

CATALUÑA

La red sanitaria concertada reduce un 60% la presión asistencial en Cataluña, según informe

BARCELONA, 3 Mar. (EUROPA PRESS) –

La red sanitaria concertada que existe en Cataluña reduce un 60 por ciento la presión asistencial existente sobre las estancias medias y prolongadas en los hospitales de agudos, según un informe presentado hoy por la Unión Catalana de Hospitales.

El 33% de los casos de internamiento se producen por trastornos orgánicos y demencia senil, por una enfermedad cerebrovascular aguda y por las fracturas de cadera, unas patologías que han aumentado durante los últimos cinco años a causa del envejecimiento de la población.

La Unión, que engloba a 109 entidades sanitarias y sociales que aglutinan más de 380 centros y 45.000 trabajadores, presentó hoy en Barcelona el estudio 'La evolución de la complejidad asistencial en la atención en la sociosanitaria de internamiento'.

El estudio asegura que el porcentaje de sobreenvjecimiento creció un 15% en las mujeres y un 18% en los hombres en el último quinquenio, mientras la complejidad asistencial en la media estancia y la convalecencia creció un 14%.

Según los expertos, Cataluña tiene una sanidad concertada que alcanza una posición puntera en España, como demuestra que el 23% de las camas hospitalarias en esta comunidad autónoma tienen un carácter sociosanitario --frente al 12% del País Vasco, el 7% de Valencia y el 5% de Madrid.

La reunión identificó también las "barreras" que dificultan la implantación de un modelo similar al catalán en el resto de España, entre ellas la ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad, la rigidez de la red de servicios, el desarrollo limitado de herramientas de gestión de la demanda, la falta de un modelo de integración y la separación entre las redes sanitaria y social, entre otras.

(Cataluña) SOCIEDAD-SALUD,SALUD

El sistema sociosanitario de Cataluña reduce en un 65% el gasto de hospitales

Esta es una de las principales conclusiones de la jornada sobre atención sociosanitaria organizada por la Unió Catalana de Hospitales que hoy se ha celebrado en el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues.

En el marco de la jornada se ha presentado un estudio que compara la atención sociosanitaria en Cataluña, en Madrid, en el País Vasco, en Galicia y en Valencia.

Del resultado de este estudio se desprende que únicamente en Cataluña existe una red sociosanitaria independiente de la atención médica u hospitalaria.

"Esto es muy importante porque permite ahorrar recursos", ha dicho el director general de Clínica Barceloneta y vocal presidente del consejo del sector de atención sociosanitaria, Josep Ganduxer.

"El hecho de tener una red diferenciada permite que el sistema sea mucho más eficiente", subraya Ganduxer.

La red diferenciada posibilita que un enfermo que, por ejemplo, haya sufrido una rotura de fémur, se pueda recuperar en un centro sociosanitario y dejar libre una cama de hospital.

"En el hospital lo operan y posteriormente se puede derivar a un centro sociosanitario sin bloquear una cama de agudos que son mucho más costosas" ha dicho Ganduxer, que ha cifrado el ahorro en el 65%.

Según Ganduxer, en Cataluña, de cada 100 camas hospitalarias 23 son para este tipo de enfermos mientras que en el resto de España se reserva un 1%.

Josep Ganduxer ha destacado la importancia de aumentar los recursos de los centros sociosanitarios y ha apuntado que el aumento de la esperanza de vida "hará que cada vez haya más enfermos con demencias o enfermedades neurológicas, fracturas y accidentes vasculares, como embolias, todos ellos usuarios de este tipo de centros".

La Unió Catalana de Hospitales es una asociación empresarial formada por 109 entidades sanitarias y sociales que aglutinan más de 380 centros y que generen más de 45.000 puesto de trabajo y tienen como elemento común la prestación de servicios sanitarios sociales a los ciudadanos. EFE 1010186

CATALUNYA DISPOSA D'UNA XARXA ÚNICA A L'ESTAT

La xarxa sociosanitària allibera fins al 60% de les estades mitjanes en els hospitals

Segons un estudi, l'existència de la xarxa sociosanitària catalana possibilita un alleugeriment d'un 60% de la càrrega assistencial que ha de suportar el sistema sanitari català en les patologies prevalents de l'internament de mitja i llarga estada.



