

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD | N° 1211. Septiembre 2020

Entrevistas

Josefa Cantero

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

Carlos A. Jiménez-Ruiz

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

Reportaje

El verano del coronavirus: de los rebrotes a la segunda ola

El compañerismo, clave para superar los daños psicológicos de la COVID-19



ATERINA

SULODEXIDA

El tratamiento eficaz
en todos los estadios de la
Insuficiencia Venosa Crónica⁽¹⁾



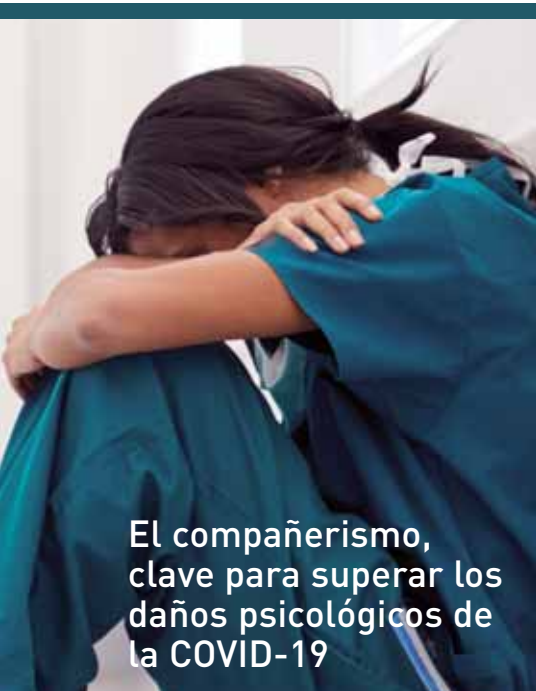
FINANCIADA desde
C3-Edema (moderado-grave)
a C6-Úlcera Venosa



Aportación Reducida

- ✓ Mejora los síntomas y signos
- ✓ Acelera el proceso de cicatrización de las Úlceras Venosas
- ✓ Previene la progresión de la enfermedad

EN PORTADA



El compañerismo, clave para superar los daños psicológicos de la COVID-19

Miedo, ansiedad, insomnio, desesperación, agotamiento... son sentimientos comunes en los profesionales sanitarios que han estado en el día a día de la COVID-19. No solo hay secuelas físicas asociadas al cansancio, a los turnos interminables, al miedo a lo desconocido, a los cambios continuos de protocolos de actuación, los profesionales sanitarios que han estado en primera fila se enfrentan ahora a las secuelas psicológicas, secuelas que tienen que ir curándose poco a poco y con ayuda de profesionales.

20

ENTREVISTAS



Carlos A. Jiménez-Ruiz
Presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

26



Josefa Cantero
Presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

30

REPORTAJES



El verano del coronavirus: de los rebrotes a la segunda ola

El debate entre Comunidades y el Gobierno central por la gestión de la pandemia, la situación de los MIR o los acuerdos en Sanidad de la Comisión de Reconstrucción han sido algunas de las cuestiones que han marcado el verano del coronavirus.

40



Financiación de la FMC, dudas e incertidumbre

48

SUMARIO

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Teletrabajo/Teleasistencia, experiencias durante la pandemia
54

FORO DE EXPERTOS



Vicente Matas Aguilera

Coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada

8



Nuria E. Campillo

CIB Margarita Salas (CSIC)

14



Beatriz Herreros
Farmacéutica.

Departamento de Consultoría Técnico-Farmacéutica de COFM Servicios 31

18

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



La vuelta a la normalidad debe basarse en lo aprendido en la COVID-19
60

OTROS TEMAS



Proyecto PRABEN **66**
Instantánea Médica **74**

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10. Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo e Isabel Sánchez Aguiar

Secretaría de redacción: Gema Román

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nekane Lauzirika, Lucía Gallardo, Paco Romero, Antonio Morente, Ángeles Huertas, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín.

Agencia: Europa Press.

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

Publicidad Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500. e-mail:

elmedico@gruposaned.com. *Publicidad Barcelona*: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional **APP** Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 Sопorte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2020. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. MADRID

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A
Tel. 913 43 47 00
madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Hilarión)

Hilarión Eslava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarión@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00 / 902 30 30 10

Siganos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora






mir



La ada maestra de la actualidad



Retribuciones de los médicos españoles: Grandes diferencias por CCAA y pérdidas importantes desde 2009

Autor  Vicente Matas Aguilera @vicentematas. Coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada

Un año más, desde el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada hemos realizado varios estudios que pretenden conocer las diferencias en las retribuciones, en el año 2019, de los médicos de hospital, primaria y MIR en los diecisiete servicios de salud de España e INGESA (Ceuta y Melilla) y las diferencias con las retribuciones que tenían en el año 2009, antes de los grandes recortes sufridos.

