



Espada de Damocles sobre la Sanidad

Rechazo profesional al documento de ajustes que esta semana estudiará el Consejo de Política Fiscal y Financiera

Aunque Hacienda y Sanidad se desmarcan de los recortes, la profesión teme que algunos lleguen a aplicarse

Gustan ciertas medidas, pero el sector critica cortoplacismo frente a estrategia y las contradicciones del documento

PRIMER PLANO

El Ministerio de Hacienda y las autonomías debatirán esta semana una batería de casi cien medidas de ajustes para la sanidad y los empleados públicos que no termi-

na de convencer a nadie. Hacienda, Sanidad y las propias autonomías se han desmarcado ya del documento en el que se contemplan estas propuestas que, supuestamente, han elaborado las comunida-

des y en el que figuran desde copagos por visita al médico hasta incremento de la jornada laboral a 40 horas. La profesión critica duramente la idea de un nuevo paquete de recortes. **PÁGS. 2 a 4**

'Brainstorming' de recortes

Hacienda, autonomías y Sanidad se desmarcan de la batería de ideas de 'tijeretazos' que se ha filtrado

Las propuestas incluyen desde incremento de la jornada laboral a copagos asistenciales y pago por abortar

MADRID
LAURA G. IBÁÑEZ
JOSÉ A. PLAZA



Nadie se responsabiliza de las propuestas de recorte del gasto público que se filtraron la semana pasada y que, previsiblemente, debatirán autonomías y Ministerio de Hacienda este jueves en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, con voluntad de incluir lo que salga aprobado en los próximos presupuestos de 2015, que comenzarán a elaborarse en septiembre (ver DM del 23-VII-2014).

Hacienda dice haber, simplemente, recopilado las propuestas que le han sugerido las autonomías. Estas dicen no verse reflejadas en dicho documento, y el Ministerio de Sanidad niega la mayor; afirma que no habrá más recortes en Sanidad ni, desde luego, copagos asistenciales.

Pero el globo sonda ya está lanzado. Y deja la espada de Damocles, de nuevo, sobre la Sanidad, que asume 75 de las 255 propuestas de *tijeretazo*, a las que habría que añadir casi otras tantas que afectarían a los empleados públicos y a la dependencia.

Parece evidente, por la propia estructura del documento (una simple y larga tabla de propuestas) que el *brainstorming* de recortes no se adoptará en su integridad, entre otras cuestiones porque buena parte de las iniciativas propuestas son contradictorias entre sí. Un ejemplo es la estatuarización a tiempo parcial para reducir costes de personal y, a la vez, la voluntad de ampliar la jornada laboral de los funcionarios a 40 horas.

La suma de otras medidas sería, simplemente, de-

vastadora para determinados colectivos (como las rebajas en el margen de las farmacias, sumadas a la caída en los precios de los fármacos, venta de medicamentos fuera de la botica y traslado a hospitales de la dispensación de ciertos fármacos). Las más tendrían un coste político que nadie parece dispuesto a asumir abiertamente (como el copago asistencial).

Pero, como todo globo sonda, el documento parece destinado a abrir camino, perdonar en el último minuto la gran amenaza de grandes copagos, y adoptar en su lugar la letra pequeña de otras propuestas allí contempladas, menos sonoras pero con impactos igualmente trascendentes. Sea el trasvaso de pacientes de larga estancia a una nueva red sociosanitaria de pago

El pago de un euro por receta recaudaría más de 900 millones de euros, y el de un euro por visita a primaria casi 250 millones, pero la profesión rechaza estas medidas

en lugar de a la red sanitaria gratuita, sea algún requiebro jurídico para limitar la prescripción de determinados fármacos.

PAGAR POR LA ASISTENCIA

Y es que entre las propuestas figura prácticamente de todo. Buena parte se centran en la posibilidad de establecer copagos asistenciales, que se fijarían, según el documento, en un euro por no asistir a una cita programada o no recoger las pruebas. También se propone establecer un euro por consulta médica, uno por Urgencias, y una tasa de otro tanto por cada receta médica.

El documento no fija ahorros previstos con estas medidas, pero incluso el cálculo más tosco permite intuirlos. Serían tímidos ahorros para el ámbito hospitalario, y altos para el de atención

MENOS GASTO Y MÁS RECAUDACIÓN

Pocas medidas van encaminadas a mejoras de la eficiencia. La mayoría redundan en reducción del gasto y cobro de servicios.

Copago asistencial. Se propone el pago de un euro por no asistencia a la consulta, por no retirada de pruebas, por cada consulta médica y por ir a Urgencias, así como aplicar el copago en transporte sanitario y crear un copago para las fecundaciones *in vitro* y los abortos.

Copago farmacéutico. Tasa de un euro por receta, diferenciando a pensionistas y ciertos crónicos. Copago efectivo en los fármacos de dispensación ambulatoria en hospital. Incremento al 20% del copago en ortoprótesis y dietéticos.

Aumento del tope mensual de copago en fármacos.

Copago sociosanitario. Se propone trasladar a pacientes de larga estancia a centros sociosanitarios con copago asistencial.

Copago hostelero. Se pagaría por el parking de los hospitales y se establecerían tasas hosteleras por estancia en el hospital. Los centros públicos podrán alquilar instalaciones a la privada para recaudar.

Eficiencia. Evitar pruebas redundantes, incrementar la capacidad de resolución de las urgencias de primaria dotándolas de analítica y radiología, implantación de la receta electrónica y la historia clínica electrónica y doble turno en cirugía. Incremento de atención domiciliar y consultas no presenciales de AP. Centralización de compras. Creación de una agencia tipo NICE.

Financiación. Fondo especial para innovación altamente costosa. Fondo de reserva para compra de tecnología. Revisión del modelo de compensación por atención a desplazados de otras autonomías.

Cobertura. Financiación de un solo fármaco por subgrupo terapéutico (ver página 4).

Revisión de la cartera de servicios. Regulación clara sobre la cobertura a inmigrantes.

Modelo. Desgravación fiscal a la contratación de seguros privados. Revisión de los contratos y conciertos con la privada.

primaria y farmacia: un euro por consulta médica en AP recaudaría 245 millones de euros, y uno por Urgencias hospitalarias, 20 millones. Uno por consultas de especializada, 50 millones, y uno por cada noche de estancia hospitalaria, 32 millones. El euro por receta sumaría 973 millones.

El problema de los copagos asistenciales, ya descartados oficialmente por

la ministra de Sanidad, Ana Mato, es el alto coste político y la firme oposición que han expresado los colectivos médicos (ver página siguiente).

Es cierto que en la UE de los Quince sólo seis países (España entre ellos) carecen de copagos asistenciales, pero también lo es que no ha habido una evaluación previa del impacto sanitario y social que esto podría

representar en un entorno de crisis económica y que algunos países, como Alemania, que implantaron copagos asistenciales, han tenido, precisamente, que eliminarlos.

Con enorme coste político hay también otras propuestas, como la implantación de un copago por prestaciones como el aborto o las fecundaciones *in vitro*.

RECAUDACIÓN

El afán recaudatorio figura en varias medidas, como el cobro en aparcamientos de hospitales o el alquiler de instalaciones sanitarias al sector privado, que aplican algunas autonomías como Cataluña.

Buena parte de las ideas invitan también a modificar la letra pequeña de copagos ya en marcha, como el de ortoprótesis y dietéticos para elevarlo; a subir el tope mensual en el copago farmacéutico; aplicar el malogrado copago en transporte sanitario -que *tumbó* el Consejo de Estado-, o a implantar de forma efectiva el copago en medicamentos de dispensación ambulatoria en hospitales. Esta medida, a la que se han negado en bloque las autonomías, vendría reforzada con la salida voluntaria u obligada de más fármacos de la farmacia al hospital, otra de las propuestas.

Otro bloque muy importante de medidas va destinado, una vez más, a la Farmacia, con ideas que evocan a la subasta de equivalentes terapéuticos de Andalucía y el modelo de algoritmos de decisión terapéutica valenciano, combatidos por los profesionales y por el propio Ministerio de Sanidad.

A estas sugerencias se añaden una batería de propuestas que si parecen bien aceptadas por los profesionales (ver página siguiente), y que supondrían ahorros ciertos pero tal vez no tan rápidos como los que pueda exigir Hacienda para los presupuestos de 2015. Ejemplos de ello serían el

incremento de la atención domiciliar, la potenciación de las urgencias de atención primaria, la implantación de la historia y la receta electrónica, la revisión de los protocolos para evitar pruebas innecesarias, y la creación de un NICE español o el fomento de las actividades preventivas.

Salpicadas figuran también ideas de doble filo, como la creación de un fondo específico extrapresupuestario para la compra de tecnología sanitaria y de financiación para las innovaciones muy costosas, la revisión del modelo de compensación por la atención a pacientes desplazados, y la propia revisión de la cartera de servicios.

Finalmente, hay algunas ideas de mera disputa entre administraciones, como la

El objetivo de déficit contempla una reducción del gasto no financiero de 4.200 millones pero Montoro defiende que se hará sin ajustes del gasto público

compensación específica a las autonomías por el incremento de IVA sanitario, o la exigencia a las mutuas de asumir costes de enfermedades laborales que se están tratando en el sistema público como contingencias comunes.

Ante este cúmulo de medidas, aún pendientes de agruparse en las tradicionales etiquetas *para asustar* y *para adoptar*, sólo cabe confiar en que los 4.200 millones de rebaja del techo de gasto no financiero que acaban de aprobarse no se traduzcan en recortes de gasto público en términos absolutos, tal y como defiende el ministro Cristóbal Montoro: "No habrá nuevos ajustes del gasto porque no son necesarios"... Pero el Plan Nacional de Reformas sí contempla 1.700 millones de rebaja adicionales para las autonomías en 2015.





J.J. RODRÍGUEZ SENDÍN
PRESIDENTE DE LA OMC

“ Estos copagos, negativos 'per se', supondrían un cambio de modelo, variando el actual de pago por impuestos. Es un disparate de los grandes”



TOMÁS TORANZO
VICESECRETARIO DE
CESM

“ La sanidad no admite ya más recortes, ni en prestaciones ni en sobrecarga; la sanidad pública pasará a ser de beneficencia”



JOSEP BASORA
PRESIDENTE DE SEMFYC

“ Es una lluvia de ideas, pero me preocupa que se insista en cuestiones como el copago que la literatura científica ha demostrado que son perjudiciales”



BENJAMÍN ABARCA
PRESIDENTE DE SEMG

“ Es un globo sonda, con ideas de máximos, algunas absurdas, que permite luego ser rebajado y asumir lo que no debería aceptarse”



ANA PASTOR
SECRETARIA DE FACME

“ Confiamos en que el Gobierno no ponga en marcha estas ideas sin un trabajo previo que valore el coste y analice el impacto que tendría”

La profesión se niega a copagos y a más medidas en personal

Crítica el goteo de globos sonda y recuerda que las medidas deben consensuarse con los profesionales

MADRID
L. G. I.
J. A. P.

La profesión médica tiene claro no apoyar copagos asistenciales ni más medidas sobre el personal.

La OMC ha mostrado su crítica a cualquier copago sanitario o asistencial, en una posición conjunta de su 9 vocalías que ha suscrito Juan José Rodríguez Sendín a DM: "Estos copagos, negativos *per se*, supondrían un cambio de modelo asistencial, variando el actual de pago por impuestos. Es un disparate de los grandes, una opción altamente rechazable. Y si, además, hablamos de desgravaciones por acudir a la privada, apaga y vámonos... Otras medidas, como perseguir el mal uso (no por error, sino voluntario), si son dignas de apostar por ellas, sea de una manera o de otra. Cuando lo comenté hace meses pareció una anécdota que formó revuelo, pero ahí está..."

"En el caso de la propuesta que habla de estatutarios a tiempo parcial -continúa Rodríguez Sendín-, no hay precisión suficiente para valorarla bien. ¿A qué se refiere?"

Tomás Toranzo, vicesecretario de CESM, se suma

a las críticas: "Las medidas nos afectan por partida doble: las de sanidad por un lado y las de los trabajadores públicos por otro. Se suman y potencian ignorando que la sanidad no admite ya más recortes, ni en prestaciones ni en sobrecarga para sus trabajadores. Si lo que allí está escrito se pone en marcha simplemente se destruirá el sistema público. Se creará una sanidad sin calidad por desmotivación de los profesionales y por desfinanciación de medicamentos que convertirá a la sanidad pública en una de beneficencia. Está claro que no se pondrá todo en marcha pero, se haga o no, genera una enorme desconfianza este continuo goteo de globos sonda".

En la misma línea se expresa Josep Basora, presidente de Semfyc: "Parece una lluvia de ideas, pero me preocupa que aparezcan en ella cuestiones que la literatura científica, no ésta o

aquella sociedad científica, sino la literatura, constata que son perjudiciales. Me refiero a los copagos asistenciales. Hay otras ideas que plantean que si son cambios estructurales que deberían adoptarse, como la puesta en marcha de un NICE español transparente, reducir las pruebas, implantar la historia clínica digital, o fomentar las actividades preventivas".

"Me sorprenden para bien -continúa Basora- cuestiones como la potenciación de las Urgencias en primaria y de las consultas no presenciales, pero otras cuestiones, por el contrario, me parecen muy graves. Creo que no debería pensarse a la ligera en ideas como las que aparecen sobre farmacia. También me llama la atención que no se propongan nuevos impuestos sobre sustancias como el tabaco".

GLOBO SONDA

Igual de crítico, Benjamín Abarca, presidente de SEMG, explica que "esta filtración interesada parece un globo sonda con propuestas de máximos, algunas de ellas absurdas, que permitan luego ser rebajadas para facilitar la asunción de medidas que tampoco deberían ser aceptadas.

MÁS JORNADA Y MENOS PERSONAL

El documento incluye medidas específicas para el personal sanitario pero también una larga batería para todo empleado público.

Jornadas parciales. Nombramiento de personal estatutario a tiempo parcial.

Turnos. Racionalización de turnos médicos (Urgencias, UCI, etc.) y centralización de guardias.

Eficiencia en quirófanos. Mejora de la eficiencia en el entorno quirúrgico: doble turno, mejoras en la gestión el bloque quirúrgico, cirugía ambulatoria.

Nuevas competencias. Desarrollo de competencias para enfermería y técnicos en diagnóstico por imagen para que puedan realizar pruebas diagnósticas que luego informarán los respectivos facultativos (ecografías).

Jefaturas. Revisión y flexibilización de los mecanismos de selección y cese de mandos intermedios.

Retribuciones. Homogeneización de retribuciones por conceptos variables en el SNS (hora de guardia, nocturnidad, carrera profesional, etc.) Revisión de la carrera profesional y vínculo de sus tramos al cumplimiento de objetivos.

Organización. Racionalización de estructuras y unificación de centros, áreas de gestión sanitaria y unidades de gestión clínica.

Jornada. Elevar la jornada laboral a 40 horas para empleados públicos. Declarar el 24 y 31 de diciembre laborables.

Suprimir los días de libre disposición. Evitar las sustituciones.



Hay algunas propuestas que parecen sensatas, pero la mayoría son inaceptables, tanto en el ámbito de las que afectan directamente a los profesionales como, las referidas a los copagos así como las que atentan directamente contra la equidad, universalidad y accesibilidad".

