el ahorro de la externalización

El departamento de Salud que hasta hace unos días dirigía Javier Fernández-Lasquetty contará con 6.977 millones en 2014, lo que supone el 45 por ciento del total de los presupuestos de la comunidad. El presupuesto de 2013 fue de 7.108 millones, por lo que para el próximo ejercicio se reduce en 130 millones, que el Gobierno regional pretendía ahorrar gracias a la externalización de seis hospitales públicos, proceso ahora suspendido definitivamente.

La Consejería de Sanidad destinará la mayor parte de su presupuesto a la Aten-

ción Especializada dotada con 4.666 millones de euros. La Atención Primaria recibirá 724 millones, el Summa-112 contará con 159 millones y destinará 22 millones a las infraestructuras sanitarias.

En los presupuestos regionales para 2014, la Consejería de Sanidad es la que realiza el mayor esfuerzo presupuestario, ya que contempla un ahorro de 130 millones. Con 6.977 millones de euros, el presupuesto de Sanidad representa el 45 por ciento del presupuesto total para la región.

Por otro lado, en un desglose de las diferentes cantidades, se recoge una rebaja del gasto de personal de 74,9 millones, fruto del ahorro de 28 millones en funcionarios y personal laboral en Sanidad debido a la amortización de plazas vacantes y de 46,9 millones de euros en el caso del personal fijo estatutario, debido fundamentalmente "al impacto de las denegaciones" de prolongación en el servicio activo a mayores de 65 años.

Se ampliará la centralización de compras y se seguirá trabajando en la utilización más racional de los medicamentos. Además, han asegurado desde el Ejecutivo madrileño que se potencia la investigación y la docencia en todos los hospitales y centros de la red pública.

■ MURCIA

Un aumento de más del tres por ciento

El presupuesto de la Consejería de Sanidad y Política Social, incluido el de sus organismos adscritos, asciende a 1.887.556.498 euros, un 3,08 por ciento más que en 2013, en el que son 1.574,8 millones para el Servicio Murciano de Salud que crece cuatro puntos; los 230,1 millones del Instituto Murciano de Acción Social, los 70,8 de la direcciones generales dependientes



REPORTAJE DE PORTADA

Los ajustes sanitarios en las Comunidades Autónomas se frenan en el 2014

de la Consejería, los 11,2 de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias y los algo más de 418.000 euros de la Fundación Murciana para la Tutela y Defensa Judicial de Adultos.

La Comunidad ha previsto para el año 2014 un techo de gasto de 3.933 millones de euros, que se destinarían a personal, mantenimiento y demás gastos financieros, aunque de esa cantidad, 3.665 millones irán a operaciones corrientes, como Sanidad, Dependencia y Educación, entre otros.

"Éste es un presupuesto en el que más peso se ha dado a gastos corrientes, porque es uno de los objetivos del presupuesto del año que viene: mantener servicios como la Sanidad o la Educación", ha asegurado el consejero

Los presupuestos de 2014 contemplan un aumento del gasto corriente en un 1,4 por ciento con respecto a años anteriores. Es más, se ha previsto la ampliación de plazas en servicios sociales, con 200 más en residencias de mayores y 150 más para enfermos crónicos, según ha indicado Bernal.

En Sanidad, el presupuesto, tal y como ha destacado el consejero de Economía, prevé mantener los 11 hospitales de la Región, los 181 consultorios médicos y los 81 centros de salud, así como "garantizar las retribuciones de los 20.000 profesionales de la Sanidad que trabajan en la Región", ha asegurado Bernal.

La Comunidad destinará 1.079 euros por habitante al sistema sanitario este año, 46 más que en 2013.

■ NAVARRA

Sanidad no crece los 100 millones previstos

La Plataforma de Salud ha presentado una comparativa del anteproyecto de Presupuestos para 2014 con los de 2012, que

fueron prorrogados en 2013. Según explicó el colectivo, considerando el gasto previsto para 2008, año previo a los recortes, y el incremento del IPC habido desde ese año hasta 2013, los presupuestos de Sanidad deberían haber supuesto 1.000 millones de euros para el año que viene frente a los 893 estimados.

El análisis realizado por la Plataforma de Salud concluye que Salud Pública y Laboral sufre un importante recorte, cifrado en un 3,4 por ciento. "Se produce una disminu-

Cantabria contará este año con el mayor presupuesto sanitario de su historia, destinando una importante partida a las infraestructuras

nución para actividades, convenios y subvenciones de promoción y prevención de salud pública. Es llamativo que cuando se va a poner en marcha el programa de detección de cáncer colorrectal se disponga tan solo de 10 euros para publicidad y sensibilización de dicho programa. Han disminuido también los recursos destinado a salud laboral, desapareciendo incluso su epígrafe", explicaron desde el colectivo.

La Plataforma también destaca que el aumento de los recursos para Atención Especializada es de doble magnitud que el de Atención Primaria, "lo que eleva su histórico desequilibrio financiero".

El Gobierno de Navarra establece su techo de gasto para este año en 3.405,5 millones de euros. En el ámbito sanitario, con un presupuesto de 893.057.920 euros, el principal objetivo es garantizar la calidad asistencial de los pacientes. Como proyectos significativos para 2014, cabe citar la puesta en marcha del programa de detección de cáncer colorrectal, dirigido a 166.000 navarros, con edades entre 50 y 69 años, así como la implantación de la historia clínica digital en todos los ámbitos de asistencia (Primaria, Especializada, Enfermería, etc). También en 2014 comenzará a desplegarse la "Estrategia de atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos", que conlleva cambios importantes tanto en la asistencia al paciente como desde el punto de vista organizativo y de

gestión de los recursos. Finalmente, cabe señalar la apertura de la URPA y los quirófanos del Hospital B (antiguo Virgen del Camino) y el inicio de la reforma del Centro Psiquiátrico San Francisco Javier.

■ PAÍS VASCO

Uno de cada tres euros del Gobierno Vasco irá para Sanidad

De cara al 2014, en comparación con las cuentas del pasado ejercicio, las partidas para prevención y promoción de la Salud Pública son las que experimentan el mayor incremento (59,15 por ciento) en los presupuestos elaborados por el Departamento de Sanidad que dirige Jon Darpón. Crecen también las dotaciones de Osakidetza (3,8 por ciento), cuyo presupuesto asciende a 2.463 millones de euros, lo que equivale a un gasto diario de 6,7 millones de euros; Investigación y Planificación Sanitaria (11,64 por ciento); y lucha contra las Adicciones (13,50 por ciento).

Las previsiones financieras de su Departamento, que alcanzan los 3.351.649.000 euros, es decir, 1.541€ por habitante de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y prácticamente uno de cada tres euros (32,8 por ciento) del total del presupuesto global del Gobierno Vasco. Ello supone un aumento del 2,7 por ciento respecto a las cuentas del pasado año y, de hecho, la mayor partida del Ejecutivo presidido por el lehendakari Urkullu para 2014. Los programas cuya cuantía se reduce porcentualmente son los correspondientes a Estructura y Apoyo (-5,96 por ciento); Farmacia (-4,6 por ciento); y Instituto Vasco de Consumo (-2,7 por ciento).

Este presupuesto, según Darpón, es "un buen presupuesto", en la medida en que va a contribuir a la mejora del Sistema Vasco de Salud Público, Universal y de Calidad, "a la que no renunciamos, tampoco en tiempos de crisis". "De ahí que estas cuentas constituyan una apuesta por la promoción y prevención de la salud a través del desarrollo de las políticas de Salud Pública en general y del Plan de Salud 2013-2020, en particular; una apuesta por

Osakidetza, por la Investigación y la Innovación, y en definitiva por y para las personas", recalca el consejero.

Se trata, apuntan desde el Departamento de Sanidad, de "avanzar en la gobernanza de la salud y en la gobernanza por la salud, desde una concepción global de la salud y el bienestar de la ciudadanía, que exige a su vez un trabajo coordinado y transversal del conjunto de instituciones y sectores implicados".

■ PRINCIPADO DE ASTURIAS

Un presupuesto para mejorar la capacidad de resolución de la AP

Uno de los propósitos del proyecto presupuestario es "mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria y garantizar que los nuevos hospitales funcionen a pleno rendimiento", según el consejero de Sanidad del Principado, Faustino Blanco. El presupuesto diseñado para 2014 es "austero y exigente", aunque registra un incremento del 0,16 por ciento respecto a este año, con 2,4 millones de euros más hasta alcanzar los 1.482,4 millones.

Del presupuesto total de la Consejería para este año se destina, al igual que en 2013, un 96 por ciento de los recursos al Servicio de Salud del Principado (Sespa), con una transferencia de 1.426,7 millones de euros, lo que supone 4,5 millones más que en el ejercicio pasado.

El Sespa, con un presupuesto de gasto total de 1.431,3 millones, dedicará el 51 por ciento a personal, el 29 por ciento a gastos corrientes y el 19 por ciento a la prescripción del gasto farmacéutico, presupuestado en más de 258 millones, incluyendo cinco millones para el reintegro de las aportaciones derivadas del copago de los ciudadanos.

Respecto al personal, desde la Consejería se ha resaltado el "compromiso" del Gobierno de mantener el empleo estructural y completar la oferta pública de empleo en enfermería, además de convertir el próximo año 80 plazas de eventuales en interinos ■







Cuando hay varias enfermedades hay que

priorizar los medicamentos más importantes

Pilar Román Sánchez

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna

Texto y fotos  Silvia C. Carpallo



ENTREVISTA

Pilar Román Sánchez

“Cuando hay varias enfermedades hay que priorizar los medicamentos más importantes”

El paciente crónico pluripatológico complejo ha vuelto a dar mayor relevancia a la especialidad de Medicina Interna, y es que si bien la Primaria debe asistir al enfermo crónico en general, el internista debe ocuparse de este tipo de paciente, como responsable último en su paso por el hospital. Ésta es la idea que transmite Pilar Román Sánchez, presidenta de la SEMI, que tras el 34 Congreso de la Sociedad, celebrado el pasado mes de noviembre en Málaga, habla sobre éste y otros temas, como el papel que deben tener los internistas en el nuevo modelo de troncalidad.

El último Congreso de la SEMI ha girado, como era casi lógico, sobre el paciente crónico y pluripatológico. Siempre se habla de la importancia del papel de la Atención Primaria para este nuevo concepto de paciente, ¿pero qué pasa con la Medicina Interna?

Si bien el paciente tiene que pivotar en Atención Primaria, hay un porcentaje de crónicos, aproximadamente el 5 por ciento, a los que hemos venido llamando pacientes crónicos complejos, en los que las enfermedades son más agudas y tienden a descompensarse, con relativa frecuencia, y que ingresan en los hospitales de 2 a 5 veces al año. Este tipo de pacientes consumen el 60 por ciento de los recursos del hospital, y el 80 por ciento de los recursos de Atención Primaria. Por todo ello, buscar un mejor abordaje para los mismos debe ser un objetivo fundamental. Primero, porque cada vez que ingresan, es una pérdida de función, y se crea más dependencia, además de que recibir tratamiento hospitalario supone un riesgo de infecciones y demás, por lo que es un trastorno tanto desde el punto de vista sanitario, como desde el social. Para intentar estabilizar a estos pacientes, y adelantarnos a posibles



descompensaciones, es muy importante que el propio paciente conozca los primeros signos de alarma, y qué debe hacer en cada circunstancia, para adelantarnos a esa descompensación.

¿Y cómo se trabaja esto en conjunto con Primaria?

Este tipo de paciente es muy difícil de llevar, y es precisamente en estas crisis y descompensaciones donde necesitan apoyo los médicos de familia, ya que somos los que sabemos qué pruebas debemos hacer en un momento u otro, cuándo aplicar determinado fármaco, etc. Tenemos que hacer equipo con Atención Primaria caso por caso, paciente por paciente, hacer una ruta del tratamiento del paciente entre todos los profesionales. Ahora mismo el sistema está montado para que sea el paciente el que acuda al médico, y va igual el que está bien que el que no. La clave está en tratar diferente a cada caso, es decir, conocer dentro de mi cupo cuáles son los pacientes en los que tengo que trabajar, en quién tengo que hacer una prevención más centrada en la educación sanitaria, en quién prevenir para que no agudice más, etc., es decir, estratificar a los pacientes.

Igualmente es clave el concepto de "equipo multidisciplinar" dentro de especializada, ¿el internista puede ser el núcleo que una el resto de engranajes?

La cuestión es que al tener varias enfermedades estos pacientes son seguidos por varios especialistas, y cuando hay más de 8 enfermedades, que en los mayores de 80 años se da en el 7 por ciento de los casos, necesitan una media de 13 médicos al año, lo que es un disparate, tanto para el sistema sanitario como para el paciente. La alternativa es hacer un plan individualizado del paciente, para que lo lleve-

mos entre los internistas y los médicos de Familia, y si en un momento dado hay una necesidad concreta, se recurrirá ya a otro especialista. Así, si este paciente ingresa en otro servicio que no sea el nuestro, por ejemplo, si se rompe la cadera, el traumatólogo nos pide que acudamos a su servicio, así el especialista le opera, y nosotros mientras controlamos que no se descompense de todo lo demás.

En este mismo sentido, ¿cómo debería ser la nueva estructura del hospital para centrarse no en patologías (servicios) sino en pacientes?

Más que incluso por servicios, hemos pasado a estructurar por unidades superespecializadas, porque nos interesaba a los propios profesionales, pero el paciente iba de unidad en unidad, y eso no tiene ningún sentido. Tiene que haber expertos en cada área, pero el paciente tiene que ser el centro de la asistencia, y todos tenemos que estar en lo que necesita el paciente, y que haya alguien responsable del mismo, que sea quien se ocupe de consultar a esos expertos. Por eso, para

este tipo concreto de paciente pluripatológico, el internista debería ser quien se responsabilice del mismo, no hablo de otros casos, y cuando sea necesario consultaremos a quien sea necesario. No se nos cae ningún anillo, no podemos ser expertos en todo. Con todo este concepto claro, lo que debe cambiar en el hospital es la necesidad de abrirnos, no estar encerrados en nuestra torre de marfil esperando a que lleguen los pacientes. Tenemos que ser proactivos, trabajar mucho más en prevención, conocer la población a la que

asistimos, y utilizar las nuevas tecnologías más sencillas, como es el móvil o el correo electrónico, para estar conectados con los pacientes, y evitar visitas presenciales innecesarias, para, por ejemplo, dar los resultados de una prueba. Abrirnos

Lo que debe cambiar en el hospital es la necesidad de abrirnos, no estar encerrados en nuestra torre de marfil esperando a que lleguen los pacientes

mucho más a la comunidad. Además los hospitales van a variar mucho, solo ingresarán aquellos pacientes que necesiten cirugía, pacientes que necesitan un tratamiento de alta tecnología, o aquellos muy graves que necesiten cuidados intensivos, para la mayoría del resto haremos dispositivos que no necesiten ingreso.

¿Y tiene ahora mismo el internista una posición relevante en el hospital para hacerse cargo de este cambio?

Hace unos años no existía ninguna especialidad en el hospital más que el internista, pero a partir de que la ciencia va avanzando salen nuevas técnicas, y van surgiendo especialidades. El problema es que parece que estas especialidades tienen mucho más "glamour", tanto para los pacientes como para los propios residentes. Al final resulta que todo el mundo sabe lo que es un cardiólogo, pero casi nadie sabe lo que es un internista. Incluso dentro de los internistas, hay quienes se han superespecializado, pero lo ideal es que sepamos todos mucho de las enfermedades más prevalentes. También ocurre que desde Primaria se deriva directamente al especialista, en vez de buscar al internista para que tenga una visión más global de este tipo de pacientes complejos, y pueda hacer un diagnóstico diferencial. En definitiva, el problema es que somos poco conocidos, nos hemos ido quedando reducidos sobre todo en los grandes hospitales, quizás por un exceso de soberbia, no lo sé, o quizás porque nosotros no manejamos avances tecnológicos. En los hospitales pequeños es diferente, porque allí solemos ser el mayor número de especialistas.



ENTREVISTA

Pilar Román Sánchez

Los enfermos pluripatológicos están también polimedicados, ¿por qué no se consulta más al médico internista para coordinar todas estas medicaciones?

Cada médico da la medicación que le parece más apropiada, y la que viene en las guías, las cuales están basadas en ensayos que se hacen con pacientes no muy mayores, ya que estos se excluyen, y que tampoco

incluyen aquellos casos de varias o graves enfermedades. Lo cual no se asemeja siempre a la realidad clínica. Además le van prescribiendo medicamentos para cada uno de los efectos secundarios derivados de esa medicación, produciéndose la llamada prescripción en cascada. Con lo cual el paciente se puede juntar con de 10 a 20 medicamentos al día, con sus interacciones entre ellos, con sus efectos secundarios, siendo un tratamiento, por no decir imposible, sí que difícil de seguir de manera crónica. Supone además un número de visitas fijas al año a cada uno de los especialistas, lo que incluye mover al paciente, que veces está mal, movilizar también a sus familias, y seguir además no sólo la medicación, sino todas las recomendaciones que les mandamos. Al final supone una carga de trabajo para el paciente y para los cuidadores imposible de llevar, y es por eso que últimamente se está acuñando el término de “Medicina mínimamente impertinente”, es decir, que por favor seamos lo menos impertinentes posible con los pacientes. Cuando hay varias enfermedades lo que hay que hacer es priorizar los medicamentos más importantes.

¿Por todo ello también es necesaria una coordinación socio-sanitaria?

En cada centro de salud y en cada ayuntamiento debe de haber un trabajador sanitario social que forme parte de un equipo multidisciplinar, porque a veces el pro-

blema del paciente es más social. También es muy importante la figura de enfermería, ya que es la que realiza la educación en salud, la que va al domicilio y conoce las condiciones del paciente. Ve los riesgos que puede tener, como las dificultades al entrar en la bañera, o si

Todo el mundo sabe lo que es un cardiólogo, pero casi nadie sabe lo que es un internista

la historia clínica del paciente, y que en esa historia exista una valoración sanitaria, pero también una social.

Uno de los retos de esta nueva junta directiva de la SEMI es incentivar la investigación y la docencia en Medicina Interna, ¿cómo se van a cumplir estos objetivos?

Hemos creado unos comités de docencia e investigación, que están ya activos, porque la formación del internista es un factor clave. Como cada vez hay más restricciones de días libres incluso

para formación, lo que demanda el internista son cursos online y divididos en partes, para poder complementarlos en diferentes momentos y cuadrarlos mejor con el ritmo diario de cada uno. También hay que tener en cuenta que la Medicina se ha feminizado, las mujeres jóvenes tienen que tener hijos para que el sistema

Tiene que haber expertos en cada área, pero el paciente tiene que ser el centro de la asistencia

continúe, y debemos poner facilidades. Estamos igualmente haciendo un proyecto para ampliar la colaboración con Latinoamérica, para lo que hemos contactado con varias sociedades para hacer formación conjunta. Respecto a la investigación, la idea es propiciar un conjunto de proyectos, de ideas, y los tres primeros proyectos ganadores tendrán unas becas. La condición es que el proyecto sea novedo-

so y clínicamente relevante, pero sobre todo que sea multicéntrico, que implique a gran cantidad de internistas.

Entre los trabajos más importante de la sociedad está la creación de protocolos, y de guías de trabajo, la última de ellas incluso se está trabajando en colaboración del Ministerio de Sanidad, ¿podría darnos más detalles?

Siempre se están demandando guías para estos pacientes pluripatológicos, al menos para las dolencias más comunes, que son muy difíciles de hacer ya que no hay ensayos clínicos al respecto. Podemos basarnos sobre todo en la opinión de expertos, pero también es muy difícil el cómo hacer esas guías porque no hay nada establecido, al igual que el cómo especificar en esas guías el pronóstico del paciente, es decir, que hay que diferenciar si estamos ante un paciente con varias enfermedades complejas con un pronóstico de vida de 3 o 4

años, o estamos en un paciente cuyo pronóstico de vida es de 6 meses. Cuando el pronóstico es más largo tenemos que actuar más activamente,

pero cuando no es preferible dejar de dar fármacos activos que puedan ocasionarle más efectos secundarios, y pasemos al cuidado paliativo, psíquico y físico.

Precisamente, relacionado con este tema, una de las mesas del último 34 Congreso de la SEMI versaba sobre gestión y ética, ¿cómo se enfoca esta nueva perspectiva?

Muchos profesionales piensan que lo de la economía va con los gerentes o con los políticos, pero no con nosotros, porque nuestra obligación es dar lo mejor al paciente que tenemos delante, y eso es una confusión de base. Como profesionales de la salud y empleados además de un sistema público, tenemos dos obligaciones fundamentales. La primera es el paciente que tenemos delante, pero la otra es el resto de pacientes o los que vayan a serlo poten-

Últimamente se está acuñando el término de “Medicina mínimamente impertinente” para el paciente



cialmente. Estamos salvaguardando el dinero de todos y no podemos obviar lo que valen los fármacos y las exploraciones, tenemos que ver lo mejor para el paciente, pero al menor coste posible, porque eso que ahorremos podrá ayudar a otro paciente en el futuro.

Hablando precisamente de futuro, ¿cuál es el futuro de la Medicina Interna? ¿Van a ser necesarios más internistas para abordar la demanda de docencia cuando se implante la troncalidad?

Estoy segura de que la Medicina Interna tiene un futuro impresionante, al igual que la Atención Primaria, precisamente por todo lo que hemos estado hablando. En cuanto a la especialidad, llevamos pidiendo desde siempre, desde que se hizo el MIR, la necesidad de ese periodo de formación general, es decir, una mayor formación práctica básica, y a partir de ahí especializarse. Esto teóricamente nos quita valor a los internistas, porque si el cardiólogo sabe tratar una diabetes, ¿qué aportamos?

La realidad es que se tendrá un conocimiento básico, y el internista lo abordará en mayor profundidad. Por fin se han dado cuenta de esta necesidad, y van a existir esos dos años comunes, que lógicamente se tendrán que hacer en Interna y en Primaria, y pensamos que no seremos suficientes sobre todo en hospitales grandes. Si tenemos que trabajar más, trabajaremos, pero la cuestión es que seremos más reconocidos y más conocidos.

¿Y el de SEMI como sociedad?