En el estudio se comparan cuatro tipos de médico: Dos de ellos al inicio de su actividad profesional (interinos o eventuales con 30 años o más de edad, uno sin exclusividad y el otro con exclusiva); el tercero propietario con exclusividad, a la mitad de su vida laboral (con 40 años o más de edad, cinco trienios y nivel II de carrera retribuido) y el cuarto propietario con exclusividad en la etapa final de su actividad profesional (con 55 años o más de edad, diez trienios y máximo nivel de carrera retribuido). Se separan claramente lo que son retribuciones de jornada ordinaria de las retribuciones con Atención Continuada/Guardias. En total se comparan ocho diferentes tipos de médico.

Mención especial merece el Instituto de Gestión Sanitaria INGESA (Ceuta y Melilla). En este territorio se percibe un complemento por residencia, cuyo importe es de 937,81 €/mes (11.253,72 €/año), y además en el impuesto de la renta disfrutan de unas retenciones y una tarifa un



Vicente Matas Aguilera

La pérdida de poder adquisitivo desde el año 2009 puede superar el 25 por ciento para muchos médicos

60 por ciento inferior a la del resto de España. Existe también plus de residencia en Baleares y Canarias, pero de mucha menor cuantía. Teniendo en cuenta estas circunstancias excepcionales y para evitar distorsiones en el estudio, los resultados de INGESA no se han usado a la hora de hacer los cálculos de media, máximo y mínimo.

Para el estudio, cuando un médico realiza Atención Continuada-Guardias, a la hora de hacer los cálculos, estimamos el equivalente a 50 horas/mes de presencia física, de ellas 12 en festivo y 12 en sábado.

En el caso de primaria los cuatro tipos de médico realizan su labor en una zona básica con grado de dispersión geográfica G-1 o la menor que exista en el servicio de salud y tienen asignado un cupo de 1.500 personas con la media de edad española.

En el caso de los MIR, se comparan cada uno de los años que componen la residencia, los diferentes conceptos retributivos en las retribuciones por jornada ordinaria, y hemos considerado que adicionalmente realizan una guardia semanal (con frecuencia son más) lo que supone aproximadamente 80 horas mensuales, de las cuales estimamos que 50 horas corresponderán a días laborables, 17 horas a domingo o festivo y otras 13 horas en sábado.



La realización de las guardias es, para los médicos españoles, una obligación en la mayoría de los servicios de salud, pero no un derecho, si en el centro o servicio no se hacen no pueden exigirlos. Se realizan de forma adicional y generalmente después de la jornada ordinaria de trabajo (desde las 15 horas hasta las 8 horas del día siguiente), en sábados domingos y festivos las 24 horas.

Son horas similares a las extraordinarias de los trabajadores de otros sectores y de otras categorías, en tanto que se realizan adicionales a la jornada ordinaria, aunque a diferencia de ellas se retribuyen generalmente, por un importe menor que el de las horas ordinarias (las extras se abonan al 175 por ciento de la hora ordinaria en cualquier sector).

Además, no tienen el límite de las 80 horas al año de las extraordinarias y lo que es más importante son en la mayoría de los casos obligatorias y no voluntarias como son las extraordinarias. Generalmente no computan como tiempo trabajado y tampoco cotizan para la pensión al superar la base máxima en la mayoría de los casos.

Resumen de conceptos de las nóminas

El sueldo base y los trienios son retribuciones básicas, fijadas a nivel central y son iguales en todos los servicios de salud, con la única excepción de la Comunidad Foral de Navarra, en la que el sueldo es superior al resto del Estado en más de un 60 por ciento y no existen los

trienios, que son sustituidos por un sistema de antigüedad basado en quinquenios y grado (cada seis años y siete meses).

En las dos pagas extras, sueldo base y trienios del grupo A1 sufren un recorte de aproximadamente el 40 por ciento desde junio de 2010 y el importe que se percibe es menor que los grupos A2 y B.