No hay buenas palabras tampoco en boca de Facme. Ana Pastor y Antonio Zapatero, secretaria y tesorero de Facme, respectivamente, entienden que "es una tormenta de ideas sobre la que se debe trabajar, valorando

coste, racionalizando, priorizando y evaluando el impacto. Confiamos en que el Gobierno no ponga en marcha las ideas sin ese trabajo previo. Algunas tienen un claro aspecto economicista, como los copagos, que disminuyen la equidad y pueden contribuir a un peor control de determinados pacientes".

"Por otro lado, se sugieren otras medidas -continúan los representantes de Facme- que pretenden buscar la eficiencia. Algunas de ellas son muy adecuadas (como el uso de guías y pro-



EN LAS REDES SOCIALES SE HA DICHO...

Uno de los debates de la comunidad Ippok, de DIARIO MEDICO y Correo Farmacéutico, se refiere a los ajustes que se barajan. Estos son algunos de los comentarios más destacados:

Sagrario G. H. "¿No se dan cuenta de que todo esto es ilegal? Muchos gobiernos ya se están viendo obligados a devolver los copagos que impusieron en sus regiones después de que los tribunales los anularan. ¿Por qué amenazan ahora con nuevas tasas que no tienen sentido? No saben ya de dónde rasca e insisten en centrar la mirada en la sanidad, por si no estuviera ya lo suficiente perjudicada".

Rebeca F. M. "Llevo escuchando las medidas que he leído ahora desde hace bastante tiempo. Ahora parece que se han atrevido a ponerlas por escrito. Quien anda detrás de todo esto son las multinacionales y la industria en lo que se refiere a los recortes en la farmacia; espero que no salgan adelante".

Cristina M. P. "Basta ya de poner a la sanidad en la cuerda floja. Como si no tuviéramos suficiente con el cierre de camas, la privatización, la falta de personal, la bajada de sueldos... Ahora amenazan con más copagos. ¿Hasta qué punto van a apretar las tuercas? ¿Qué pasa con Mato? Por qué no defiende su cartera? Prima más la economía que la sanidad. A los colegios les queda largo camino para negociar: ya pueden estar a la altura".

protocolos, no hacer pruebas redundantes o ineficaces y revisar turnos de trabajo). Pero para que puedan ser de aplicación hay que trabajarlas con los profesionales, si no están abocadas al fracaso. Encontramos también medidas que necesitan inversiones previas pero de las que no tenemos garantía de resultados, como dotar a los centros de salud de radiología y laboratorio básico. Y hay otras que intentan limitar tratamientos que si son útiles para algunas patologías. Esto puede suponer graves problemas".

**HUMBERTO ARNÉS**
DIRECTOR GENERAL
DE FARMAINDUSTRIA

La patronal de los laboratorios innovadores Farmaindustria defiende que la búsqueda de nuevas eficiencias en el gasto debe hacerse en otros ámbitos, no en farmacia, que ya ha contribuido suficiente

**MANUEL VILCHES**
DIRECTOR DEL IDIS

“ El principal copago en nuestro país, completamente voluntario, es el de las 7 millones de personas que contratan un seguro privado y con ello ahorran al público y dejan hueco en la lista de espera”

**CRISTINA CONTEL**
PRESIDENTA DE LA FNCP

La medidas se suman al incremento del IVA de los productos sanitarios y a la Ley de Mutuas, que esperamos que no se apruebe en sus términos actuales, muy negativos para el sector”

**REGINA REVILLA**
PRESIDENTA ASEBIO

La patronal de compañías biotecnológicas Asebio afirma que es necesario disponer de un marco estable y predecible a largo plazo que reconozca el valor de las innovaciones farmacéuticas

**EN LAS REDES SOCIALES SE HA DICHO...****@Juanjoarm**

Juan José Armengol. PRESIDENTE DE SEMES. Un copago disuasorio en Urgencias como el propuesto destruiría la equidad y afectaría a los grupos más vulnerables

@jezquerra57

Julián Ezquerro, secretario de Amtyts. ¿Tras el exterminio de los empleados públicos? 40 horas semanales para los funcionarios y eliminación de 'moscosos'.

@Josemfreire

José Manuel Freire, portavoz sanitario del PSOE en la Asamblea de Madrid. Desvergüenza la orden de Hacienda que recoge el #copago, plantea desgravación y aseguramiento privado

@GLlamazares

Gaspar Llamazares, portavoz de Sanidad de IU en el Congreso. Primero filtran un nuevo paquete de recortes para asustar, luego dicen que es mentira y más tarde lo atribuyen a las CCAA. Globo sonda.

@Cermi Estatal

Cuenta oficial del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. No rotundo de la #discapacidad a nuevos recortes de derechos sociales

La industria dice haber colaborado ya y la privada pide ser 'usada'

El sector privado aplaude la propuesta de desgravación fiscal a la contratación de seguros sanitarios

MADRID
L. G. I.
J. A. P.

La industria farmacéutica no ve asombrable la adopción de nuevos recortes en farmacia. Fuentes de Farmaindustria explican que "los ajustes sobre el medicamento ya están hechos. De hecho, en los últimos años el 42 por ciento de los ahorros conseguidos en el sector sanitario han recaído sobre el medicamento. No caben, pues, más medidas en este ámbito".

Además, en opinión de la patronal "el gasto farmacéutico está controlado (se ha reducido un 28 por ciento en oficina de farmacia en el período 2010-2013) y se han sentado las bases para su contención futura. Creemos que el sector farmacéutico ha dado sobradas muestras de su compromiso con la sostenibilidad de las cuentas públicas y ha contribuido a la reducción del déficit público, por lo que la búsqueda de nuevas eficiencias en el gasto debe realizarse en otros ámbitos".

Desde la patronal de biotecnológicas Asebio no se valora el detalle concreto de las ideas propuestas, pero se explica que "es esencial

garantizar a los profesionales sanitarios y en especial a los pacientes que puedan beneficiarse de las soluciones innovadoras en salud de manera rápida y equitativa. Pero, para ello, es necesario disponer de un marco estable y predecible a medio y largo plazo, en el que se reconozcan y traten adecuadamente las innovaciones en términos de precio y acceso, en un mercado vertebado y sin fragmentación regulatoria. En este sentido,

Farmaindustria recuerda que el 42 por ciento de los ahorros conseguidos en el sector sanitario han recaído en farmacia y dice que no hay margen para más

todos los agentes implicados tenemos que trabajar por la convergencia de esfuerzos, establecer objetivos realistas, transparentes y equilibrados donde primen los criterios científico-técnicos sobre los administrativos-economicistas".

En esa línea, Asebio resume las medidas que deberían adoptarse con varios mensajes al Gobierno: "Es necesaria la unidad del SNS y de sus estructuras; el mejor fomento de la eficiencia

y la aplicación real de nuevas tecnologías que interactúan en todo el SNS; una evaluación de coste-efectividad uniforme para todo el SNS; la mejora en motivación y condiciones laborales/de recursos humanos de nuestro personal sanitario; encontrar una solución al acceso a terapias verdaderamente innovadoras; y regular un sistema transparente, menos complejo y sobre todo estable de precio y financiación de medicamentos".

Pero las medidas que se barajan no afectarán sólo a farmacia. El sector privado también gozaría de una de sus tradicionales reivindicaciones: la desgravación por contratar seguros.

CLÍNICAS Y ASEGURADORAS

Manuel Vilches, director general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), explica que "las medidas de ajuste y reorganización son necesarias y en ese contexto es donde el establecimiento de copagos en el sistema público de salud, difícilmente deseable, vendría condicionado por la incesante demanda de servicios de una sociedad demandante, envejecida, geriatizada, y con una tasa de cronicidad muy ele-

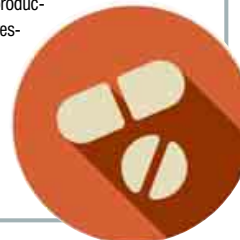
VENTA SIN RECETA FUERA DE LA BOTICA

Se habla de dispensar ciertos fármacos con receta en ambulatorios y hospitales, y de modificar el sistema de precios de referencia.

Suministro de fármacos. Permitir la venta de determinados fármacos sin receta fuera de las farmacias. Permitir u obligar a que determinados fármacos con receta sean dispensados en los ambulatorios y hospitales. Suministro directo de fármacos y productos sanitarios a centros sociosanitarios.

Oferta de fármacos. Limitación de los productos farmacéuticos con financiación pública para una misma patología. Aplicación de un sistema de concurso de fármacos preferentes para determinadas patologías en función de datos de coste-efectividad. Modificación del sistema de precios de referencia introduciendo el concepto de precios máximos de financiación por subgrupos terapéuticos, con aplicación de un copago evitable por parte del ciudadano. Avanzar en la adecuación de la dispensación de productos farmacéuticos a las dosis prescritas.

Cadena del medicamento. Reducción de un punto porcentual el margen de las farmacias (del 27,9 al 26,9 por ciento).



Las clínicas privadas advierten de que estas medidas se sumarían con efecto devastador al incremento del IVA de los productos sanitarios y la Ley de Mutuas, en tramitación

vada. En este mismo contexto de necesidad imperativa de control del gasto y la demanda, las posibles penalizaciones por el uso indebido de los servicios son medidas que, indudablemente, tarde o temprano habían de llegar puesto que es fundamental que todos seamos conscientes, del gasto que generamos".

Sin embargo, Vilches defiende que "en nuestro país el principal copago, completamente voluntario, es el de

los casi 7 millones de personas que mantienen una dualidad en aseguramiento y prestación [pública y privada]. A partir de esta premisa, hemos de considerar que toda persona que voluntariamente contrata un seguro de salud es una *bendición* para nuestro sistema sanitario, que no sólo ahorra recursos, sino que además deja *hueco* en la lista de espera. Por eso, la propuesta de facilitar que la población tenga un seguro privado sería una de las mejores formas de proteger y ayudar al propio sector público de salud. Para finalizar, un último apunte: mi deseo de que no se antepongan y prioricen medidas de corto plazo, escasamente útiles en el entorno sanitaria-

rio, y tratemos de buscar y trabajar por una visión más estratégica".

Mucho más crítica, la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) entiende que las medidas propuestas "son altamente negativas, que tendrían como efecto perjudicar la asistencia pública y privada. Este paquete de medidas se añadiría al incremento del tipo de IVA de los productos sanitarios y al Proyecto de Ley de Mutuas, que desde la FNCP esperamos no se apruebe en los términos actuales, ya que resultaría altamente perjudicial. La única medida positiva es extender al ámbito nacional la desgravación por gasto en los seguros privados de salud".

COLUMNA INVITADA

El acceso a la innovación deber ser una prioridad



HUMBERTO ARNES
Director general de Farmaindustria

Después de unos complicadísimos años para sectores altamente dependientes de los presupuestos públicos, como el farmacéutico, y en los que la batalla por el control del déficit ha sido una prioridad para las administraciones central y autonómicas, ha llegado el momento de avanzar todos en la dirección de la recuperación -que parece consolidarse-, y de empezar a construir escenarios de progreso que permitan a nuestra economía retomar la senda de un crecimiento sostenido.

Desde el punto de vista sanitario, y más en concreto de la prestación farmacéutica, no hay motivos para no hacerlo, puesto que el ajuste que se ha producido ha sido muy grande. No debemos olvidar que hoy el gasto farmacéutico público en oficina de farmacia es un 28 por ciento inferior al de mayo de 2010 (momento de máximo gasto anualizado en España). Este ajuste nos ha llevado a unos ratios por debajo de la media europea: así, el gasto farmacéutico público está por debajo ya del 1 por ciento del PIB, porcentaje inferior, incluso, al exigido a los países intervenidos; y el gasto per cápita es actualmente un 14 por ciento inferior a la media de los países de la eurozona (265 euros por habitante frente a 308).

EL GASTO

Estos datos ponen de manifiesto que el gasto farmacéutico no representa ya un problema para la sostenibilidad de las cuentas públicas, máxime teniendo en cuenta que estos ahorros se han conseguido con medidas estructurales que sientan las bases para su contención futura.

En este escenario, es el momento de empezar a reconstruir la situación, acompasando el gasto farmacéutico al crecimiento del PIB, permitiendo una entrada de fármacos innovadores a nivel y ritmo europeos, y dando una estabilidad imprescindible para el sector. De esta forma se posibilitará que esta industria, basada en I+D, vuelva a ser uno de los motores de la economía española.

Y creemos que debe ser así porque hemos llegado a una situación en la que las medidas de contención del gasto han provocado un retraso en el acceso a la innovación farmacéutica respecto al nivel que veníamos disfrutando hasta la irrupción de la crisis, tanto en el tiempo necesario para obtener la aprobación de un nuevo medicamento -aunque se observan signos de mejora-, como es-

pecialmente en su uso y disponibilidad, debido a los requerimientos adicionales que están introduciendo algunas comunidades autónomas, traspasando los límites competenciales.

A los pacientes españoles hoy les cuesta más acceder a nuevos fármacos que hace unos años y, además, lo hacen con grandes diferencias en función de la comunidad autónoma en la que residen, con la pérdida de cohesión y las inequidades que esto comporta.

PRESENTE Y FUTURO

Esta situación genera una gran preocupación en nuestro sector, en tanto que supone una amenaza no sólo para el presente, sino también para el futuro de nuestras compañías, para el colectivo médico y sanitario en ge-

neral y, por supuesto, para los pacientes. No hay que olvidar que las innovaciones son la savia de esta industria, la mejor herramienta que dispone el profesional, la fuente de esperanza para el paciente y un ahorro a medio y largo plazo de recursos para el sistema de salud.

En estos últimos tiempos difíciles la industria ha puesto de manifiesto su voluntad de colaboración con la sostenibilidad y viabilidad presupuestaria del sistema de salud, aunque las medidas adoptadas hayan tenido importantes impactos en nuestro sector. Precisamente por ello, no podemos abandonar la aspiración de que ese sacrificio, al menos, pueda permitir ahora una reducción de las dificultades que encuentra la innovación terapéutica para entrar en el mercado. Si a costa, en gran medida, de nuestras cuentas de resul-

tados se han aliviado las cuentas del Sistema Nacional de Salud, no nos parece descabellado aspirar a que podamos ver compensado, al menos parcialmente, nuestro esfuerzo con un acceso ordenado pero rápido de las innovaciones al mercado.

Este es uno de los ámbitos establecidos como objeto de actuación en el Protocolo de Colaboración que firmamos el pasado mes de febrero con el Ministerio de Sanidad, en el que ambas partes estamos trabajando conjuntamente y sobre el que hemos depositado muchas esperanzas para afianzar esta industria estratégica para nuestro país. Es momento de que todos comencemos a considerar al medicamento no como un gasto, sino como una inversión. Nos jugamos mucho en ello.