L'estudi, anomenat "l'Evolució de la complexitat assistencial en atenció a la sociosanitària d'internament" impulsat pel Consell de sector d'atenció sociosanitària de La Unió, destaca que l'existència de la xarxa sociosanitària catalana possibilita un alleugeriment d'un 60% de la càrrega assistencial que ha de suportar el sistema sanitari català en les patologies prevalents de l'internament de mitja i llarga

estada. Tres categories diagnòstiques expliquen el 33% dels casos: trastorns orgànics i la demència senil o presenil, la malaltia cerebrovascular aguda, i fractura de coll de fèmur (maluc).

En aquest sentit, en el cas de no existir l'alternativa de l'internament sociosanitari, l'impacte en els hospital d'aguts representaria un augment de fins al 60% de la estada mitjana en aquests hospitals.

Segons dades del mateix estudi, a Catalunya, en els darrers 5 anys, el percentatge de sobreenvelliment ha augmentat en un 15% en les dones i en un 18% en els homes. També ha incrementat la complexitat assistencial en la mitja estada i convalsència en un 14% i en llarga estada, en un 10%. Aquesta complexitat es correspon amb el fet que el 75% dels casos valorats, tant en llarga estada com en mitja estada-convalsència, corresponen a pacients amb dependència moderada o severa.

El mateix informe assenyala que durant aquests cinc últims anys aquests indicadors tendiran a augmentar ja que la població sobreenvellida és avui d'un 16% i l'índex d'envelliment poblacional tendirà a augmentar en un 55% en els pròxims 20 anys.

El sistema sociosanitari ha respost a l'atenció d'aquesta demanda de la població més envellida i amb una complexitat assistencial cada vegada més elevada utilitzant eficientment els recursos dels llits sociosanitaris i amb una millor qualitat assistencial. L'estudi suporta aquesta afirmació a través de dos indicadors: percentatge d'altres (48% a la llarga estada i 64% a la mitja estada) i la taxa de mortalitat (27% llarga estada i 8% mitja estada).

L'estudi comparatiu dels models d'atenció sociosanitari a l'estat espanyol presentat per La Unió mostra que Catalunya, en comparació amb la resta de comunitats autònomes analitzades (Galícia, València, El País Basc i la Comunitat de Madrid), és l'única i pionera en posseir, des de la implantació del Programa Vida als Anys, l'any 1986, una xarxa de recursos destinats de forma específica a l'atenció sociosanitària.

Les altres comunitats autònomes que inclou l'estudi donen resposta a aquest tipus d'atenció amb sistemes de coordinació entre serveis sanitaris i socials. Un altre dels aspectes rellevants d'aquest informe és l'avantatge de Catalunya pel que fa referència a especialització i disponibilitat de recursos destinats a l'atenció sociosanitària.

Un fet que marca clarament aquesta diferència és que la disponibilitat de llits a Catalunya destinats a l'àmbit sociosanitari és del 23% del total de llits, mentre que els percentatges a la resta de CC.AA. són clarament inferiors: País Basc, 12%; València, 7%; Comunitat de Madrid, 5%; i Galícia, 1%.

Sobre la Unió Catalana d'Hospitals

La Unió és una associació empresarial formada per 109 entitats sanitàries i socials que aglutinen més de 380 centres i que generen més de 45.000 llocs de treball i que tenen com a element comú la prestació de serveis sanitaris i socials als ciutadans, posant a la seva disposició els recursos patrimonials, humans i tecnològics per tal de garantir una assistència de màxima qualitat i eficiència. Aquestes entitats defensen un model sanitari i social públic participat per la societat civil sobre la base de l'autonomia de gestió empresarial.