Nuestro papel con los pacientes crónicos complejos nos está abriendo puertas. Hemos crecido exponencialmente en socios, y de hecho estamos incluso teniendo socios extranjeros, así que creemos que tenemos gran potencial para aglutinar, para hacer colaboraciones con otras sociedades, para hacer consensos, y para que nuestra voz sea más oída en Consejerías y en el Ministerio. En cuanto a proyectos, tenemos tres grandes destacados. Uno es el que ya hemos comentado sobre guías de varias

enfermedades crónicas, en las que está colaborando también el Ministerio de Sanidad, y Guía Salud que es el organismo oficial, y entrarán incluso los propios pacientes a opinar. El segundo es que hemos suscrito las bases para hacer esta nueva orientación sobre la asistencia para el paciente crónico complejo. La idea es marcar unas líneas de quién tiene que hacer qué, y cómo lo tenemos que hacer. Es una visión general para que cada centro lo pueda adaptar según sus necesidades, y lo hemos desarrollado entre la SEMI, semFYC y FAECAP. Por último, se presentó el pasado mes de diciembre en el Ministerio de Sanidad la iniciativa "Compromiso con la eficiencia de la Sociedad Médicas en España", que se basa en la unión de las sociedades científicas para cada una hacer una propuesta, de cosas que hacemos en la práctica clínica por costumbre, sin que se haya demostrado su beneficio para los pacientes, por lo que puede ser que no aporten valor ninguno o incluso sean perjudiciales. Cada sociedad dirá 5 cosas, de las 50 que se han adherido ■





Ningún ministro de Sanidad
ha sabido ejercer el papel
que le asigna la Constitución
y que es el de
inspeccionar y garantizar
la
equidad
entre los españoles

Jesús Gutiérrez Morlote

Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Ex director general del Insalud. Ex director general de RRHH del Ministerio de Sanidad y ex secretario general de Salud

Texto | Carmen Villodres

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA

Jesús Gutiérrez Morlote

“Ningún ministro de Sanidad ha sabido ejercer el papel que le asigna la Constitución y que es el de inspeccionar y garantizar la equidad entre los españoles”

La presentación del “Manual de Valdecilla de Trasplante Cardíaco” lo ha puesto recientemente ante los medios de comunicación, pero el actual jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, Jesús Gutiérrez Morlote, es un versado profesional con muchas tablas ya que ha pasado por unos cuantos cargos de gestión en tiempos en que en Sanidad estaba casi todo por hacer, allá por la década de los 80 y comienzo de los 90. Un pequeño indicio de la labor desempeñada por Gutiérrez Morlote es que ha trabajado con cinco ministros. Desde su experiencia denuncia que ninguno de los titulares de Sanidad ha sabido desempeñar la labor que le asigna la Constitución y que es la de la inspección, la vigilancia y el de ser garante de la equidad entre todos los españoles.

Pocas personas pueden tener tanta información desde dentro del sistema ¿verdad?

Desempeñé algunos cargos provinciales como el de director general de Salud de Castilla-La Mancha; estuve en la dirección general de Recursos Humanos y Organización en el Ministerio; de director general de Ordenación Profesional; de secretario general de Salud. Estos últimos puestos suponían la presidencia de algunos organismos técnicos como por ejemplo el Plan Nacional del Sida, cuya sede ocupaba este lugar donde estamos (refiriéndose a la sede de la ONT), pues la Carlos III era una de las direcciones generales que dependí-

an de la Secretaría General. Tengo una idea bastante de conjunto del funcionamiento de la Sanidad pública de esa época. Eso es cierto

De todo ese trajín en la Administración ¿qué le trae recuerdos más gratos?

Uno tiende a sobrevalorar o recordar con más cariño las épocas en que era muy joven. Por ello si me preguntan, yo que he trabajado con los ministros de la época (nada menos que con cinco), recuerdo con especial cariño al primero, a Ernest Lluch y la Ley General de Sanidad, que era entonces nuestra ilusión, o la reforma de la Atención Primaria que se gestó y se puso en marcha en aquellos apasionantes momentos. Uno de los peores fue, en cambio, la epidemia de SIDA que allá por los 80 asolaba España; también sufríamos dificultades financieras, ahora tan de actualidad.

La etapa al frente del INS, especialmente dificultosa

¿Cuándo arreció más esa precariedad económica?

Recuerdo como momentos de especiales dificultades la etapa en la que sucedí a Francesc Raventós al frente del Instituto Nacional de la Salud, con un presupuesto que entonces era de 2 billones doscientos mil millones de pesetas -y estoy hablando del año 1989- con 150.000 personas en nómina, en el que el gasto de Farmacia por entonces era superior al presupuesto de 5 ministerios. Para que se haga una idea, el Congreso, el Senado, el Consejo General del Poder Judicial, el Consejo de Estado y la Casa del Rey disponían de un presupuesto menor que el de Farmacia, que yo tenía que firmar en Alcalá 56. Con unos recursos tan limitados, la época de la transición y la crisis posterior fueron muy duros.

También tendrían su recompensa...

Naturalmente. Fue una época de trabajo muy apasionado en la que gente muy joven, muy ideologizada, estaba dispuesta a trabajar en horario de mañana tarde y noche. Recuerdo en aquella época que el recreo que yo tenía era un ratito que me iba los domingos a comer un bocadillo en un banco del Retiro. El bocadillo lo llevaba en la cartera,

porque claro, ¿como iba a entrar y salir el director general del Insalud con un bocadillo? (sonrisilla tímida). **Y continúa.**

Pero claro, mi gran

plan de entonces era comerme el bocadillo y a las 3 de la mañana los de seguridad llamaban temerosos a la puerta de mi despacho preguntando si estaba bien. Era otra forma de trabajar, probablemente menos ordenada, también con menor preparación de lo que era entonces la gestión, pero ilusional y muy comprometida.

¿Cuáles eran las principales guerras médicas de entonces?

La contestación más grave vino de los médicos de AP. Entonces los médicos rurales estaban amarrados físicamente a su pueblo durante los 365 días al año, ya que no podían salir del pueblo sin el permiso del alcalde, y se les daba la posibilidad de pasar a otros lugares donde podían hacer guardias, turnos; donde en definitiva podían vivir en ciudades donde se disponían de otros medios y de otros recursos técnicos. La cuestión es que parecía que podía ser fácil im-

plantar los cambios ya que lo que se ofrecía estaba bien. Pero no. Siempre existe una resistencia al cambio; una

resistencia que no siempre procede de las personas biológicamente mayores.

La necesidad de explicitar las políticas a aplicar

La actual situación donde cada autonomía campa por sus campos sanitarios

Los políticos deberían tener un mayor grado de responsabilidad con el sistema sanitario

Desde el punto de vista de la salud pública no creo en el copago



¿le ha llevado a replantearse si eran necesarias las transferencias?

Si la cuestión es si debería haber desaparecido el Insalud estimo que tenía que desaparecer porque era una entidad gestora de la Seguridad Social que se encargaba de la asistencia sanitaria. Había de cambiar porque la Sanidad comenzó a financiarse con impuestos a raíz de que se instaurara la Ley General de Sanidad. Por lo tanto no tenía sentido que una entidad gestora de la Seguridad Social se encargase de la gestión sanitaria. Ahora, si lo que me pregunta es si debería existir un órgano gestor de la asistencia sanitaria centralizado, o si se tendrían que haber hecho transferencias sanitarias o no -que yo creo que es algo que mucha gente se pregunta- creo que, efectivamente, las transferencias permiten que se esté más cerca de los problemas y que no se olviden

regiones enteras como ocurrió anteriormente, pero eso exige también una dosis de valentía por parte de los políticos locales mayor de la que tienen. Mayor valentía por parte de los políticos para abordar ese papel pedagógico consistente en explicar el porqué de las cosas.

¿Está la demagogia de los políticos sacudiendo la equidad en las prestaciones?

Recientemente, desde su Santander natal Jesús Gutiérrez Morlote había llegado a la sede de la ONT para presentar el “Manual de Trasplante Cardíaco”, realizado por su departamento en el modélico Hospital Universitario de Valdecilla. En el transcurso del mismo, junto con el director de la ONT y el gerente de su hospital, hablaron de que algunos centros donde se practica el trasplan-

te no cumplen con todos los criterios que recomienda la ONT. Y el problema está en que quienes tienen potestad para definir esos parámetros de calidad son las CCAA; lo que quiere decir que la comunidad que pase de aplicar los criterios de la prestigiosa organización puede hacerlo con todas las de la ley. Es por ello que reflexiona sobre la cuestión así:

Quizás algunos políticos deberían explicar a sus ciudadanos que reducir el número de centros de trasplante no es sólo porque sea más barato, que esta ya es una explicación puesta que la eficiencia del sistema nos afecta a todos, sino porque las cosas se hacen mejor. Cuando uno hace más cosas las hace mejor y la seguridad y la supervivencia de nuestros pacientes es mayor cuando el equipo que se encarga de eso tiene más práctica. Efectivamente al día si-



ENTREVISTA Jesús Gutiérrez Morlote

guiente de la rueda de prensa en que se habló de la materia, políticos de varias autonomías saltaron a la palestra mediática con testando que no pensaban cerrar ningún centro, tal como había pedido la ONT.

Y continúa...

Eso no siempre es bien entendido y a menudo el partido que está en la oposición lo puede aprovechar para decir que se está haciendo economicismo. Pero creo que los que estamos en la gestión sanitaria echamos en falta que los políticos tengan un mayor grado de responsabilidad con el sistema sanitario y no utilizarlo para según qué cosas. Desde luego hace falta un mayor valor para explicarles a los ciudadanos la verdad, porque son mucho más listos de lo que muchos piensan.

La práctica totalidad de los cargos desempeñados por usted han sido en administraciones socialistas. ¿Sigue militando en el PSOE?

Lo cierto es que no milito en ningún partido político desde hace años. Aunque milité durante casi 30 años en el PSOE un buen día me di de baja. Y no crea, tampoco estoy en disposición de apuntarme en ninguna militancia aunque, sí, sigo siendo socialdemócrata.

Nuestra Sanidad, un goloso pastel

Seguimos en la actualidad y es obligado preguntarle por la reforma sanitaria, tan famosa, tan controvertida, a lo que responde, ¿Cuál reforma sanitaria? Es su forma de hacer notar que no solo han existido otras reformas de la Sanidad, sino que él mismo ha participado en otras reformas del sistema. Dándose por enterado de qué hablamos del Real Decreto 16/2012, asegura que "creo que el principal problema de la Sani-

dad española es su propia importancia cuantitativa. Se trata de un trozo tan grande del pastel presupuestario que necesariamente todos se fijan porque después hay una serie de cosas en las que todos hemos de coincidir. Es decir, nuestra Sanidad, de cobertura universal y sin límite en las prestaciones, no es una Sanidad cara y eso hay que decirlo y no creo que haya nadie que lo discuta".

¿Qué opina de la actual diatriba de Sanidad pública contrapuesta a la Sanidad privada?

En cuanto a la disputa sobre si la privada es más eficiente que la pública estoy seguro de que eso no es así. Es decir, si abordamos la distribución de los recursos o el régimen de personal o incluso, por qué no decirlo, el papel de los representantes de los trabajadores, hay mucho margen para la eficiencia. Porque hay recursos que son innecesarios y no hay valor político para decir quitemos ese recurso de ahí y coloquémoslo en otro sitio porque nos va a salir más barato y le va a salir a usted mejor en otro sitio. Es más, si el paciente se queja por el traslado, le decimos que pagamos el transporte a usted y a su familia y una limusina si se da el caso... Estas cosas hay que decir las.

Creo que en estos momentos los médicos no son conflictivos

¿Y qué opina de la judicialización de la Sanidad madrileña y del contes-

ta sea más eficiente es un mito discutible. Pero seamos los empleados de la pública los que la hagamos eficiente porque si no estamos dando argumentos a los que quieren deshacerse de la Sanidad pública porque evidentemente es una parte del pastel muy interesante ya que es muy grande y muy apetecible. Uno de los grandes problemas que tenemos es que a esta circunstancia se une el que el político no es capaz de decir las verdades del barquero a sus electores. Muchas veces porque no está informado y otras porque tiene miedo a perder votos. Por otro lado, percibo que hay CCAA que han reproducido miméticamente la estructura que conocían de la Sanidad centralizada y lo que era el Ministerio, lo que era la entidad gestora, situación innecesaria en comunidades pequeñas. Y esa es una bolsa de ineficiencia grave.

¿Cuál ha sido el papel desempeñado por los ministros del ramo desde que se produjo la centralización?

Creo que el Ministerio de Sanidad nunca ha ejercido como debiera, con ningún ministro, ese papel de la alta inspección, que constitucionalmente tiene asignado y que le autoriza a vigilar y garantizar la equidad de todos los españoles en el acceso a las prestaciones sanitarias. Esa función hay que ejercerla. Lo que pasa es que muchas veces jugamos al estado federal pero no nos comportamos como los estados federales.

tado copago?

¿Y dónde cree que está la clave para hacer más eficiente a la pública?

Es cierto que existen bolsas de ineficiencia en la gestión y estoy convencido de que la mejor defensa de la Sanidad pública es hacerla eficiente, haciendo las cosas lo bien que sabemos; es decir, que seamos capaces de hacerlo a un coste más razonable. Hay que tener en cuenta que es un sistema que posee grandes cualidades. Es buena, cura a todo el mundo y no es cara. El que la priva-

Procuro enterarme lo menos posible de ese ámbito de la política sanitaria. No tengo ni idea. No me suena bien la externalización, aunque solo sea porque ha convulsionado la Sanidad madrileña y creo que para las cosas importantes el sosiego es bueno, pero no me atrevo a juzgar lo que no conozco. En cuanto al copago hay que decir que ya existía y ha existido, pero siempre tuvo un muy escaso efecto disuasorio en la venta de medicamentos. Hace mucho tiempo que ya se dijo que el copago

servía para disuadir de determinadas cosas a las clases más desfavorecidas pero que como co-financiador del sistema no servía. Para que el sistema de verdad pueda obtener recursos a través del copago y se pueda financiar en parte tendría que cobrarse tanto, que eso sería prácticamente imposible. En cuanto a quitar las ganas a la gente de ir a urgencias o de hacer según qué cosa, opino que desgraciadamente a los que somos de clase media no nos van a quitar el acudir con nuestro niño a urgencias o adquirir determinadas cosas pero al que no tiene un duro sí que le va a quitar del sistema sanitario. Y eso no es solo socialmente injusto, es incluso peligroso desde el punto de vista de la salud pública, por lo tanto yo no creo en el copago.

¿Qué piensa de que los “sin papeles” queden fuera del sistema?

Eso no debiera producirse de ninguna manera. Eso hay que organizarlo. Hace ya 20 años había compañías de viajes de países más ricos que el nuestro que incluían en el viaje el cambio de la prótesis de la cadera o el inmigrante que viene con toda la familia a operarse y a revisarse. Pero la experiencia demuestra que la frecuentación de los inmigrantes al sistema sanitario no es mayor en contra de lo que se dice demagógicamente que la de los nacionales. ¿Qué sería de los viejos españoles sin los inmigrantes? ¿Quién los iba a cuidar y quién se dedicaría a la gente disminuida que está en sus casas y no tiene quien le cuide porque toda la familia está trabajando? Nosotros hemos sido un país de emigrantes y parece injusto marginarles del sistema sanitario. Además desde el punto de vista de salud pública puede comportar problemas graves.

¿Son los médicos un sector especialmente “protestón”?

En mi época sí que lo éramos. Yo fui despedido de mi hospital al año de entrar, cuando todavía era MIR. Luego en mi época en la Administración sí que hubo muchas protestas porque me tocó la aplicación de la Ley del 83/ 84 de Incompatibilidades; me tocaron los conciertos con las



universidades y los hospitales clínicos. En fin, he navegado por aguas turbulentas, pero creo que en estos momentos los médicos no son conflictivos.

Confiese, ¿cómo logró sobrevivir a cinco ministros?

(Je, je) Lo cierto es que los que sobrevivieron a mi gestión fueron ellos. Lo cual no era nada fácil tampoco. ¡Cinco! Y del ministro que mejores recuerdos guardo fue con mucho con Ernest Lluch, aunque no crea, con él no pasé de puestos provinciales; igual por eso lo recuerdo con especial cariño. Pero claro, era un equipo más joven, que hacíamos la cosas con un enorme compromiso político, con un ministro joven y muy inteligente. Era un líder. Sabía distinguir lo que era importante de lo que no. Aquellas reuniones que teníamos todos los meses los directivos provinciales no las podré olvidar nunca. Creo recordar que cuando Lluch se hace cargo del Ministerio de Sanidad ni siquiera se sabía cuántos trabajaban en Salud. Se calculaba que eran unos 250.000.

¿Y después de todo aquello por qué emprende el “volver, volver”?

Regreso a Santander porque tenía una plaza en propiedad en el Hospital de Valdecilla. Este es un hospital que tiene espíritu de empresa y era volver a casa. Siempre cuento que al volver, hace ya 19 años, y aguardaba cola en el estanco, -por cierto para comprar el periódico o echar la quiniela, eh-, me encontraba a gente que me decía: bienvenido a casa. Porque por encima de las diferencias políticas o de cualquier tipo, yo era alguien de la familia que regresaba. Por lo tanto tuve un regreso muy fácil y con una gran acogida. Me alegro de haber vuelto. ¿Qué hubiera sido de mí si me quedo en Madrid? (Ja,ja) Lo mismo acabo de ministro.

El Hospital Universitario de Valdecilla, fundado en 1929, es todo un referente que ha pasado por épocas de estrecheces y por muchas vicisitudes; actualmente hay polémica sobre su externalización o no. Y evalúa al respecto que “mantener una situación de referencia en un lugar periférico no es fácil”.

Algo más que añadir a lo manifestado, doctor Morlote?

Sí. Quiero volver a Madrid (risas) ■



Nuevo programa
de salud de la UE.
Un plan para

cohe



Sanitarizar la Sanidad

e impulsar el crecimiento económico

El pasado 1 de enero comenzó su andadura el nuevo plan europeo de salud, que estará vigente hasta 2020. Será el tercer plan sanitario europeo (tras los desarrollados en los períodos 2003-2007 y 2008-2013, que expiró el pasado 31 de diciembre), si bien será el primero planificado, aprobado y que transcurrirá en años de crisis económica. De ahí su nombre oficial: el programa europeo *Salud para el Crecimiento 2014-2020*. Este plan europeo, no en vano, se incardina dentro de la estrategia de crecimiento para esta década que la Comisión Europea lanzó en 2010, el llamado plan Europa 2020, el cual no sólo fija como objetivo prioritario la promoción de la salud sino que este objetivo queda descrito explícitamente como herramienta para el crecimiento económico y la creación de empleo y de riqueza.

Texto | Manuel Ruiz Rico



REPORTAJE

Nuevo programa de salud de la UE. Un plan para cohesionar la Sanidad e impulsar el crecimiento económico

El programa *Salud para el Crecimiento* se asentará, de este modo, sobre dos pilares: el económico (como herramienta anti-crisis y el desarrollo de modelos de gestión que garanticen su sostenibilidad a largo plazo) y el socio-sanitario (combatir las crecientes desigualdades sanitarias tanto entre países de la UE como en el interior de cada Estado, cohesionar y mejorar la cooperación entre los sistemas sanitarios nacionales en aras de una UE cada vez más integrada e interrelacionada).

Según la estrategia propuesta por la Comisión Europea, el plan parte con cuatro objetivos claros: contribuir a la creación de innovación y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios; incrementar el acceso a unos cuidados médicos mejores y seguros; promover la salud y prevenir enfermedades haciendo especial hincapié en los factores de riesgo que están detrás de la mayoría de las patologías (especialmente, el tabaquismo, el exceso de alcohol y la obesidad); y,

por último, proteger a la población de las amenazas sanitarias transfronterizas.

El plan europeo de salud partirá con un presupuesto de 446 millones de euros (la propuesta original de la Comisión fue de 396 millones), frente a los casi 370 millones del programa anterior, lo que supone un aumento del 22,2 por ciento. Y en esto, en medio de un período de crisis económica. Esto no da sino una idea clara de que la UE quiere, efectivamente, hacer de este plan un motor de crecimiento económico y de innovación y desarrollo. Por objetivos, casi la mitad del presupuesto (48 por ciento) irá destinada al primero de ellos (la innovación y la sostenibilidad), mientras que para el resto de los tres objetivos se destinará el 22 por ciento, 21 por ciento y, finalmente, el 9 por ciento, respectivamente, de la cuantía presupuestada para el plan.

Con todo, tanto la cifra exacta de la dotación económica como el contenido del plan

aún deben quedar aprobados por el Parlamento Europeo. Según fuentes de la Dirección General de Salud de la Comisión Europea, “la propuesta de la Comisión para el futuro Plan de Salud fue adoptada en noviembre de 2011 y está todavía bajo negociación. El resultado de la misma se espera para antes de final de este año”. Entonces, abundan las fuentes, “una vez la regulación del programa de salud sea definitivamente adoptada, la Comisión presentará en Programa Anual de Trabajo de 2014 basado en las prioridades y criterios previstos en la base legal normativa”.

A pesar de todo, el amplio consenso que existe al respecto apunta a que no vayan a cambiar de manera decisiva las tornas, más allá que retocar algún fleco aquí u otro allá. Esto sin contar con que Europa está necesitada de una fuerte inversión en este sector ante los enormes retos que se le plantean en la actualidad y de cara a los próximos años.



Brecha sanitaria en la UE

Uno de los frentes clave que el nuevo plan de salud de la UE tendrá que combatir serán las desigualdades sanitarias, tanto entre países como en el interior de cada país, una brecha que en muchos casos se está agrandando debido a las consecuencias sociales de la crisis económica, como el desempleo o la marginalización social.

El estudio de impacto realizado por la Comisión sobre el programa de salud 2014-2020 ya alerta de que “la salud de la población varía enormemente entre países y entre clases sociales”. El estudio cita datos del Eurostat (la agencia estadística de la UE), que advierte de que “la diferencia en cuanto a la expectativa de vida entre los hombres con mayor y menor nivel de educación varían entre los Estados miembros entre cuatro a casi 20 años”, según el país. En cuanto a situaciones dentro de un mismo país, el estudio de impac-

to cita el ejemplo de Roma, donde “la expectativa de vida es más de diez años más corta que la media del país”.