El complemento de destino es el mismo para toda España, con la única excepción de Navarra. En el Servicio de Salud Navarro, el médico de Atención Primaria no cobra complemento de destino, lo cobran y en menor cuantía los médicos de hospital y los directores de los centros de salud. Hay pequeñas diferencias (7 u 8 euros) en algunas CCAA. Los médicos en puesto base cobran el nivel 24, inferior al nivel 25 que tienen reconocido otros muchos funcionarios públicos del grupo A1.

Complemento específico y similares (incompatibilidad, productividad fija...), presenta grandes diferencias tanto en el importe de la retribución como en los distintos conceptos por los que se aplica dicha retribución. Ya son muy pocas las CCAA en las que los médicos tienen retribuciones muy distintas según tengan o no dedicación exclusiva (Galicia, Asturias, Navarra, Cataluña e INGESA). Andalucía ha terminado con estas diferencias a partir del mes de septiembre de 2020.

En primaria existen complementos de productividad por tarjetas y dispersión, con gran variabilidad, el importe por tarjeta varía según la edad de la persona asignada y en muchos casos también según la dispersión geográfica. Las diferencias entre CCAA superan el 200 por ciento en algún caso.

La carrera profesional también presenta grandes diferencias, tanto el su nivel de implantación, y dificultad de acceso e importe de su retribución, que puede llegar hasta casi el 50 por ciento en algún nivel.



Las mayores diferencias se dan en la retribución de la hora de guardia/atención continuada. Los importes son los mismos en todas las CCAA para primaria y hospital, excepto pequeñas diferencias en INGESA y Extremadura. En algunas CCAA hay servicios específicos en Atención Primaria y los médicos de los equipos de AP no suelen hacer guardias (Madrid, Navarra, Galicia...).

En el año 2019 las diferencias en laborable son de 10,25 euros/hora (el 56,72 por ciento) entre los médicos andaluces (en último lugar con 18,07 euros/hora)

y los de Murcia (al frente con 28,32 euros/hora). Las diferencias en festivo son de 12,29 euros/hora (el 64,04 por ciento) entre los médicos de Ceuta y Melilla (que están los últimos con 19,09 euros/hora) y los de Canarias (a la cabeza con 31,48 euros/hora). Las diferencias en festivo especial (son como máximo 6 al año) son muy importantes, superan el 195 por ciento entre el máximo y el mínimo, oscilando entre los 19,19 euros/hora en los médicos de Ceuta y Melilla (INGESA) y los 56,64 euros/hora en los médicos de Murcia.

Es justo destacar que en el año 2020 a los médicos andaluces en las guardias se les ha subido, aparte del 2 por ciento general, 2 euros/hora desde enero y otros 2 euros/hora desde julio, con lo que se acercarán a la media nacional y está prevista otra subida de 2 euros/hora para el año 2022.

Los importes anteriores son brutos y teniendo en cuenta que el IRPF es progresivo. De los importes brutos de las guardias pueden ir directamente a hacienda (mediante la retención mensual) entre el 30 y el 45 por ciento, dependiendo de los ingresos totales, pues suponen un incremento de 2 ó 3 puntos porcentuales de retención de todo el importe de la nómina y no solo de las guardias.

De esta forma, la retribución neta por hora puede quedar, en un laborable, entre poco más 10 euros para los peor pagados y unos 16 euros en los que cobran mayor importe. En definitiva, si es necesario contratar a alguna persona para cuidar a los hijos durante la guardia puede darse la paradoja de que le cueste dinero trabajar.

Si es necesario contratar a alguna persona para cuidar a los hijos durante la guardia puede darse la paradoja de que cueste dinero trabajar

plaza la Ley Beckham para extranjeros). Por su contribución al sostenimiento del SNS, es injusto que casi la mitad de la retribución por este tremendo esfuerzo termine directamente en Hacienda y, en general, no compute como tiempo trabajado ni cotice para la futura pensión del médico.

Ahora vamos a ver las retribuciones de las guardias de los MIR y nos vamos a llevar una desagradable sorpresa, pues hay MIR de 4º y 5º año de algunas CCAA que perciben por hora de guardia un importe superior y en algunos casos bastante superior que el que perciben los médicos de otras comunidades autónomas.

Desde luego, la solución a esta discriminación no es bajar el importe a los MIR de algunas CCAA, que sin duda no cobran lo suficiente por el gran esfuerzo que suponen las guardias, sino incrementarlo para los facultativos de las CCAA a los que se les abonan importes tan bajos.