“Las medidas de contención del gasto han provocado un retraso en el acceso a la innovación farmacéutica respecto al nivel de antes de la crisis”

“No podemos abandonar la aspiración de que el sacrificio permita ahora reducir las dificultades de la innovación terapéutica para entrar en el mercado”

“Es el momento de que todos comencemos a considerar el medicamento no como un gasto sino como una inversión. Nos jugamos mucho”

ENTREVISTA | **JAUME PADRÓS.** El presidente del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) expone cómo está defendiendo a los médicos y al sistema y su desencuentro con el Consejo General

"La OMC no tiene en cuenta al COMB"

Ve "deslealtad" en que el modelo de protección social esté en tribunales

Cree que la situación del Colegio de Madrid avala tesis intervencionistas

La Junta de Barcelona ha reclamado cambios al presidente Artur Mas

BARCELONA
CARMEN FERNÁNDEZ
carmenfer@diariomedico.com

PREGUNTA. ¿Cómo ve el sistema sanitario tras las medidas de ajuste adoptadas por los gobiernos central y catalán?

RESPUESTA. Tras el RDL 16/2012 y otras medidas ya nos manifestamos en defensa de los elementos nucleares del sistema y de que las rentas más bajas y los enfermos crónicos no resultasen afectados; y nos congratulamos de que el Gobierno catalán dijese que no estaba de acuerdo y no los aplicase. Pero el sistema no notará la recuperación ni a corto ni a medio plazo, los recursos seguirán siendo los que son y lo que necesita la profesión y el ciudadano es que se dibuje un horizonte de cómo será el sistema en los próximos años. Podemos vivir con incertidumbre, pero no por mucho más tiempo. Decir que los recortes no afectan a la ciudadanía es decir una mentira. Tiene que haber un pacto político, sindical y social.

P. ¿Qué está haciendo el COMB al respecto?

R. Cuando salí elegido fui a ver al presidente de la Generalitat, Artur Mas, y hace dos meses volví a verle con toda la Junta y acompañados del consejero Boi Ruiz. Hablamos de todo y compartimos, lo cual no quiere decir que coincidiésemos en todo, y le trasladamos la necesidad de definir un horizonte. Le pedimos, por ejemplo, que las medidas sobre la función pública no afecten a los profesionales de la sanidad, sobre todo a los que son la excelencia del sistema. Limitar el sistema retributivo sobre gente de primer nivel puede provocar que finalmente se vaya.

P. Pero las leyes son muy estrictas en materia de recursos humanos de la Ad-



Jaume Padrós, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB).

“ Parece que creen que ir en contra del Colegio de Médicos de Barcelona les dará algún rendimiento, pero lo cierto es que ahora la OMC es un organismo muy dividido”

ministración...

R. Precisamente por eso pedimos que se cambien esas leyes en defensa del sistema sanitario.

Cataluña está sufriendo una asfixia financiera, pero el presidente se comprometió a que no hará más recortes en sanidad. A cambio pidió un mayor esfuerzo en eficiencia por parte de los profesionales; le dije que podemos contribuir a mejorar algunos procesos como las listas de espera pero que necesitamos que quite políticos de las estructuras sanitarias y gente con conflictos de interés, menos burocracia y crear órganos de

participación de los médicos que sean vinculantes. Al finalizar nos puso deberes a nosotros y al consejero Boi Ruiz: definir propuestas concretas en diferentes ámbitos.

P. ¿Qué opina de las polémicas del momento en Cataluña (cierre de camas en verano, colapso de urgencias)?

R. Todo eso forma parte del mismo debate. Tengo que apelar a la responsabilidad de todos y al esfuerzo de diálogo y de voluntad. La gestión de los conflictos la tenemos que hacer con cuidado.

P. ¿Ya se ha decidido que el COMB intervenga en contra de la fusión de los grupos privados IDCSalud-Quirón?

R. Lo servicios jurídicos lo están valorando aún. Es obvio que esa fusión es una estrategia de fondos de inversión y no de salud, y que en Barcelona la mayoría de ca-

“ Le pedimos a Mas que las medidas en la función pública no afectaran al sanitario. Limitar el sistema retributivo sobre gente de primer nivel puede provocar que se vayan”

mas del sector privado quedarán en las mismas manos, lo que condicionará la oferta, la calidad y las condiciones laborales. Ya le hemos dicho a Salud que necesitamos definir unas reglas del juego para el sector privado.

P. Lleva cinco meses al frente del COMB. ¿Qué ha podido hacer en este tiempo?

R. Tras la renovación del 50 por ciento de la Junta nos hemos dedicado a redistribuir áreas. He querido que hubiese el máximo de consenso y participación de todos los ámbitos de la profesión, incluyendo los cri-

tics y contrarios a mi candidatura, y nos estamos reuniendo con mucha gente de muchos sectores. El colegio puede decir cosas, pero necesitamos saber qué están dispuestos a hacer los médicos y qué necesitan para hacerlo.

P. ¿Ha habido en estos meses algún cambio en la relación con la Organización Médica Colegial (OMC) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña?

R. A los compañeros de los otros tres colegios catalanes les he propuesto darle más fuerza al Consejo y más unidad de acción para defender mejor a los médicos y al sistema.

En cuanto a la OMC, tengo que lamentar que en cinco meses no ha habido ningún gesto de acercamiento, mientras que yo a los dos días de ser elegido presidente del COMB acudí a la Asamblea de Presidentes para dar mi apoyo en un

momento muy crítico por la situación del Colegio de Madrid. Hay puntos de colaboración entre el COMB y la OMC que intento preservar porque son buenos para el conjunto de los médicos de España, como el Programa del Médico Enfermo (Paime), y sin embargo no somos tenidos en cuenta para nada. El Consejo, además, tiene en los tribunales el programa de protección social después de romper unilateralmente el pacto que suscribimos las dos partes; nunca había visto un acto de deslealtad institucional tan grande. El juez, después de dar la razón al cien por cien al COMB, instó a que negociásemos las dos partes, pero la OMC no tiene intención. Parece que creen que ir en contra del COMB les dará algún rendimiento, pero lo cierto es que ahora la OMC es un organismo muy dividido, tal y como se ha visto en la elección del nuevo secretario general, y sin representación en su órgano de gobierno de los dos grandes colegios de médicos de España, uno, Madrid porque está fatal, y el otro, Barcelona, porque no se le deja participar.

P. ¿Cómo ve las reformas de las leyes nacional y catalana sobre colegios profesionales?

R. El proyecto estatal es una recentralización y un intento de reforzar los consejos nacionales, y, al igual que el catalán, se excede en la intromisión en la autonomía de los colegios. La situación del Colegio de Madrid juega a favor de las tesis intervencionistas: es una corredería que tiene un colegio, no cumple sus funciones y tiene problemas de solvencia. El legislador reacciona castigando a los que sí hacen las cosas bien, como el Colegio de Médicos de Barcelona.



Calidad y seguridad del paciente rigen el mercado de TIC en EEUU

Un estudio de Himss define las tendencias más allá de la HCE

Una aplicación para prevenir las nosocomiales, la que más crece



Lorren Pettit, vicepresidente de Análisis de Mercados de Himss Analytics.

MADRID
ROSALÍA SIERRA
 rsierra@diariomedico.com

El mundo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en salud ha vivido durante los últimos años un vertiginoso progreso enfocado a mejorar los sistemas de historia clínica electrónica (HCE). Sin embargo, las ayudas que las TIC pueden prestar en sanidad van mucho más allá de la HCE, y ahora, con la digitalización de los hospitales en un punto muy avanzado, es momento de poner en valor todas las herramientas tecnológicas que mejorarán la asistencia.

Eso es lo que ha hecho la Sociedad de Sistemas de Información y Gestión Sanitaria (Himss, por sus siglas en inglés), que ha elaborado un informe sobre *Imprescindibles en el Mercado de TIC Hospitalarias en Estados Unidos*, donde recoge "aplicaciones destinadas a 27 procesos clínicos que no están ligadas directamente a la HCE o cuya información no se incluye en ésta", según ha explicado a DIARIO MEDICO Lorren Pettit, vicepresidente de Análisis de Mercados de Himss Analytics.

Esta entidad "monitorea el uso de más de cien herramientas TIC en todos los hospitales del país, y hemos seleccionado una cuarta parte para su estudio en

este informe". De las 27 aplicaciones elegidas, destacan por su crecimiento "las que podemos englobar bajo la definición de *control de resultados y calidad* (OQM, por sus siglas en inglés), que experimentarán un aumento de ventas de en torno al 10 por ciento anual, muy por encima de las siguientes en la lista".

En concreto, las herramientas que vivirán este crecimiento son las dedicadas a la detección, prevención y control de infecciones nosocomiales, las enfocadas al manejo de pruebas de laboratorio y las que se centran en el análisis del estado del paciente para definir su necesidad de cuidados enfermeros.

También ocupan altas posiciones en la clasificación las soluciones para organización de enfermería, banco de sangre, Anatomía Patológica y servicios *externalizados*.

LÍNEA GUBERNAMENTAL

Se trata de aplicaciones cuyo crecimiento "refleja el interés de los hospitales por cambiar sus antiguos sistemas por soluciones que les ayuden a adaptarse al Hospital Value-Based Purchasing Program (VBP)", sistema de financiación de los hospitales de Medicare que ciñe la financiación a factores como los resultados en salud, la seguridad clínica y

Las aplicaciones de laboratorio tendrán un impacto significativo en el control de las patologías crónicas que necesitan frecuentes análisis, como la diabetes"

realicen esfuerzos para prevenir las infecciones.

Por lo que respecta a las herramientas de laboratorio, "será significativo su impacto en el control de las patologías crónicas que necesitan frecuentes análisis, como la diabetes, que está sufriendo un crecimiento exponencial".

USO SIGNIFICATIVO

Otro aspecto de la nueva regulación sanitaria estadounidense que afecta a la com-

la satisfacción del paciente (ver *DM del 10-III-2014*).

Este programa incluye, además, penalizaciones para los hospitales que no

pra de tecnologías es el programa que incentiva el uso significativo (*Meaningful Use*) de tecnologías certificadas que mejoren de forma demostrada la calidad asistencial.

Según Pettit, "cuando este programa termine -empezó en 2012 y concluye este año- veremos seguramente un cambio en las tendencias del mercado de TIC sanitarias".

Mercado decreciente

La gran perdedora en cuanto a mercado de aplicaciones TIC sanitarias es, según el informe de Himss, la que durante años fue la estrella: los sistemas de archivo de imágenes, concretamente las centradas en Cardiología: Cpac.

Según Lorren Pettit, se trata de "un reflejo de la madurez de este mercado. Según nuestros análisis, más del 70 por ciento de los hospitales que tienen servicio de Cardiología cuentan con un Cpac, lo que explica que se ralenticen sus ventas. Ya sólo quedan por adquirirlo los rezagados y los nuevos servicios".

Lo mismo sucede con el resto de herramientas que presentan una evolución decreciente, como los sistemas de información del área de respiratorio y los de Cuidados Intensivos.



Escaso protagonismo sanitario en el tratado comercial UE-EEUU

Cierta opacidad en la negociación hace que algunos sectores auguren 'privatizaciones' y menos estándares de seguridad. Se persigue armonizar autorizaciones de genéricos y biosimilares

MADRID
JOSÉ A. PLAZA
 japlaza@unidadeditorial.es

La Unión Europea y Estados Unidos están negociando un nuevo acuerdo comercial, bajo el nombre de Asociación Transatlántica de Comercio e Inversión (TTIP). El objetivo teórico es pulir trabas arancelarias, facilitar transacciones y fomentar empleo y riqueza a ambos lados del océano. La negociación afectaría a todos los ámbitos y, sobre su posible vínculo con temas sanitarios, hay más pronósticos que realidades, con el ámbito farmacéutico como posible protagonista y la Sanidad en sí fuera de los planes iniciales. Las pocas *pistas* que se conocen surgen más de asociaciones críticas con el proceso que de los propios protagonistas del futuro acuerdo.

Según han dicho a DM fuentes de la Comisión Europea en España, la Sanidad aún no ha entrado en las negociaciones, y podría quedarse muy al margen: "Por el momento se habla más de *cómo* se negocia que del *qué*". Apenas hay filtraciones sobre el ámbito sanitario.

LA SANIDAD, ¿BLINDADA?

Estas fuentes han señalado a DM que ya se ha firmado un compromiso para que los servicios básicos, como la Sanidad, queden fuera de la negociación, un punto que no tiene claro la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, que ya ha mostrado su preocupación por un posible aumento de la privatización, derivado del acuerdo bilateral.

Asociaciones de consumidores y organizaciones defensoras del acceso público y equitativo a la sanidad, como Health Action International, Salud por Derecho y Medicines for Europe, también han mostrado sus



El negociador europeo, español. En la imagen, los dos jefes de la negociación, en una de las últimas rondas de debate. Al fondo, el estadounidense Dan Mullaney; en primer plano, el español Ignacio García-Bercero, director general de Asuntos Comerciales en la Unión Europea.

reservas sobre el devenir de las negociaciones, el posible favorecimiento del ámbito privado y una hipotética disminución de estándares de seguridad. Por el momento, todo son augurios.

El nuevo presidente de la CE, Jean-Claude Juncker, ha sido claro: los sistemas sanitario y farmacéutico no serán moneda de cambio. La CE asume que, si al negociar se dejara alguna rendija de afectación a los sistemas sanitarios, "el Parlamento Europeo lo *tumbaría*".

Más fuentes: el Hispanic Council, grupo de opinión independiente y consultora política (formada por abogados, catedráticos, embajadores, políticos, asesores...) cita, en un informe propio, negociaciones sobre regulación, producción, fabricación y etiquetado de productos farmacéuticos, con una búsqueda de "sistemas de racionalización para autorizar genéricos, evaluaciones conjuntas y armoni-

zación en aprobaciones".

Al respecto, la UE revela en un documento negociaciones para "armonizar autorizaciones en biosimilares, fármacos pediátricos y genéricos". También se persigue una terminología menos heterogénea. Poco más se sabe.

La representación de la CE en España admite cierta

Europa quiere dejar la Sanidad al margen; si llegara a negociarse, y la UE lo duda, asuntos como 'privatizaciones' y precios y reembolsos seguirían dependiendo de cada Estado

Frente a quien cree que podrían endurecerse patentes de fármacos, y surgir trabas a la innovación y al acceso, la CE dice que sus objetivos son justo los contrarios

y la propiedad intelectual, que sí supondrán, en un futuro, parte de la negociación, la representación de la CE en España avanza, hablando en general, que Europa defenderá su modelo, menos restrictivo que el estadounidense.

Las organizaciones antes citadas advierten de más monopolios, periodos extendidos de protección de patente, menos transparencia en ensayos clínicos y más participación de la industria en actos políticos, con una mayor limitación en las políticas de precio y reembolso de fármacos.

PATENTES Y PRECIOS

La CE, salvo en el último caso, en el que niega que el acuerdo vaya a permitir injerencias en precios y reembolsos, dice que estos puntos aún no se han tratado, pero duda de que las negociaciones hagan realidad las citadas preocupaciones. Sí deja caer sobre las patentes que "el modelo estadounidense de protección es exagerado; no nos interesa", lo que alejaría la posibilidad de pactar patentes extendidas.

En cuanto a posibles subidas de precios de medicamentos, tras reiterar que la competencia sólo será nacional (y europea), las fuentes de la CE dan más pistas: "El interés no es subir precios, sino bajarlos, para buscar más acceso y competitividad en el mercado".