Un informe reciente sobre desigualdades sanitarias en la UE (titulado Mejorando la salud para todos los ciudadanos de la Unión Europea), ya alertaba de que la expectativa de vida en hombres varía en la Unión hasta en 11,9 años y en 7,6 años en mujeres (la esperanza de vida al nacer en España es de 82,5 años mientras que en Lituania es de 73,8 años). “Fuertes diferencias sanitarias y en el acceso a la atención médica existen en la

UE así como dentro de los propios países y regiones europeas. El nivel de enfermedades y la edad a la que fallecen las personas está fuertemente influida no sólo por factores como el empleo, el nivel de ingresos y la educación sino también por el acceso a la salud”, sentencia, rotundo, este documento.

Por este motivo, el programa Salud para el Crecimiento 2014-2020 parte de dos premisas conceptuales claras. Por un lado, “poner al paciente en el centro, y esto conlleva considerar los determinantes sociales”, según se explicita en la propuesta del programa elaborada por la Comisión; por otro, reforzar la cooperación entre países, un aspecto en el que la UE hace autocrítica y reconoce un amplio margen de mejora. Sin embargo, cita como modelo a seguir las acciones emprendidas en cuanto a estrategias europeas sobre enfermedades raras y protocolos de actuaciones en cáncer así como las respuestas y coordinación en materia de salud pública transfronteriza, como los casos de las pan-

demias de los virus influenza o SRAS o el de la bacteria *E. coli*.

Así pues, “el programa de salud post-2013 debería poder servir e implicar mejor a todos los Estados miembros, especialmente a aque-

llos con menos recursos económicos, en los que existen numerosas barreras culturales y financieras”, asegura la Comisión, que llama a poner “un énfasis especial en aquellas áreas que los Estados no puedan afrontar de forma solitaria y de una manera económicamente eficaz y donde una colaboración entre países genere mucha mayor eficiencia”.

El plan parte con cuatro objetivos: contribuir a la creación de innovación y a la sostenibilidad de los sistemas; incrementar el acceso a los cuidados médicos; promover la salud y prevenir la enfermedad, y proteger a la población de las amenazas sanitarias transfronterizas

Innovación para el crecimiento económico

El futuro plan europeo de salud es el primero que se gesta y se desarrollará en plena crisis económica. Y la UE es plenamente consciente de esto hasta el punto de que ha querido hacer del programa una herramienta que aliente el motor económico europeo en aras de impulsar la creación

de empleo y de riqueza. Pero la crisis está siendo también una amenaza contra la supervivencia del propio sistema sanitario europeo: “La crisis financiera”, señala la Comisión en su

Se estima que en 2020 la Unión habrá perdido un millón de trabajadores sanitarios y que el 15 por ciento de las necesidades no estarán cubiertas

estudio de impacto, “ha aumentado la necesidad de mejorar el coste-eficacia de los sistemas nacionales de salud. El objetivo de la política sanitaria de la UE será, por lo tanto, complementar y apoyar las políticas nacionales y fomentar la cooperación entre países con tal fin. Será necesario”, advierte la Comisión, “priorizar necesidades dentro de un presupuesto limitado”.





REPORTAJE

Nuevo programa de salud de la UE. Un plan para cohesionar la Sanidad e impulsar el crecimiento económico

Dicho esto, la UE es consciente del potencial económico e investigador del sector sanitario así como que se trata de un sector compuesto por trabajadores de elevada cualificación, de manera que qué mejor sector para apostar por él de cara a una salida de la crisis.

Según datos de la Comisión Europea, el sector sanitario es uno de los mayores en creación de empleo en el continente y emplea a uno de cada diez trabajadores en la UE. Por otra parte, se trata de un sector tecnológicamente muy desarrollado mientras que el gasto sanitario representa casi el 10 por ciento del PIB europeo, lo que convierte al sanitario en uno de los mayores sectores en la economía de la UE.

El plan de salud europeo 2014-2020 liga la innovación del sector sanitario a su propia sostenibilidad, puesto que la investigación, los avances, los desarrollos médicos no sólo repercutirán en fortalecer el perfil de motor de empleo de la Sanidad sino que posibilitarán, según espera la UE, una mayor eficiencia del sistema. De ahí que el plan congrege en el primero de sus objetivos la innovación y la sostenibilidad y a ello destine casi la mitad del total de su presupuesto. Ésta será la apuesta fuerte de la UE por la Sanidad para los próximos seis años.

Dentro de la mejora de la eficiencia del sistema, el nuevo plan abogará por crear nuevas normativas o procedimientos para la evaluación de la tecnología sanitaria así como sobre medicinas y tratamientos médicos. “Las evaluaciones de la tecnología médica”, explica la Comisión en su propuesta, “puede proveer a los políticos y responsables sanitarios de evidencias

objetivas y una base transparente para tomar decisiones de cara al empleo sostenible de los presupuestos y para proveer a los paciente de los tratamientos más adecuados en cada caso”. Para ello, está prevista la creación el próximo año de una red europea voluntaria dedicada a la evaluación de tecnología sanitaria con el objetivo de producir una metodología y herramientas comunes.

Dentro de la mejora de la eficiencia del sistema, el nuevo plan aboga por crear nuevas normativas o procedimientos para la evaluación de la tecnología sanitaria y los tratamientos

do un millón de trabajadores sanitarios y que el 15 por ciento de las necesidades no estarán cubiertas. “Esto puede incrementar las disparidades sanitarias”, según alerta el informe de impacto de la Comisión, “debido a la fuga de mano de obra de los pobres a los países ricos de la UE. Incluso”, advierte el estudio, “ya hay países que ya han tomado medidas en contra del libre movimiento de trabajadores en la UE, parando la emigración de recién licenciado a otros países o limitando el número de extranjeros que estudian en sus facultades.

El plan de salud europeo 2014-2020 liga la innovación del sector sanitario a su propia sostenibilidad, puesto que no sólo repercutirá en fortalecer el perfil de motor de empleo de la Sanidad sino que posibilitará una mayor eficiencia del sistema

sanitario europeo a la extrema movilidad de los ciudadanos en el seno de la UE, mucho más en una época de crisis como ésta y en una Europa cada vez más globalizada e interrelacionada. “La movilidad de los pacientes en Europa”, se reconoce en la propuesta del programa Salud para el creci-

miento, “requiere una soluciones e-sanitarias no sólo para casos de emergencias sino para la continuidad de los tratamientos médicos”.

Pero esta movilidad de los ciudadanos a lo largo y ancho de la UE no sólo tendrá consecuencias en ese ámbito. También en el de la salud transfronteriza, es decir, en el terreno de las alertas sanitarias. “Las enfermedades infecciosas estuvieron cerca de la erradicación en los años 70, pero el mundo globalizado ha traído nuevas amenazas, que suponen el regreso de viejos patógenos y la llegada de otros nuevos”, apunta la Comisión Europea. El Tratado de Lisboa da a la Unión Europea responsabilidad específica sobre la salud transfronteriza y evitar sus amenazas, de modo que el nuevo plan de salud europeo tendrá el objetivo específico de “una nueva legislación sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en el área de salud transfronteriza para evitar futuros litigios sobre este asunto que afecten al tratamiento del paciente o a los costos que han de ser reembolsados”.

e-Salud para la movilidad europea

El desarrollo de lo digital y de las tecnologías de la información en el terreno de la salud, la e-salud (e-Health) estará muy ligado en el nuevo programa

de salud europeo a la extrema movilidad de los ciudadanos en el seno de la UE, mucho más en una época de crisis como ésta y en una Europa cada vez más globalizada e interrelacionada. “La movilidad de los pacientes en Europa”, se reconoce en la propuesta del programa Salud para el cre-

El desarrollo de lo digital y de las tecnologías de la información en el terreno de la salud, la e-salud (e-Health) estará muy ligado en el nuevo programa de salud europeo a la extrema movilidad de los ciudadanos en el seno de la UE, mucho más en una época de crisis como ésta y en una Europa cada vez más globalizada e interrelacionada. “La movilidad de los pacientes en Europa”, se reconoce en la propuesta del programa Salud para el cre-

Por último, como un asunto transversal a todo el programa Salud para el crecimiento, se encuentran el fomento de la promoción y la prevención de la salud, como ámbitos también en los que se pretende hacer hincapié a fin de reducir el gasto sanitario futuro. De este modo, el plan de salud europeo prestará especial atención al consumo excesivo de alcohol, la obesidad, el tabaquismo y los malos hábitos de vida, factores que generan un elevado número de problemas sanitarios (y, por tanto, de gasto sanitario) a largo plazo.

En cuanto a la prevención, la UE quiere apostar por impulsar la realización de screenings preventivos como los que ya se realizan en cervix, colon y pecho y cuyos resultados se han mostrado incuestionables: una detección temprana no sólo causa un evidente beneficio de salud y de calidad de vida al paciente sino que evita cuantiosos gastos sanitarios.

Los dos últimos retos que afrontará el nuevo plan de salud son el inexorable envejecimiento de la población europea (lo que conllevará un mayor gasto sanitario asociado) y la mejora del acceso del paciente al sistema sanitario, lo que se relaciona, sin duda, con las inequidades sanitarias antes descritas.

Según las estimaciones de la UE, el número de personas por encima de 65 años se incrementará un 45 por ciento en los próximos 20 años (en 2030 se estima que se alcancen los 123 millones de personas en esa franja de edad). “Por lo tanto, el aumento del gasto

sanitario y el acceso a la salud deberán ser temas centrales en el debate en los próximos años”, argumenta la Comisión Europea en su estudio de impacto al plan sanitario.

Este envejecimiento unido a los hábitos de vida está detrás del incremento “preocupante”, en palabras de la Comisión, de las enfermedades no comunicables. “En 2009, estas enfermedades causaron cuatro millones de muertos. La mitad fueron enfermedades cardiovasculares y diabetes, mientras que un 26 por ciento de esos fallecimientos se debió al cáncer y un 8 por ciento a enfermedades respiratorias crónicas. Por lo tanto, hay mucho espacio para mejorar en el control y la prevención, lo que además salvará mucho volumen de gasto sanitario”.

Pros y contras del nuevo plan

El constante hincapié que el plan Salud para el crecimiento 2014-2020, incluso en

el mismo título del plan, hace del rostro económico de la Sanidad ha molestado al Comité de las Regiones, cuya crítica principal al programa sanitario europeo se centra en este punto. En su dictamen emitido sobre el plan censura que “el nombre elegido para el programa reduce la salud a una cuestión de beneficios meramente económicos, sin que las personas ocupen el lugar central”, si bien aclara que “acoge con satisfacción los objetivos generales del programa”.

La segunda crítica de este organismo europeo no tiene que ver con el contenido mismo del plan sino con el aspecto económico. El Comité de las Regiones “expresa sus dudas de que la financiación propuesta sea suficiente pese al aumento con respecto a los programas anteriores”, por lo que “lamenta que la Comisión no se haya decidido a adoptar un presupuesto mucho más elevado” ■



CENTRO DE OFICINAS para SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- ✓ CENTRO ESPECIALIZADO EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS
- ✓ GABINETE DE PRENSA PARA SUS COMUNICACIONES
- ✓ TRATAMIENTO DE SUS FICHEROS
- ✓ GESTIÓN DE SUS RECURSOS ONLINE
- ✓ ALQUILER FLEXIBLE POR PUESTOS Y DESPACHOS
- ✓ SERVICIO DE VÍDEO CONFERENCIAS
- ✓ EXCELENTE COMUNICACIÓN ZONA NORTE DE MADRID
- ✓ PRECIOS MUY COMPETITIVOS



Mientras se mantenga
la relación
estatutario/funcionario,
difícilmente se podrá
gestionar
convenientemente

José Alejandro López del Val

Gerente Fundación Hospital de Calahorra

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Fundación Hospital de Calahorra



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ENTREVISTA

José Alejandro López del Val

Mientras se mantenga la relación estatutario/funcionario, difícilmente se podrá gestionar convenientemente

Hablar de verdad de gestión clínica, profesionalizar la gestión también en los cargos intermedios, entender que la inversión en TIC es una inversión estratégica y apostar por la prevención a largo plazo. Esas son algunas de las ideas que tiene claras José Alejandro del Val, gerente desde hace un año de la Fundación Hospital de Calahorra, que además explica las diferencias que supone gestionar una fundación respecto a modelos más tradicionales o la empresa privada.

¿Cómo es gestionar una Fundación? ¿En qué se diferencia a la hora de gestionar otro tipo de centros sanitarios?

Actualmente es posible que la mayor diferencia sean los procedimientos. Me refiero a la parte económica financiera, donde no hay intervención previa. En la fundación, se habla de presupuesto real, no existe el famoso ADOK. Hay contratos, servicios, ingresos, gastos y facturas a pagar. En este sentido no existen prácticamente diferencias con una empresa privada convencional, y es habitual manejar el balance y cuenta de resultados como herramienta. Así, el pagador es la propia fundación directamente, y no una entidad superior fuera de la que ha comprometido el gasto. En lo referente a los recursos humanos, la mayor diferencia es que no hay plantilla orgánica. Los profesionales y trabajadores son los que se necesitan en cada momento, según las circunstancias o necesidades. Esto debería dar una ventaja teórica de adecuación de recursos a la prestación del servicio. Por todo ello, hay una diferencia cualitativa en la representatividad de los trabajadores. Hablamos de un comité de empresa, circunscrito a la fundación, frente a la mesa sectorial que es supra hospital. Nos regimos por convenios colectivos frente al estatuto en el modelo convencional.

¿Qué diría que ha aprendido de esta ex-

periencia que se pudiera aplicar en la gestión de los hospitales de gestión tradicional?

Se aprende en todos y cada uno de los lugares en los que se está, pero fundamentalmente se aprende de las personas, y este caso no ha sido una excepción. Por lo demás, hay elementos relativamente similares a un hospital público convencional, en lo asistencial, y en compras y suministros. También hay elementos más parecidos a un hospital privado, como la contabilidad y las finanzas, o la relación con proveedores.

¿Por qué cree que no se ha explotado más este tipo de organización y se ha apostado más por las externalizaciones?

Creo que cada cosa tiene su momento, y que en realidad, los momentos y las épocas son bien distintos. En mi opinión, las externalizaciones son el resultado de la falta de desarrollo de los llamados nuevos modelos, aunque ya habría que decir de los antiguos modelos. La Ley 15/1997 que habilita las Nuevas Fórmulas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud nace porque empieza a haber un consenso acerca de la dificultad de gestionar centros sanitarios, bajo el paraguas estatutario/funcionario, y bajo las premisas de la Ley de Contratos. Quizá el germen de todo esto es el famoso "Informe Abril" que tan escasamente se ha desarrollado. Esas dificultades no son otras que la rigidez de los estatutos, más en aquella época, la Ley de Presupuestos y la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Es decir, la gestión de los recursos humanos y los mecanismos de compras y adquisiciones. Por ello se abrió la puerta a fundaciones, consorcios, empresas y otros mecanismos alternativos, que fueron "moda" en aquellos años, y que escribieron ríos de tinta. Ahora, sin embargo, las nuevas fórmulas

estamos ya inmersas de pleno en la Ley de Contratos del Sector Público, teniendo las mismas dificultades que ellos. Así que la ventaja competitiva tampoco existe. Y no olvidemos que, en general, sindicatos, algunos partidos políticos y algunas organizaciones sociales, siempre han estado en contra de estas fórmulas. Dicho todo esto, el problema sigue existiendo. ¿Cómo gestionar de modo más ágil y eficiente? Las alternativas que quedan ya son pocas, y quizá por ello entiendo que los gobiernos sigan buscando fórmulas, como son la de participación público privada.

¿Qué objetivos ha conseguido cumplir como gestor en este último año, un año de crisis? ¿Y cómo se consiguen cuando escasean los recursos?

Cuando escasean los recursos, sólo hay una manera, trabajar más y hacerlo mejor. Creo que no existe otra fórmula. Podemos decir que no ha sido un año fácil, y que hemos tenido que hablar mucho de eficiencia, de gestión de recursos. Afortunadamente, buena parte del hospital lo ha entendido y ha desarrollado un gran trabajo. Se ha realizado una actividad asistencial muy similar a la de los años anteriores, las listas de espera están contenidas. Hemos reorganizado buena parte del hospital, con una importante reducción del cuadro direc-

La inversión en TIC es una inversión estratégica que supera a un gestor público integrado en una red sanitaria

tivo, fusión de unidades, regularización de flujos internos y de colaboración con los hospitales del entorno. Se ha modificado y simplificado enormemente el mapa de procesos del hospital, con un gran trabajo de reorganización de procesos, y de eliminación de elementos que no generasen valor añadido a la asistencia. Igualmente, se han revisado los contratos celebrados por la fundación, negociando con los proveedores. Por último, se están dando los pasos hacia la unificación de procesos y procedimientos, en colaboración con el SERIS, en todas las



áreas, asistenciales, técnicas, no asistenciales.

Durante su etapa de gerente en Viamed trabajó en los planes de desarrollo de nuevas tecnologías, ¿son las TIC una de las claves para salir de la crisis?

Por supuesto, y no solamente por las mejoras que puedan implementarse a nivel local, sino que existe una gran capacidad de exportar este *Know How*. Recientemente tuve la oportunidad de conocer “in situ” el sistema sanitario de Chile y Perú, y lo que más me llamó a atención no es que carezcan de recursos para invertir, pues de ellos disponen, sino de la falta de herramientas. España debería haber abanderado la tecnificación de Iberoamérica, aunque esta oportunidad creo que la hemos perdido. Volviendo a nivel local, La Rioja es el ejemplo claro y meridiano de lo que me acaba de preguntar. Con el impulso del gobierno regional y la consejería de salud, el desarrollo de las TIC en salud es verdaderamente encomiable. Conozco varias comunidades autónomas en este sentido, y desde luego un grado de desarrollo como en La Rioja no existe en ninguna. No hay que olvidar que las TIC proporcionan, entre otras cosas, una trazabilidad del paciente; una trazabilidad de los recursos existentes; la facilidad en tiempo real para consultar el cuadro de mando y tomar de-

cisiones; o la integración e interoperabilidad inmediata de la información clínica, desde cualquier punto y nivel del sistema. Todo esto genera importantes ventajas de cara al paciente y al profesional, con un muy importante ahorro en costes sociales, por la rapidez e inmediatez con que los sistemas pueden tratar a los pacientes.

En este sentido, ¿pueden los gestores invertir a día de hoy en estas tecnologías para generar ahorros en el futuro, o el cortoplacismo manda?

Opino que la inversión en TIC es una inversión estratégica, que supera a un gestor público integrado en una red sanitaria. Los errores en TIC cuestan después mucho dinero, y las TIC, efectivamente, no son baratas, pero el futuro está ahí. No se debe ser cicatero en inversiones estratégicas.

Otra de sus especialidades es la Medicina Preventiva y la Salud Pública, ¿por qué España no invierte nada en prevención?

Esa es una buena pregunta, a la que no

tengo respuesta. Tampoco es correcto que no se invierta nada, pero sí es cierto que se invierte poco. Todos los paneles de expertos lo indican desde hace años. Puede ser que la razón sea la idiosincrasia latina. No renunciar a la buena vida (malos hábitos) y luego que me lo arreglen con una pastilla. Quizá porque la prevención es algo intangible, y no tiene una repercusión mediática inmediata, pues sus efectos se ven con el tiempo. También hay que tener en cuenta que la prevención es una estrategia social, no solamente sanitaria. Hablamos, entonces, de educación,

de la escuela, como punto de partida. Pero también hablamos de Atención Primaria, de médicos y enfermeras. En los centros de salud, aun con el poco tiempo disponible, hay muchos profesionales que

sí aplican medidas preventivas, consejos y educación sanitaria. Hacen prevención activa. Cada vez encontramos más grupos y organizaciones de apoyo para dejar de fumar, para hacer ejercicio físico, para volver a aprender a comer sano. Pero quizá son iniciativas generalmente no integradas en una estrategia. Esta estrategia debería estar coordinada por los departa-

Hay que reducir la variabilidad de la práctica médica haciendo la asistencia más eficiente, por ejemplo, trabajando por procesos clínicos

5 MÓDULOS

MÓDULO 1, 2 y 4
4,8 CRÉDITOS
MÓDULO 3
7,4 CRÉDITOS

MÓDULO 5 EN PROCESO
DE ACREDITACIÓN

ACCEDA AL CURSO EN:

NUEVOS USUARIOS:

<http://www.medicamente.es/formacion/los-derechos-de-los-medicos-en-atencion-primaria>

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

7,4 CRÉDITOS

Módulo 4 Derechos en relación con el alta y derivación

4,8 CRÉDITOS

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

EN PROCESO DE
ACREDITACIÓN

mentos de Salud Pública de las comunidades autónomas. Y la estrategia de Salud Pública debería estar integrada en las direcciones médicas.

Recientemente se han celebrado en su centro unas jornadas sobre seguridad del paciente, ¿qué han hecho en La Rioja para trabajar a este respecto?

Mucho. Desde la Consejería de Salud y Servicios Sociales se trabaja en líneas regionales, nacionales y europeas, en este sentido. Esto se refleja en el II Plan de Salud de La Rioja, con objetivos como implementar sistemas de gestión de riesgos, sistemas de notificación de eventos y efectos adversos, programas de formación, implantación y desarrollo de unidades funcionales de seguridad del paciente, y otras medidas. Y por ello, en la fundación se ha desarrollado una estructura, definida como proceso estratégico de seguridad del paciente.

Además de la gestión del hospital, ha tenido que ocuparse del proyecto sociosanitario del centro de media estancia y convalecencia Nuestra Señora del Carmen, ¿cómo ha ido?

El objetivo ha sido coordinarnos adecuadamente. Hemos elaborado unos protocolos de comunicación básicos y algunos procedimientos de los procesos más frecuentes. Pienso que el resultado ha sido muy satisfactorio. La fundación ha interiorizado bien este nuevo recurso, que está resultando de gran ayuda a todos los niveles.

¿Estamos aún lejos de aunar lo sanitario y lo social?

Estamos lejos, pero nuestra pirámide de población nos está empujando a la compleja realidad que se avecina.

Hablando de otros temas, en el Pacto que el Foro de la Profesión Médica ha firmado

con el Ministerio de Sanidad, uno de los puntos más importantes es potenciar la gestión clínica, ¿cómo cree que se debería de implementar la gestión clínica en los centros públicos?