BARCELONA ASISTE A UNA JORNADA DE UCH

Rafael Bengoa: "No hay un único modelo sociosanitario"

■ **Carmen Fernández** Barcelona
 "No hay un modelo único sino múltiples formas de avanzar en lo sociosanitario. La variabilidad es enriquecedora", defendió ayer el consejero vasco, Rafael Bengoa, en la jornada *La atención sociosanitaria en Cataluña, construyendo el futuro*, organizada por la Unión Catalana de Hospitales (UCH).

El consejero expuso ante unos 200 representantes de la red sociosanitaria de Cataluña, que es la única comunidad autónoma con una red específica para internamiento de media y larga estancia, y que en el País Vasco se han elaborado 25 planes de atención sociosanitaria pero que no se ha llegado a implementar ninguno por-

que no habían salido de la base del sistema. "Hay que dejar que la gente (los profesionales y gestores locales) busque y que haga cosas nuevas, porque de ahí saldrá el modelo; los de arriba sólo intentaremos crear el contexto para que se pueda hacer".

En su defensa de la descentralización de la gestión de la atención a crónicos para que mejore realmente, llegó a decir: "Hay que crear mucho en los clínicos y en los gestores locales, pero la Administración pública tiene que ser profesionalizada y no estar tan politizada como lo ha estado hasta ahora".

Buena parte de su conferencia versó sobre la coges-



RAFA M. MARIN

Rafael Bengoa, durante su conferencia ayer en Barcelona.

tión de los profesionales que, según informó, tampoco ha funcionado en el País Vasco.

Para lograrlo, aseguró, hay que cambiar el estilo de liderazgo: "Allí donde sale un líder hay que regarlo porque hasta ahora al que sobresalía con ideas nuevas y ganas de hacer cambios se le cortaba la cabeza. La descentralización no es cómoda para mí como consejero, pero hay que soltar el sistema y dar

espacios de libertad para experimentar e innovar".

Por otro lado, Bengoa expuso sus objetivos de mejora de la atención a crónicos, entre los que destaca especialmente el primer paso, consistente en estratificar el riesgo de toda la población vasca de acuerdo con el sistema de la mutua Kaiser Permanente (ver DM de 16-X-2009) para poder redistribuir los recursos de acuerdo con una lógica poblacional.

El sistema sociosanitario de Cataluña reduce en un 65% el gasto de hospitales

EFE / Esplugues de Llobregat (Barcelona)

El sistema de atención sociosanitaria de Cataluña, que es independiente de la red de atención hospitalaria, permite reducir en un 65 por ciento los costes de los hospitales catalanes.

Esta es una de las principales conclusiones de la jornada sobre atención sociosanitaria organizada por la Unió Catalana de Hospitales que hoy se ha celebrado en el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues.

En el marco de la jornada se ha presentado un estudio que compara la atención sociosanitaria en Cataluña, en Madrid, en el País Vasco, en Galicia y en Valencia.

Del resultado de este estudio se desprende que únicamente en Cataluña existe una red sociosanitaria independiente de la atención médica u hospitalaria.

"Esto es muy importante porque permite ahorrar recursos", ha dicho el director general de Clínica Barceloneta y vocal presidente del consejo del sector de atención sociosanitaria, Josep Ganduxer.

"El hecho de tener una red diferenciada permite que el sistema sea mucho más eficiente", subraya Ganduxer.

La red diferenciada posibilita que un enfermo que, por ejemplo, haya sufrido una rotura de fémur, se pueda recuperar en un centro sociosanitario y dejar libre una cama de hospital.

"En el hospital lo operan y posteriormente se puede derivar a un centro sociosanitario sin bloquear una cama de agudos que son mucho más costosas" ha dicho Ganduxer, que ha cifrado el ahorro en el 65%.

Según Ganduxer, en Cataluña, de cada 100 camas hospitalarias 23 son para este tipo de enfermos mientras que en el resto de España se reserva un 1%.