DECISIÓN INDIVIDUAL

Las fuentes de la CE, ante las críticas por posible fomento de la *privatización*, dejan claro que el mayor o menor peso del sector privado en la sanidad pública dependerá, como ahora sucede, sólo de cada Estado miembro: "Lo ya *privatizado* o abierto a la competencia no cambiará". Europa quiere que el modelo de compra pública, más flexible en la UE, prime en el acuerdo.

En cuanto a las patentes

CINCO PISTAS

¿ZOCARÁ LA SANIDAD?

La Unión Europea garantiza que los servicios sociales básicos quedan fuera del ámbito negociador. Sí se prevé que tengan protagonismo temas vinculados con industria farmacéutica

PATENTES E INNOVACIÓN

La propiedad intelectual sí se tratará; Europa tiene claro que no busca acercarse al modelo de EEUU, con patentes más fuertes, ni restringir la innovación

¿PRIVATIZACIÓN?

Agentes como la Fadsp advierten de promoción del sector privado y de pérdidas para lo público; la CE dice que posibles 'privatizaciones' sólo dependerán, como ahora, de cada Estado

PRECIO Y REEMBOLSO

Preocupación en algunos sectores por posibles injerencias en la negociación de precios y reembolsos; la UE lo niega y dice que ese punto no se negociará

FÁRMACOS

En uno de los pocos documentos sobre Sanidad, la UE habla de acercar posturas en autorización de biosimilares, genéricos y medicamentos pediátricos

Nuevos criterios para diabetes gestacional reducen su morbilidad

Frente a los clásicos, bajan la morbilidad derivada de la hiperglucemia, tanto en el feto y recién nacido como en la madre, según una investigación española que se publica en 'Diabetes Care'

MADRID
RAQUEL SERRANO
dmredaccion@diariomedico.com

Un estudio prospectivo llevado a cabo por el equipo de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid, conocido como *St Carlos Gestacional Diabetes Study*, y publicado en el último número de *Diabetes Care*, evidencia que la aplicación de los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes gestacional, aprobados en 2010 por los Grupos de Estudio de la Asociación Internacional de Diabetes y Embarazo (Iadpsg), incrementa en casi tres veces y media más la prevalencia de diabetes gestacional, pero "reducen claramente los efectos secundarios o morbilidades que se asocian a la hiperglucemia, tanto en la madre como en el feto y, después, recién nacido", ha señalado a DM Alfonso Calle Pascual, autor principal del trabajo y jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid, pionero en el seguimiento de estas medidas, que también se aplican en el Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes. En Europa, Francia los aplica desde hace dos años.

ELIMINAR LA 'ZONA GRIS'

Las diferencias básicas entre el diagnóstico clásico, conocido como de Carpenter-Coustan, y el que recomienda la Iadpsg están en que el tradicional realiza un cribaje con una primera sobrecarga oral con 50 gramos de glucosa. Si el nivel era superior a 140 mg/dl se procedía a una segunda sobrecarga oral con 100 gramos. El nuevo diagnóstico solo contempla una sobrecarga oral con 75 gramos de glucosa. "Para empezar, la glucosa basal, en ayunas, ha descendido. Pero el trabajo observa que, en cierta manera, mujeres que estaban en una *zona*



Alejandra Durán y Alfonso Calle, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid.

En la madre se reduce el número de cesáreas y de hipertensión arterial y en los niños la prematuridad, el ingreso en UCI y recién nacidos de elevado peso y de bajo peso

gris, ya que tenían solo un punto positivo en la sobrecarga con 100 gramos, el nuevo test las incluye como mujeres con diabetes gestacional. Otra cosa es que solo se las trate con intervención nutricional porque, de hecho, en el trabajo el 80 por

ciento de las diagnosticadas no han precisado insulina", señala Alejandra Durán, adjunta del citado servicio y autora también del trabajo, junto con otros profesionales de este equipo madrileño. Durán también detalla que el *St Carlos Gestatio-*

nal Diabetes Study ha valorado dos cohortes de mujeres con características similares y tratadas por el mismo equipo de endocrinos y educadores de enfermería: 1.750 embarazadas diagnosticadas según los criterios clásicos y 1.526 gestantes, según los nuevos criterios.

Aunque podría pensarse que el aumento de la prevalencia eleva los costes, el estudio arroja un potencial ahorro en España de más de 30 millones al año

La sustancial mejora en la morbilidad materno-fetal es evidente y es una de las grandes aportaciones de los nuevos criterios de diagnóstico, según los datos del estudio español, derivado de los resultados del conocido como HAPO, publicado en 2008 en *The New England Journal of Medicine*, y que se llevó a cabo precisamente para mejorar la situación de las mujeres que quedaban en esa *zona gris*, según Calle.

NOTABLES REDUCCIONES

El trabajo español evidencia en la salud de la madre una reducción del 24 por ciento en cesáreas, del 14 por ciento en hipertensión arterial, responsable directa de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo y que son causa de urgencia obstétrica. En cuanto a la repercusión en el recién nacido, disminuyen las tasas de prematuridad (parto anterior a las 37 semanas de gestación) en un 11 por ciento, las de neonatos macrosómicos o grandes para la edad gestacional (4-4,5 kilos de peso) en un 20 por ciento, "que no supone un aumento de los que nacen con bajo peso, ya que estos casos también se

Asistencia de calidad y con imaginación

La escasa implantación mundial de los criterios de la Iadpsg -se recomiendan, pero no excluyen los clásicos- parece deberse al miedo a enfrentarse a un aumento asistencial de los casos de diabetes en el embarazo. Sin embargo, y según la experiencia del grupo del Clínico, el papel de la enfermería educadora en diabetes ha sido esencial para adoptar nuevas medidas de atención: sesiones para formar en dietética y visitas telemáticas, entre otras. "No se puede renunciar a la intervención porque el objetivo es mejorar la salud de nuestras mujeres y niños", señala Calle.

redujeron en un 6,5 por ciento. El índice de ingresos en cuidados intensivos neonatales también disminuyó en un 24,5 por ciento", indica Durán.

La endocrinóloga considera estos beneficios inmediatos, pero no se olvida de que el hecho de que existan menos recién nacidos con peso elevado y de bajo peso "podría suponer para los niños una reducción en el riesgo de diabetes tipo 2 y obesidad en la edad adulta, así como de patología cardiovascular y diabetes 2 posnatal en la madre".

El hecho de que los nuevos criterios, al ser más estrictos, eleven la prevalencia de diabetes del 10,6 al 35,5 por ciento, no implica un mayor coste económico por aumentar la repercusión asistencial sino todo lo contrario. Según Calle, la medida es eficaz en términos de salud y es coste-efectiva. Es más, "supondría un ahorro económico sanitario usando la evaluación gestora de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico cercano a 30 millones de euros anuales en España".

VALORES MÁS RESTRICTIVOS EN MENOS PASOS DIAGNÓSTICOS

Diferencias básicas entre las mediciones clásicas y las nuevas propuestas para detectar glucemia alterada

Control clásico de la glucosa en sangre

- Entre la 24 y 28 semana de embarazo
- Test O'Sullivan: 50 gramos de glucosa. Tiempo: 1 hora.

■ Si nivel > 140 mg/dl

■ Criterios Carpenter-Coustan (CC)

SOG (Sobrecarga Oral de Glucosa o Curva de Glucemia):

- 100 gramos de glucosa. Tiempo: 3 horas. Valores normales:
- 95 mg/dl basal (en ayunas)
- 180 mg/dl en la 1ª hora
- 153 mg/dl en la 2ª hora
- 145 mg/dl en la 3ª hora

■ Se considera diabetes gestacional cuando 2 o más valores superan estos índices.

Control de la glucosa con los nuevos criterios de la IADPSG (Grupos de estudio de la Asociación Internacional de Diabetes y Embarazo)

- Entre la 24 y 28 semana de embarazo
- Una sola determinación de sobrecarga oral o curva de glucemia: 75 gramos de glucosa. Tiempo: 2 horas.

Valores normales.

- 92 mg/dl basal (en ayunas)
- 180 mg/dl en la 1ª hora
- 153 mg/dl en la 2ª hora

■ Se considera diabetes gestacional cuando 1 valor es positivo

Fuente: Elaboración propia.



Mobile Chamber Experts, la nueva marca participada por Leti

MADRID
C. G. R.
 cgr@unidadeditorial.es

La compañía española Leti ha creado una *joint venture* con la alemana Allergopharma y la francesa Stallergenes para el diseño y comercialización de cámaras móviles -*mobile chambers*- de exposición ambiental para la investigación en alergias. Como ya ha informado diariomedico.com, la Comisión Europea ha confirmado que la integración de las tres en la nueva *joint venture* y su actividad no plantea problemas de competencia.

Jaime Grego, presidente de Leti, explica a DM que las tres están en proceso de constituir una nueva empresa, Mobile Chamber Experts, que llevará a cabo el desarrollo y la explotación de las cámaras. Las fundadoras prevén ser también clientes, puesto que "la nueva compañía operará de forma independiente de sus socios y estará plenamente abierta para ofrecer sus servicios a otras firmas con interés en este campo". Mobile Chamber Experts tendrá su sede en Alemania y ofrecerá sus servicios internacionalmente, para lo que previsiblemente creará nuevos puestos de trabajo altamente especializados.

La alianza pretende "aportar una vía eficaz que puede facilitar significativamente la investigación en alergia". Las *mobile chambers* garantizan un entorno de exposición al alérgeno medido, uniforme, controlado, reproducible y seguro. "Es un proyecto realmente ilusorante", afirma Grego. "Se trata de una aportación de valor en este campo de la medicina que, además, pondremos al alcance de las compañías del sector".

En concreto, Mobile Chamber Experts instala-

rá cámaras de exposición ambiental y las pondrá a disposición de compañías especializadas en alergología. "Inicialmente, las cámaras estarán focalizadas en la exposición controlada a alergizantes como pólenes y ácaros".

"Una vez validado el concepto -añade- y probado que en estas cámaras se consigue una exposición equivalente a la de las condiciones naturales, el propósito es demostrar a las autoridades regulatorias el papel relevante que pueden tener en el desarrollo de medicamentos



Jaime Grego, presidente de Leti.

para las alergias, ofreciendo una mayor previsibilidad al proceso y reduciendo su coste".

MOVILIDAD

Además, la movilidad de las cámaras, que se podrán acercar a diferentes puntos geográficos en lugar de tener que desplazar todos los pacientes en estudio a un solo centro, facilita la logística de los ensayos clínicos.

Grego no descarta que en un futuro las *mobile chambers* se puedan usar "para la exposición controlada de otro tipo de pacientes sometiéndoles, por ejemplo, a sustancias contaminantes en entorno rigurosamente controlado".

CRIBADOS POBLACIONALES Un curso de verano sobre detección precoz de patologías, organizado en Santander la semana pasada, dejó claro que, pese a los esfuerzos del Ministerio, al SNS aún le falta homogeneidad en el abordaje

Programas lastrados por falta de datos y registros

SANTANDER
SANTIAGO REGO
dmredaccion@diariomedico.com

El arranque de un programa de cribado debe suponer también "la puesta en marcha de un sistema riguroso de información, porque de lo contrario no tiene sentido". Así de tajante se expresó Nieves Asuncue Elizaga, del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, que realizó un ejercicio de autocrítica al señalar que "los sistemas de información de los programas de cribado de cáncer son diferentes en cada una de las comunidades, por lo que los servicios de salud deberían de hacer un esfuerzo de mejora".

Asuncue dirigió la semana pasada en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), de Santander, el encuentro *Detección Precoz de Enfermedades: reflexiones sanitarias, éticas y económicas* (ver DM del jue-

ves), en donde reconoció que "no todas las comunidades facilitan a la Red de Programas de Cribado de Cáncer el mismo nivel de datos. Y un buen sistema de información es clave para permitir la gestión y la evaluación, además de un plan de cali-

Las autonomías no aportan información de forma homogénea y, en ocasiones, les falta compromiso para que sus programas de cribado tengan eficacia y continuidad

dad que permita, sin ningún pudor, parar el cribado y empezar de nuevo si las cosas no se hacen bien y los resultados son negativos".

En este punto, Mar Sánchez Movellán, responsable del programa de cáncer de mama y de cérvix del Gobierno de Cantabria, dijo

que las comunidades que no aportan todos sus datos a la Red de Programas de Cribado de Cáncer se debe a que cuentan con un sistema de registro "que no permite facilitar los resultados; hay que cambiar las cosas. No obstante, en esta Red de Programas los resultados de los indicadores cada vez son más exhaustivos, y se publican todos los años para que los profesionales y la ciudadanía puedan comparar".

A Asuncue le preocupa que "basándose en intereses políticos, nos encontremos ante comunidades autónomas que quieren adoptar programas de cribado sin tener un compromiso real que permita su estabilidad, el funcionamiento correcto, y que se implante en un tiempo limitado".

El estudio piloto, añade, "no es más que el principio de algo que tiene que continuar, y no para salvar la si-



Soledad Márquez, Nieves Asuncue y Mar Sánchez, antes de participar en la mesa sobre cribados.

tuación en un determinado momento. Nuestro objetivo no es otro que disminuir la mortalidad en el cáncer".

PROGRAMAS INTEGRADOS
No obstante, Asuncue apuntó que "es condición *sine qua non*" que los programas se integren en el sistema sanitario, y que sean coordinados por especialistas en Salud Pública. Respecto a la cobertura poblacional, observó que "la situación

económica está haciendo que las comunidades se retraigan en cubrir población que no es estrictamente la atendida por el sistema sanitario. Es necesario contar con una estrategia de información clara y una aceptabilidad del programa entre los profesionales y la población, así como una garantía de seguimiento de los casos afectados".

Sánchez Movellán insistió en la importancia de la Red

de Programas de Cribado de Cáncer como principal plataforma de información sobre la materia, gracias a que ha logrado homogeneizar procesos de prevención: "No todos los programas valen, y no es lo mismo un cribado oportunista que uno poblacional. Monitorizamos y evaluamos todos los pasos del programa; no vale sólo con evaluar los resultados finales", concluyó.

Soledad Márquez, de la Consejería de Salud de Andalucía, insistió en dar a la sociedad "una información veraz, equilibrada, suficiente y comprensible, para que las personas confíen en los sistemas de prevención y acudan voluntariamente a realizarse las pruebas. Tenemos una cultura médica y de salud muy paternalista; nos cuesta dejar que la gente coja las riendas de sus propias decisiones cuando opta por participar en un cribado".

A juicio de Márquez, ya no se puede dilatar más tener una información clara con datos de beneficios y de posibles efectos adversos o incertidumbres por parte de los expertos. Los cribados son complejos y difíciles de poner en marcha, y hasta ahora estábamos centrados en tener una buena organización y calidad, pero sin que el usuario tuviera toda la información. En los protocolos de cribado se debería de trabajar de manera conjunta por las comunidades, con estimaciones de beneficios y daños a la población. Son datos difíciles de estar sujetos a incertidumbres".

La transparencia sólo se consigue partiendo del coste-efectividad

Solo el parámetro de coste-efectividad permite, desde la transparencia, conocer cuál es el resultado de salud obtenido por cada euro que se invierte en un cribado preventivo. Hay que incluir, además, tal y como se hace con éxito en el cribado neonatal, cuáles son las pruebas científicas que muestran efectividad, y cuáles son los costes efectivos de financiar una determinada prueba o no. Estas fueron las reflexiones de Pedro Guillermo Serrano Aguilar, del Servicio de Evaluación-Dirección del Servicio Canario de Salud.