En este sentido soy algo heterodoxo. Cuando se habla de “gestión clínica”, me viene a la mente lo mismo que cuando hablamos de “calidad”. Creo que son conceptos muchas veces mal utilizados o bien usados espuriamente. Así,

bajo mi punto de vista, la gestión clínica es trabajar bien, y hacerlo a la primera. Todo profesional tiene el interés de hacerlo así o debería tenerlo. Esto se traduciría en ajustar los actos médicos a lo mejor para el paciente en cada momento, pero al menor coste. Para todo ello hay que reducir la variabilidad de la práctica médica haciendo la asistencia más eficiente, por ejemplo, trabajando por procesos clínicos. Otra cosa es la estructura alrededor del concepto. ¿De qué modo un hospital, modelo convencional sin personalidad jurídica propia, puede descentralizar un presupuesto? Si el propio hospital no lo es, no puede serlo una unidad de gestión clínica. En todo caso tendrán presupuestos virtuales, con utilidad muy limitada. Excepto con importantes cambios normativos, personalmente creo que es difícil su aplicación práctica. No sólo por la parte económica financiera de la gestión clínica, sino por la gestión de los recursos humanos. Mientras se mantenga la relación estatutario/funcionario difícilmente se podrá gestionar convenientemente.

Igualmente, ¿parece que por fin las instituciones comienzan a concienciarse respecto a la necesidad de profesionalizar la gestión sanitaria?

Ojalá. Creo que es un factor muy relevante. Pero añadiría que dicha profesionalización debería ser también de los mandos in-

termedios, fundamentales para que un hospital funcione.

¿Cómo definiría a un buen gestor? ¿Qué formación le pediría?

Difícil pregunta que no tiene una sola respuesta. Recuerdo que en el documento de SEDISA se hablaba de liderazgo, resiliencia, integridad, ética, trabajo en equipo, dirección y desarrollo de personas, orientación al cliente, orientación a resultados, actitud ejemplarizante, etc. Estoy totalmente de acuerdo con estas cualidades. Ahí es nada. Pero también añadiría humildad, capacidad de aprendizaje y flexibilidad. Si nos fijamos en estas cualidades, casi todas ellas son cualidades con las que se nace. Evidentemente hace falta formación específica pluridisciplinar. Creo que no sólo de forma puntual, sino continuada en el tiempo, pues recordar y machacar ciertos conceptos es importante. Esta formación puede y debe producir una mejora de las debilidades de gestión que todos tenemos. Pero hay que ser realista. Si no nazco Messi, nunca seré Messi.

¿Cree que masters como el de SEDISA pueden ayudar en este sentido?

Evidentemente es así. SEDISA está haciendo un esfuerzo considerable, rodeada de buenos profesionales y buenas personas, que quizá por primera vez en España están intentando promocionar y dignificar la profesión de gestor sanitario. Creo que la profesión de gestor sanitario siempre tendrá que estar agradecida a esta junta directiva ■

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



A close-up photograph of a person's hand holding a white envelope, positioned over a ballot box. The ballot box is white with a circular slot and a metal handle. The background is a soft, out-of-focus green. The text 'Las' is in black and 'ele' is in a large blue font, partially overlapping the envelope and the ballot box.

Las
ele



elecciones

en el COMB

centran el intenso calendario electoral
de los colegios de médicos en

2014

Texto | Antonio Pais



RADIOGRAFÍA

Las elecciones en el COMB centran el intenso calendario electoral de los colegios de médicos en 2014

Tras el intensísimo calendario electoral que en el año 2013 tuvieron los colegios de médicos españoles, incluyendo en esa intensidad al órgano que los aglutina, la Organización Médica Colegial (OMC), no se puede decir que en 2014 llegue la calma. El epicentro de otro intenso, aunque menos, calendario electoral colegial llegará muy pronto: el 12 de febrero está previsto que se celebren comicios a la presidencia en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB); unos 31.000 médicos están llamados a las urnas para decir quién será el sustituto de Miquel Vilardell, presidente durante los últimos cuatro años que no se presenta a la reelección. En 2014 también se prevé que haya elecciones en otras quince instituciones colegiales, así como comicios y los habituales relevos en la dirección de los diferentes consejos autonómicos. En la OMC, a mediados de año habrá elecciones a los cargos de secretario general y vicepresidente.

El cada vez más cercano 12 de febrero se producirá la gran cita electoral de este año en los colegios de médicos españoles. Ese día está previsto que se celebren las elecciones a la presidencia del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), elecciones a las que no se presentará quien ha sido responsable de la institución durante los últimos cuatro años: el doctor Miquel Vilardell. El proceso electoral quedó abierto el 12 de diciembre de 2013 y la campaña electoral en el COMB comenzó el pasado 13 de enero; a las urnas, el 12-F, están llamados unos 31.000 médicos. Ellos decidirán entre las dos listas que fueron proclamadas aptas por la Junta Electoral del COMB: la encabezada por Jaume Padrós, que durante los últimos cuatro años ha ejercido como vicepresidente de la entidad; o la encabezada por el doctor Joan Gené.

Los comicios en el Colegio de Médico de Barcelona, al que optan las candidaturas encabezadas por los doctores Jaume Padrós y Joan Gené y a las que no se presenta el doctor Miquel Vilardell, presidente los últimos cuatros años, están previstas para el 12 de febrero

El proceso electoral ha continuado su curso independientemente del recurso presentado por la candidatura del doctor Joan Gené. El pasado 27 de diciembre, la candidatura de Gené presentó un recurso en el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Barcelona, al considerar que en el procedimiento no se daban las garantías suficientes en lo previsto para el voto por correo y electrónico. Por ello, solicitaba la suspensión cautelar de los comicios.

La decisión sobre una posible paralización del proceso quedó en manos de la jueza que se hizo cargo del caso. Según explicó a EL MÉDICO el doctor Miquel Bruguera, presidente de la Junta Electoral, el propio colegio presentó las alegaciones solicitadas por la jueza.

En una carta pública enviada a los colegiados por el doctor Vilardell, éste incidió en que “esta convocatoria y sus condiciones de celebración se han hecho en conformidad con lo que prevén nuestros estatutos apro-

bados en 2008 por la asamblea de compromisarios, y que el Departamento de Justicia de la Generalitat declaró adecuados a la legalidad”. El doctor Vilardell explicaba en la misiva que el juzgado “ha determinado que no procede la suspensión solicitada sin antes escuchar la versión del propio Colegio, que en los próximos días se opondrá formal-

mente y por escrito manteniendo el criterio de que el procedimiento electoral cumple totalmente con el ordenamiento legal y constitucional vigente, además de ser un procedimiento contrastado en anteriores comicios de esta corporación”. Tras estudiar las alegaciones presentadas por el COMB, la jueza decidió desestimar el recurso presentado por la candidatura del doctor Gené. El proceso, así, seguía su curso.



La candidatura del doctor Joan Gené, “*Métges y metgesses COMB TÚ*” (“Médicos y médicas, COMB TÚ”, haciendo un juego de palabras), está integrada por lo que sería su Permanente, por el citado doctor Gené como presidente y los doctores María Nuria Fernández Coca (vicepresidenta primera); Sebastián Gallardo Quesada (vicepresidente segundo); Ramón Sarrias Ramis (secretario); Isabel Giralt Sampedro (vicesecretaria); y Andrés Martín Sánchez (tesorero).

La candidatura que presenta al doctor

Jaume Padrós como presidente, “Profesionalismo, progreso solidario y liderazgo”, la integran además los doctores Elvira Bisbé Vives (vicepresidenta primera); Jaume Sellares Sallas (vicepresidente segundo); Gustavo Andrés Tolchinky Wiesen (secretario); Josep María Bemet Martí (vicesecretario) y Lluís Esteve Balagué (tesorero).

Las dos candidaturas presentan, además, nueve vocalías

Por lo que respecta a los otros tres cole-

gios de médicos provinciales catalanes, en mayo o junio está previsto que se celebren las elecciones a la presidencia en el CM de Girona, que preside Benjamí Pallarés. En las otras dos instituciones colegiales catalanas no habrá elecciones este año: en 2011 fue elegida presidenta del Colegio de Médicos de Lleida Rosa Pérez, y en 2012 lo fue Fernando Vizcarro en el Colegio de Médicos de Tarragona.

En cuanto al Consejo Catalán de Colegios de Médicos, hasta noviembre de 2014 su presidencia la ostentará el Colegio de Médicos de Girona.

Madrid

Las elecciones en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) se celebraron el 27 de junio de 2012, saliendo elegida la doctora Sonia López Arribas, por lo que hasta 2016 no tendrían que celebrarse nuevamente comicios. Ahora bien, tras los problemas surgidos entre la propia presidenta y la actual Junta Directiva en el último año, no sería descartable que se adelantasen las elecciones.

En Aragón

El único colegio de médicos de Aragón en el que está previsto que se celebren elecciones este año es el Colegio de Médicos de Teruel, que desde el año 2010 preside Ismael Sánchez (cumple su segunda legislatura). Hacia final de año tendrán lugar los comicios.

Por su parte, la candidatura encabezada por la doctora Concepción Ferrer, médico oftalmólogo, logró la victoria en unas reñidas elecciones a la Junta Directiva celebradas el pasado 24 de octubre de 2013 en el Colegio de Médicos de Zaragoza. La candidatura de la vicepresidenta primera de la institución colegial hasta el momento de las elecciones obtuvo 653 votos de un total de los 2.311 emitidos, de los cuales 2.305 fueron válidos, 1 nulo y 5 en blanco.

El resto de las candidaturas obtuvo estos resultados: la encabezada por Leandro Catalán Sesma, 606 votos; la de Enrique de





RADIOGRAFÍA

Las elecciones en el COMB centran el intenso calendario electoral de los colegios de médicos en 2014

la Figuera, hasta entonces presidente del CM de Zaragoza, 574 votos; y la de Juan Antonio Abascal, 472 votos.

Por su parte, el 22 de mayo de 2013 la candidatura del doctor José María Borrell, médico de familia, fue elegida en los comicios celebrados en el Colegio de Médicos de Huesca. La del doctor Borrell fue la única que se presentó para sustituir a la del doctor José Ignacio Domínguez, decano de los presidentes de colegios de médicos de España; los médicos oscenses, en todo caso, debieron acudir a las urnas para elegir presidente al doctor Borrell, así como al resto de la Permanente, y se eligió representante

de las nueve vocalías (en seis de ellas sólo se presentó una opción). José María Borrell, que hasta entonces fue vocal de médicos de AP Rural en la institución oscense, abrió una nueva etapa tras los 27 años del doctor José Ignacio Domínguez, quien no se presentó esta vez a su reelección. Sí se presentó como candidato a la Vocalía de Médicos de Hospitales, aunque la que fue elegida fue María Teresa Villarroel.

Por lo que respecta al Consejo Autonómico de CM de Aragón, este año lo presidirá el CM de Huesca.

Castilla-La Mancha

En junio está previsto que se celebren elecciones en el Colegio de Médicos de Guadalajara, que preside Ramón Ochoa. El CM de Guadalajara también ostenta la presidencia del Consejo Autonómico de Castilla-La Mancha: la presidencia rota cada dos años y hasta junio de 2015 no está previsto el relevo.

El cardiólogo Luis Rodríguez Padial renovó su cargo como presidente del Colegio de Médicos de Toledo por otros cuatro años más, al ser la suya la única candidatura a la presidencia. No hubo necesidad, según

marcan los estatutos, de celebrar las elecciones que en principio estaban previstas para el 13 de junio de 2013.

Idéntico caso se produjo en el Colegio de Médicos de Ciudad Real en abril: el doctor José Molina Cabildo fue elegido nuevo presidente de la institución al ser la suya la única candidatura presentada para sustituir al doctor Ramón Garrido,

quien finalizó su mandato y decidió no presentarse. El doctor Molina, médico de familia, ocupó en la anterior Junta Directiva la Vocalía de ejercicio libre por cuenta propia.

Y lo mismo sucedió en enero de 2013 en el Colegio de Médicos de Cuenca: el

genciólogo Carlos Molina fue reelegido (afrentará su segundo mandato) al haber sido el único candidato presentado a las elecciones convocadas en la entidad colegial conquense.

El Dr. Fernando Gómez Bermejo, oftalmólogo, que ya fuera vicepresidente en la primera legislatura de Francisco Parra y hasta entonces era vicesecretario del Sindicato Médico en Castilla-La Mancha, ganó frente al citado doctor Parra las elecciones del Colegio de Médicos de Albacete en el inicio de 2013. En una apretada votación, el Dr. Gómez Bermejo obtuvo 212 votos frente a los 151 de su rival.

Asturias, La Rioja, Navarra, Murcia

Hubo relevo en el Colegio de Médicos de Asturias. Después de tres legislaturas al frente de la institución, Carmen Rodríguez dejó el cargo por imposición estatutaria. A las elecciones de abril sólo se presentó la candidatura de Alejandro Braña, integrante de la junta directiva de la ya ex presidenta.

No habrá este año elecciones en el Colegio de Médicos de La Rioja, pues Inmaculada Martínez fue elegida en el año 2012, y la misma situación se da en el Colegio de



Médicos de Navarra que preside la doctora María Teresa Fortún, y en el Colegio de Murcia, que preside Isabel Montoya, ambas también desde 2012.

País Vasco

Está previsto que a lo largo de 2014 se celebren elecciones anticipadas en el Colegio de Médicos de Guipúzcoa, que en 2013 vivió una tormentosa situación con la dimisión del presidente José María Urquía, elegido presidente en 2012, y la intención de éste, frenada por la OMC al aceptar diversos recursos, de celebrar elecciones ya el pasado año. Tras la salida del doctor Urquía se puso al frente de la institución guipuzcoana el doctor Manuel García Bengoechea.

Tras un proceso electoral sin sobresaltos de última hora en el que sólo se presentó una candidatura, Cosme Naveda comenzó en febrero de 2013 su tercer mandato como presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia.

Una historia idéntica se produjo en el Colegio de Médicos de Álava: en octubre, la lista encabezada por Kepa Urigoitia Saudino fue



reelegida sin necesidad de acudir a las urnas, al ser la única que se presentó a las elecciones previstas para el 7 de noviembre. El doctor Urigoitia afronta su tercer mandato al frente de los médicos alaveses.

Por lo que respecta al Consejo Vasco de Colegios de Médicos, la presidencia en el inicio de 2014 la ostenta Álava, aunque está previsto que en una próxima reunión pueda pasar, al rotar, a Bizkaia.

Extremadura, Cantabria

El doctor Carlos Arjona renovó su cargo como presidente del Colegio de Médicos de Cáceres, al ser la suya la única lista que se presentó a las elecciones en octubre de 2012. En el Colegio de Médicos de Badajoz, en mayo de 2013 Pedro Hidalgo renovó como presidente y abrió su tercera legislatura al frente de la institución pacense.

Desde el pasado 1 de enero de 2014 y durante dos años, la presidencia del Consejo de Colegios de Médicos de Extremadura es ostentada por el doctor Carlos Arjona, presidente del colegio cacereño.

En el Colegio de Médicos de Cantabria, hasta agosto o septiembre de 2015, cuando agote su primera legislatura el doctor Tomás Cobo, no está previsto que se celebren elecciones a la presidencia

Galicia

En el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Galicia, en abril de 2013 se celebraron elecciones y resultó elegido presidente para los dos próximos años el doctor Luciano Vidán, presidente asimismo del Colegio de Médicos de A Coruña desde el año 2011, por lo que hasta 2015 no habrá de nuevo elecciones en él.

En octubre de 2012 la Junta Electoral del Colegio de Médicos de Pontevedra ratificó como electa la candidatura encabezada por el actual presidente, el doctor Luis Campos Villarino, por un nuevo mandato de cuatro

años, al haberse presentado únicamente la suya.

También en octubre, pero de 2013, el doctor Manuel Boquete se convirtió en el nuevo presidente del Colegio de Médicos de Lugo en sustitución del doctor Vidal Pardo, en el cargo desde 2006. La candidatura del doctor Boquete fue la única que se presentó a las elecciones. El doctor Boquete es jefe de Servicio Alergología del Hospital Lucus Augusti (HULA) de Lugo.

En primavera está previsto que se celebren elecciones a la presidencia en el Colegio de Médicos de Ourense, cargo que ostenta en la actualidad el doctor Pedro Trillo.

Comunidad Valenciana: intensa actividad

La presidenta del Colegio de Médicos de Valencia, Rosa Fuster, asumió en el inicio de 2014 la presidencia del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de la Comunidad Valenciana. Será la encargada de representar a un colectivo que aglutina a los más de 18.000 profesionales inscritos en los tres colegios profesionales de la comunidad.

La doctora Fuster sucede en el cargo a Antonio Arroyo, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Alicante, que fue presidente del Consejo durante 2012 y 2013.

A mediados de año, sobre el mes de junio, está previsto que se celebren elecciones en el Colegio de Médicos de Valencia. Rosa Fuster ya ha anunciado que se presentará a la reelección.

En la OMC, a mediados de año habrá elecciones a los dos cargos de su Permanente en los que no las hubo en 2013: secretario general y vicepresidente

También se celebrarán este año elecciones, previstas para el 13 de marzo, en el Colegio de Médicos de Alicante. A los comicios no se podrá presentar el actual presidente, Antonio Arroyo, al haber ostentado la presidencia durante dos legislaturas, tope que marcan los estatutos. Los cargos a renovar, además del presidente, son los de vicepresidente



RADIOGRAFÍA

Las elecciones en el COMB centran el intenso calendario electoral de los colegios de médicos en 2014

te primero y segundo, secretario general, vicesecretario, tesorero y vocales de cada una de las secciones.

El plazo de presentación de candidaturas ha quedado abierto hasta el próximo 12 de febrero hasta las 14 horas, según el calendario establecido. Un día después, el 13 de febrero, se procederá a la proclamación de candidatos.

Y en el Colegio de Médicos de Castellón, en mayo de 2010 asumió la presidencia de la entidad José Antonio Herranz; este año, por lo tanto, habrá elecciones.

Andalucía

La candidatura encabezada por el anestesiólogo Juan Bautista Alcañiz Folch, hasta entonces vicepresidente primero de la institución, ganó en julio de 2013 las elecciones a la presidencia del Colegio de Médicos de Sevilla frente a la encabezada por el pediatra Andrés Rodríguez-Sacristán Cascajo. El doctor Alcañiz Folch sustituye en la presidencia al doctor Carlos González-Vilardell, que ocupó el cargo durante dos legislaturas. Del proceso electoral se retiró a última hora una tercera candidatura, la de Antonio Gutiérrez. Un total de 8.400 médicos fueron llamados a las urnas.

El Colegio de Médicos de Málaga convocó elecciones a la presidencia para el mes de septiembre, aunque no hubo que realizarlas al presentarse sólo una candidatura: la del hasta entonces presidente, Juan José Sánchez Luque, quien afronta su tercer mandato en la institución malacitana.

Tampoco fue necesario que se celebrasen elecciones en el Colegio de Médicos de Huelva. La candidatura del médico de familia Antonio Aguado fue la única que se presentó a los comicios y de esta forma el doctor Aguado sustituye a Juan Luis González, que dejó el cargo tras dos legislaturas.

Y la misma historia se produjo en el Colegio

de Médicos de Almería: el doctor Francisco José Martínez Amo fue reelegido como presidente, al ser su candidatura la única que se presentó a las elecciones; en abril. El doctor Martínez Amo tomó posesión de su cargo para su segunda legislatura.

También en abril de 2013, el presidente del Colegio de Médicos de Jaén, Emilio García de la Torre, renovó su cargo por otros cuatro años al frente de la entidad colegial jiennense: la suya fue, asimismo, la única lista que se presentó al proceso electoral convocado.

El Colegio de Médicos de Córdoba convocó elecciones para el 17 de diciembre de 2013, según anunció la corporación presidida hasta la fecha

por el doctor Manuel Montero Pérez-Barquero, vicepresidente de la institución hasta el fallecimiento, el 2 de enero de 2013, del presidente Cesáreo García Poyatos. El médico de AP Primaria Bernabé Galán encabezó la única candidatura que se presentó para la renovación de la Junta Directiva; fue proclamado presidente, siendo el doctor Manuel Montero el vicepresidente primero de su lista.

En el Colegio de Médicos de Granada, Francisco Javier De Teresa fue elegido presidente en 2012, por lo que este año no corresponde celebrar comicios.

El único colegio andaluz en el que habrá elecciones en 2014 será el Colegio de Médicos de Cádiz, en el que el doctor Miguel Morgado ha completado su primera legislatura como presidente. Las elecciones tendrán lugar, de forma inminente, el día 22 de febrero. Se votarán los cargos de presidente, vicepresidente primero, segundo y tercero, secretario y vicesecretario, así como de representantes de las siete vocalías de las secciones colegiales y de delegados de las sedes territoriales Bahía de Cádiz, Jerez-Sierra y Campo de Gibraltar para los próximos cuatro años.

Por lo que respecta al Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, habrá elecciones a final de año. Durante los dos últimos ha estado presidido por el doctor Martínez Amo, presidente del CM de Almería.

Castilla y León

José Luis Díaz Villarig fue reelegido en 2013 para presidir durante los próximos cuatro años el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla y León, y lo mismo sucedió en su calidad de presidente del Colegio de León, donde las elecciones fueron convocadas para el mes de noviembre y la suya fue la única candidatura que se presentó.

El pasado 7 de noviembre de 2013, el doctor Manuel Gómez Benito fue nuevamente elegido (inició su cuarta legislatura) para presidir el Colegio de Médicos de Salamanca. Lo hizo con un respaldo 545 votos frente a los 356 obtenidos por la candidatura liderada por Jesús Arcaya. Hubo 20 votos nulos y 29 en blanco.

En el Colegio de Médicos de Segovia se celebraron elecciones en el pasado mes de mayo de 2013. A los comicios no se presentó Juan Manuel Garrote, al haber agotado dos legislaturas en la presidencia. Resultó elegido Enrique Guilabert Pérez, máximo representante de CESM en la provincia (cargo que dejó tras estos comicios), cuya candidatura se impuso con claridad a la encabezada por Luis González.

En enero de 2013, el doctor Sebastián Martínez fue reelegido presidente del Colegio de Médicos de Zamora al encabezar la única candidatura que se presentó a los comicios, que ya no hubo necesidad de celebrar, como estaba previsto, en febrero.

No habrá elecciones este año en el Colegio de Médicos de Ávila, en el que en 2012 fue elegida presidenta Begoña Sahagún; mientras que hasta 2015 será presidente en el Colegio de Médicos de Soria José Ramón Huerta.

Sí están previstas este año (tendrán lugar en el primer semestre) elecciones en el Co-



legio de Médicos de Burgos: el 6 de mayo de 2010 se celebraron las elecciones en las que fue elegido el doctor Juan José Aliende, que agota ahora la legislatura.