Los MIR tienen la obligación de realizar guardias. Con la realización de estas horas "extra" -por las tardes, las noches, en sábado, domingo y festivo- pueden incrementar un poco su bajo sueldo.

Las diferencias en laborable oscilan entre los 6,03 €/hora (el 63,54 por ciento) en

el residente de primer año (entre 9,49 y 15,52 euros/hora) y los 8,26 €/hora (el 54,16 por ciento) en los residentes de cuarto y quinto año (entre 15,25 y 23,51 euros/hora).

Las diferencias en festivo oscilan entre los 7,06 €/hora (el 74,39 por ciento) en el residente de primer año (entre 9,49 y 16,55 euros/hora) y los 9,39 €/hora (el 59,47 por ciento) en los residentes de cuarto y quinto año (entre 15,79 y 25,18 euros/hora).

Las diferencias en festivo especial (son como máximo 6 al año), superan el 120 por ciento entre el máximo y el mínimo en todos los MIR, oscilando entre los 16,15 €/hora (el 123,4 por ciento) en el MIR de primer año (entre 13,09 y 29,24 euros/hora) y los 26,16 €/hora (el 160,1 por ciento) en los residentes de cuarto y quinto año (entre 16,34 y 42,50 euros/hora).

Los importes anteriores son brutos y teniendo en cuenta, como hemos visto antes, que el IRPF es progresivo y se incrementa la retención en 4 ó 5 o más puntos sobre el total de la nómina. De los importes anteriores van directamente a Hacienda (mediante la retención mensual) más del 25 por ciento en casi todos los casos y se aproxima o supera el 30 por ciento en algunos casos, depende de los ingresos totales anuales y, por tanto, del número de guardias. Finalmente, al MIR llegan en laborable desde unos 7 euros por hora, a los peor pagados de primer año, hasta poco más de 13 para los MIR de 4º ó 5º año mejor pagados.

Retribuciones mensuales netas en jornada ordinaria en 2019

Los resultados sin guardias, solo por la jornada ordinaria de trabajo, en retribución mensual neta, presenta grandes diferencias:

En Atención Primaria, las retribuciones mensuales netas mínimas van desde los

2.004 euros/mes del médico tipo 1 de Andalucía hasta los 3.263 euros/mes del médico tipo 4 de Cataluña.

Las retribuciones mensuales netas medias van desde los 2.460 €/mes del médico tipo 1 hasta los 3.510 euros/mes del médico tipo 4.

Las diferencias en retribución neta entre máximos y mínimos van desde los 592 euros /mes (el 18,13 por ciento) para los médicos tipo 4, hasta los 1.092 euros/mes (el 54,49 por ciento) para los tipo 1.

Para los médicos de hospital, las retribuciones mensuales netas mínimas van desde los 1.916 euros/mes del tipo 1 de Andalucía hasta los 3.315 euros/mes del médico tipo 4 de Canarias.

Las retribuciones mensuales netas medias van desde los 2.425 €/mes del médico tipo 1 hasta los 3.479 euros/mes del tipo 4.

Las diferencias en retribución neta entre máximos y mínimos van desde los 464 euros/mes (el 16,05 por ciento) para los tipo 3 hasta los 1.023 euros/mes (el 53,39 por ciento) el médico tipo 1.

Es importante informar que el médico tipo 1 de Andalucía (sin dedicación exclusiva), por acuerdo de mesa sectorial, desde el mes de septiembre de 2020 comenzará a cobrar un complemento equivalente a la exclusiva (unos 850 euros/mes), con lo que dejará de estar en última posición.

En el caso de los MIR, las retribuciones mensuales netas mínimas van desde los 962 euros/mes para los residentes de primer año, hasta los 1.284 euros/mes para los residentes de quinto año.

Las retribuciones mensuales netas medias van desde los 1.037 euros/mes para el MIR de primer año, hasta los 1.318 euros/mes MIR de quinto año.

La diferencia en el neto entre el máximo y el mínimo llega hasta 160 euros/mes

en el residente de cuarto año y el 15,22 por ciento en el residente de primer año.

Conviene recordar que para llegar a ser médico residente en España es necesario tener un bachillerato con nota extraordinaria, realizar una selectividad excelente, seis años de estudios universitarios y por último preparar durante otro año el examen MIR. Demasiado esfuerzo y muchas exigencias para una retribución tan baja.