Serrano señaló: "Hace ya tiempo que en España se esperaba que el Ministerio de Sanidad se decidiera a liderar qué tipo de prestaciones deben de ser financiadas por el sistema

público, pero siempre y cuando tuvieran en cuenta los costes y sus resultados finales en salud. Tras décadas de espera, la orden del Ministerio de Sanidad, en fase de alegaciones todavía, va a concretar y actualizar la cartera común básica del SNS desde el coste-efectividad".

PRUEBA HETEROGÉNEA

Una decisión ministerial "imprescindible", a juicio de Serrano Aguilar, porque, dependiendo del lugar en el que nazca un niño, la prueba del talón abarca desde 40 resultados a tan solo tres: "Esa diferencia es inaceptable, porque resta equidad a los sistemas sanitarios. Hay que homogeneizar más los cribados desde criterios muy estrictos sobre cuáles son las enfermedades que



Pedro Guillermo Serrano Aguilar y Fernando García Benavides, en la UIMP de Santander.

han de ser cribadas, de forma que se recupere una igualdad que en España ha ido perdiéndose. Sanidad está haciendo buen trabajo".

Fernando García Benavides, secretario del curso y catedrático del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud en la Universidad Pompeu Fabra, destacó que, si bien hay aspectos que mejorar, el

acuerdo del Consejo Interterritorial de aprobar una cartera de servicios común para todo el sistema público es "un gran avance, pues permitirá garantizar unas prestaciones más eficaces y seguras, y una mayor equidad en el acceso al evitar diferencias entre usuarios de diferentes comunidades".

A criterio de García Benavides, aunque los cribados

de mama, colorrectal, cervix y neonatal están ya consolidados en casi todas las comunidades, lo cierto es que hay que considerar (incluso aunque estén en manos de las mutuas) los reconocimientos médicos laborales que, según la Ley General de Salud Pública, tendrían como objetivo detectar precozmente las enfermedades relacionadas laborales.

HOSPITAL EMPRENDEDOR

Vaxdyn actúa como socio del hospital, de forma que su ganancia revierte en el centro

"Falta madurez, pero el modelo está en todos los manuales"

Juan José Infante, de Vaxdyn, explica el negocio mixto de la compañía: desarrollos que buscan licencia y servicios a otras empresas para financiarlos

MADRID
JOSÉ A. PLAZA
japlaza@unidadsdotal.es

La compañía Vaxdyn nació en 2011, con origen en el Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Virgen del Rocío, en Sevilla, dirigido por Jerónimo Pachón, también catedrático de la Universidad de Sevilla. Después de décadas con determinadas líneas de trabajo en infecciosas, se decidió poner en valor el conocimiento generado, según explica Juan José Infante, director ejecutivo de la empresa.

El empujón definitivo se produjo con la llegada de un investigador extranjero, Michael McConnell, que lideró la iniciativa emprendedora procedente de Estados Unidos. Con la lucha contra diversas bacterias multiresistentes como punta de lanza, Vaxdyn surgió "con un modelo mixto". Por un lado, parte del negocio reside en el desarrollo de tres productos, con un medio plazo en mente, para cubrir etapas hasta la fase I. A partir de ahí, "buscaremos licenciar los productos a alguna multinacional para acabar la fase clínica".

PIPELINE EN DESARROLLO

Los productos, que llevan por nombre, respectivamente, VXD 001, 002 y 003, son una vacuna preventiva contra las infecciones por *Acinetobacter baumannii*; otra vacuna, también preventiva, contra *Pseudomonas areu-*

IDEA DE NEGOCIO

La empresa se basa en el desarrollo de antígenos, moduladores del sistema inmune, nanopartículas y anticuerpos monoclonales para tratar infecciones

FINANCIACIÓN

Para forjarse como empresa, ha obtenido ayudas nacionales, principalmente de programas 'Innpacto', y fondos del VII Programa Marco de la UE

TRES AREAS CLAVES

La compañía busca conseguir 600.000 euros en una ronda de financiación, que se destinarán a concluir la fase preclínica, e iniciar la fase I-clínica-, de sus tres vacunas en desarrollo -dos preventivas y una terapéutica-

ginosa, y una última, en este caso terapéutica, contra *A. Baumannii*. La idea es mezclar inmunoterapia y prevención.

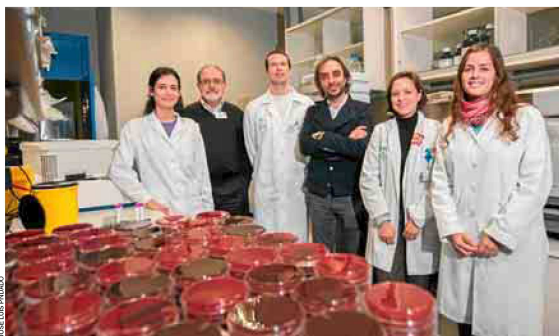
La otra cara de la moneda del modelo elegido por Vaxdyn son los servicios prestados a otras compañías. Para licenciar conocimientos, Vaxdyn dispone de modelos murinos específicos, y diversas cepas, para estudiar infecciones de bacterias multiresistentes. Dirigió a pruebas validatorias, la compañía ofrece estudios de seguridad, eficacia y farmacocinética.

TRAS LAS LICENCIAS

De esta manera, la empresa, mientras desarrolla los productos de su cartera, puede facturar los citados servicios y reinvertir en ellos. El contacto con multinacional es continuo, para progresar en el objetivo futuro de las licencias.

En la gestión de Vaxdyn tuvo mucho que decir la Fundación para la Investigación en Salud del Virgen del Rocío. Infante dice que hubo que innovar para sacar la empresa adelante, definir el acuerdo marco entre ambas partes y, por ejemplo, poder tener investigadores de la empresa en las instalaciones del hospital y licenciar el conocimiento con patentes derivadas del grupo de investigación.

Infante señala que el hospital se mostró muy flexible, y que el acuerdo se cerró con unas licencias sua-



Maria Luisa Gil, investigadora; Meritzell Gargia Quintanilla, investigadora; Jerónimo Pachón, jefe del Servicio de Infecciosas del Hospital Virgen del Rocío, y socio de Vaxdyn; Mike McConnell, investigador, médico y socio de la empresa; Juanjo Infante, director ejecutivo de la compañía, y Pilar Pérez, investigadora, viróloga y también socia de Vaxdyn, en una de las instalaciones.

El director ejecutivo destaca la flexibilidad del hospital en acciones como el uso de instalaciones del centro por parte de la empresa y los acuerdos de patentes

ves, de modo que la empresa, hasta que gane cierto peso, aporta menos. Cuando facture, su aportación crece en consonancia. Añade que, cuando ya hay comercialización de por medio, las licitaciones habituales suelen rondar el 10 por ciento de royalties para quien desarrolla la idea, mientras que el resto lo obtiene la empresa.

Para constituirse como

tal, también se acudió a programas públicos como *Innpacto e Innterconecta*. Tras el acuerdo, Vaxdyn actúa como socio de los grupos de investigación del hospital, "revirtiendo fondos al sector público también". De esta forma, el hospital y sus grupos de investigación también se financian con el capital que llega de la empresa, mientras que ésta se beneficia de condiciones ventajosas aportadas por el centro.

AÑADIR AL HOSPITAL

Extrapolando el caso de Vaxdyn a la realidad española, Infante reconoce que, tanto en el ámbito nacional como en el autonómico, "no hay apenas madurez" en es-

Vaxdyn tiene tres vacunas en desarrollo, contra diversas bacterias multiresistentes; llegará a la fase I y luego buscará licenciarlas con multinacionales

tos modelos de desarrollo empresarial vinculado con un hospital. Aun así, el director ejecutivo de la compañía cree que su ejemplo no supone nada extraño, "y está en todos los manuales que hablan de la relación entre universidad y empresa". La introducción en la ecuación del centro hospitalario es aún novedosa en España, pero cada vez hay más ejemplos.

INNOVACIÓN

Es posible reconstruir imágenes nítidas gracias a la proyección de luz

Un sistema óptico mejora la visión en entornos opacos

Investigadores valencianos desarrollan una nueva técnica de imagen basada en microespejos que permite atravesar tejidos y medios turbios

VALENCIA
ENRIQUE MEZQUITA
dmedicacion@diariomedico.com

Las técnicas de imagen ópticas se están convirtiendo rápidamente en herramientas esenciales en las ciencias biomédicas, ya que son no invasivas, rápidas, económicas y no plantean riesgos para la salud al no utilizar radiación ionizante. Sin embargo, uno de los mayores retos que tienen es poder captar imágenes nítidas de capas profundas del tejido vivo, dada la elevada difusión que sufre la luz al atravesarlo.

Una investigación realizada de manera conjunta por el Instituto de Nuevas Tecnologías de la Imagen (INIT) de la Universidad Jaime I de Castellón (UJI) y el Departamento de Óptica de la Universidad de Valencia (UV), ha propuesto un nuevo mecanismo que avanza en la visualización de imágenes a través de medios turbios, tal y como sucede con el propio tejido biológico vivo, gracias al manejo de una matriz de microespejos, fotodetectores y técnicas de procesamiento de señal.

PROYECTAR PATRONES

Para afrontar con éxito este desafío, hacia falta realmente un cambio de paradigma. Por ello, el equipo de investigadores valencianos, liderado por Jesús Lancis, del INIT, ha hecho uso de una matriz de microespejos idéntica a la que utilizan los video proyectores comer-

FINANCIACIÓN

Este trabajo, llevado a cabo completamente en la Comunidad Valenciana, ha sido financiado con diferentes fondos del Plan Nacional de I+D+i del Ministerio de Economía y con la ayuda económica de la Generalitat Valenciana a través del programa 'Prometeo'

DIFUSIÓN

La labor ha llamado la atención de los editores de las revistas de la Sociedad Americana de Óptica (OSA) y de la Asociación Americana de Física (AIP), que han preparado conjuntamente una noticia para su difusión. El artículo se ha publicado en la revista 'Optics Express'.

ciales de última generación, para proyectar un conjunto de patrones microestructurados de luz que se superponen secuencialmente sobre la muestra.

PROCESAMIENTO

A continuación, se mide la energía total para cada uno de ellos mediante un simple fotodetector que detecta la cantidad de luz transmitida. Finalmente, una técnica de procesamiento de señal de reciente introducción -denominada muestreo compresivo- permite reconstruir la imagen con extraordinaria calidad.

Según ha explicado Lancis, este mecanismo constituye un avance significativo en la superación de las limitaciones fundamentales inherentes a la propagación de la luz a través de medios turbios, "permitiendo transmitir imágenes a distancias claramente superiores a la longitud de extinción".

Pedro Andrés, profesor de la Facultad de Física de la UV, ha señalado que "uno de los aspectos más sorprendentes de esta investigación es que el resultado se alcanza usando un detector de un solo píxel, es decir, sin resolución espacial, cuando precisamente la tendencia actual es utilizar sensores matriciales constituidos por decenas de megapíxeles".

También es notable que la técnica puede operar a través de medios turbios dinámicos. La mayoría de los medios difusores de interés,



Pedro Andrés, de la UV.



Jesús Lancis, de la UJI.

como el tejido biológico, son dinámicos en el sentido de que los centros de difusión cambian continuamente sus posiciones con el tiempo. Esto es, en general, una dificultad añadida para transmitir o recibir imágenes. "Esta nueva técnica, sin embargo, no requiere una calibración del medio y sus fluctuaciones durante la etapa de detección no limitan la capacidad de obtención de imágenes", ha señalado Andrés.

SIGUIENTES PASOS

El objetivo final es romper las barreras que limitan la profundidad de penetración de la luz en el interior de un medio turbio, "sea el tejido vivo, sea una atmósfera tur-

bulenta", ha comentado Lancis. Para ello, se necesita demostrar que la técnica funciona incluso cuando la muestra está completamente inmersa en el tejido, como puede ser el caso de un tumor u otra malformación.

Lancis ha explicado que "en este momento acaban de iniciar una colaboración con investigadores del Departamento de Medicina de la UJI y del Hospital General de Castellón para abordar este objetivo: "En concreto, en su fase inicial, nos hemos planteado aplicar esta tecnología a superficies sintéticas de densidad comparable a los tejidos y distintas rugosidades con una capa de 1-2 mm de espesor

que oculte la estructura que se visualiza. Posteriormente, analizaremos su viabilidad en ensayos preliminares de tipo exploratorio de lesiones dermatológicas para su comparación con los resultados obtenidos por los métodos convencionales".

Respecto a una futura aplicación práctica, Lancis dice que, "aunque desde el punto de vista de la ciencia básica los resultados alcanzados son muy esperanzadores, el desarrollo de sistemas clínicos de diagnóstico deberá esperar todavía unos cuantos años". Su incorporación a los sistemas endoscópicos comerciales "parece ser uno de los campos con mayor potencial".

Las prótesis metálicas son seguras en drenaje pancreático

Un registro multicéntrico presenta la mayor serie con implantes metálicos

Las colecciones por pancreatitis se resuelven sin intervención quirúrgica

MADRID
SONIA MORENO
soniamb@diariomedico.com

Las pancreatitis agudas suelen resolverse con métodos conservadores, pero en un pequeño porcentaje, no superior al 5 por ciento, surgen complicaciones que requieren un tratamiento quirúrgico, radiológico o endoscópico. En los últimos años, la ecoendoscopia permite un control guiado de las colecciones pancreáticas, mediante el implante de drenajes.

Se trata de una técnica relativamente nueva, en la que todavía hay que determinar cuál es su forma óptima; por ejemplo, cuánto tiempo hay que dejar las prótesis colocadas (parece con-

sensuado que al menos entre tres y seis meses), o si estas prótesis que se implantan deben ser de plástico (más pequeñas) o metálicas (de mayor tamaño y más complejas). Sobre estas últimas, todavía no existe mucha experiencia acumulada. En la literatura mundial se han presentado estudios con unos quince o veinte pacientes. De ahí el interés que despierta el trabajo multicéntrico, dirigido desde el Hospital Ramón y Cajal (Madrid), que ha reunido en un registro nacional a 211 pacientes tratados con la técnica de drenaje guiado por ecoendoscopia con prótesis metálicas recubiertas.

Enrique Vázquez, especialista del Servicio de Gas-

troenterología del citado hospital madrileño y coordinador de la investigación, ha expuesto a DM algunos de los datos que se extraen de esta amplia serie aportada por un total de 25 centros españoles.

REDUCCIÓN DEL TAMAÑO

"Hemos visto que en un 85 por ciento de los pacientes conseguimos éxito terapéutico a largo plazo, entendido como que entre los tres y seis meses del tratamiento se reduce en más del 50 por ciento el tamaño de la colección, y los pacientes no presentan síntomas, ni infecciones ni otros problemas asociados a la colección", ha detallado Vázquez. El 15 por ciento restante se integra

por un 6 por ciento de pacientes que tuvieron que volver a tratarse con la endoscopia; otro pequeño porcentaje que necesitaron técnicas radiológicas para resolver el problema, y sólo alrededor del 7 por ciento del total de pacientes (211) requirieron tratamiento quirúrgico.