El doctor José Antonio Otero fue elegido presidente del Colegio de Médicos de Valladolid en las, tras las elecciones celebradas el 22 de mayo de 2010: este año también corresponde, por lo tanto, convocar elecciones que tendrán lugar en verano.

En marzo o abril se celebrarán elecciones en el Colegio de Médicos de Palencia, que desde el año 2010 preside el doctor Francisco José Del Riego.

Canarias y Baleares

En septiembre de 2013 se convocaron elecciones en el Colegio de Médicos de Tenerife, que preside el doctor Rodrigo Martín, cuya candidatura resultó reelegida al ser la única que se presentó.

En 2014 sí que se celebrarán elecciones en el Colegio de Médicos de Las Palmas, que

preside desde hace dos legislaturas el doctor Pedro Cabrera. Está previsto que las elecciones se celebren el próximo 9 de mayo.

El Colegio de Médicos de Las Palmas ostentará este año la presidencia, que rota entre las dos instituciones colegiales citadas, del Consejo Autonómico.

En el Colegio de Médicos de las Islas Baleares está previsto que en junio de 2014 haya elecciones a la presidencia, así como a las juntas insulares de Ibiza, Menorca y Formentera. El actual presidente de la institución es el doctor Antoni Bennàssar.

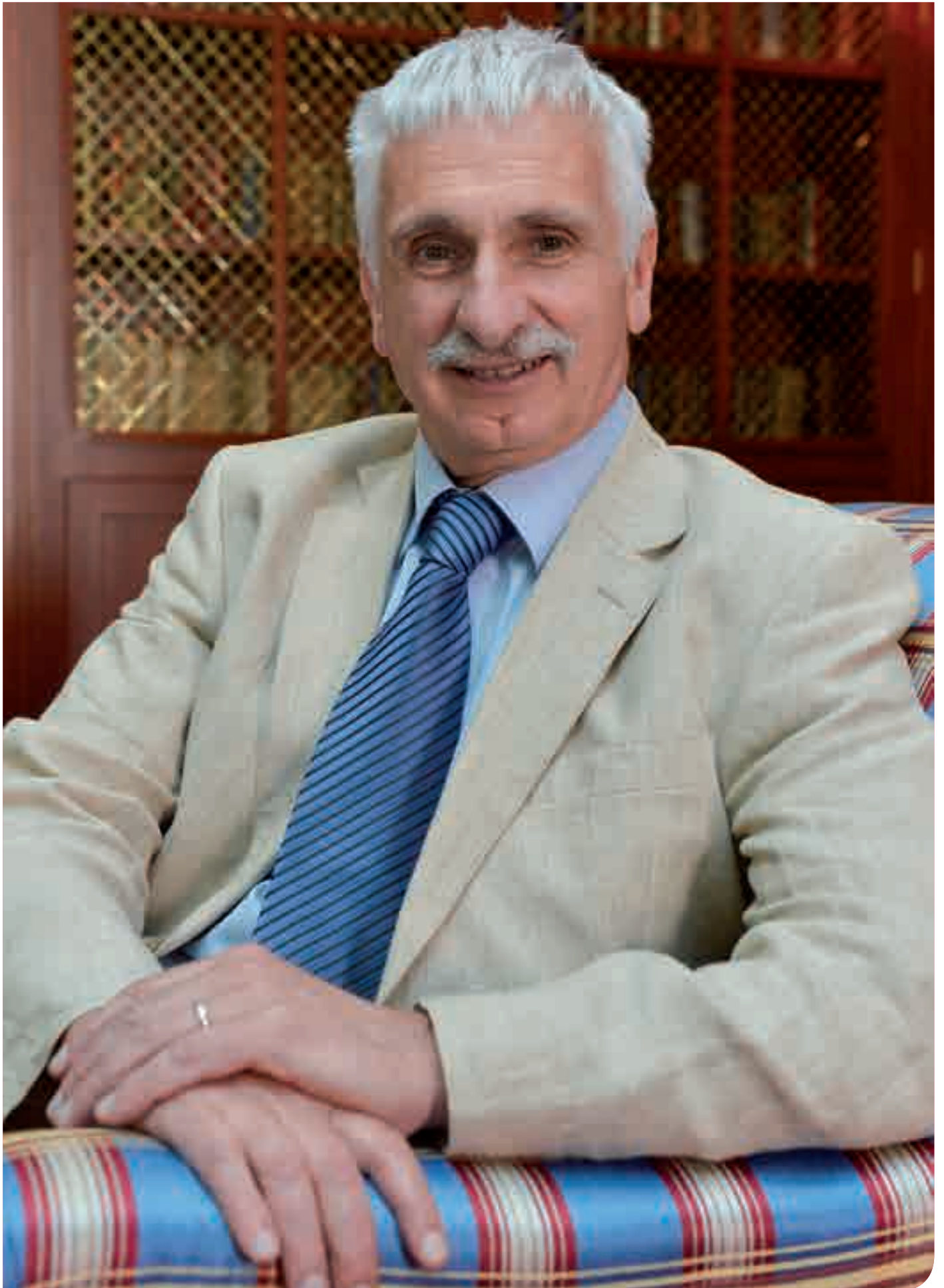
Ceuta y Melilla

En el Colegio de Médicos de Ceuta no habrá elecciones este año: lo preside desde el 9 de noviembre de 2011 la doctora Manuela Gómez. Sí se prevé que a finales de año se celebren elecciones en el Colegio de Médicos de Melilla: el doctor Jesús Delgado fue reelegido presidente en diciembre 2010.

OMC

En 2013, la OMC tuvo un intenso calendario electoral. El pasado 9 de marzo hubo comicios para renovar los cargos de presidente, tesorero y vicesecretario de la organización colegial, así como en lo que respecta a un buen número de sus vocalías (representantes nacionales). En lo que se refiere a la presidencia, la candidatura de Juan José Rodríguez fue la única que finalmente se presentó a los comicios (fue proclamada la del doctor Tomás Toranzo, que se retiró) y seguirá cuatro años más tras obtener el respaldo del 82,6 por ciento de los votos, con una participación del 95 por ciento; del mismo modo, fueron proclamados el doctor Jerónimo Fernández Torrente para la vicesecretaría; y el doctor José María Rodríguez Vicente, para la tesorería, que ya ostentaban.

A mediados de 2014 se esperan las elecciones a los otros dos cargos de la Permanente: la vicepresidencia, que ha ostentado durante los cuatro últimos años el doctor Ricard Gutiérrez; y la secretaría general, cuyo actual titular es el doctor Serafín Romero ■





El liderazgo público

es imprescindible en la lucha
contra las enfermedades olvidadas

Bernard Pécoul

Director ejecutivo de la Iniciativa Medicamentos para
Enfermedades Olvidadas

Texto y fotos | Nekane Lauzirika



ENTREVISTA Bernard Pécoul

“El liderazgo público es imprescindible en la lucha contra las enfermedades olvidadas”

Se calcula que más de mil millones de personas en el mundo padecen alguna de las 17 enfermedades tropicales consideradas olvidadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De ellas, la mitad son niños y niñas. Estas patologías con nombres casi desconocidos en Occidente matan a medio millón de personas al año y destrozan la vida de cientos de millones de familias. El doctor francés Bernard Pécoul (1956) asegura que ha visto morir a muchas personas por estas dolencias evitables. Desde 2003 es el director ejecutivo de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi). Según explica a EL MÉDICO, “las 17 dolencias catalogadas por la OMS como patologías olvidadas suponen el 90 por ciento de la carga de morbilidad global del planeta, pero solo consumen el 10 por ciento de los recursos destinados a la investigación”.

La organización DNDi (Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas) DNDi es resultado de la iniciativa conjunta de siete instituciones públicas y privadas: Médicos sin Fronteras, Consejo Indio de Investigación Médica, Instituto de Investigación Médica de Kenia, Ministerio de Salud de Malasia, Instituto Pasteur (Francia), la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasil y el Programa Especial para la Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Olvidadas de la Organización Mundial de la Salud. Esta entidad ha dejado claro que un sueño como el que proyectaron desde Médicos Sin Frontera (MSF) y otros hombres y mujeres que querían asegurar el suministro

de tratamientos adaptados y asequibles para los pacientes desatendidos puede convertirse en realidad. Gracias a DNDi se han desarrollado desde 2003 seis formatos de medicamentos, dos para la malaria, una para la enfermedad del sueño, un nuevo combinado para la leishmaniasis visceral en África, otro para la de Asia y una nueva formulación pediátrica para el mal del Chagas. Sin embargo, “no hemos logrado cambiar totalmente la situación”, reconoce el médico francés. En su opinión se precisa reforzar la capacidad de investigación en los países endémicos a través de plataformas regionales, llevar a cabo estudios técnicos y “ensayos clínicos muy sofisticados en zonas muy difíciles”. Para todo esto, y para seguir produciendo terapias dirigidas a problemas aún no resueltos, “nos hacen falta 400 millones de euros con los que queremos desarrollar 12 nuevos tratamientos. El liderazgo público para estos proyectos tengan éxito es imprescindible”, sentencia Pécoul. “De ahí que sigamos llevando a cabo campañas de concienciación, muy importantes para luchar contra estas enfermedades”, que ocupan el 10,5 por ciento de la carga global de enfermedad en el mundo, según datos de 2010.

Las denominadas como enfermedades olvidadas constituyen el 10,5 por ciento de la carga global de enfermedad en el mundo, según datos de la OMS

mientos estaban dirigidos a las enfermedades olvidadas.

Las empresas no tienen mucho interés ya que no hay mercado. Y aunque el sector público tiene una responsabilidad, tam-

co muestra mucho interés. En el caso de las enfermedades raras sí son los gobiernos y las ONGs quienes suelen asumir la investigación, pero no sucede del mismo modo con las enfermedades olvidadas. Como mucho puede haber un interés de un laboratorio público para llevar a cabo una investigación, pero que no suele llegar al desarrollo del medicamento.

Sanar a los pobres parece poco rentable. ¿Por qué lo hacen desde DNDi? ¿Existen rentabilidades más valiosas que las económicas?

Así es. Entre los socios fundadores de la organización se encuentran Médicos Sin Fronteras, el Instituto Pasteur de París, así como grupos públicos de Kenia, India y Brasil y el Observador permanente (OMS/TD). Pensamos que hay rentabilidades más valiosas que las económicas. Los socios de la entidad teníamos clara esta premisa. Es lo que en la jerga llaman la brecha 10/90; a las enfermedades que representan el 90 por ciento de la carga global de morbilidad se dedica solo el 10 por ciento de la investigación mundial. Para hacer frente a esta situación nació en 2003 la iniciativa Medicamentos para las Enfermedades Olvidadas (DNDi). Los nuevos fármacos en los que estamos inmersos podrían cambiar de modo drástico el tratamiento de algunas de las enfermedades olvidadas que generan cada año millones de muertes.

¿A qué patologías se refiere?

A la enfermedad de Chagas, la del sueño, la leishmaniasis visceral, la úlcera de Buruli o la filariasis linfática. Estas dolencias tropicales se dan ampliamente en los países en vías de desarrollo y afectan a la población más pobre e inaccesible a los sistemas de salud.

¿Es difícil atraer a socios privados en esta andadura?

Sí. Sobre todo a los grupos académicos, universidades europeas y en especial a los de Estados Unidos. Tienen in mente que van a desarrollar algo nuevo de lo que obtendrán beneficios a futuro. Organizaciones como la nuestra debe centrar su estrategia en encontrar mercado, pero consciente de que su retorno no será inmediato. Entre los socios se encuentran varias instituciones como Médicos Sin Fronteras, el Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (Cresib), la Universidad Carlos III de Madrid y GSK Tres Cantos. Además, la organización ha recibido fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Cada vez reciben más colaboración de multinacionales farmacéuticas...

Efectivamente. Ahora tenemos apoyo de GSK, Sanofi, Novartis, Merck, de Johnson, Janssen... La mala fama que arrastran estas grandes compañías ha sido uno de los factores que han hecho que las multinacionales entren en este tipo de iniciativas. Nuestra estrategia consiste en implicar a instituciones públicas y privadas en la investigación, el desarrollo, la producción y la distribución de nuevos tratamientos. El modelo innovador de DNDi está logrando la participación de cada vez más actores públicos y privados, como resultado de una concienciación creciente respecto a este problema de salud pública urgente y olvidada. El cambio viene de una presión social, de la motivación por tener una mejor imagen pública externa y también interna, pero también por un motivo económico, porque en el futuro también habrá mercado en países emergentes.

¿Hay alguna fecha de inflexión?

En enero de 2012 durante una reunión en Londres con la Fundación Bill-Melinda Gates, la OMS, el Banco Mundial y 11 CEOs de compañías farmacéuticas aceptaron unos requisitos muy generales pero que abrieron las puertas. Tras este acuer-





ENTREVISTA Bernard Pécoul



do, fue mucho más fácil negociar el contrato con los otros departamentos de las compañías.

¿Hay gobiernos buenos y malos en la lucha contra las enfermedades olvidadas?

Por lo general, muy pocos gobiernos deciden poner estas dolencias como una prioridad. Si hablamos del mal de Chagas, hay un compromiso del gobierno de Argentina. Mientras otros países como México dicen que no hay Chagas en el país, cuando algunos estudios calculan que existen más de dos millones de personas enfermas.

¿DNDi, dónde tienen sedes?

En Suiza, Brasil, Congo, Kenia, India, Malasia, EE.UU. y Japón; además la organización coordina una red de colaboradores en contacto con las instituciones públicas

y privadas implicadas en cada proyecto.

La enfermedad del sueño, la malaria... son cercanas para millones de personas ¿Por qué se les denomina enfermedades olvidadas?

Porque no hay inversión en esas enfermedades. De 1975 a 1999 solo 16 de los 1.393 nuevos productos desarrollados por la industria farmacéutica estaban dirigidos a las enfermedades tropicales, más la malaria y la tuberculosis. En la última década ha habido avances, pero el desequilibrio fatal continúa. Apenas el 3,8 por ciento de los productos entre 2000 y 2011, excepto vacunas, eran para enfermedades olvidadas.

¿Sobre cuántas enfermedades actúan desde su organización?

Tras diez años de actividad en la organi-

zación DNDi hemos desarrollado seis tratamientos; dos antimaláricos; una terapia combinada para enfermedad del sueño avanzada; una terapia combinada para leishmaniasis visceral en África; un conjunto de terapias combinadas para leishmaniasis visceral en Asia, y una formulación pediátrica de benznidazole para el mal de Chagas.

¿La producción de fármacos en países pobres entra en su objetivo?

Nuestra organización ha ayudado a crear tres plataformas de investigación clínica en África y Latinoamérica para la leishmaniasis en Kenia, Etiopía, Sudán y Uganda. Para la enfermedad del sueño (TAH) en la República del Congo y para el Chagas en Latinoamérica. Las redes regionales fuertes, como las de DNDi, contribuyen a fortalecer la investigación y la implementación de los tratamientos en

los países con enfermedades olvidadas endémicas.

Disponer del producto no es el fin del camino que se marcan...

No. Hace falta la última capa que es difícil pero importante. Son cuestiones políticas. Debemos contar con el apoyo de la OMS, de los Gobiernos, de los Ministerios de salud. Hace falta tener socios internacionales. No se trata solo de desarrollar tratamientos, sino de asegurar que los programas de tratamiento van a cambiar su política de salud. Por ejemplo, el nuevo tratamiento ya desarrollado por DNDi y sus socios para la enfermedad del sueño, NECT, es el primer producto nuevo en 25 años para la fase avanzada de esta dolencia. Es mucho más seguro que el fármaco que se usaba mayoritariamente hasta ahora, que contiene arsénico y es tan tóxico que mata al 5 por ciento de quienes lo reciben. El nuevo fármaco está ya disponible en los doce países africanos donde se concentran el 99 por ciento de los casos declarados de enfermedad del sueño. La situación, afortunadamente, ha cambiado. Hace años las personas tenían miedo de ser diagnosticadas porque sabían que debían ingresar en un hospital y tenían mucho miedo a morir. El ambiente era muy difícil porque el enfermero sabía que podía matar al administrar el arsénico. La gente del pueblo tenía miedo del hospital. Ahora, cuando voy al terreno, me dicen que esto ha cambiado por completo para los dos: me dicen que ya no tienen miedo de ir al hospital.

¿El bucle de la pobreza-enfermedad existe, es una realidad?

La falta de salud es parte de la pobreza. Cuando visitas lugares con alta prevalencia de paludismo, enfermedad del sueño, Chagas... te das cuenta de que estas dolencias forman parte de los motores de la pobreza. Es difícil desarrollar un pueblo

cuando hay una tasa muy alta de estas enfermedades; es muy difícil. Parte de las soluciones del desarrollo de estos países, no la única, es erradicar estas dolencias. El sector económico seguro que mejoraría. Lo cierto es que la miseria no es atractiva para el mercado de fármacos; no se puede usar el mismo mecanismo que para otro tipo de patologías, hay que encontrar otro tipo. El liderazgo público es esencial para involucrar también al sector privado en estrategias conjuntas para luchar contra estas dolencias olvidadas.

¿En qué trabaja en la actualidad su organización?

Cara al futuro, DNDi ensaya en Bolivia otro fármaco oral, el E1224, también para adultos contra el Chagas. Si tiene éxito este fármaco podría constituir el tratamiento oral, fácil de administrar, barato y seguro que esperan los enfermos de esta patología. Hace una década no existía ninguna formulación pediátrica y hoy el tratamiento de DNDi para niños de hasta 2 años es oral, fácil de usar y no es caro. Está pensado para que pueda ser administrado en casa -el tratamiento dura dos meses-, un importante dato a la hora de garantizar el éxito. A estos proyectos de futuro se une la investigación en fases

tempranas de otra decena de nuevos compuestos químicos.

¿La crisis económica ha afectado al desarrollo de los proyectos de su organización?

Sí, pero a pesar de que algunos países como España -donante de 12 millones de euros a lo largo de siete años- ha parado sus ayudas a esta organización, no ha sido un muro muy importante de saltar. Desde el principio decidimos que hacía falta una diversificación de fondos de origen público-privados y dentro de cada uno de esos sectores tenemos una gran diversidad. Empezamos con los gobiernos de Europa, pero ahora tenemos una nueva estrategia con países emergentes. Este año contamos con el apoyo de Brasil, estamos hablando ahora con Argentina y la India

¿Sin salud, la preparación de los jóvenes tiene poca proyección?

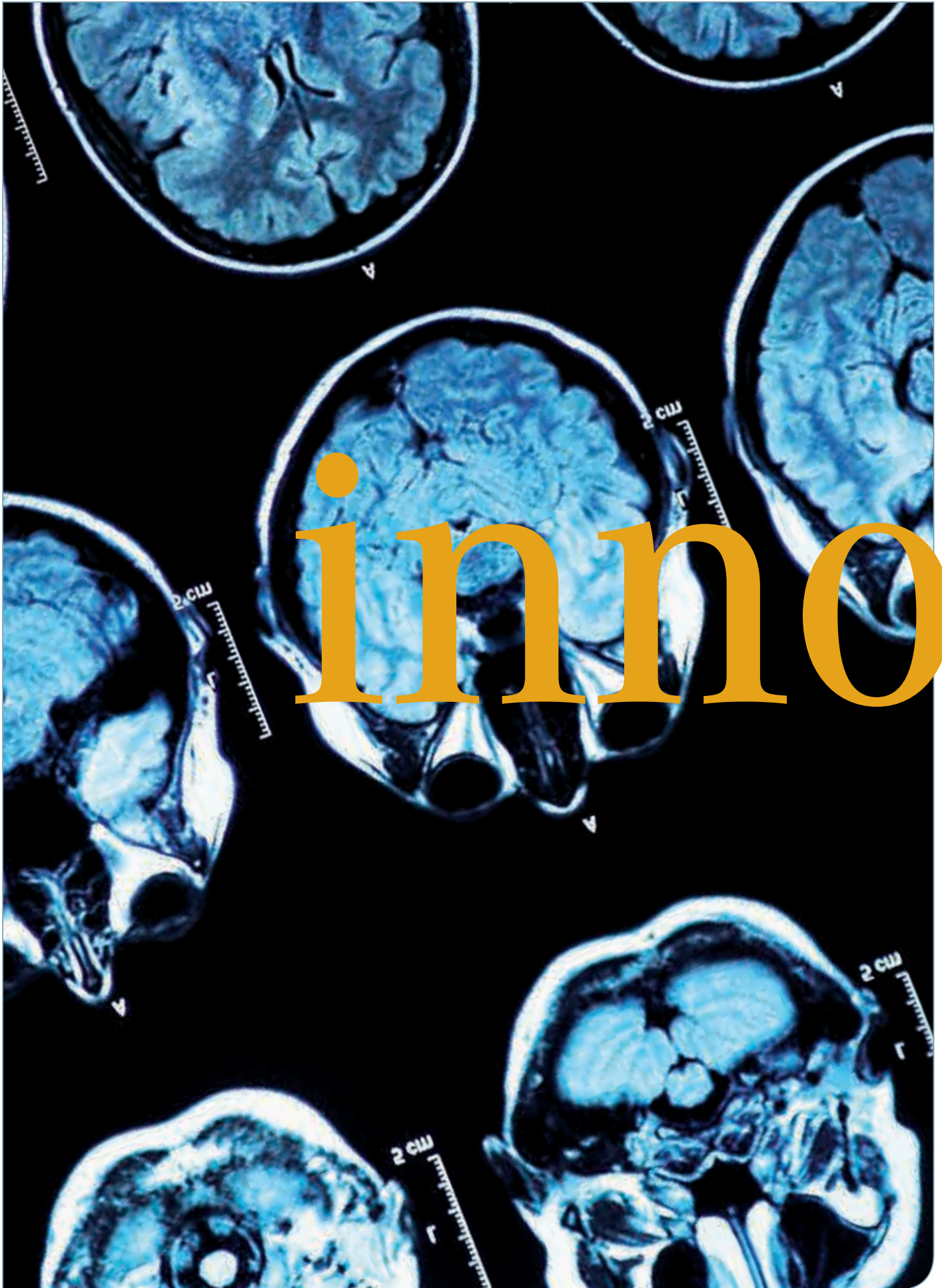
Es un círculo vicioso. Yo pasé veinte años en

MSF como médico en el terreno. Para mí el paciente es lo fundamental, está al principio de toda la historia. Hay que empezar por la población. Por ejemplo, en la enfermedad del sueño cuando la gente venía a tratarse sabía que uno de cada veinte moría por los efectos secundarios de la terapia. Tras visitar recientemente el Congo he observado que la gente recibe un tratamiento que no conlleva tantos efectos adversos. Esto ha cambiado las expectativas, tanto para el paciente como para el enfermero. Ahora la población no tiene tanto miedo a recibir el tratamiento. Y eso es un logro, y se lo digo porque conozco lo complicado que resulta el acceso a los medicamentos en los países en desarrollo. El último paso de todo nuestro trabajo es ir hasta la población y es muy complicado. Que se cumplan todos los pasos me motiva tanto como ver que estamos avanzando por el buen camino ■

En diez años, la DNDi ha desarrollado seis nuevos tratamientos, y esperamos continuar con resultados similares, ya que las necesidades son enormes

A las enfermedades que representan el 90 por ciento de la carga global de morbilidad se dedica solo el 10 por ciento de la investigación global

España, donante de 12 millones de euros a lo largo de siete años, ha parado sus ayudas a la organización





El valor de la
vacación
en la
imagen
médica

Texto | Ana Montero



REPORTAJE

El valor de la innovación en la imagen médica

La Medicina en el futuro va a pivotar sobre las técnicas de manejo de la imagen. Entre los retos están cómo lograr la innovación disruptiva en la imagen médica avanzada o cómo acercarla al paciente; pero también dar valor a las ideas y el impacto y la evaluación del retorno en proyectos.