Retribuciones mensuales netas con guardias en 2019

Recordemos que las guardias son jornada adicional de 50 horas mes para los médicos y 80 para los MIR y que suponen un importante incremento en la retención del IRPF para toda la nómina. Los resultados con guardias en retribución mensual neta presentan grandes diferencias:

En Atención Primaria, las retribuciones mensuales netas mínimas van desde los 2.601 euros/mes del médico tipo 1 de Andalucía hasta los 4.027 euros/mes del tipo 4 de Andalucía. Las retribuciones netas mensuales medias van desde los 3.264 euros/mes del tipo 1 hasta los 4.220 euros/mes del médico tipo 4.

Las diferencias en retribución neta entre máximos y mínimos van desde los 643 euros/mes (el 17,83 por ciento) para los médicos tipo 3, hasta los 1.380 euros/año (el 53,06 por ciento) para los tipo 1.

En hospital las retribuciones mensuales netas mínimas van desde los 2.517 euros/mes del médico tipo 1 de Andalucía hasta los 3.933 euros/mes del tipo 4 de Andalucía.

Las mensuales netas medias van desde los 3.213 €/mes del médico tipo 1 hasta los 4.201 euros/mes del tipo 4.

Las diferencias en retribución neta entre máximos y mínimos van desde los 646 euros/mes (el 16,42 por ciento) para los médicos tipo 4 hasta los 1.327 euros/mes (el 52,73 por ciento) para el médico tipo 1.

Para los MIR con 80 horas de guardias al mes, las retribuciones mensuales netas mínimas van desde los 1.632 €/mes para los MIR de primer año hasta los 2.148 €/mes para los MIR de quinto año.

Las retribuciones mensuales netas medias van desde los 1.734 € netos al mes para los MIR de primer año y los 2.330 €/mes para los MIR de quinto.

La diferencia en el neto entre el máximo y el mínimo llega hasta 433 euros/mes (el 20,9 por ciento) en el residente de cuarto año.

Pérdidas retributivas anuales en jornada ordinaria entre 2019 y 2009

La mayoría de los Médicos de Primaria que no hacen guardias han sufrido una serie de recortes que aún no se han recuperado y se traducen en la pérdida directa en nómina de hasta 1.994 euros/año (el 3,0 por ciento) en el médico tipo 4,

muy por encima de la pérdida del resto de categorías.

Igualmente, la mayoría de los Médicos de Hospital que no hacen guardias, han su-

frido toda una serie de recortes sin recuperar totalmente, que se traducen en la pérdida directa en nómina de hasta 2.170 euros/año para el médico tipo 4 en cifras absolutas y el 3,70 por ciento para el médico tipo 1, por encima de la pérdida del resto de categorías y empleados públicos.

En casi la mitad de las CCAA los residentes en su jornada ordinaria (sin guardias) siguen sufrido unos recortes que se

Para los médicos será imposible, con subidas lineales, recuperar el poder adquisitivo del año 2009



traducen directamente en la pérdida de hasta 819 euros/año (el 3,7 por ciento) para los MIR de 5º año, muy por encima de profesionales de otras categorías de su mismo nivel retributivo, por ejemplo, el grupo E ya ha superado en más de un 7 u 8 por ciento el nivel retributivo del año 2009, pues los recortes fueron muy pequeños o no existieron por sus bajos salarios.

Pérdidas retributivas anuales médicos con guardias a entre 2019 y 2009

En casi la mitad de las CCAA, los médicos aún no han recuperado las retribuciones del año 2009, en el caso de Atención Primaria que hacen guardias (en el ejemplo 50 horas al mes) tienen pérdidas retributivas directas que llegan hasta 2.754 euros/año (el 5,1 por ciento) del médico tipo 1.

En los médicos de hospital que hacen guardias la pérdida directa llega hasta 1.385 euros/año en cifras absolutas para el médico tipo 3 y el 2,3 por ciento para el médico tipo 1 y 2.

En el caso de los residentes con guardias (en el ejemplo 80 horas al mes), siguen sufrido unos recortes que se traducen directamente en la pérdida de hasta 576 euros/año en el MIR 5 (el 1,5 por ciento).