Josep Ganduxer ha destacado la importancia de aumentar los recursos de los centros sociosanitarios y ha apuntado que el aumento de la esperanza de vida "hará que cada vez haya más enfermos con demencias o enfermedades neurológicas, fracturas y accidentes vasculares, como embolias, todos ellos usuarios de este tipo de centros".

La Unió Catalana de Hospitales es una asociación empresarial formada por 109 entidades sanitarias y sociales que aglutinan más de 380 centros y que generen más de 45.000 puesto de trabajo y tienen como elemento común la prestación de servicios sanitarios sociales a los ciudadanos.

El mateix informe assenyala que durant aquests cinc últims anys aquests indicadors tendiran a augmentar ja que la població sobreenvellida és avui d'un 16% i l'índex d'envelliment poblacional tendirà a augmentar en un 55% en els pròxims 20 anys.

El sistema sociosanitari ha respost a l'atenció d'aquesta demanda de la població més envellida i amb una complexitat assistencial cada vegada més elevada utilitzant eficientment els recursos dels llits sociosanitaris i amb una millor qualitat assistencial. L'estudi suporta aquesta afirmació a través de dos indicadors: percentatge d'altres (48% a la llarga estada i 64% a la mitja estada) i la taxa de mortalitat (27% llarga estada i 8% mitja estada).

L'estudi comparatiu dels models d'atenció sociosanitari a l'estat espanyol presentat per La Unió mostra que Catalunya, en comparació amb la resta de comunitats autònomes analitzades (Galícia, València, El País Basc i la Comunitat de Madrid), és l'única i pionera en posseir, des de la implantació del Programa Vida als Anys, l'any 1986, una xarxa de recursos destinats de forma específica a l'atenció sociosanitària.

Les altres comunitats autònomes que inclou l'estudi donen resposta a aquest tipus d'atenció amb sistemes de coordinació entre serveis sanitaris i socials. Un altre dels aspectes rellevants d'aquest informe és l'avantatge de Catalunya pel que fa referència a especialització i disponibilitat de recursos destinats a l'atenció sociosanitària.

Un fet que marca clarament aquesta diferència és que la disponibilitat de llits a Catalunya destinats a l'àmbit sociosanitari és del 23% del total de llits, mentre que els percentatges a la resta de CC.AA. són clarament inferiors: País Basc, 12%; València, 7%; Comunitat de Madrid, 5%; i Galícia, 1%.

Sobre la Unió Catalana d'Hospitals

La Unió és una associació empresarial formada per 109 entitats sanitàries i socials que aglutinen més de 380 centres i que generen més de 45.000 llocs de treball i que tenen com a element comú la prestació de serveis sanitaris i socials als ciutadans, posant a la seva disposició els recursos patrimonials, humans i tecnològics per tal de garantir una assistència de màxima qualitat i eficiència. Aquestes entitats defensen un model sanitari i social públic participat per la societat civil sobre la base de l'autonomia de gestió empresarial.



RECURSOS SU PRINCIPAL CONCLUSIÓN ES QUE REDUCE EN UN 60% LA ESTANCIA MEDIA EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS

La experiencia catalana avala la red específica de atención sociosanitaria

→ Cataluña es la única autonomía que dispone de una red de atención sociosanitaria con recursos diferenciados y propios, y, por ahora, su experiencia parece avalar la creación de un

espacio asistencial específico y complementario de los recursos sanitarios y sociales convencionales, según se desprende de dos estudios presentados en una jornada de la UCH.

■ Carmen Fernández Barcelona

¿Es útil tener una red específica de recursos de atención sociosanitaria que complementa los servicios sanitarios y sociales convencionales? La patronal Unión Catalana de Hospitales (UCH) ha elaborado un estudio comparativo de los modelos de atención sociosanitaria en España, centrándose en los programas (o planes) de cinco comunidades autónomas, y ha visto que sólo Cataluña dispone de un red diferenciada y concebida como tal (Programa Vida a los Años, 1986); mientras, en Galicia (programa Pasos, 1998), Comunidad Valenciana (programa Palet, 1999), País Vasco (programas de las diputaciones, 1996) y Comunidad de Madrid (Plan de Mayores, 1996), dan respuesta a las necesidades sociosanitarias de la población partiendo de bases conceptuales diferentes y con un despliegue progresivo de programas.