Dentro del entorno AMI4Europe, grupo del que forman parte y colaboran activamente los *clusters* de Biotecnología y de Salud y Bienestar de Madrid Network, expertos en imagenología médica han debatido sobre diversos temas que afectan a la innovación en la imagen médica y sus soluciones de mercado y, del mismo modo, han analizado el presente y el futuro de la tecnología en la imagen médica avanzada y el desarrollo de los servicios de imagen tanto en el ámbito público como en el privado.

En este foro, organizado por la Fundación Bamberg, en colaboración con la Revista El Médico, se han abordado varios temas, entre otros: cómo lograr la innovación disruptiva en la imagen médica avanzada; o cómo acercar la imagen al paciente, con el paradigma de la movilidad como denominador común; y también la valoración de las ideas y el impacto y la evaluación del retorno en proyectos, etc. Y es que, tal y como ha señalado Ignacio Para, presidente de la Fundación Bamberg, “la Medicina en el futuro va a pivotar sobre las técnicas de manejo de la imagen que, además de proporcionar más información, van más allá de la propia imagen”.

En este contexto, el Dr. José Luis Carreras, director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y catedrático de Medicina Nuclear en la Universidad Complutense de Madrid, ha explicado los hitos más importantes en la evolución de las técnicas de imagen, más concretamente, el paso del PET-TAC (técnica de diagnóstico de tipo híbrido que combina en un único equipo un sistema de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y un sistema de Tomografía

Axial Computerizada (TAC) al PET-RM, que sustituye las tomografías computerizadas por tecnología de resonancia magnética, soluciones en las que algunas industrias de tecnologías sanitarias, como Philips y General Electric (GE), ya están trabajando.

Junto a las nuevas técnicas de imagen, los avances en las ómicas, en genómica y en metabolómica, harán posible una nueva Medicina, que se ha venido a denominar de las “4Ps”: predictiva, personalizada, prevenible y participativa

Entre las ventajas del PET-RM, el profesor Carreras ha señalado que se reduce hasta en un 80 por ciento la radiación y la que queda (un 20 por ciento) es menos dañina que la que produce el TAC; que puede ser utilizada en jóvenes y niños o en aquellos pacientes en los que los estudios se repiten con asiduidad; y que corrige los movimientos de los órganos y permite la segmentación de los órganos para luego hacer las diferentes medidas, entre otras.

“Las mayores expectativas con esta nueva tecnología, en aplicación clínica, están fundamentalmente en las áreas de Neurología, Neurociencias y Oncología”, ha destacado el profesor, quien, a su vez, ha manifestado su deseo de que estas tecnologías estén implantadas en España en el período de un año puesto que, como ha defendido, “son en beneficio del paciente y de la economía”.

Innovación en la imagen médica avanzada

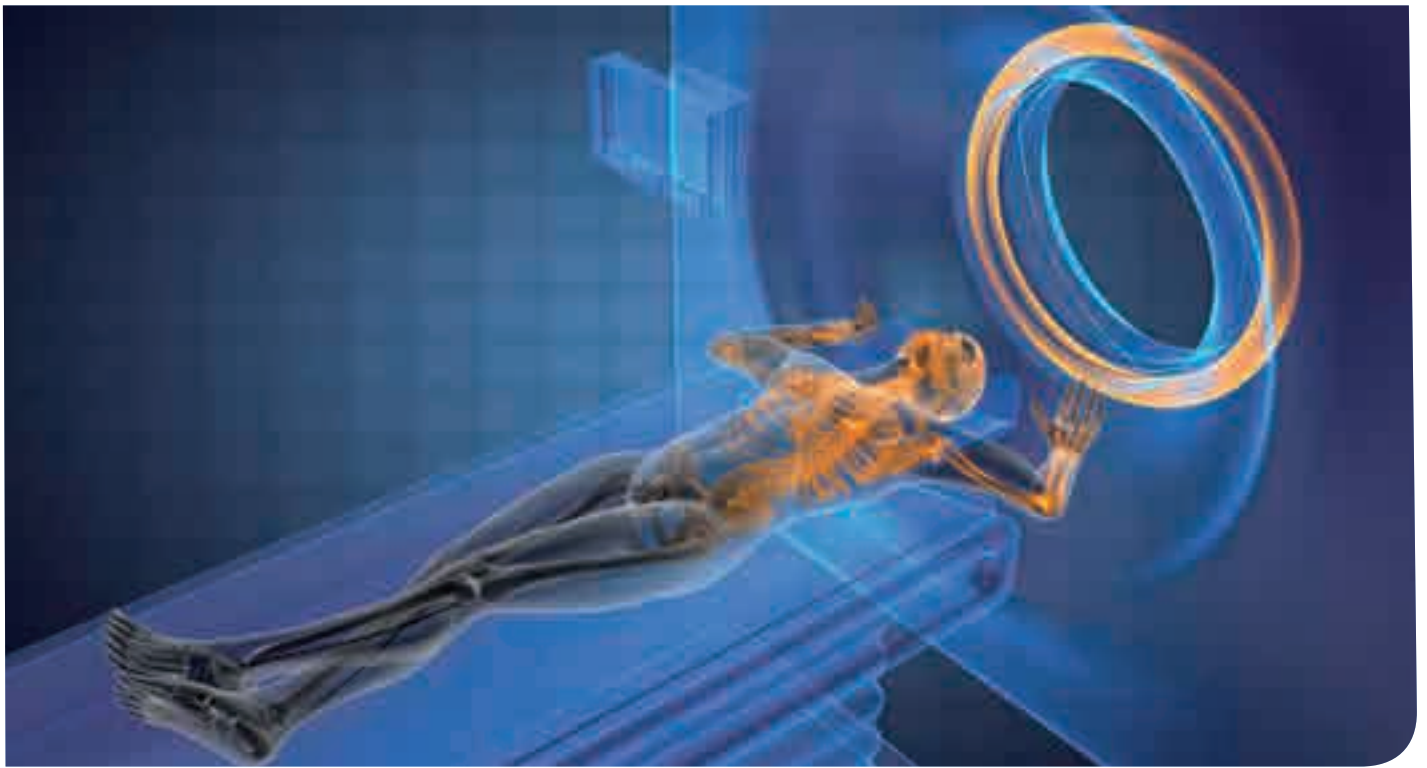
Por su parte, el Dr. Juan Álvarez-Linera, jefe de Neuro-Radiología del Hospital Rüber Internacional, ha abordado el tema de la neuroimagen y su post-proceso como una oportunidad de I+D+i. En este sentido, el experto ha hablado de la multidimensionalidad de datos que ofrece la neuroimagen, en términos de estructura, conectivi-

dad y funcionalidad, y cómo su análisis, que hoy es fundamentalmente cualitativo ha de tender a la cuantificación y a la imagen paramétrica. Asimismo, el Dr. Álvarez-Linera señalaba que, para la gestión de los datos que ofrece este tipo de imagen, es preciso un desarrollo de programas que faciliten la automatización de la información, que sean de fácil manejo para los profesionales y con criterios homologados y estandarizados. Además, el experto ha insistido en que son necesarias aplicaciones en formación para que los profesionales adquieran experiencia en el manejo de estas herramientas que, como ha lamentado, “no están accesibles en todos los hospitales, tan sólo en los de referencia”. Por último, el Dr. Álvarez-Linera se ha referido a una solución tecnológica, concretamente la RM Funcional, orientada a detectar y diagnosticar, en las fases pre-clínicas, la enfermedad de Alzheimer, incluso antes del deterioro cognitivo.

En esta línea, el profesor Francisco del Pozo Guerrero, catedrático de la Universidad Politécnica de Madrid y director del grupo de Bioingeniería y Telemedicina (GBT) del departamento de Tecnología Fónica de la ETSI Telecomunicación, explicaba el tema de la conectividad del cerebro y cómo ésta se puede analizar a través de la RM Funcional o de la electroencefalografía (EEG). “El reto está en encontrar una metodología de descripción global de redes complejas, es decir, herramientas válidas para extraer conclusiones de la información derivadas de esas conexiones y redes cerebrales”, manifestaba el experto.

Acercar la imagen al paciente

Tal y como han defendido los expertos, el reto es desarrollar herramientas que faciliten el camino al paciente tanto en el proceso de su enfermedad como en su relación con los profesionales. En este sentido, en el foro, se han puesto en valor algunas iniciativas cuyo objetivo es poner en mar-



cha soluciones tecnológicas (TIC) orientadas a asegurar la calidad de vida del paciente. El Dr. Pedro Pérez Segura, adjunto del servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos, ha hablado de la aplicación móvil “Oncodolor”, para tratar el dolor en los pacientes oncológicos, “el objetivo de esta herramienta, que está en plena fase de implantación, es convertir al paciente y a su familia en parte activa del control del dolor oncológico, con control en tiempo real por parte del equipo sanitario”, ha argumentado el Dr. Pérez Segura.

Por su parte, el Dr. David Labajo Izquierdo, gerente de márketing y desarrollo de negocio eHealth de Telefónica España, ha explicado el catálogo de soluciones tecnológicas de Telefónica eHealth, cuyo objetivo es conseguir una “Sanidad conectada”. Entre ellos, el experto se ha referido al proyecto piloto de gestión remota de pacientes pediátricos con insuficiencia respiratoria del Hospital Sant Joan de Deu, de Barcelona. Al hilo de esto, algunos participantes del encuentro han lamentado que aunque se lleva mucho tiempo hablando de este tipo de soluciones tecnológicas de control remoto de pacientes, aún, no existe compromiso y voluntad de im-

plantarlos por parte de las administraciones sanitarias.

Valorización de la innovación en imagenología médica

También ha intervenido en la jornada académica Eduardo Fraile Moreno, director técnico de la Unidad Central de Radiodiagnóstico de la Comunidad de Madrid, quien ha analizado la imagen como paradigma de la innovación médica, “el futuro no pasa por desarrollar nuevas técnicas diagnósticas, el gran avance, y estamos en los albores de ello, es poder cruzar toda la información que nos proporcionan todas esas nuevas técnicas, conseguir una interoperabilidad real”, argumentaba el experto, quien, a su vez, añadía que “cuando consigamos ese reto la Medicina habrá cambiado radicalmente, será la Medicina de las “4P”: Predictiva, Preventiva, Personalizada y Participativa”.

Por su parte, Lluís Triquell, director de la Unidad de Bioindustrias & Farmacia de AN-TARES Consulting, ha introducido un nuevo concepto “SROI” (de sus siglas en inglés Social Return Of Investment), que analiza y mide, en términos económicos, es decir, cuantifica, el impacto social de una inversión.

Medicina personalizada, predictiva, prevenible y participativa

También dentro del entorno AMI4Europe, pero en una segunda jornada de debate, bajo el título de “Innovación y avances en la industria de la imagen médica”, stakeholders del sector de la imagenología médica argumentaban que las diferentes tecnologías, combinadas en imagen médica, no sólo recogen los rasgos morfológicos sino muchos otros datos sobre la actividad de los órganos y los tejidos que analiza, y no sólo de manera estática sino también en movimiento y en tiempo real. Estas capacidades posibilitan, mediante su uso, avances determinantes en el desarrollo de la Medicina, en el diagnóstico precoz, en la calidad y exactitud diagnóstica y en el apoyo a la precisión quirúrgica y radioterapéutica.

“El resultado de todo ello, es decir, la suma de las tecnologías y el conocimiento científico y médico que llevan asociadas, contribuyen de manera muy importante a una Medicina más eficaz, más segura y más eficiente y, por tanto, más sostenible pues, aunque necesita de importantes inversiones, el retorno de la inversión, en salud,



en el ahorro de procesos agudos y en menos costes hospitalarios futuros, es un retorno claro y cuantificable”, ha señalado el presidente de la Fundación Bamberg.

Además, como ha señalado el experto, para que se produzcan estos beneficios, “también es necesaria la conciliación entre la tecnología y la clínica”, como ha matizado, ya que la aproximación clínica a cada alerta detectada por la imagen es la que va a determinar si esa alerta se convierte en un problema clínico o no, de manera que no se caiga en una dependencia de que alertas proporcionadas por la tecnología se conviertan automáticamente de problemas o diagnósticos.

Por su parte, el Dr. Francisco Tardáguila Montero, jefe del Servicio de Radiología del Hospital Povisa de Vigo y consejero científico de la Fundación Bamberg, ha analizado el papel de la imagen médica en la Medicina del futuro. “La imagen molecular permitirá diagnósticos más precisos y precoces y una Medicina personalizada”, como ha señalado, y, en este contexto, el experto ha añadido también que “los cambios tecnológicos imponen grandes cambios en las especialidades y los especialis-

tas”. De hecho, como ha comentado, el futuro pasa porque exista una especialidad de imagen médica y múltiples subespecialidades de la imagen molecular, para lo que harán falta formación y expertos.

Los retos para el futuro próximo pasan por crear servicios compartidos, modelos de gestión multi-hospital y modelos de gestión en red, siempre bajo el enfoque global del paciente

experto, “la Bioinformática tendrá que ser capaz de manejar todos esos datos; de almacenarlos en repositorios de almacenamiento masivo, como la tecnología en “nube”; de gestionar el Big Data; de conocer patrones de la enfermedad; de establecer conexiones entre marcadores biomédicos...”. Al hilo, el Dr. Julio Mayol, director de innovación del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha añadido una quinta “P”, al concepto de nueva Medicina, “para todos”, como ha matizado.

DICOM homogéneo

Por su parte, Alberto Martínez-Gómez, director de la división de Imagen y Terapia de Siemens Healthcare, ha defendido que

Asimismo, como ha explicado el Dr. Tardáguila, junto a las nuevas técnicas de imagen, los avances en las ómicas, en genómica y en metabolómica, harán posible una nueva Medicina, que se ha venido a denominar de las “4Ps”. Para el

la imagen del futuro requiere el equilibrio de tres pilares: la clínica, que permite además de diagnósticos en fases tempranas, un abordaje multidisciplinar de las enfermedades; la operativa, donde las organizaciones deben adaptarse a las nuevas tecnologías, y la financiación, es decir, la imagen concebida como herramienta para la sostenibilidad. Además, en la línea de lo que ha expuesto el Dr. Tardáguila, el experto ha señalado que “la interpretación de la información sigue siendo artesanal, de ahí que la explotación de los datos, es decir, el Big Data, tenga un potencial inimaginable”.

Del mismo modo, Juan Antonio Beceiro, director de marketing de Electric Healthcare, ha subrayado la importancia de la imagen médica como apoyo a la decisión terapéutica, “la tecnología que venga ha de ser segura, más confortable, y la información tiene que fluir y estar disponible tanto para médicos como para pacientes y, además, debe demostrar su rentabilidad diagnóstica”, ha concluido.

Asimismo, Luis Cuevas Sempere, director de Diagnóstico por Imagen de Philips Ibérica, ha analizado el papel de la imagen médica desde la perspectiva de los profesionales, los pacientes y los gestores. Para los primeros, el futuro pasa por avanzar en modalidades híbridas, con postproceso multimodal; para los segundos, se busca comodidad, reducción de dosis, diagnósticos tempranos y procesos mínimamente invasivos, y, por último, para los gestores, el objetivo pasa por alcanzar una mayor productividad y eficiencia y generar ahorros.

Por último, el Prof. José Luis Zamorano, jefe del servicio de Cardiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, ha reclamado un DICOM (de sus siglas en inglés, Digital Imaging and Communication in Medicine), homogéneo entre compañías, “cada casa mide una cosa de forma diferente y, de cara al futuro, es necesario un estándar reconocido mundialmente para el intercambio de imágenes médicas, pensado en colaboración con los clínicos”, ha matizado.

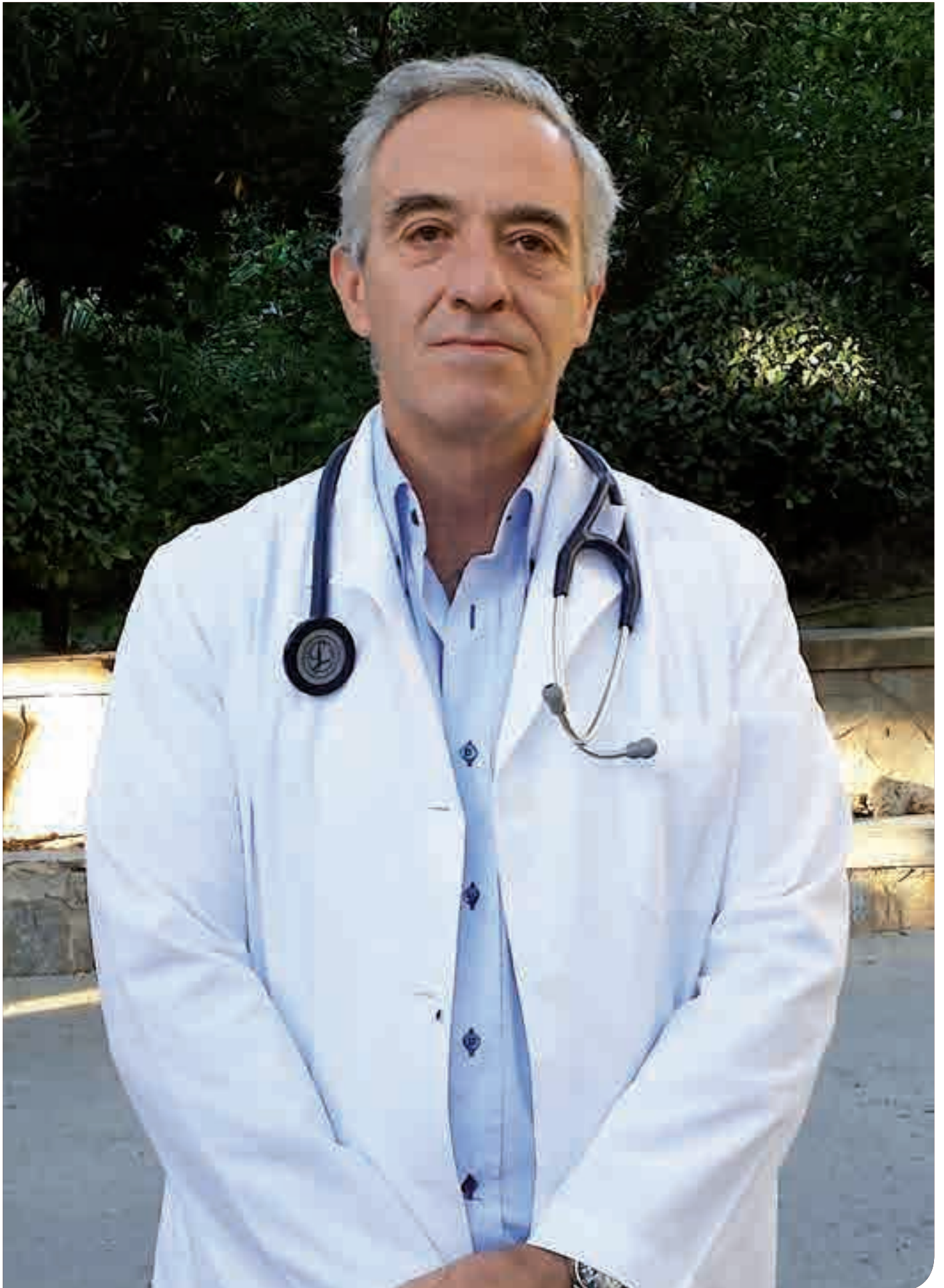
Colaboración público-privada

En este contexto, durante la jornada, también se han presentado algunos casos de colaboración público-privada, como el de Eresa Grupo Médico, para quienes, en el ámbito de la investigación preclínica, la tendencia es investigar en nuevos agentes de contraste y trazadores, con mayor sensibilidad y menor toxicidad; también en el de la investigación clínica, donde la tendencia es avanzar en el uso de sistemas de biopsia guiada por imagen y en aparatos híbridos; en el ámbito preoperatorio, donde se persigue un acercamiento entre las áreas quirúrgicas y las de intervencionismo, compartiendo técnicas y recursos; y, por último, para la planificación en radioterapia, donde se está investigando en sistemas de conformación de dosis radioterápica guiados por imagen. “Los modelos de colaboración público-privada tienen como objetivo hacer sostenible el sistema, mantener las prestaciones sanitarias y garantizar la calidad asistencial. En el contexto público, el control del déficit y la incapacidad de endeudamiento, limitan la capacidad de inversión directa en infraestructuras y equipos”, ha señalado Juan Pedro García Robles, director general de Grupo Eresa, quien ha añadido que esa colaboración público-privada hace posible la equidad en el acceso a los servicios.

En esta línea, Mariano Guerrero Fernández, director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, ha analizado las claves necesarias para avanzar en modelos de colaboración público-privada, entre otras, la existencia de un marco legal y estable; la puesta en marcha de planes sólidos y actuaciones planificadas; la unidad de los recursos; la transferencia de riesgo; el establecimiento de acuerdos basados en criterios de eficiencia productiva e indicativa; la transparencia y la evaluación y, siempre, teniendo en cuenta a los profesionales.