El especialista ha indicado que "la tasa de complicaciones en esta serie fue del 12 por ciento, de las que sólo el 3 por ciento resultaron graves y precisaron cirugía para solucionarse. El resto se resolvió con tratamiento de rescate convencional".

Estos datos, pendientes de publicación en una revista especializada, ya se han



Enrique Vázquez Sequeiros, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

presentado en una comunicación oral durante la última reunión *Digestive Disease Week*, en Chicago, organizada por diversas sociedades del aparato digestivo americanas, y que congrega a unos 15.000 gastroenterólogos de todo el mundo.

Para Vázquez, el registro, con sus limitaciones metodológicas, confirma la seguridad de las prótesis metálicas recubiertas. "Ahora, habrá que realizar estudios clínicos comparativos que señalen qué pacientes se benefician más de estos y otros dispositivos".



David Montes Valero (técnico), Sara García Sánchez (enfermera), Miguel Morales García (radiólogo), Pietro Moscatiello (urólogo), Ignacio Díaz Lorenzo (radiólogo) y Miguel Ángel Benitez Puig (enfermero), todos del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles (Madrid).

Embolización arterial prostática, otra opción terapéutica en la HBP

Evitaría técnicas invasivas en ciertos pacientes con uropatía obstructiva

El procedimiento empieza a extenderse en los centros españoles

MADRID
SONIA MORENO
soniamb@diariomedico.com

La hiperplasia benigna de próstata puede tratarse en determinados pacientes con embolización arterial prostática, una técnica de mínima invasión que resolvería la obstrucción urinaria y la necesidad de sonda vesical. El procedimiento consiste en introducir un microcatéter (0,6 mm) por la arteria femoral y alcanzar la arteria prostática para, una vez allí, liberar esferas de PVA de entre 100 y 300 micras. Esas moléculas detienen el flujo sanguíneo hacia la próstata, y causan así una necrosis en el tejido.

La embolización arterial, una técnica de radiología intervencionista que se utiliza en patologías diversas, empezó a aplicarse como una opción terapéutica para la hiperplasia benigna de próstata (HBP) hace unos ocho años, de la mano del grupo de João M. Pisco, del Hospital San Luis, de Lisboa. Este equipo portugués acumula ya cerca de 400 casos con la técnica; en España, los hospitales la incorporaron hace un par de años.

Uno de esos centros es el Hospital Rey Juan Carlos, de Móstoles, en Madrid. En este hospital, especialistas de la Unidad de Radiología Intervencionista, que coordina Fernando Ybáñez Carrillo —también codirector del Servicio de Diagnóstico por Imagen, junto con Jaime Fernández Cuadrado— y del Servicio de Urología, encabezado por Miguel Sánchez Encinas, han empleado la

Un microcatéter 'viaja' desde la arteria femoral a los vasos prostáticos, donde se liberan esferas de PVA que interrumpen el flujo sanguíneo para causar la necrosis del tejido

embolización en al menos ocho pacientes.

Como expone a DM Pietro Moscatiello, urólogo del citado hospital, la embolización arterial prostática está principalmente indicada en pacientes con obstrucción urinaria por HBP, aunque, puntualmente, puede realizarse en algunos enfermos con cáncer de próstata.

"Lo habitual, no obstante, es que se utilice en pacien-

tes con HBP que no son susceptibles de técnicas quirúrgicas o de procedimientos invasivos debido a un mal estado general o a edad elevada. Son portadores de sonda vesical crónica, lo que conlleva un riesgo de complicaciones a largo plazo, como infecciones y hemorragias. A veces, también presentan un estado mental alterado y agitación, lo que les impulsa a arrancarse a la sonda". En general, este tipo de enfermos podría suponer entre el 1 y el 5 por ciento de los pacientes que necesitan una cirugía prostática.

REINTERVENCIÓN

La embolización les permite librarse de la sonda. A pesar de sus ventajas, no es una técnica generalizable a todos los casos, pues, según matiza Moscatiello, sus resultados no son del todo equiparables a los obtenidos con la intervención quirúrgica. "El tejido queda necrosado, y existe la posibilidad de que se regenere con el tiempo; incluso puede ser necesario repetir la embolización".

Miguel Morales, radiólogo del Hospital Rey Juan

Carlos, considera que la experiencia con la técnica en este centro ha sido buena: sólo hubo que reintervenir a uno de los pacientes. "La calidad de vida mejora mucho en estos enfermos mayores; la intervención se realiza con anestesia local y sólo necesita una noche de ingreso, más que nada por precaución, aunque podría hacerse de forma ambulatoria".

Los pacientes mayores, portadores de sonda vesical, son los que más se pueden beneficiar de esta técnica de mínima invasión que se realiza con anestesia local

Las principales contraindicaciones, según comenta Ignacio Díaz, también radiólogo en este hospital, son, además de las que atañen a la técnica radiológica (alergia al contraste), la insuficiencia renal y una anatomía poco favorable. A medida que se suman casos, los médicos podrán determinar subgrupos de pacientes que puedan beneficiarse más de la técnica.

Biopsia de próstata por fusión: más aciertos, menos infecciones

MADRID
S. MORENO
soniamb@diariomedico.com

La baja precisión y el riesgo de infecciones –e incluso de sepsis– son dos de los principales inconvenientes de la biopsia de próstata, por no citar la incomodidad para el paciente de someterse a la docena de pinchazos requeridos por este proceso en un primer momento, y muchos más si más tarde hay que realizar una biopsia por saturación.

Esta técnica quedará obsoleta cuando se generalice la biopsia de fusión, un procedimiento que ha introducido de forma pionera en España el urólogo Pedro Torrecillas, del Centro Internacional de Criocirugía y Criomedicina (ICCC), en Málaga.

"El nuevo sistema aporta ventajas claras al médico, pues sólo es necesaria una biopsia. Primero, se recopilan imágenes de resonancia magnética multiparamétrica, con las que establecemos la zona exacta donde podría localizarse el cáncer de próstata", explica a DM Pedro Torrecillas. Después, se recurre a un ecógrafo especial que con ayuda de un programa informático integra las imágenes obtenidas con las de la RM multiparamétrica; a partir de esa fusión de imágenes, el médico identifica dónde realizar la punción para la biopsia, "con una posibilidad de acierto muy superior al 90 por ciento", precisa Torrecillas, quien recuerda que con la biopsia convencional la certeza se

sitúa en el 30 por ciento, mientras que la de saturación llega al 50-60 por ciento.

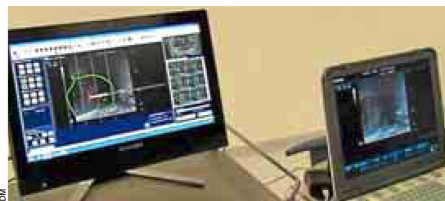
El especialista destaca también las ventajas para el paciente de la biopsia de fusión: "Con esta técnica sólo se necesitan un par de pinchazos, frente a los doce de inicio de la biopsia convencional; la recogida de tejido no se realiza por vía rectal, sino transperineal, lo que evita las infecciones y, además, la identificación precisa del tumor ofrece la posibilidad de un tratamiento quirúrgico limitado a la zona dañada". Así, si el paciente tiene un cáncer focal, ya no es obligatorio efectuar una prostatectomía radical o una radioterapia convencional.



El urólogo Pedro Torrecillas y el crioterapeuta Adolfo Jiménez, ambos del ICCC.

Con la criocirugía o la electroporación irreversible (*Nanoknife*) se puede tratar el tumor de forma localizada. "Igual que en el cáncer de mama, estas técnicas permiten reseca la parte de la próstata afectada por el tumor, sin tener que extirpar todo".

El equipo de Torrecillas, que investiga también en vacunas con células dendríticas, ya ha aplicado la biopsia por fusión de imagen en unos veinte pacientes desde marzo.



La biopsia de fusión supera el 90 por ciento de aciertos.

PEDRO SÁNCHEZ CLAUSURA EL CONGRESO EXTRAORDINARIO DEL PSOE **“La reforma fiscal anticipa recortes en sanidad”** **Ha recalcado su intención de derogar la reforma de la ley del aborto si llega al Gobierno**

El recién elegido secretario general del PSOE, Pedro Sánchez, ha clausurado el Congreso Extraordinario del partido con un discurso en el que ha desgranado las líneas que marcarán su trabajo en el futuro inmediato y ha reafirmado su posición ante la realidad que vive el país y las políticas del Gobierno de Mariano Rajoy, también en lo que afecta a la sanidad. Así, ha asegurado que la reforma fiscal del Ejecutivo del PP traerá caídas en la recaudación pública y, en consecuencia, “anticipa recortes en sanidad y educación”, y ha apostado por construir “una alternativa económica socialista que defienda a los ciudadanos”, al tiempo que ha reivindicado que “la sanidad pública y la atención a la dependencia son conquistas sociales



Sánchez, durante el Congreso Extraordinario del PSOE.

que llevan el sello del PSOE”.

También en clave económica, ha señalado su intención de “garantizar un Estado del

bienestar que dé cobijo a los trabajadores, distinto al sistema del PP, que acaba en recortes sociales”. En este sentido, ha lamentado que “se diga que no hay dinero para reducir las listas de espera en los hospitales mientras se tiran 11.500 millones de euros para malvender un banco”, en alusión a la operación que ha supuesto la adquisición de Catalunya Banc por parte del BBVA. Así, ha reivindicado un modelo de Estado “que defienda el interés general por encima de los particulares”, y ha asegurado que “hoy hay muchos lobbies que condicionan las decisiones de los gobiernos”.

Sánchez ha recalcado asimismo la necesidad de mirar al futuro en lugar “de adaptarse a las necesidades que vienen impuestas” y se ha comprometido con una España que mejore en lo individual, en la que los funcionarios no sean atacados por el Gobierno y en la que, entre otras cosas, la incapacidad no sea un riesgo para la integración social y laboral; y por una mejora en lo colectivo en la que se destierren conceptos como el paro o la violencia de género. “Es un camino difícil, pero posible, y para ello no faltan recursos, sino un buen Gobierno que lo lleve a cabo”.

No olvida la reforma de la ley del aborto

Tal y como ya hiciera el sábado tras ser ratificado como secretario general del PSOE, Sánchez ha vuelto a hacer mención a la reforma “integrista” de la ley del aborto que propugna el Gobierno de Mariano Rajoy y se ha comprometido a derogarla en el caso de llegar al Gobierno y “si es que el PP la aprueba con su rodillo”.

LA CONSEJERA ANDALUZA ESTARÁ EN LA COMISIÓN EJECUTIVA DEL PARTIDO

El PSOE confía su Secretaría de Salud a María José Sánchez Rubio

Defensora de la sanidad pública, ha apoyado las subastas de medicamentos presentadas por su gobierno

Redacción. Madrid

El Partido Socialista ha renovado su Comisión Ejecutiva Federal durante el congreso extraordinario que se celebra este fin de semana. El nuevo secretario general, Pedro Sánchez, ha elegido como secretaria de Salud a la consejera andaluza del ramo, María José Sánchez Rubio.

Sánchez Rubio accedió a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía en septiembre del año pasado cuando sustituyó a María Jesús Montero, que entonces se encargaría de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas.



Sánchez Rubio.

La nueva secretaria de Salud del PSOE nació en 1954 en Casarabonela (Málaga), es licenciada en Psicología y diplomada en Trabajo Social y Gerontología. Funcionaria de carrera desde 1978, pertenece al Cuerpo de Administradores Generales de la Junta de Andalucía. Igual que el portavoz sanitario del PSOE en el Congreso de los Diputados, José Martínez Olmos, Sánchez Rubio ha desempeñado su carrera política en Granada, donde era delegada del Gobierno desde abril de 2010.



Sánchez Rubio (en el centro) en el congreso del PSOE junto a Martínez Olmos (a su derecha).

Con anterioridad ha sido delegada de Asuntos Sociales en Granada (1997-2003), diputada en el Congreso de los Diputados (2004-2010) y concejala en el Ayuntamiento granadino (2003-2004). Como responsable de la delegación provincial de Asuntos Sociales en Granada puso en funcionamiento el Servicio de Atención a Menores víctimas y agresores de abusos sexuales, así como el Centro de Mediación familiar. Igualmente puso en marcha las primeras Unidades de Día de Alzheimer.

A su paso por la Consejería de Salud andaluza, Sánchez Rubio ha defendido las subastas de medicamentos presentadas por el Gobierno

autonómico y que el Ejecutivo de Mariano Rajoy "ha recurrido permanentemente", según ha manifestado la consejera.

También pudimos ver a la consejera recientemente junto al presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín, con quien firmó un documento de apoyo a la sanidad pública, ya que "no hay otro modelo que permita la cohesión territorial y social", siendo necesaria, según ha reconocido la consejera, la adopción de medidas "que refuercen la sostenibilidad del sistema".

cuida a su portador de un eventual riesgo

La protección de datos personales por código QR en sanidad, un beneficio para el paciente

El acceso a la información debe ser limitado

No es poco frecuente, aunque cada vez es menos habitual, ver medallas colgadas al cuello con el grupo sanguíneo. Sin embargo, el avance de las nuevas tecnologías permite dar un paso más allá y ayuda a pensar en que beneficios puede tener para el paciente.



Juan Siso.

El propósito de este objeto es proteger a su portador ante un eventual riesgo para su salud o su vida, mediante la consulta de la información (datos en sentido legal) contenida en dicho soporte, que se encuentra a cubierto de accesos indebidos por un código QR (quick response o respuesta rápida en su terminología original). Se trata de datos de salud, por lo que están especialmente protegidos.

Juan Siso, profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos, explica que “aparentemente no hay ningún problema, ya que finalidad está bien dirigida y bajo cumplimiento legal de la preservación de la intimidad de la información”.

Sin embargo, tras esta apariencia emergen diversos problemas, como que es imprescindible, como medida previa, ante una necesidad inaplazable de aplicar la información contenida en el soporte, comprobar que la identidad de la persona portadora de aquel es la misma que la consignada con los datos del medallón. Esto parece una obviedad, pero piénsese en una medalla con el grupo sanguíneo, portada por un joven. Ante una emergencia, con su portador inconsciente, sería muy aventurado tener por bueno dicho grupo y transfundir sin más precauciones.

Siso recuerda que la información contenida en el soporte debe estar fechada. Una información desactualizada puede ocultar cambios en el estado de salud, que condicionen acciones clínicas concretas. El acceso a la información no debe poder hacerlo cualquiera, a pesar de que los códigos QR pueden ser leídos con medios técnicos muy asequibles (un móvil Smartphone, por ejemplo). El hecho de que la información figure en la medalla y se lleve ésta encima, no quiere decir que se permita el acceso libre a la información. Llevar una tarjeta con esa información no es lo mismo que llevarla protegida por un código. Hay una cesión, en sentido legal, de la información conforme al artículo 3 de la Ley 15/1999.

El profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos comenta que los datos incorporados no pueden ser cualesquiera. Han de ser adecuados, pertinentes y no excesivos, en el sentido del Artículo 4.1 de la Ley 15/1999. No se requiere la misma información para proteger a un enfermo con deterioro cognitivo de un eventual extravío (persona, teléfono o dirección de contacto) que a un trasplantado o a un portador de alergias o patologías susceptibles de provocar situaciones críticas (información clínica relevante).