Una conclusión relevante

La UCH ha comparado el modelo catalán con los programas y planes específicos de Galicia, Comunidad Valenciana, País Vasco y Comunidad de Madrid

de este estudio, presentado en la jornada *La atención sociosanitaria en Cataluña: construyendo el futuro* (ver DM de ayer), es que el acceso a la atención sociosanitaria es heterogéneo en las comunidades autónomas estudiadas, pero todas ellas "garantizan la atención a las personas mayores con patología, enfermedades terminales y enfermedades crónicas invalidantes", mayoritariamente con un mix de oferta de servicios sanitarios y sociales.

Se ha comprobado, entre otros aspectos, que camas destinadas al internamiento de media y larga estancia, que son las propias de la



Josep Gandu, residente del sector sociosanitario de la UCH.

PAULA M. MARIN

En todas las autonomías hay camas para larga y media estancia pero no en la misma proporción que en Cataluña, con un 23 por ciento del total

cial".

No obstante, el apoyo más evidente a esa conclusión se encuentra en otro estudio, presentado en la misma jornada e igualmente impulsado por el Consejo del Sector de atención sociosanitaria de la UCH, del que es vocal-presidente Josep Ganduxé, director general de la Clínica Barceloneta de Barcelona y ex gerente del Instituto Catalán de la Salud.

Este segundo estudio confirma este impacto de la red sociosanitaria en la sanitaria: "Reduce en un 60 por ciento la estancia media en los hospitales de agudos" de la región. Las tres categorías diagnósticas que explican el 33 por ciento de los casos de esta red son: trastornos orgánicos y demencia senil o presenil, enfermedad cardiovascular aguda y fractura de cuello de fémur.

El informe también aporta estos dos indicadores relativos al nivel de eficiencia y calidad de la red específica: el porcentaje de altas (48 por ciento en larga estancia y 64 en media) y la tasa de mortalidad (27 por ciento en larga estancia y 8 en media).

atención sociosanitaria, hay en todas las comunidades analizadas, pero no en la misma proporción que en Cataluña, que en su red es-

pecífica agrupa el 23 por ciento del total de camas de la región; mientras, en Galicia suponen el uno por ciento, en la Comunidad Valenciana el 7 por ciento, en el País Vasco el 12 por ciento y en la Comunidad de Madrid, el 5 por ciento.

"Elemento integrado"

La UCH, a la vista de la evidencia disponible, ha concluido que "los recursos sociosanitarios dan respuesta a unas necesidades asistenciales específicas y son absolutamente necesarios como un elemento integrado en los sistemas de atención a las personas, sanitario y so-

SEIS BARRERAS QUE IMPIDEN EL ESPACIO PROPIO

La consultora Antares Consulting ha presentado en la jornada organizada por la Unión Catalana de Hospitales otro estudio, titulado *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*, en el que se señala estas seis barreras a la creación de redes autonómicas específicas: ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad orientado a las necesidades de las personas; la rigidez de la red de servicios; el desarrollo muy limitado de

las herramientas de gestión de la demanda; la ausencia de un modelo de integración de los cuidados en el territorio; la dificultad para orientar los flujos de financiación, y la separación de las redes sanitaria y social. Según Antares, para superarlas se necesitan: una financiación adecuada, órganos con competencias de coordinación y seguimiento de políticas sociosanitarias, flexibilidad en el uso de recursos y una inversión decidida en sistemas de información.