“Los retos para el futuro próximo pasan por crear servicios compartidos, modelos de gestión multi-hospital y modelos de gestión en red, siempre, bajo el enfoque global del paciente”, ha manifestado Guerrero ■







La principal debilidad
de la
**Hidrología
Médica**
es la carencia de trabajos
científicos que avalen
nuestros resultados

Luis Ovejero

Director médico del Balneario de Archena. Murcia

Texto | Ana Montero

Fotos | Balneario de Archena



PERFILES SANITARIOS

Luis Ovejero

“La principal debilidad de la Hidrología Médica es la carencia de trabajos científicos que avalen nuestros resultados”

El Dr. Luis Ovejero es director médico de balnearios desde hace casi treinta años y, actualmente, desarrolla su trabajo como director médico y director técnico en el Balneario de Archena, en Murcia. Además, es el director de la Cátedra Internacional de Hidrología Médica e Hidroterapia de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) y trabaja con un equipo médico de especialistas que cuentan con amplia experiencia en Traumatología del Deporte, Geriátrica y Gerontología y Nutrición y Seguridad Alimentaria. Para el Dr. Ovejero las claves de la Hidrología Médica se basan en que los resultados obtenidos con los tratamientos termales consiguen cubrir el tratamiento de procesos crónicos con resultados favorables y mínimos efectos secundarios. Una especialidad, que como ha lamentado el doctor, está pasando por unos momentos de incertidumbre, ya que el Ministerio de Sanidad ha pretendido que desaparezca por dificultades en la formación de especialistas.

Usted es el responsable de la asistencia médica de un balneario, ¿qué supone manejar dicha asistencia en un entorno de estas características?

La asistencia médica en el entorno balneario supone una actuación global de los pacientes que acuden a tomar los baños, término que se ha utilizado tradicionalmente por las personas que acuden de forma habitual a los balnearios. Esta actuación comprende la atención inicial o primera consulta y todas

aquellas incidencias que ocurran en el transcurso del tratamiento.

¿Se sigue algún protocolo especial?

Todos los pacientes que acuden a realizar tratamiento termal durante más de tres días, en nuestro caso, deben de pasar por la consulta médica, donde se les prescribe el tratamiento que tienen que realizar, ajustado a las necesidades individuales de cada paciente, junto a la duración del mismo. A la vez se les indica cuándo es necesario que acudan a revisión para poder valorar la respuesta al tratamiento, por un lado, o para determinar una serie de recomendaciones que debe seguir después en su domicilio habitual.

¿Con qué tipo de dotación tecnológica, materiales y equipos cuentan?

En principio contamos con la dotación habitual de una consulta de Atención Primaria y material de exploración y medición a nivel articular. También disponemos de un espirómetro, ya que es frecuente recibir pacientes con patología respiratoria. Para poder atender cualquier incidencia que pueda ocurrir a lo largo del tratamiento, disponemos de equipos de resucitación cardio-respiratoria y desfibrilador. Son frecuentes también los pacientes que acuden con afecciones dermatológicas y para estos casos disponemos de un analizador de piel con el que podemos determinar grado de hidratación, elasticidad, cantidad de grasa, melanina y pH de la piel. Un complemento a los tratamientos termales es la posibilidad de instaurar dietas específicas,

ajustadas a cada patología, o dietas de adelgazamiento. Para estos casos contamos con un analizador de composición corporal que

nos va a permitir comprobar la evolución y resultados que se obtienen a partir de las recomendaciones dietéticas instauradas.

Junto al médico, ¿qué otros profesionales intervienen?

Además del personal auxiliar y administrativo, contamos con la colaboración de enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de baños y monitor de tiempo libre. Nuestro caso es un poco diferente al de otros balnearios, ya que el equipo lo for-



mamos cuatro médicos especialistas con amplia experiencia, dedicación exclusiva y con diferentes máster como Traumatología del Deporte, Geriátría y Gerontología, y Nutrición y Seguridad Alimentaria que nos permiten una actuación más amplia y global sobre nuestros pacientes.

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

La formación que considero como imprescindible es la especialidad de Hidrología Médica que permite tener un conocimiento sobre el uso de las aguas mineromedicina-

les y sus distintas técnicas de aplicación.

El proyecto de Real Decreto de Troncalidad, en su disposición derogatoria primera, declaraba a extinguir la especialidad de Hidrología Médica, ¿en qué momento se encuentra la especialidad?

Estamos pasando unos momentos de incertidumbre, ya que, como señala en su pregunta, el Ministerio de Sanidad ha pretendido que la especialidad desaparezca por dificultades en la formación de especialistas. Recientemente, la Comunidad Valenciana ha admitido la formación de especialistas en Hidrología Médica a nivel hospita-

lario, que era la condición que ponía el Ministerio de Sanidad para evitar la desaparición de la especialidad. En estos momentos, también se plantea la posibilidad de formación a través de un máster en Hidrología Médica como sistema de capacitación para el ejercicio de la especialidad. Actualmente, soy el director de la Cátedra Internacional de Hidrología Médica e Hidroterapia de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) y hemos desarrollado un máster del que esperamos conseguir la certificación a lo largo del mes de octubre.

¿Cuáles son las fortalezas, debilidades y retos de esta profesión?





PERFILES SANITARIOS

Luis Ovejero

En cuanto a las fortalezas destacar la fidelización de nuestros pacientes, la posibilidad de ofrecer unos tratamientos físicos a partir del agua mineromedicinal, con muy baja iatrogenia, y unos efectos favorables disminuyendo el dolor osteoarticular a corto, medio y largo plazo, reduciendo el consumo de medicación analgésica, antiinflamatoria y broncodilatadora, mejorando la calidad de vida e intentando que disminuya el número de consultas por agudizaciones de los procesos que tratamos. La principal debilidad es la carencia de trabajos científicos que avalen nuestros resultados y nos permitan un mayor acercamiento a la clase médica en general y en esto estriban nuestros retos para el futuro. No sólo debemos contar la eficacia de nuestros tratamientos, sino poder aportar trabajos rigurosos que permitan certificar estos resultados.

¿Para ejercer en este entorno se requiere alguna formación adicional a la estrictamente sanitaria?

En principio no son necesarios otro tipo de conocimientos pero me gustaría matizar un poco esta cuestión. Por un lado, además de los conocimientos propios de nuestra especialidad es necesario profundizar en el conocimiento de las principales patologías que tratamos, pertenecientes a las áreas de Reumatología, Traumatología, Neumología y Dermatología. Por las características de nuestro lugar de trabajo son importantes los conocimientos en gestión sanitaria, marketing, calidad y en sistemas de tratamiento y desinfección que permitan mantener una calidad óptima del agua que utilizamos fundamentalmente a nivel de dirección médica. A pesar de llevar trabajando como director médico de balnearios desde hace casi treinta años, actualmente estoy realizando un máster en gestión y planificación sanitaria. Además, en mi caso concreto, he tenido la necesidad de contar con conocimientos básicos de ingeniería ya que

también soy el director técnico y las instalaciones técnicas en nuestro balneario son muy importantes y complejas

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

La mayor parte de nuestros pacientes acuden al balneario por patologías relacionadas con el aparato locomotor, artrosis, artritis, secuelas de traumatismos y para la recuperación de intervenciones quirúrgicas de aparato locomotor. Para estos tratamientos, junto a las técnicas termales, utilizamos técnicas

fisioterápicas ya que disponemos de un servicio de rehabilitación como coadyuvante necesario de los tratamientos basados en el agua mineromedicinal. El segundo grupo de patologías son las relacionadas con el aparato respiratorio, pacientes con procesos catarrales de repetición, rinitis, faringitis, bronquitis y asma. En estos casos utilizamos sistemas de fragmentación del agua mineromedicinal, desde nebulizadores a aerosoles sónicos, que nos permiten poner en contacto el agua con la mucosa respiratoria a diferentes niveles dependiendo del tamaño de la partícula resultante. El tercer grupo lo constituyen las afecciones dermatológicas, fundamentalmente dermatitis, ecemas y psoriasis

¿Algunas son evitables?

Generalmente recibimos pacientes con enfermedades crónicas en las que tenemos que buscar mejorías sintomáticas. Concretamente la artrosis es imposible de prevenir y debemos centrarnos en mejorar su evolución a lo largo de los años, manteniendo en la medida de lo posible la funcionalidad del paciente. Es necesario entender la necesidad

de una actuación integral sobre el paciente, y junto al tratamiento termal y fisioterápico, inculcar la necesidad de una alimentación saludable para evitar el sobrepeso, el mantenimiento de una actividad física diaria general y específica de las articulaciones más afectadas que nos permita mantener una funcionalidad adecuada, medidas posturales y reeducación de la marcha.

Hay expertos que proponen el termalismo médico contra el estrés y las patologías crónicas, ¿podría ahondar en este tema?

Las personas con estrés se han convertido en un paciente relativamente habitual en nuestro medio. Llegar al balneario supone un cambio total en la vida diaria, sometida a las tensiones que nos aporta la sociedad actual, encontrándose con un ambiente relajado, dentro de una rutina ocupada, en el que te vas integrando de forma inconsciente y te predispone a dejarte llevar por la tranquilidad y el sosiego. Las técnicas termales se aplican, en estos casos, a temperaturas próximas a la indiferencia, salvo excepciones, que nos aportan sedación y relajación. Los lodos termales, el masaje bajo duchas de agua y utilizando el lodo como vehículo de masaje, las estufas húmedas, las piscinas termales, la

piscina de relajación, los circuitos de contrastes... van llenando el día y nos hacen olvidar la ansiedad y el estrés.

¿Se ha avanzado mucho en el conocimiento de las propiedades curativas del agua? ¿Cuáles son las claves de la Hidrología Médica?

Se ha avanzado en el conocimiento de los mecanismos de acción de las aguas, en los efectos derivados de sus aplicaciones, tanto físicos como químicos y térmicos, en las técnicas de aplicación y en los sistemas de tratamiento del agua mineromedicinal. Las claves de la Hidrología Médica

Además de los conocimientos propios de nuestra especialidad, es necesario profundizar en los de patologías de áreas como la Reumatología, Traumatología, Neumología y Dermatología

se basan en que los resultados obtenidos con los tratamientos termales consiguen cubrir el tratamiento de procesos crónicos con resultados favorables y mínimos efectos secundarios.

En otro orden de cosas, en este ámbito de la Medicina, ¿qué se hace en España que no se haga fuera, y al contrario, que se hace fuera de nuestras fronteras que no hagamos aquí?

Los tratamientos termales que se realizan en España son muy similares a los que realizan en otros países europeos como Italia, Francia y Alemania. Quizás, en España, intentamos mantener los baños en bañera como una parte fundamental, pensando en el paso de los elementos minerales del agua a través de la piel como parte importante en los resultados finales. En estos países se está intentando sustituir por baños colectivos que precisan tratamientos de desinfección del agua con lo que se altera totalmente la composición química original. En Alemania, los balnearios suelen estar asociados a clínicas médicas y se convierten en tratamientos complementarios a los propios de la clínica. En España se siguen manteniendo las indicaciones fundamentales del agua en base a su composición química, teniendo en cuenta que la mayoría de los balnearios se han centrado en tratamiento de procesos reumáticos, que determinan la mayor demanda de los pacientes que acuden realizar tratamientos termales. En otros países europeos los balnearios se han especializado en función de las clínicas asociadas realizando tratamientos sobre patologías concretas que en estos momentos no se realizan en nuestro país.

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

En estos momentos están abiertas varias líneas de investigación sobre valoración de resultados clínicos en patología reumatológica, en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, y patología dermatológica, psoriasis, tratados con aguas sulfuradas. También, hay abiertas varias líneas de investigación en peloides o lodos en las universidades de Granada y Vigo. Reciente-



mente, hemos presentado un trabajo de investigación sobre una nueva forma de desinfección del agua mineromedicinal para uso colectivo, de forma conjunta con un balneario alemán y otro italiano. La investigación siempre ha sido el punto flojo de Hidrología y hoy se comprende la necesidad de invertir en investigación como algo prioritario para el futuro.

En los últimos años, ¿ha aumentado o disminuido el número de personas que acuden a los balnearios? ¿A qué se debe esto?

Quizás no estemos en el momento de valorar esta cuestión ya que, como muchas otras empresas, los balnearios se están viendo afectados por la situación económi-

ca del país. En nuestro caso concreto esperamos crecer en este año, alrededor de un 3 por ciento en pacientes de tratamiento, pero pienso que no es el caso de otros balnearios que no tienen una línea tan terapéutica como nosotros.

Los balnearios, en general, tuvieron un cambio positivo a partir de 1988 con la creación del programa de termalismo social y que supuso el punto de partida para la modernización de sus instalaciones consiguiendo incrementar el número de

clientes de forma importante. Esta situación se ha mantenido con crecimientos continuos hasta el año 2009, abriéndose a un nuevo tipo de cliente más orientado al aspecto lúdico y de bienestar, que es el que ha disminuido en los últimos años ■

En estos momentos están abiertas varias líneas de investigación sobre valoración de resultados clínicos en patología reumatológica y patología dermatológica, también en peloides o lodos



ac



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

9 de enero

El proceso de externalización sanitaria vuelve al principio al devolver el TSJM los asuntos a las secciones de origen. Los 43 magistrados que han integrado la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) que deliberaba sobre los recursos que afectan a la externalización sanitaria acordaban por mayoría devolver los asuntos objeto de la convocatoria a las secciones de origen y se anunciaban votos particulares, informaban fuentes del TSJM. De este modo, el proceso volvía al punto de partida. En concreto, todos los asuntos se devolverían a sus secciones, la tercera y octava. La sección tercera, que lleva un total de seis recursos, acordaba suspender el procedimiento a solicitud de la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM) y será la que resolvería sobre si levanta o no la medida de suspensión cautelar que pesa sobre el proceso ■

13 de enero

Los donantes de médula ósea se duplican en un año y el trasplante pulmonar alcanza su máximo histórico. Este año se celebran veinticinco años de trayectoria de la Organización Nacional de Trasplantes, veintidós de los cuales, España ha sido ininterrumpidamente líder mundial en donación de órganos. Así, en este cuarto de siglo se han alcanzado cifras como 90.000 trasplantes de órganos, más de 300.000 de tejidos y alrededor de 50.000 de progenitores hemopoyéticos. Con este motivo, Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad, explicaba que "alrededor de medio millón se enfermos se han visto beneficiados por el sistema español de trasplantes, es decir, casi el 1 por ciento de los españoles". Por su parte, Rafael Matesanz, director de la ONT, presumía de buenos datos, como el hecho de que aunque en 2013 se haya llegado al mínimo histórico de un 4,4 por ciento de donantes por accidente de tráfico, pese a ello se hayan alcanzado cifras máximas como 4.279 trasplantes, con una media de 35,12 donantes por millón de población ■

15 de enero

El Foro de la Profesión reclama al Gobierno más planificación y coordinación en la creación de nuevas plazas para Medicina. Durante estos dos últimos años las plazas MIR convocadas han disminuido en un 10 por ciento, mientras que la cifra de estudian-



tes que acceden a las Facultades de Medicina sólo ha disminuido en un 1,35 por ciento, y lejos de bajar, se prevé un aumento de los mismos con la futura apertura de nuevas facultades. Concretamente siete, dos privadas en Alicante, una concertada en Cataluña, y cuatro públicas, tres de ellas en Andalucía y una en Baleares. Es por ello que el Foro de la Profesión Médico ha creído conveniente volver a insistir en esta cuestión, y presentar un nuevo documento sobre la necesidad del *numerus clausus* en Medicina, que pretende ser un texto "de análisis y reflexión, porque es importante explicar bien la situación", citaba Ricardo Rigual, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España. La explicación en realidad es muy sencilla, y es que tal como insistía Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Foro y de la OMC, este país no puede permitirse invertir en la formación de médicos a sabiendas de que estos nunca podrán ejercer, es decir, que es urgente "que coordinemos las necesidades de médicos que tiene el país, con el número de estudiantes y el número de facultades". Rodríguez Sendín quería insistir en que "uno de los grandes problemas del SNS es la política de Recursos Humanos, y eso es responsabilidad del Gobierno, también de las CC.AA., pero del Gobierno en última instancia" ■

16 de enero

El PP aclara que los parados que salgan más de 90 días al extranjero no perderán su tarjeta sanitaria española. El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso aclaraba que los parados que pierdan la prestación o el subsidio por desempleo seguirán manteniendo su tarjeta sanitaria española aunque pasen más de 90 días en el extranjero siempre que mantengan la residencia en este país, por lo que podrán ser atendidos tanto en España como en el país de acogida. Así lo aseguraba el portavoz de Sanidad del PP en la Cámara Baja, Rubén Moreno, después de que entrara en vigor la enmienda que introdujo su grupo en la Ley de Presupuestos para limitar el derecho a la tarjeta sanitaria a aquellos ciudadanos que ya no eran residentes en España. "El objetivo de esta limitación eran aquellas personas que habían trabajado en España y luego habían regresado a su país y, con la Ley en la mano, tenían derecho a pedir que España cubriera su asistencia sin ningún tipo de límite", explicaba ■

20 de enero

Entra en vigor en enero la nueva Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales. La nueva Directiva de cualificaciones profesionales, 2013/55/UE, entraba en vigor este mes de enero. Entre las novedades que establece, hay que destacar la obligatoriedad de promover el desarrollo profesional continuo de los médicos, la evaluación de los conocimientos lingüísticos para garantizar la seguridad del paciente y la salud pública, el mecanismo de alerta para la comunicación de sanciones entre Estados miembros y la creación de la tarjeta profesional europea. El plazo para incorporar su contenido al derecho nacional, finaliza el 18 de enero de 2016. De todo ello informaba el Bole-

tín 'Europa al Día' nº 407 del Departamento de Internacional de la OMC ■

21 de enero

El CEEM no descarta llevar a cabo protestas contra el Real Decreto de Troncalidad. El Ministerio de Sanidad ratificaba, en su reunión con el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, su intención de continuar con el proceso de troncalidad, cuyo RD podría ver la luz en un corto plazo de tiempo. El director general de Ordenación Profesional, Javier Castrodeza, y el subdirector general de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Juan Antonio López Blanco, se reunían en el Ministerio de Sanidad con el presidente y el vicepresidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), Enrique Lázaro y Álvaro Cerame, respectivamente. En la reunión se abordaban los posicionamientos aprobados en la última Asamblea General del Consejo, entre ellos los referentes a Troncalidad, el examen MIR y Docencia del estudiante en el Hospital Universitario. Respecto a la Troncalidad, el CEEM exponía su posicionamiento contra el actual proyecto de Troncalidad, así como las razones que motivan su oposición al mismo, que se basan sobre todo en las inseguridades de índole jurídico, retributivo y laboral que plantea el nuevo marco formativo ■

22 de enero

Mariano Rajoy: "La Sanidad en España es pública, universal, gratuita y hoy también sostenible". El presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, garantizaba en el Congreso que todos los ciudadanos españoles que salgan al extranjero, tanto a estudiar como a trabajar, volverán a tener su tarjeta sanitaria cuando regresen a España, aunque hayan transcurrido más de 90 días. Así lo aseguraba durante la sesión de control al Gobierno en la Cámara Baja. Asimismo, insistía en que la Sanidad en España es "pública, universal, gratuita y hoy también sostenible", y recordaba que desde que han llegado al Gobierno han conseguido pagar parte de la deuda que arrastraba el Sistema Nacional de Salud. De igual modo, defendía que cuando el PSOE gobernaba "ya había copago" y los parados de larga duración pagaban el 40 por ciento cuando "ahora no pagan nada" ■

Ana Mato, convencida de que todas las CC.AA. aplicarán el copago hospitalario. La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aseguraba que no tiene "ninguna duda" de que todas las comunidades autónomas acabarán aplicando el copago de los medicamentos dispensados en las farmacias hospitalarias a pacientes no ingresados a pesar de que muchas de ellas, incluidas algunas gobernadas por el PP, se hayan opuesto a la medida. "No tengo ninguna duda de que la legalidad se cumplirá en todas las comunidades", aseveraba durante la sesión de control al Ejecutivo en la Cámara Baja en respuesta al diputado socialista José Martínez Olmos, quien recordaba que la propia secretaria general de los populares y presidenta de Castilla-La Mancha, María Dolores de Cospedal, garantizaba que en su comunidad los ciudadanos no

tendrán que pagar por estos medicamentos. Pese a dicha oposición y a la de otras comunidades, como Castilla y León, Andalucía, Asturias o Canarias, la ministra defendía que todos los ciudadanos deben tener acceso a los mismos medicamentos "en las mismas condiciones vivan donde vivan" ■

24 de enero

"La reforma sanitaria española ha garantizado la equidad y la cobertura de toda la población". La crisis económica desatada en 2008 ponía todo contra las cuerdas pero muy especialmente al sistema sanitario y su sostenibilidad y grado de cobertura. Este debate está abierto de pleno ahora en el seno de la UE, con el foco puesto en erradicar las desigualdades sanitarias. La secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, defendía en Bruselas que "España ha garantizado la equidad en sus políticas públicas". "La equidad", -aseguraba-, "ha estado especialmente presente en la reforma sanitaria adoptada por el actual Ejecutivo". Farjas, que acudía a Bruselas para participar en la conferencia sanitaria europea Acción por la Equidad, defendió que "la reforma sanitaria ha prestado especial protección a la población más vulnerable". "Se ha garantizado", señalaba, "la protección de toda la población española y residentes en el país. Según los datos estadísticos, el 98 por ciento de los residentes en España está cubierto por el sistema sanitario" ■

27 de enero

Javier Rodríguez, nuevo consejero de Sanidad de Madrid. El diputado y hasta ahora portavoz de Sanidad del Grupo Popular en la Asamblea de Madrid, Francisco Javier Rodríguez Rodríguez, es el nuevo consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid tras la dimisión de Javier Fernández-Lasquetty, según avanzaba el presidente del Gobierno regional, Ignacio González. Rodríguez accede al cargo después de que Lasquetty anunciara que presentaba su dimisión tras la decisión del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) de mantener la suspensión cautelar del proceso de externalización sanitaria de la Comunidad de Madrid ■



NOTA: Cronología del 1 al 27 de enero de 2014.