Asimismo, el acceso debe ser selectivo, pero hay una grave dificultad. Si se circunscribe a un dispositivo en sede sanitaria queda vedado su acceso a un policía o a un viandante, por ejemplo, que podría ser de gran ayuda. En la duda y ante una emergencia vital, es preferible un acceso excesivo que una muerte por no haber podido acceder. Entre dos derechos fundamentales: vida y confidencialidad es evidente que prevalece el primero.

A modo de conclusión, Siso incide en que el titular de la información, si es capaz y competente, es la persona que debe siempre consentir a la incorporación de aquella al soporte. Si se trata de un incapacitado, por cualquier circunstancia, habrá de acudir al consentimiento por representación. En cualquier caso bajo una suficiente información, acerca de qué se pretende y cómo se quiere obtener (qué información se recogerá).

El acceso debe sujetarse al principio de vinculación, según el cual sólo podrá hacerlo quien tiene asignado algún cometido a desempeñar con la información a la que accede y para la concreta finalidad pretendida. Quien debe descifrar es quien va a utilizar la información, con la salvedad expresada para una emergencia.

Los datos a contener en el soporte deben ceñirse, en lo relativo a los asistenciales, a los estrictamente imprescindibles para atender una emergencia, cumpliendo el principio de proporcionalidad de la Ley 15/1999. Una vez en el medio sanitario se complementarán con el conjunto de la información del historial clínico.

Según un RD aprobado en Consejo de Ministros Los proveedores sanitarios podrán volver a reclamar intereses de demora Los pagarían las comunidades autónomas o entidades locales correspondientes

El Consejo de Ministros de este viernes venía cargado de reales decretos que afectan de lleno al ámbito sanitario. Entre ellos se encuentra el que desarrolla la metodología del cálculo del período medio de pago a proveedores de las Administraciones Públicas y las condiciones y el procedimiento de retención de recursos de los regímenes de financiación, previstos en la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, del 27 de abril de 2012.

Dentro del mismo se indica que “el incumplimiento del plazo máximo de pago a proveedores, en última instancia, podrá conllevar la retención de los recursos del sistema de financiación y el pago directo por la Administración General del Estado a los proveedores de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales”. Se apunta que “para la selección de facturas, el criterio será la prioridad de pago a la obligación pendiente más antigua. El Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas pagará directamente las facturas, con la consiguiente extinción de la deuda contraída por la comunidad autónoma o entidad local con dicho proveedor por el importe satisfecho”.



Cristóbal Montoro, ministro de Hacienda y Administraciones Públicas.

Sin embargo, en las referencias del Consejo de Ministros en las que se detalla la medida, también se indica que los proveedores, entre ellos los sanitarios, a los que se les abonen facturas retrasadas por esta vía tienen la posibilidad de pedir intereses de demora y gastos, que se deberán reclamar a la región que corresponda. De forma literal, el texto indica que “en todo caso, todos los intereses de demora y gastos que se devenguen, conforme a la normativa aplicable, serán abonados por la comunidad autónoma o la entidad local, según correspondan”.

Hay que recordar que, hasta ahora, aquellos proveedores sanitarios (ya sean oficinas de farmacia, compañías farmacéuticas o de productos sanitario y empresas de la sanidad privada) que querían recurrir a mecanismos de pago con el Fondo de Liquidez Autonómico o a cualquiera de las ediciones del Plan de Pago a Proveedores tenían renunciar a los intereses de demora acumulados.

El texto también explicita que “los pagos que realice directamente el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas no supondrán mayor gasto para la Administración General del Estado, ya que se sufragarán con cargo a recursos del sistema de financiación que corresponda. Tampoco para las Comunidades Autónomas y Entidades Locales habrá impacto presupuestario, porque los importes que, en su caso, se retengan, se destinarán a pagos que la Administración correspondiente ya tendría que haber efectuado a sus proveedores”.

Sanidad publica un nuevo Proyecto de Orden

Los implantes quirúrgicos, nuevo paso en la actualización de la cartera básica También revisa los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA, que tendrá un impacto presupuestario estimado de 2.500 euros por intervención, y a las condiciones de la realización de los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos

Cristina Alcalá. Madrid

El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales ha publicado un Proyecto de Orden por el que concreta y actualiza el contenido de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud en lo referente a los implantes quirúrgicos y a los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA.

Asimismo, el documento también tiene como objeto regular las condiciones de la realización de los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos, un nuevo paso que el Ministerio que dirige Ana Mato da hacia la adelante en la revisión de este campo.



Agustín Rivero, director general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Mayor racionalización del gasto sanitario

El objetivo de la presente orden es homogeneizar unas medidas que consigan mantener la cohesión del sistema sanitario en todo el territorio, “garantizando unas prestaciones más eficaces y seguras y una mayor equidad en el acceso para todos los ciudadanos, evitando diferencias entre las prestaciones que reciban los usuarios en cada una de las comunidades autónomas, por lo que se logrará una mayor homogeneidad y una racionalización del gasto sanitario”, detalla el texto oficial.

En el caso de la prestación ortoprotésica, los implantes quirúrgicos forman parte de la cartera básica, mientras que el resto se considera parte de la cartera suplementaria. En esta revisión, se especifican las condiciones de uso de algunos implantes, así como los que se eliminarán, por obsoletos, y los que se incluirán, que principalmente serán los que han demostrado seguridad, eficiencia y eficacia.

Impacto presupuestario

Por otro lado, este nuevo proyecto ministerial pretende fijar las bases para el establecimiento de los importes máximos financiación en prestación ortoprotésica. Si bien determina que el impacto presupuestario de esta revisión es difícil de cuantificar, el documento desgana lo que costará en algunas áreas.

En relación a los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial, Sanidad prevé un coste estimado de 2.500 euros por intervención. En cuanto a los implantes quirúrgicos, la Administración no marca un presupuesto fijo, sino que se basa en las estimaciones de 2011 facilitadas por nueve comunidades autónomas y el Ingesa, donde se deduce el consumo de implantes en ese año en unos 1.128 millones de euros en todo el territorio.

SEGÚN HA ASEGURADO ECHÁNIZ**El nuevo Hospital de Toledo contará con 25 quirófanos
Junto a las instalaciones ya existentes, eleva el total a 39 en la capital regional**

El Bloque quirúrgico del nuevo Hospital de Toledo contará con 25 quirófanos, de los cuales 22 se dedicarán a cirugía programada y tres a cirugía urgente, con lo que el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo contará con 39 quirófanos, al unirse estos a las instalaciones ya existentes, según ha destacado el consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, José Ignacio Echániz.

El Hospital Provincial dispone de tres quirófanos, que se dedicarán preferentemente a Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estancia; el Hospital Nacional de Paraplégicos dispone de siete quirófanos que se destinarán principalmente a Ortopedia y Cirugía Mayor Ambulatoria; y además, los Centros de Especialidades Diagnóstico y Tratamiento (CEDT) disponen de otros cuatro quirófanos, ha informado la Junta.

“Las nuevas instalaciones permitirán incrementar la actividad quirúrgica contando con la tecnología médica más avanzada, lo que permitirá ofrecer una atención integral y de vanguardia a los pacientes de Castilla-La Mancha”, ha recalcado Echániz.



El Consejo de Gobierno ha aprobado esta semana los pliegos para la licitación del proyecto. A partir de ahora comienza la adjudicación de las obras del nuevo Hospital de Toledo, y las empresas interesadas tienen un plazo de 52 días para presentar sus ofertas, de cara a poder retomar las obras a principios de 2015.

“Nuestro objetivo es que el nuevo centro se adapte a las necesidades reales de la población, para ofrecer una asistencia de calidad que tenga al paciente como centro de la actividad hospitalaria. Se ha redimensionado el proyecto con responsabilidad y sensatez, dejando atrás el afán de notoriedad de los que intentaron crear en Toledo el hospital más grande de Europa”, ha manifestado Echániz.

ALBERTO MARTÍNEZ, DIRECTOR EN SIEMENS HEALTHCARE**“Buscamos el escáner con mayor coste-beneficio”****Las nuevas tecnologías emiten menos radiactividad y ofrecen mejores prestaciones**

La coste-efectividad de los aparatos para escanear el cuerpo prima respecto a otras características de esta tecnología en la Medicina actual y del futuro, con la salvedad de afinar asimismo la reducción máxima de la dosis de radiactividad emitida en aras a beneficiar tanto al paciente como a los profesionales. Redacción Médica ha conversado con el responsable de Imagen de Siemens Healthcare para conocer las líneas de investigación de la compañía en este ámbito así como las prestaciones que ya son una realidad en el mercado español.

Entre las principales novedades que hemos presentado este año se encuentra el escáner y, en general, en el campo de las TAC [tomografía axial computerizada], ya que presentamos un equipo de doble fuente –así es como lo llamamos– que representa la última generación.



Alberto Martínez, director de la División de Imagen de Siemens Healthcare.

Es un equipo orientado a la siguiente generación de TAC, pero ya en el presente, y, de este modo, puedes utilizarlo para pacientes donde, hasta la fecha, no era posible aplicar el TAC: por ejemplo, pacientes con insuficiente renal se benefician de que estos equipos sean tan rápidos y tan eficientes. Porque, además, son TAC que reducen las radiaciones a niveles casi despreciables, de modo que podemos empezar a hablar, con la prudencia que merece, de hacer programas de *screening* en otras áreas que no sea solo la de la mamografía en cáncer de mama por medio de este nuevo tipo de equipamiento.

¿Qué otra tecnología acaba de comercializarse o está a punto de hacerlo?

En el campo de la resonancia magnética, aparte de las mejoras en las secuencias y en la calidad de las imágenes, estamos orientándonos al incremento de la productividad. O sea, antes hacer una resonancia era algo un tanto artístico, por decirlo de alguna manera, ya que cada técnico ponía su toque personal, y ahora lo que estamos haciendo es estandarizar cada vez más los protocolos para que sean reproducibles y sean más rápidos. Es decir, para que cada máquina pueda tratar a más pacientes.

En el fondo lo que buscamos es que el coste-beneficio sea superior. En definitiva, podemos hablar de que cuantos más pacientes, mejor; éste es uno de los temas hacia donde ha girado la innovación en los últimos años: en lugar de concentrarse solo en ver mejor la patología – aspecto que muchas veces no era necesario y creaba un cuello de botella al médico que, en realidad, terminaba disponiendo de más información de la que realmente necesitaba– se pasa a hacer cosas, sin perder mejoría en la calidad de la imagen, centradas sobre todo en el proceso.

El tercer pilar sería el de las estaciones de posprocesado en la nube: la información que sale de los escáneres se preprocesa con inteligencia artificial y el médico lo que tiene que hacer básicamente es diagnosticar la patología y no hacer reconstrucciones manuales, algo que no le corresponde hacer y para ello se aprovecha la inteligencia artificial.

¿Qué consigue esta inteligencia exactamente?

Básicamente hace una serie de cosas: reconocimiento anatómico, que sirve para diagnosticar determinado tipo de insuficiencia o la presencia de un trombo, de modo que el sistema lo reconoce y le proporciona al médico no solo la imagen bruta del corazón, tórax, etc., sino también la información de la que debe disponer el médico al tratarse de un paciente cardiaco. E incluso el médico usuario puede mejorar la prestación: si a mí, como médico, me gusta ver un determinado plano del paciente, el sistema lo asume y lo puede hacer de forma automática.

Además, si estamos hablando del TAC cardiaco, antes su posprocesado duraba entre 30 y 40 minutos, y ahora estamos hablando de solo dos minutos. Eso es productividad.

Ahora, en la resonancia, se hace, por ejemplo, una segmentación hepática de modo que el sistema reconoce de forma automática las diferentes partes del hígado, y esa información preprocesada se le puede facilitar al cirujano antes de intervenir al enfermo. Poco a poco vamos introduciendo este tipo de inteligencia para que, al final, el tiempo delante de un escáner o de una consola sea tiempo de diagnóstico y no de trabajo de la imagen, que al final es un tema secundario.

¿Dónde se aplican estas nuevas tecnologías?

Como sabe, nosotros, como compañía global actuamos en más de 120 países y los lanzamientos son más o menos simultáneos. Con todo, el ritmo suele ser primero en Europa, después Estados Unidos y luego China, pero básicamente por un asunto del etiquetado y de los mercados, pero los lanzamientos son universales.

¿En España ya están disponibles?

Así es: exacto.

¿El SNS es vuestro principal cliente?

Ahora está cambiando ligeramente y el mercado privado tiene algo más de importancia, pero el sistema nacional público de salud es, en principio, nuestro principal cliente.

¿En qué objetivo centras sus esfuerzos para el futuro?

Uno de nuestros principales lemas ahora es baja dosis. Creemos que existe un potencial de mejora en escáneres, no solo en mamografías, en radiología convencional, en intervencionismo... La dosis es hoy un limitante para hacer estudios; sabemos que nunca vamos a llegar a la dosis cero, pero sí que tenemos que llegar a la dosis mínima imprescindible para que el diagnóstico por imagen gane en importancia como herramienta diagnóstica en todo el proceso terapéutico en el entorno sanitario.

Rebajar la dosis de radiactividad, ¿encarece el producto?

No necesariamente. Estamos evolucionando desde los equipos de menos dosis. Se obtiene una mejora cualitativa para el paciente y, con vistas al aspecto intervencionista de esta tecnología, también es importante para el médico, que está en la sala varias horas todos los días.

¿Puede nombrar algunos de estos equipos?

Hablamos, por ejemplo, del *Somatom Force*, del *Mammomat Inspiration Prime*, entre otros.

ENTRAN EN VIGOR EL 1 DE AGOSTO**Las tarifas de los ortoprotésicos bajan un 10 por ciento****La Junta asegura que no se reducen las prestaciones al usuario**

La consejera de Salud, María José Sánchez Rubio, ha informado este viernes de que la Junta de Andalucía ha renovado los precios de su Catálogo General de Ortoprotésica con una orden que entrará en vigor el próximo 1 de agosto y que supone una bajada lineal del 10 por ciento de las tarifas en vigor, con el consiguiente ajuste del margen de beneficios para las empresas del sector, que no supondrá sin embargo una reducción de las prestaciones al usuario.



Sánchez Rubio.

Así se ha pronunciado en Granada después de que las empresas de ortopedia de Andalucía hayan anunciado que se manifestarán el próximo martes 29 de julio ante la situación “insostenible” que vive el sector como consecuencia del “recorte lineal del 12,45 por ciento”, que afirman que la Junta ha aplicado en las prestaciones de todos los productos ortoprotésicos.

Según la consejera, la orden se publicó en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) el pasado 2 de julio después de “dos años” de negociaciones con las empresas del sector, y sólo supone una reducción de su margen de beneficio.

Por ello, ha dicho que no le parece “de recibo” que se esté “confundiendo” a las personas “como si fueran a perder algún derecho, porque no es verdad”. “Si los usuarios necesitan una muleta o una silla de ruedas, las van a tener”, ha dicho.

Las negociaciones, que no culminaron con acuerdo, se hicieron entre las dos asociaciones mayoritarias de empresas del sector, Asoan y Ortoan, y la Junta andaluza, que insiste en la necesidad de la reducción de tarifas como medida de sostenibilidad, y en que un esfuerzo similar se ha exigido a otras empresas proveedoras, profesionales y a la propia administración.