Pérdidas de poder adquisitivo entre 2019 y 2009

La inflación entre enero de 2009 y diciembre de 2019 ha llegado hasta el 15 por ciento (según datos del INE). Esto quiere decir que para conservar el poder adquisitivo del año 2009 las retribuciones deberían haberse incrementado en un 15 por ciento, y como los recortes para los médicos fueron progresivos y muy superiores al 5 por ciento general (llegaron al 8-9 por ciento y se agravaron en 2012) y ahora los incrementos son lineales, con subidas del 1 por ciento en 2016, otro 1 por ciento en 2017, el 1,75 por ciento este 2018 y el 2,5 por ciento en 2019, la pérdida de poder adquisitivo

es importante. Para los médicos será imposible, con subidas lineales, recuperar el poder adquisitivo del año 2009.

La pérdida de poder adquisitivo de los médicos de Atención Primaria sin guardias llega hasta los 12.061 euros (18,5 por ciento) en el caso del médico tipo 4. La media está en torno al 14 por ciento en todos los tipos de médico. Para los que hacen guardias (50 horas/mes en el ejemplo) la pérdida llega hasta los 14.270 euros (17,6 por ciento) en el caso del médico tipo 4. La media esta cercana al 13 por ciento en todos los tipos de médico.

En los médicos de hospital sin guardias, la pérdida llega hasta los 11.897 euros (19 por ciento) en el caso del médico tipo 4 y llega hasta el 19,4 por ciento en el médico tipo 1. La media supera el 13 por ciento en todos los tipos de médico. Con las 50 horas/mes de guardia del ejemplo, la pérdida llega hasta los 12.928 euros (17 por ciento) en el caso del médico tipo 4. La media está alrededor del 13 por ciento en todos los tipos de médico.

En el caso de la jornada ordinaria en los MIR, es decir sin guardias, la pérdida va desde los 3.974 euros/año (19,4 por ciento) en los facultativos residentes de primer año y llega hasta los 5.172 euros (19,4 por ciento) en el caso del residente de quinto año.

La pérdida media va desde los 2.620 euros/año para los MIR de primer año y llega hasta los 3.531 euros/año en los de quinto año, en todos los casos supera el 15 por ciento en todos los años de residencia.

Añadiendo a la jornada ordinaria las 80 horas/mes de guardia, la pérdida de poder adquisitivo va desde los 5.456 euros/año (el 17 por ciento) en el caso del MIR de primer año y llega hasta los 7.328 euros (16,7 por ciento) en el caso del MIR de quinto año. La pérdida media supera el 13 por ciento en todos los casos.

A estas pérdidas hay que sumarle otras de difícil cálculo, como el incremento de

jornada a las 37,5 horas, que para los médicos con guardias supuso en algunas CCAA, que aún continua para muchos, dejar de cobrar diez horas de guardia; el bloqueo de la carrera profesional; la disminución en las guardias o el paso de alguna a localizadas; y los incrementos de impuestos directos (IRPF) e indirectos (IVA, IBI, tasas...) que no se han revertido totalmente. Sumando estos y algún otro aspecto, siempre negativo para el médico, la pérdida de poder adquisitivo desde el año 2009 puede superar el 25 por ciento para muchos médicos.

En el año 2020 los empleados públicos han tenido una subida de todos los conceptos retributivos del 2 por ciento que también afecta a los residentes, aunque hay servicios de salud que, al parecer, aún no lo han aplicado, como es el caso al menos de Extremadura y Baleares.

Ahora entramos en una crisis sanitaria y económica mayor que la anterior, los profesionales sanitarios y, dentro de ellos muy especialmente los médicos han realizado un tremendo esfuerzo y se han dejado en muchas ocasiones la salud y la vida (62 médicos han fallecido por COVID-19), merecen un tratamiento acorde con su dedicación, esfuerzo y responsabilidad, que las retribuciones actuales, en general bajas y con grandes diferencias entre CCAA, no reconocen adecuadamente ■

Nota

Los informes completos se pueden consultar y descargar en pdf en:

- <http://simeg.org/estudio-comparativo-de-las-retribuciones-de-los-medicos-de-atencion-primaria-en-espana-en-2019-y-diferencias-desde-2009/>
- <http://simeg.org/diferencias-retributivas-de-los-medicos-de-hospital-espanoles-en-2019-y-recortes-desde-2009/>
- <http://simeg.org/retribuciones-mir-2019-y-recortes-desde-2009/>

Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.





La Inteligencia Artificial en el desarrollo de fármacos

Autora | Nuria E. Campillo. CIB Margarita Salas (CSIC)

El coste total para desarrollar un medicamento puede oscilar entre 1.500 y 2.000 millones de euros y el tiempo de trabajo invertido entre 12 y 15 años, con una tasa de éxito del uno por ciento. La inteligencia artificial (IA) puede ayudar a acortar estas cifras y por tanto a elevar la tasa de éxito.