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



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



INVESTIGACIÓN NACIONAL

La instantánea médica

Científicos españoles diseñan un dispositivo para realizar traqueotomías más rápidas y seguras

Investigadores de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM), en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), han diseñado y patentado un dispositivo que permite realizar traqueotomías de forma más rápida y segura, lo que conlleva beneficios tanto para el paciente como para el personal sanitario. Este nuevo dispositivo consigue minimizar los riesgos asociados a las traqueotomías de emergencia y reduce notablemente el tiempo empleado en la realización de traqueotomías quirúrgicas planificadas, gracias a la combinación de elementos mecánicos y de perforación con elementos de imagen médica y de gestión de la información que “permiten



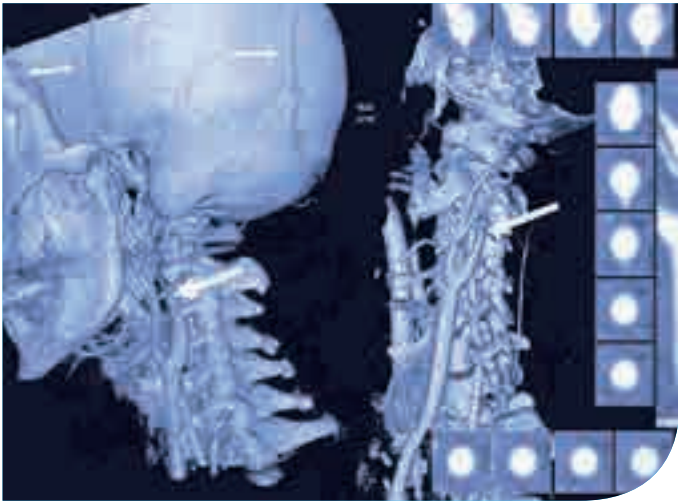
adecuar la intervención a las características del paciente”, apuntan los expertos. Dicho sistema, que puede aplicarse tanto a adultos como a niños, permite localizar la tráquea del paciente de forma rápida y eficaz. Además, la incisión se realiza de forma automática y más segura para establecer una vía aérea estable que facilite las intervenciones posteriores. Entre sus principales funciones están la fijación al cuello del paciente; la localización de la columna de aire asociada a la tráquea; el análisis de la información para un diagnóstico adecuado; el ajuste en consecuencia de la precarga y de la orientación asociada al disparo; el corte y penetración para el establecimiento de la vía aérea de alternativa; la dilatación de la incisión; y el mantenimiento de la vía aérea, con alimentación eléctrica y neumática en el caso más general. Actualmente el diseño se encuentra en fase de desarrollo y está siendo evaluado a través de la plataforma Medtronic Eureka. En el futuro, además de su utilización en quirófanos, puesto que uno de sus objetivos es ayudar a la realización de traqueotomías de emergencia, el nuevo dispositivo podría convertirse en un elemento de seguridad sanitaria presente

en espacios públicos a semejanza de lo que ocurre hoy en día con los desfibriladores ■

La administración de betabloqueantes en las primeras fases del infarto reduce su tamaño

El doctor especialista en el tratamiento del infarto agudo de miocardio, Borja Ibáñez, del Departamento de Epidemiología, Aterotrombosis e Imagen del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), ha demostrado que “aplicar betabloqueantes en las primeras fases del infarto reduce su tamaño”. El Instituto de Investigación Sanitaria Incliva de Valencia ha recibido la visita del doctor Borja Ibáñez, quien ha inaugurado los Seminarios INCLIVA 2014, donde diferentes especialistas en investigación, tanto nacional como internacional, acudirán para tratar los últimos avances de las diferentes líneas de investigación. Durante su conferencia, el doctor Ibáñez ha presentado sus investigaciones sobre la reducción del tamaño del infarto inhibiendo el daño por isquemia/reperfusión y el tratamiento del IAM. De este modo, en su presentación se han revisado las evidencias existentes, tanto animales como clínicas, del efecto de los betabloqueantes sobre la extensión de la necrosis en un infarto agudo de miocardio. Asimismo, ha presentado los resultados del ensayo clínico METOCARD-CNIC, primer ensayo clínico de betabloqueo realizado en pacientes con infarto sometidos a angioplastia primaria y los mecanismos de acción responsable de la cardioprotección asociada al uso de metoprolol en el infarto. Ibáñez ha destacado también su hallazgo, pionero dentro la investigación del infarto agudo de miocardio, según el cual la tolerancia del corazón humano al infarto sigue un patrón circadiano, siendo más graves a primeras horas de la mañana que en otros momentos del día ■





Desarrollan una nueva técnica que mejora el diagnóstico biomédico por imagen en 3D

Investigadores de la empresa 4DNature y de la Universidad Carlos III de Madrid (UC3M) han desarrollado una nueva técnica, denominada tomografía de proyección óptica helicoidal, que mejora el diagnóstico biomédico por imagen en tres dimensiones (3D). Esta técnica, cuyo desarrollo ha sido publicado recientemente en la revista Optics Express, permite hacer rotar una muestra mientras se desplaza verticalmente para obtener así una imagen tridimensional de ella, explican sus creadores, lo que permitirá obtener imágenes en 3D de organismos vivos “con una mayor rapidez y grado de precisión”. “Con nuestro diseño y el 'software' que desarrollamos, podemos crear un equipo que no exista comercialmente y que tenga la ventaja de evolucionar a la vez que progresa el proyecto de investigación en el que se emplea”, ha explicado Jorge Ripoll, socio promotor de 4D-Nature y profesor del departamento de Bioingeniería de la UC3M. De hecho, además de otras técnicas como la imagen cuantitativa 'in-vivo' y la microscopía tridimensional, la nueva técnica de tomografía que han desarrollado se puede integrar en las máquinas que fabrican de forma específica para sus clientes. Este tipo de técnicas son fundamentales para desarrollar nuevos fármacos y sensores, así como para realizar otro tipo de investigaciones biomédicas aplicables a imagen de diagnóstico en la clínica, añaden los investigadores. Una de las claves para conseguir que se utilicen con éxito es que los programas que las controlan sean intuitivos y amigables, es decir, que no exista la necesidad de un conocimiento previo en técnicas de imagen avanzada. “El desarrollo, puesta a punto y validación de este software ha necesitado del orden de ocho años hasta llegar al punto actual”, ha destacado Ripoll, para quien uno de los puntos clave en este contexto es el soporte técnico. “Un software que no dé problemas y sea fácil de usar está más cerca del éxito”, defiende ■

La mortalidad por cáncer baja en España pero menos que en otros países

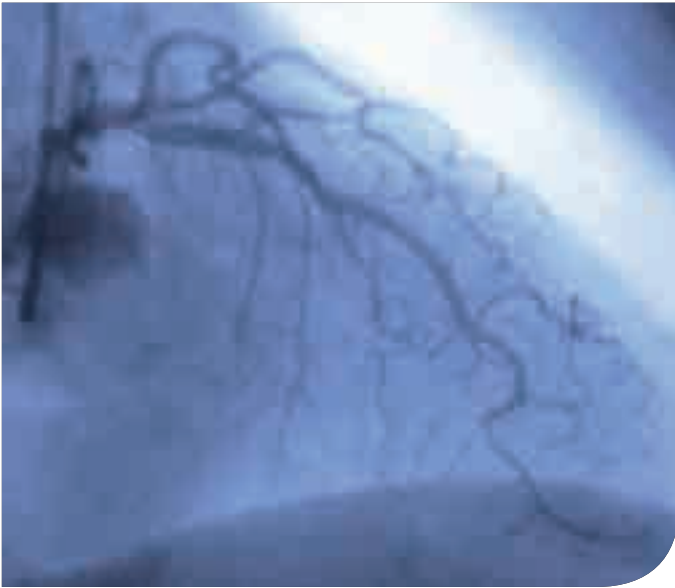
La mortalidad por cáncer ha descendido en España un 13 por ciento en las últimas dos décadas, según ha destacado la presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Pilar Garrido, quien lamenta que este descenso sea similar a la media de los países de la OCDE pero inferior al de muchos países de nuestro entorno como Francia, Italia o Alemania. Así lo ha asegurado durante la presentación del informe 'Las Cifras del Cáncer en España 2014, realizado por esta entidad a partir de los últimos estudios publicados hasta el momento a nivel mundial, dado que en España aún no existe un registro nacional de tumores, como han reclamado los oncólogos. De este modo, gracias a un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) han obtenido datos sobre los cambios en las tasas de mortalidad por cáncer entre 1990 y 2011, donde se observa como en este periodo la mortalidad en los países que forman parte de esta institución ha descendido de media un 15 por ciento. España, ha reconocido Garrido, “está en el entorno de la media, pero por debajo de algunos países como Alemania, Francia o Estados Unidos, donde el descenso de la mortalidad estuvo más cerca del 20 por ciento”. En concreto, el país donde más ha bajado la mortalidad por cáncer en estos últimos 20 años ha sido Suiza (28 por ciento), seguido de Luxemburgo (27 por ciento), República Checa (25 por ciento), Estados Unidos (23 por ciento), Alemania (21 por ciento), Italia y Reino Unido (20 por ciento) o Francia (17 por ciento), entre otros ■





INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

La instantánea médica



La exposición a la contaminación atmosférica se asocia a eventos coronarios

Un equipo internacional de investigadores, coordinado por la Universidad de Utrecht, en Países Bajos, propuso estudiar el efecto de la exposición a largo plazo a contaminantes transportados por el aire en los eventos coronarios agudos (infarto y angina inestable) en una cohorte de 11 participantes en el 'European Study of Cohorts for Air Pollution Effects' (ESCAPE). En el estudio, participaron más de 100.000 personas sin antecedentes de enfermedad cardíaca inscritos entre 1997-2007 y seguidos durante un promedio de 11,5 años. Se utilizaron modelos matemáticos para estimar las concentraciones de contaminación atmosférica por material particulado en la dirección residencial de cada participante y un total de 5.157 participantes experimentaron eventos coronarios durante el periodo de seguimiento. Después de tener en cuenta otros factores de riesgo, incluyendo otras enfermedades, el tabaquismo y los factores socioeconómicos, los investigadores encontraron que un aumento de 5 g/m³ de material de partículas PM_{2.5} se asoció con un 13 por ciento más de riesgo de eventos coronarios y un incremento de 10 microg/m³ de partículas PM₁₀ se asoció con un 12 por ciento más de riesgo de eventos coronarios. Se detectaron asociaciones positivas por debajo del actual límite europeo anual de 25 g/m³ para PM_{2.5} y por debajo de 40 g/m³ de PM₁₀ y asociaciones positivas pero no significativas con otros contaminantes. "Nuestro estudio sugiere una asociación entre la exposición a largo plazo a las partículas y la incidencia de eventos coronarios", señalan los autores. Los resultados de este estudio, junto con otros hallazgos, "apoyan reducir los límites europeos de contaminación atmosférica por partículas para proteger adecuadamente la salud pública", concluyen ■

El riesgo de ceguera a causa de un glaucoma se ha reducido a la mitad en 30 años

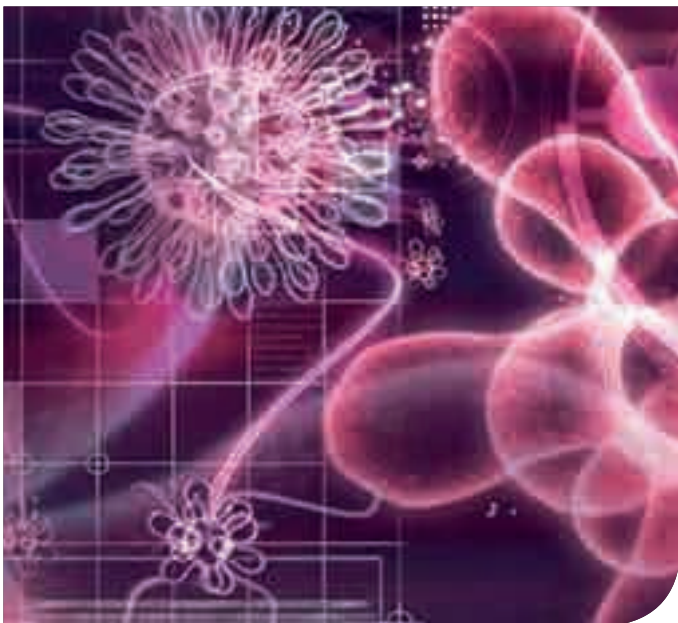
En todo el mundo hay cerca de 60,5 millones de personas con glaucoma, de ahí que el objetivo del estudio fuera evaluar por primera vez los cambios a largo plazo del riesgo de desarrollar ceguera irreversible que sufren estos pacientes. De este modo, y gracias a la mejora de los análisis epidemiológicos, buscaban saber si la mejor práctica clínica en el abordaje de esta enfermedad había logrado algún beneficio. Los investigadores revisaron todos los 857 casos de glaucoma del ángulo abierto (la forma más común de glaucoma) diagnosticados entre 1965 y 2009 en el condado de Olmsted, Minnesota, uno de los pocos lu-



gares del mundo donde se llevan a cabo estudios poblacionales a largo plazo. El análisis permitió descubrir que la probabilidad de ceguera en al menos un ojo a los 20 años del diagnóstico del glaucoma había disminuido del 25,8 por ciento para los sujetos diagnosticados entre 1965 y 1980 a un 13,5 por ciento para los diagnosticados entre 1981 y el 2000. Asimismo, esta menor incidencia también se detectó a los diez años del diagnóstico, pasando de 8,7 a 5,5 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Pese a todo, los autores reconocen que el número de personas que sigue desarrollando esta complicación "sigue siendo inaceptablemente alto", lo que podría estar provocado por un diagnóstico tardío y un conocimiento parcial del glaucoma, por lo que es fundamental seguir investigando la enfermedad para mejorar su diagnóstico en chequeos rutinarios. Actualmente la Academia Americana de Oftalmología recomienda que todos los adultos de más de 40 años se sometan a una revisión óptica, con una periodicidad anual o bianual a partir de los 65 años ■

Se describe cómo las células tumorales entran en el torrente sanguíneo

Un estudio realizado por investigadores del Centro del Cáncer Moores de la Universidad de California, San Diego, en La Jolla, California, Estados Unidos, y publicado en *'The Journal of Cell Biology'* describe cómo una proteína que promueve el crecimiento del tumor también permite a las células de cáncer utilizar esa clave y provocar metástasis. Se trata de la quinasa de adhesión focal (FAK). A menos que pueda entrar en un vaso sanguíneo o linfático, una célula cancerosa queda encarcelada en el tejido donde se origina. El factor de crecimiento VEGF es la llave maestra de la célula tumoral al aflojar las conexiones entre las células endoteliales que forman el revestimiento de las paredes de los vasos sanguíneos, permitiendo a la célula cancerosa penetrar en el torrente sanguíneo y extenderse a otros tejidos. VEGF promueve este escape mediante la activación de la fosforilación de una proteína llamada VEC, lo que ayuda a las células endoteliales a unirse. Esta alteración hace que los complejos que contienen VEC se desmoronen, abriendo brechas entre las células endoteliales. Los investigadores no han descubierto todos los pasos que conducen a la fosforilación de VEC, pero FAK, que se acumula en las uniones de célula con célula en presencia de VEGF, podría estar implicada. Los resultados de la investigación revelan una nueva función para FAK en el control de la metástasis, sitúan a la proteína en la vía que controla la permeabilidad vascular y sugieren que FAK ayuda a las células cancerosas que expresan VEGF a abrir capas de células endoteliales. Inhibidores de FAK se están probando en ensayos clínicos porque frenan el crecimiento del tumor y este estudio sugiere que pueden proporcionar un beneficio adicional reduciendo la metástasis ■



Una flora intestinal poco variada al nacer puede aumentar el riesgo de asma

Científicos de la Universidad de Linköping, en Suecia, afirman que una baja diversidad en la flora bacteriana del intestino de los recién nacidos puede aumentar el riesgo de desarrollar asma, según los resultados de un estudio publicado en la revista *'Clinical & Experimental Allergy'*. En 2011 ya habían publicado los resultados de un amplio estudio de la microbiota intestinal de niños alérgicos y sanos que reveló que la diversidad de cepas bacterianas en estas primeras etapas de la vida es significativamente menor entre los que habían desarrollado eccema alérgico cuando tenían dos años de edad. Ahora, en un trabajo posterior, realizaron un seguimiento a 47 neonatos hasta que alcanzaron los siete años, y vieron que ocho de ellos (el 17 por ciento) sufrían asma crónico. El 28 por ciento tiene fiebre de heno, el 26 por ciento aún tenían eccemas y el 34 por ciento reaccionó a los alérgenos en una prueba cutánea, pero por el momento sólo el asma se puede relacionar con la diversidad microbiana intestinal. “Una alta diversidad de la microbiota intestinal en los primeros meses de la vida parece ser importante para la maduración del sistema inmune”, dice Thomas Abrahamsson, pediatra y autor principal del artículo. La hipótesis es que, para que sea más eficaz, el sistema inmune necesita ser “entrenado” por un gran número de diferentes microorganismos. Esto hace que, ante la ausencia de una estimulación suficiente de diferentes bacterias, el sistema reaccione de forma exagerada a los antígenos inocuos que encuentra ■



EN PREVISIÓN

Citas de interés

Interés General

Congreso SAMEM 2014

Madrid. Fecha inicio: 19/02/2014. Fecha Fin: 21/02/2014. Secretaría Técnica: Centro Médico Instituto Palacios. Tel: 915 780 517.



Correo electrónico: samem@institutopalacios.com
Referencia web: <http://www.samem.es/>



129. Fax: 933 186 902. Correo electrónico: congresos@semfyc.es
Referencia web: <http://www.semfyc2014.com>

36 Congreso Nacional SEMERGEN

Bilbao. Fecha inicio: 08/10/2014. Fecha Fin: 11/10/2014. Secretaría Técnica:



AP Congress. C/Narvárez 15-1ª izq. 28009 Madrid. Tel: 902 430 960. Fax: 902 430 959. Correo electrónico: info@fase20.com
Referencia web: <http://congresonacional-semergen.com/>

Atención Primaria

XXI Congreso Nacional de Medicina General y de Familia

Sevilla. Fecha inicio: 29/05/2014. Fecha Fin: 31/05/2014. Secretaría Técnica: MEGDEN, S.A. Paseo Imperial, 10-12 1ª planta. 28005 Madrid. Tel: 913 644 120. Fax: 913 644 121. Correo electrónico: congresos_semg@semg.es
Referencia web:



<http://www.sevilla.semg.net/>

XXXIV Congreso de la semFYC

Gran Canaria. Fecha inicio: 12/06/2014. Fecha Fin: 14/06/2014. Secretaría Técnica: semFYC Congresos. Carrer del Pi nº 11, 2ª Planta, Oficina 13. 08002 Barcelona. Tel: 933 177

Valencia. Fecha inicio: 14/05/2014. Fecha Fin: 17/05/2014. Secretaría Técnica: Grupo Geyseco. C/ Universidad, 4. 46003 Valencia. Tel: 963 524 889. Fax: 963 942 558. Correo electrónico: mltd2014@geyseco.es
Referencia web: <http://www.thrombosis2014.org/>



Cardiología

23rd Biannual International Congress on Thrombosis

82 EAS Congress

Madrid. Fecha inicio: 31/05/2014. Fecha Fin: 03/06/2014. Secretaría



Técnica: Kenes International. 1-3 Rue de Chantepoulet, P.O. Box 1726 CH-1211, Geneva 1, Switzerland.
Tel: +41 22 908 0488. Fax: +41 22 906 9140. Correo electrónico: eas@kenes.com
Referencia web: <http://eas.kenes.com/>



Endocrinología

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes

Pamplona. Fecha inicio: 03/04/2014. Fecha Fin: 05/04/2014. GRUPO PACIFICO. Pº General Martínez Campos, 44 - 1ª A-C. 28010 Madrid. Tel: 913 836 000. Fax: 913 023 926. Correo electrónico: info@sed-pamplona2014.com
Referencia web: <http://sedpamplona2014.com/>

Oncología

8ª Jornada de Actualización ASCO GI 2014



Barcelona. Fecha inicio: 07/03/2014. Fecha Fin: 07/03/2014. Secretaría Técnica: TACTICS MD. París 162, Pral 1ª, 08036 Barcelona. Tel: 934 511 724. Fax: 934 514 366. Correo electrónico: info@tacticsmd.net

Pediatría

VII Congreso Nacional SEHOP

Las Palmas de Gran Canaria. Fecha inicio: 22/05/2014. Fecha Fin: 24/05/2014. Secretaría Técnica: Geyseco. C/Universidad, 4, 4º 1º. 46003 Valencia. Tel: 902 369 497. Fax: 902 369 498. Correo electrónico: valencia@geyseco.es
Referencia web: www.geyseco.es



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 hiperamonemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que 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 ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $<10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $<1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $<0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipoestesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: 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: Glucosuria, poliuria, polaquuria. **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 laire, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirrido (1',2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifaximina SV] en su forma polimórfica 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 polimórfica 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 incluan a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng·h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas 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 valor de la prevención

El valor de la promoción de la salud y de la prevención se halla en la idea de anticiparse a las enfermedades y evitar su aparición, aunque no siempre se consigue este objetivo. Es por ello que no se debe generalizar el dicho popular de que “más vale prevenir que curar”. Toda intervención que persiga objetivos de salud o de calidad de vida tiene que evaluarse poniendo en una balanza su efectividad y el coste social que implica. Sólo así se acabarían los excesos que se cometen en nombre de la prevención, haciéndose más eficientes los sistemas sanitarios. Además, los expertos en Salud Pública abogan por la puesta en marcha de una estrategia global de prevención que vaya más allá de la política sanitaria.

FORO DE EXPERTOS

TRIBUNAS

José María Abellán

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

Miguel A. Asenjo

Profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB). Asesor científico del IL3-UB. Socio de honor de SEDISA. Ex Director del Hospital Clínic de Barcelona:
“El líder y gestor sanitario, solidario y solitario”

Carlos Rus

Gerente de Federación Nacional de Clínicas Privadas:
“Turismo y salud”

Paloma Rosado

Colaboradora de ALAIA (Ayuda a Enfermos Graves y Personas en Duelo de Madrid):
“El duelo en el embarazo”

ENTREVISTAS

Carlos Macaya



Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas

Rubén Moreno



Portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados

Fernando Lamata

Ex consejero de Sanidad de Castilla la Mancha, ex secretario de Sanidad y asesor de la Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea



OTROS TEMAS

REPORTAJE



La reforma de Sanidad. Hacia dónde caminamos

RADIOGRAFÍA



Las UCI en España

Seguro de **Automóvil**



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



Y además,

50%
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

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

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

Así de fácil y así de claro.

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

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



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



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha técnica en página 97