CATALUÑA/ Descarga el 60% de las estancias medianas en hospitales de agudos

La red sociosanitaria ocupa el 23% de camas hospitalarias

- Un estudio comparativo de 5 CC.AA. sitúa a Cataluña a la cabeza en este ámbito
- El sobreenvejecimiento aumentará un 55% en diez años, según los expertos

GM CECILIA OSSORIO
GM Barcelona

Cataluña cuenta con un dispositivo definido para dar cobertura a la atención sociosanitaria. El 23 por ciento del total de las camas hospitalarias está destinado a este ámbito, una cifra superior a las que registran otras autonomías como País Vasco, Comunidad Valenciana, Madrid o Galicia (12, 7, 5 y 1 por ciento, respectivamente). Lo manifiesta un estudio comparativo de los modelos de atención sociosanitaria entre estas cinco regiones que presentó La Unió Catalana d'Hospitals.

"Cataluña es la única del estudio que cuenta con una red de recursos específicos para el entorno sociosanitario, es un modelo que se impulsó en 1986 con la implantación del Programa 'Vida als Anys' y ha perdurado", explicó a GM Josep Ganduxé, vocal presidente del Consejo de Sector de Atención Sociosanitaria de La Unió.

"En el resto del Estado se ha optado por otro modelo basado en la integración de servicios coordinados a través de trabajadores sociales, pero sin un dispositivo específico", añadió.



Josep Ganduxé, vocal pte. del Consejo del Sector de Atención Sociosanitaria.

La existencia de esta red catalana permite acortar los tiempos de estancia en los hospitales de agudos, ya que se puede derivar a los enfermos a centros de rehabilitación sociosanitarios. De hecho, otro estudio presentado durante la jornada sociosanitaria de la Unió revela que supone una reducción de hasta el 60 por ciento de la carga asistencial que soportan estos hospitales por estancias medianas y largas.

El porcentaje de sobreenvejecimiento, es decir, de las personas mayores de 85 años, es hoy del 16

por ciento, pero "aumentará un 55 por ciento en los próximos diez años", apuntó Ganduxé, insistiendo en que la existencia de una red de atención a este tipo de enfermos ahorra un 66 por ciento de costes en los hospitales de agudos.

Complejidad asistencial

A esto hay que añadir que la complejidad asistencial en la mediana estancia de esta población se ha incrementado en un 14 por ciento en los últimos cinco años en Cataluña, y en un 10 por ciento en los casos de larga estancia.

Otra cuestión discutida que, a juicio de Ganduxé, no está resuelta en ninguna comunidad autónoma, es cómo se integra la red social con la sanitaria. "Desde la aplicación de la Ley de la Dependencia, no sabemos cómo se van a coordinar estos recursos, y nos da la sensación de que se están duplicando esfuerzos cuando lo que hay que hacer es sumarlos", declaró.

Es un asunto que la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, puso sobre la mesa el 24 de febrero en la primera reunión sociosanitaria, en la que anunció la creación de una comisión para elaborar un libro blanco dedicado a este ámbito.

CASTILLA Y LEÓN

Álvarez Guisasola anuncia la futura creación de un Observatorio de Innovación

GM REDACCIÓN
GM Madrid

El consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Francisco Javier Álvarez Guisasola, anunció la semana pasada en Oporto la futura creación de un Observatorio de Innovación en tecnologías médicas y sanitarias, e investigación en resultados de salud y oficinas de transferencia de resultados de la investigación para impulsar las patentes en esta comunidad autónoma.

Es una de las actuaciones que se enmarcarán en el Plan Estratégico de Investigación en Biomedicina 2010-2014, cuya aprobación está prevista en breve. Entre otras funciones, el observatorio tendrá que analizar cómo se transforma la investigación en valor tecnológico y evaluar el rendimiento de esta labor investigadora.

El nuevo plan estratégico recogerá seis ejes de actuación, 30 planes de acción, 18 líneas específicas y 129 medidas concretas y supondrá un desembolso de 100 millones de euros en los cuatro años de funcionamiento, de los que la consejería espera que 10 millones lleguen desde la iniciativa privada. Según se ha destacado, persigue, entre otros objetivos, mejorar la coordinación y articulación de

los agentes públicos y privados del sistema de investigación y fomentar la actividad y la calidad investigadora en el sector biomédico.