Nuria E. Campillo

El coste total para desarrollar un medicamento puede oscilar entre 1.500 y 2.000 millones de euros y el tiempo de trabajo invertido entre 12 y 15 años, con una tasa de éxito del 1%. El desarrollo de un fármaco para poder llegar a la farmacia es como una carrera de obstáculos, en la que salen muchos, pero llegan muy pocos. Y no hay que olvidar a los animales que se utilizan en los ensayos para saber si un fármaco es eficaz y para evaluar su toxicidad antes de probarlos en los seres humanos y que son necesarios para lograr que un medicamento llegue a la farmacia (Fig 1).

En 2017, según datos extraídos del “Informe sobre usos de animales en experimentación y otros fines científicos” (Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente, 2017) se emplearon con estos fines 802.976 animales, sólo en España. Es evidente que, en la actualidad, el empleo de los animales de experimentación es indispensable para comprobar

La Inteligencia Artificial se está empleando en todas las fases de desarrollo de un fármaco

la eficacia y seguridad de los fármacos, si bien su uso genera cada vez más rechazo en nuestra sociedad. A pesar de que durante los últimos años los científicos han realizado un esfuerzo increíble por reducir y cuidar al máximo la experimentación en animales, recientemente han surgido herramientas que permiten un ahorro durante el

proceso de desarrollo de fármacos tanto en el número de animales, como en el tiempo en poner un fármaco en el mercado y por ende el dinero invertido. ¿Y cómo?, os estaréis preguntando.

La inteligencia artificial (IA) puede ayudar a acortar estas cifras y por tanto a elevar la tasa de éxito. Ya sé que el término inteligencia artificial podemos escu-

charlo al día probablemente unas 20-40 veces, los medios de comunicación nos hablan de ella, el vecino, la cuñada... ¿Pero sabemos realmente qué es la Inteligencia Artificial? Y lo más importante, ¿dónde puede ser útil?

La Inteligencia Artificial es la capacidad que tienen las máquinas para aprender. ¿Y cómo aprenden? Pues dependiendo de la tarea que se pretenda realizar hay diferentes herramientas como el Machine Learning (Aprendizaje Automatizado) o el Deep Learning (Aprendizaje Profundo), este último utiliza redes neuronales de razonamiento, intentado imitar al cerebro humano.

Seguramente cuando nos hablan de Inteligencia Artificial muchos de nosotros pensamos en grandes máquinas, robots, coches autónomos... y sí, la Inteligencia

Figura 1.



Artificial es todo eso, pero también abarca muchas más aplicaciones.

Y entre dichas aplicaciones, en este artículo quiero destacar su gran utilidad en el desarrollo de medicamentos. De hecho, ya se está empleando IA en todas las etapas del desarrollo de fármacos, desde la identificación de la diana terapéutica causante de la enfermedad, que es donde el fármaco va a ejercer su acción para lograr la cura de la enfermedad, pasando por el diseño que permite conocer a priori qué características deben cumplir las moléculas candidatas a fármaco para actuar sobre dicha diana. Otras aplicaciones incluyen la predicción de cómo serán absorbidos por el organismo estos nuevos compuestos, cuán-

to permanecerán en nuestro cuerpo, si pueden ser administradas oralmente o es necesaria otra vía.... También es una herramienta muy útil para la identificación de medicamentos que pueden emplearse en diferentes patologías (reposicionamiento de fármacos), hasta la elección de los pacientes idóneos para los ensayos clínicos.

A lo largo de las últimas dos décadas, nuestro grupo de investigación (CSIC) ha estado trabajando en el área de la Química Médica, en concreto en el desarrollo de fármacos para enfermedades neurodegenerativas e infecciosas. Nos hemos especializado en el empleo de técnicas computacionales para el diseño e identificación de los candidatos a fármacos, siendo

las redes neuronales artificiales una herramienta muy poderosa.