La Junta ha señalado que, con esta orden, se está buscando la eficiencia del sistema público y no supone recorte en derechos ni prestaciones. De hecho, incide en que en el contexto de crisis actual y de contención del déficit público “impuesto” por el Gobierno central, se ha visto “obligada” por “imperativo legal” a realizar este tipo de ajustes en los contratos con empresas proveedoras, entre ellas los establecimientos de ortopedia.

Además, añade que, por parte del Servicio Andaluz de Salud (SAS), se han iniciado nuevamente las conversaciones con las asociaciones de empresarios de ortopedias para llegar a nuevos acuerdos que mejoren las prestaciones ortoprotésicas.

Las empresas denuncian que el catálogo está obsoleto

La manifestación que las empresas de ortopedia de toda Andalucía van a realizar busca mostrar la frustración que padecen ante el continuo deterioro de la prestación ortoprotésica, según han señalado en un comunicado. Según estas empresas el catálogo de productos está desfasado y obsoleto, se ha reducido el 37 por ciento del presupuesto asignado, y se ha producido un recorte lineal del 12,45 por ciento que ha provocado un retraso en los pagos que dificultan la prestación.

SERÁ EFECTIVA EN EL TERCER TRIMESTRE

Philips anuncia la compra de Unisensor

Amplía así las plataformas tecnológicas para pruebas diagnósticas

Philips ha alcanzado un acuerdo para la adquisición de Unisensor, una compañía con perfil innovador que opera en el campo del análisis óptico de fluidos para aplicaciones diagnósticas en el cuidado de la salud, así como otras industrias. Una vez se cierre la transacción, que se espera para el tercer trimestre de 2014 y cuyos términos no han trascendido, Unisensor pasará a formar parte de la 'Healthcare Incubator' de Philips, dentro de su sector de Innovación, Grupo y Servicios.

Según ha explicado la multinacional holandesa, la tecnología de Unisensor y su equipo fortalecerán sus capacidades de innovación en el campo del análisis de muestras de pacientes, así como en el análisis de sangre para aplicaciones en seguimiento de la terapia en oncología. Estas innovaciones tienen como objetivo mejorar la clasificación y el tratamiento del paciente en el punto de cuidado, lo que permitirá mejorar la atención al paciente con menos costes

"Healthcare Incubator ha producido ya prometedores negocios en fase inicial en el área de pruebas cerca del paciente y seguimiento en el hospital y en el hogar", ha señalado Perry van Rijsingen, director general de este área de Philips. "La adquisición de Unisensor ampliará nuestras plataformas tecnológicas para soluciones de diagnóstico miniaturizadas y móviles y apoyará nuestra ambición de convertirnos en un líder en este nuevo mercado de crecimiento para Philips", ha asegurado.



Perry van Rijsingen,
director general de
Healthcare Incubator de
Philips.

Philips amplia la plataforma para pruebas diagnósticas de pacientes con la adquisición de Unisensor

Philips ha firmado un acuerdo para adquirir Unisensor, tecnología del campo del análisis óptico de fluidos para aplicaciones diagnósticas en el cuidado de la salud.



La tecnología de Unisensor y su equipo fortalecerán las capacidades de innovación de Philips en el campo del análisis de muestras de pacientes, como análisis de sangre para aplicaciones en seguimiento de la terapia en oncología, aseguran de la compañía. Estas innovaciones tienen como objetivo mejorar la clasificación y el tratamiento del paciente en el punto de cuidado (es decir, cerca del paciente), lo que permitirá mejorar la atención al paciente con menos costes.

Al cierre de la transacción, que se espera para el tercer trimestre de 2014 y está sujeto a ciertas condiciones de cierre, Unisensor, con sede en Allerød (Dinamarca), pasará a formar parte de la “Healthcare Incubator” de Philips, dentro del sector Innovación, Grupo y Servicios de Philips. Los términos financieros de la adquisición no han sido revelados.

“Healthcare Incubator de Philips ha producido ya prometedores negocios en fase inicial en el área de pruebas cerca del paciente y seguimiento en el hospital y en el hogar”, dijo Perry van Rijsingen, Director General de Healthcare Incubator de Philips. “La adquisición de Unisensor ampliará nuestras plataformas tecnológicas para soluciones de diagnóstico miniaturizadas y móviles y apoyará nuestra ambición de convertirnos en un líder en este nuevo mercado de crecimiento para Philips”, aseguró.

El Hospital Virgen de la Nieves incorpora una técnica que reduce los embarazos múltiples

El Hospital Virgen de las Nieves de Granada ha incorporado una técnica que reduce los embarazos múltiples logrados a través de fecundación in vitro, derivada de un ensayo clínico de tres años de duración, que ha puesto de relieve que la transferencia embrionaria de un embrión seguida, en caso de no embarazo, de la implantación de otro embrión vitrificado consigue tasas de embarazo similares a la transferencia de dos embriones a la vez, disminuyendo el porcentaje de embarazo múltiple prácticamente a cero.



Este estudio, titulado “Transferencia de embrión único con criopreservación embrionaria versus transferencia de dos embriones en un programa de FIV/ICSI” y realizado por la Unidad de Reproducción del hospital granadino, fue presentado por la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, María José Sánchez Rubio, y permite aumentar la seguridad y eficiencia de la Fecundación In Vitro, aseguran de la Junta de Andalucía.

En concreto, se trata de generar dos embriones, y en una primera fase implantar a la mujer uno de ellos y, en el caso de que no se consiga el embarazo, colocar unos meses después el otro embrión, que fue vitrificado para su conservación. En el caso de que la mujer quede embarazada con el primer embrión, la mujer podría usar en el futuro el restante para un embarazo posterior. El ensayo clínico que dio lugar a esta técnica se publicó en la edición online del *European Journal of Obstetric, Gynecology and Reproductive Biology* y sus conclusiones fueron recogidas en la nueva guía del Servicio Andaluz de Salud sobre Reproducción Humana Asistida, publicada a finales de febrero de este año.

De esta manera el Servicio Andaluz de Salud se sitúa, según ha subrayado la consejera, a la cabeza de países europeos como Bélgica o Suecia en favorecer esta medida que aumenta la seguridad de las técnicas de Fecundación In Vitro sin disminuir su eficacia. La previsión para este año, es que utilizando esta técnica en el 30% de las mujeres que se someten a fecundación in Vitro, el ahorro será de 120.000 euros en Granada. Su aplicación en el SSPA a un 50% de las pacientes estériles permitiría un ahorro de 650.000 euros anuales sin disminuir las probabilidades de éxito de estas técnicas, según ha detallado la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Unión Europea la utilizará en la plataforma automatizada Procleix®Panther®

Grifols obtiene la marca CE para su nuevo Procleix® HEV, detector del virus de la hepatitis E

GRIFOLS

Grifols, compañía especializada en medicamentos biológicos derivados del plasma y en medicina transfusional, ha obtenido la Conformidad Europea -marca CE- para su reactivo Procleix HEV, específico para la detección del virus de la hepatitis E, HEV, mediante tecnología de amplificación de ácidos nucleicos, NAT. La prueba, desarrollada en colaboración con la compañía Hologic Inc. (HOLX), es la única aprobada que permite la detección completa y específica del virus ARN de la HEV en donantes de sangre, componentes sanguíneos, tejidos y órganos.

En palabras de Carsten Schroeder, presidente de Grifols Diagnostic Solutions Inc., “Como líderes en el desarrollo de soluciones NAT para la realización de transfusiones seguras y pruebas analíticas eficientes y de alta calidad, estamos orgullosos de haber acelerado el desarrollo de este reactivo, que ya se utiliza en Japón, para dar respuesta a las necesidades de los profesionales de la salud que trabajan en el campo de la medicina transfusional”.

Cuatro genotipos

Procleix HEV está diseñado para detectar cuatro genotipos del virus de la hepatitis E. Se comercializará en la Unión Europea para ser utilizado con la plataforma Procleix Panther, que ofrece una automatización completa, un manejo sencillo y un amplio menú de pruebas analíticas en un diseño compacto.

Desde su lanzamiento en 2012, la plataforma Procleix Panther se ha convertido en una solución de referencia para los bancos de sangre en más de 25 países y hay más de 160 plataformas instaladas hasta la fecha. Los sistemas Procleix NAT, que lideran el mercado mundial en número de unidades de sangre donadas analizadas respecto a otros sistemas NAT comercializados, son desarrollados por Grifols y la compañía inglesa Hologic.

El Hospital de Elche lidera un estudio que mejora el diagnóstico del cáncer colorrectal hereditario

El Laboratorio de Genética Molecular del Hospital General Universitario de Elche y el Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Programa de Cáncer Hereditario de Cataluña, han liderado un estudio en estrecha colaboración con las Unidades de Consejo Genético en Cáncer de la Comunitat Valenciana y de la Catalana, que mejora el diagnóstico del cáncer colorrectal hereditario.



Los especialistas detectaron una serie de casos en los que a pesar de tener sospecha de un posible cáncer colorrectal hereditario debido a la alta presencia de esta patología en varios miembros de una misma familia, no presentaban la mutación en los genes responsables de esta patología. En otras palabras, el objetivo del estudio era desentrañar las causas genéticas de familias con cáncer colorrectal hereditario no polipósico (síndrome de Lynch), en las que no había sido posible encontrar la alteración genética causante siguiendo los protocolos establecidos.

En ese sentido, el doctor José Luis Soto, Responsable del laboratorio de Genética Molecular del Hospital General Universitario de Elche y miembro de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio) explica que “aproximadamente entre un 5-10% de todos los cánceres tienen un componente hereditario. Existen numerosos síndromes hereditarios de cáncer aunque todos ellos son poco frecuentes. Conocemos genes implicados en la gran mayoría de los síndromes, si bien en una gran proporción de casos, aún con el estudio de dichos genes, no se llega al diagnóstico genético porque nuestro conocimiento sigue siendo limitado”.

“El diagnóstico genético de un síndrome hereditario de cáncer permite definir de una manera muy precisa el riesgo a determinados tipos de cáncer en cada uno de los miembros de la familia, y por consiguiente, plantear un protocolo de seguimiento clínico que posibilite la detección de la enfermedad en estadios precoces y su eficaz tratamiento, o incluso plantear la posibilidad de cirugías reductoras de riesgo, según el caso”, manifiesta el especialista.



COMUNICADO DE LAS ORGANIZACIONES ESPAÑOLAS DE PACIENTES CRÓNICOS MÁS IMPORTANTES SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE NUEVOS COPAGOS Y RECORTES SOCIALES

Las organizaciones españolas de pacientes crónicos más importantes queremos mostrar públicamente nuestro **rechazo frontal a la aplicación de nuevos copagos y recortes sociales** incluidos en el catálogo de 255 propuestas de 'optimización de recursos públicos' remitidas por las Comunidades Autónomas a Hacienda y que se discutirán el próximo 31 de julio en el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

En concreto, las medidas que más podrían afectar al colectivo sería el copago por asistencia a consulta médica y urgencias, en transporte sanitario o la implantación en toda España del euro por receta. Por otro lado, incluyen la propuesta de ampliar el plazo de la entrada en vigor de las prestaciones asociadas al reconocimiento del grado 1 de Dependencia, algo que debería incorporarse en enero de 2015, y que de retrasarse perjudicaría a muchas familias que necesitan ayuda. Los pacientes crónicos están notando los efectos de los copagos implantados, según muestran los datos del barómetro "Escrónicos", y nuevas medidas de este tipo les pondrían en una situación de serio riesgo sanitario. Recordamos que hay medidas a medio y largo plazo que aseguran más la sostenibilidad y que no se están llevando a cabo, soportando las consecuencias los ciudadanos más desfavorecidos, como son los pacientes crónicos.

Además los pacientes ya vienen soportando numerosos copagos y este tipo de mensajes, no hace sino que acentuar la incertidumbre, de las personas que se encuentran esta situación. Es fundamental para los pacientes poder acceder a la medicación adecuada que se precise y limitar los copagos vigentes, los cuales rechazamos, a un techo máximo en los pacientes crónicos.

En todo caso, confiamos en que el Ministerio de Sanidad, tal y como ha declarado su responsable, Ana Mato, rechace tales propuestas ya que vulneraría seriamente los derechos de las personas con enfermedades crónicas.

- **ADELA**, Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica
- **ALCER**, Federación Nacional de Asociaciones de Lucha Contra las Enfermedades Renales;
- **ASEM**, Federación Española de Enfermedades Neuromusculares
- **CEAFA**, Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras Demencias;
- **CESIDA**, Coordinadora Estatal de VIH-SIDA
- **CONARTRITIS**, Coordinadora Nacional de Artritis;
- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESPAÑA**, Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple;
- **FECMA**, Federación Española de Cáncer de Mama
- **FEDE**, Federación de Diabéticos Españoles;
- **FEP**, Federación Española de Parkinson
- **FNETH**, Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos;
- **FUNDACIÓN HIPERCOLESTELOREMIA FAMILIAR**, Fundación Hipercolesterolemia Familiar



LA JUNTA DE ANDALUCÍA RENUEVA LOS PRECIOS DE SU CATÁLOGO DE ORTOPEDIA SIN REDUCIR PRESTACIONES

- Esta actualización no afecta al bolsillo de la ciudadanía, sino que reduce en un 10% las tarifas de los productos y garantiza el mantenimiento de las prestaciones y su gratuidad

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha renovado los precios de su Catálogo General de Ortoprotésica de Andalucía con una orden que entrará en vigor el próximo 1 de agosto y que supone una bajada lineal del 10% de las tarifas en vigor, con el consiguiente ajuste del margen de beneficios para las empresas del sector. Esta reducción no afectará de ninguna manera al bolsillo de la ciudadanía y garantiza el mantenimiento de las prestaciones reconocidas actualmente por el Servicio Andaluz de Salud y la gratuidad de las mismas.

Tras más de un año de negociación con las dos asociaciones mayoritarias de empresas del sector Asoan y Ortoan por parte de la administración sanitaria andaluza, en la que se ha insistido en la necesidad de la reducción de tarifas como medida de sostenibilidad y en un esfuerzo similar al exigido a otras empresas proveedoras, profesionales y la propia administración, no ha sido posible llegar a un acuerdo, por lo que se ha publicado esta normativa.

Los empresarios que amenazan con movilizaciones olvidan que el esfuerzo debe exigirse por igual a todos. El sistema público de salud es un derecho de todos y deben ayudar a mantenerlo, al igual que están haciendo los trabajadores públicos o las empresas con las que tiene el SAS servicios concertados.

La Junta quiere recordar que, con esta orden, se está buscando la eficiencia del sistema pública y que no supone recorte en derechos ni prestaciones. En el contexto de crisis actual y de contención del déficit público impuesto por el Gobierno central, la Junta de Andalucía se ha visto obligada por imperativo legal a realizar este tipo de ajustes en los contratos con empresas proveedoras, entre ellas los establecimientos de ortopedia. Estos ajustes se han realizado sobre los costes de los productos y no sobre los servicios y prestaciones que se ofrecen a la población.

Por parte del Servicio Andaluz de Salud se han iniciado nuevamente las conversaciones con las asociaciones de empresarios de ortopedias para llegar a nuevos acuerdos que mejoren las prestaciones ortoprotésicas.