Apuesta por la I+D

Según su consejero de Sanidad, Castilla y León es la comunidad autónoma que más porcentaje de sus presupuestos dedica a I+D+i, gracias a la Estrategia Regional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación. Un esfuerzo que se intensifica para Guisasola en el ámbito biomédico, ya que el Gobierno regional invierte en ella hasta un 15 por ciento de la partida económica destinada a la investigación. Como muestra, en este año, se destinarán a estos proyectos alrededor de ocho millones de euros, de los que el 50 por ciento son aportados por la Junta de Castilla y León y la mitad restante por el Instituto de Salud Carlos III.

Guisasola realizó estas declaraciones en el marco de los Encuentros Hispano Lusos para el impulso a las tecnologías de la Salud, un escenario en el que también subrayó la importancia de la investigación biomédica en la reducción de las desigualdades sociales y la promoción de la cooperación entre todas las regiones de Europa.

ASISTENCIA/ Los expertos analizan el uso de fármacos en situaciones especiales

Oncología acapara más de la mitad de los medicamentos de "uso compasivo"

- La nueva norma da más responsabilidad al médico y limita su margen de maniobra

GM E.M.C.
GM Madrid

Cada año la Agencia Española de medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) recibe más de 30.000 solicitudes para el uso compasivo de medicamentos en fase de investigación. Hasta el 57 por ciento se destinan al tratamiento de enfermos de cáncer, mientras el 9,6 por ciento de estas solicitudes se realizan en Neurología, o más de un 6 por ciento llegan desde áreas como Dermatología o el tratamiento del dolor.

Son algunos de los datos expuestos la semana pasada por Dolores Montero, jefa de Farmacovigilancia de la Aemps, durante la jornada "Disponibilidad de medica-

mentos en situaciones especiales: cambios normativos, retos y oportunidades para la medicina individualizada", organizada por el Servicio de Farmacología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda y el Instituto Roche. Un encuentro en el que diferentes especialistas evaluaron el impacto legislativo, administrativo y asistencial de la entrada en vigor del Real Decreto 1015/2009 que lo regula.

Montero también destacó que el organismo recibe más de 6.000 solicitudes anuales de fármacos para un uso alternativo a la indicación autorizada (*off label*). En este caso, las proporciones varían. Casi el 30 por ciento de los medicamentos se emplean en Oncología, pero también tiene un peso importante

la Oftalmología, con un 20 por ciento, y la Neurología y las enfermedades infecciosas, con un 6 por ciento respectivamente.

El papel del médico

Desde el punto de vista asistencial, Alfredo Carrato, especialista del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, subraya que la normativa "agiliza los trámites administrativos y responsabiliza a la institución sanitaria del uso del fármaco, incluyendo aspectos científicos y económicos". Idea que comparte con Antonio Vallano, del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge, que incide en que también supone una mayor responsabilidad del médico.



Jaime del Barrio (Instituto Roche), Jorge Gómez Zamora y Belén Ruiz Antorán (Hospital Pta. Hierro), y Antonio Portolés (Soc. Esp. Farmacología Clínica) abrieron las jornadas.

En el plano de la asistencia sanitaria, el nuevo texto también reconoce el papel de los protocolos terapéuticos definidos por el centro hospitalario a través de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica, lo que, por otra parte, restringe el margen de maniobra del facultativo. En este sentido, Francisco Puigventós, del Servicio de Farmacia del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, destaca que "por primera vez se obliga legalmente a un médico a respetar un

protocolo o unas restricciones establecidas para la prescripción de un medicamento".

Ocho meses después de la aprobación del texto, siguen planteándose algunas dudas que cita Vallano. Entre otras, que podría aumentar la prescripción "inadecuada" de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas. Como consecuencia, expone, no sólo aumentaría el gasto de forma injustificada, sino también el riesgo asociado a su uso innecesario.