Durante los últimos años, gracias a una colaboración con un grupo de investigación del CONICET (Argentina), empezamos a desarrollar modelos de IA, empleando machine learning con el fin de predecir cualquier propiedad biológica de un posible fármaco, sin necesidad de obtenerlo en el laboratorio y sin necesidad de realizar experimentación en animales. ¿Y cuáles son las propiedades biológicas de un fármaco? Pues son propiedades tan importantes como la capacidad que tiene el fármaco de unirse a la diana terapéutica responsable de una patología, si presenta toxicidad, o si atraviesa la barrera hematoencefálica, que protege nuestro ce-



rebros de posibles sustancias tóxicas. El paso a través de dicha barrera es obligatorio para los medicamentos que actúan a nivel del sistema nervioso central, por ejemplo, los fármacos contra la enfermedad de Alzheimer. Desgraciadamente, no todos los fármacos atraviesan dicha barrera, una condición clave para continuar con el desarrollo de los mismos, como etapa previa para sus ensayos posteriores, incluyendo modelos animales. Disponer de herramientas como el machine learning o Deep Learning nos permiten predecir estas propiedades, a semejanza de los meteorólogos con la predicción del tiempo a través de los modelos matemáticos desarrollados. Estos modelos aprenden de los datos de entrada, en nuestro caso las estructuras químicas, y de la correspondiente propiedad biológica asociada que queramos predecir para nuevas moléculas.

En este contexto, nos proponemos la creación de una empresa biotecnológica, Aitenea, cuyo objetivo es la comercialización de una plataforma on-line donde se


integren modelos matemáticos predictivos basados en inteligencia artificial para la predicción de cualquier parámetro físico-químico, toxicológico o farmacológico que facilite el desarrollo de fármacos. Esta estrategia debería permitir un proceso más rápido, efectivo y económico. Estos modelos que utilizan Deep Learning superan en rapidez de cálculo a otros métodos computacionales convencionales, definiendo un abanico de propiedades que describan muy específicamente el comportamiento de un fármaco. Esta información es la que la investigación farmacéutica necesita para poder acelerar su desarrollo preclínico, seleccionando mejor los candidatos por los que apostar y maximizando las opciones de éxito.

En la presente crisis sanitaria causada por el SARS-CoV-2, donde se carece de

un tratamiento eficaz para la COVID-19, la Inteligencia Artificial posee un gran arsenal de herramientas que puede ayudar a frenar el avance de dicho virus y desarrollar tratamientos eficaces para la enfermedad. En uno de nuestros proyectos, mediante técnicas de Deep Learning, y utilizando como entrada la información existente sobre los diferentes tratamientos para otros coronavirus como el SARS-CoV o el MERS, generaremos modelos que puedan utilizar quimiotecas (grandes colecciones) de fármacos como la de la FDA (U.S. Food & Drug Administration) tanto para el reposicionamiento de fármacos, es decir utilizar un fármaco desarrollado anteriormente para una patología en una nueva, como para la identificación y diseño de nuevos antivirales. Estos modelos requieren para su aprendizaje una gran cantidad de datos, tanto positivos como negativos. El input o los datos de entrada serán las estructuras de los antivirales utilizados para los coronavirus antes mencionados y los compuestos que se han quedado por el camino- ¿recordáis la carrera de obstáculos que hablábamos al principio?, pues esos compuestos también son útiles- junto con su correspondiente valor de actividad biológica, es decir la capacidad de eliminación del virus. Con toda esa información la red neuronal aprenderá, y como resultado,

En la presente crisis sanitaria, la IA posee un arsenal de herramientas que puede ayudar a frenar el avance del virus y desarrollar tratamientos eficaces

cuando le planteemos una estructura química, ya sea de nueva síntesis, o existente, como el reposicionamiento de fármacos, dicha red neuronal predecirá si ese compuesto puede matar al virus, evitando ensayos o síntesis inútiles. El ahorro de tiempo y dinero es enorme, en una situación de crisis como la que vivimos ambos factores son cruciales, y la inteligencia artificial es clave para la identificación de antivirales contra el SARS-CoV-2, o de agentes infecciosos de futuras pandemias ■



coloquios
El Médico



Sistemas Personalizados de Dosificación

Autora | Beatriz Herreros. Farmacéutica. Departamento de Consultoría Técnico-Farmacéutica de COFM Servicios 31

En Europa el coste económico de la falta de adherencia se ha contabilizado en 125.000 millones de euros y 200.000 muertes prematuras al año, asociándose además con una menor calidad y esperanza de vida. En el ámbito farmacéutico existe una herramienta muy útil y cada vez más utilizada para paliar la falta de adherencia: los Sistemas Personalizados de Dosificación de medicamentos (SPD).



Beatriz Herreros

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia del paciente a su tratamiento como la toma de la medicación de acuerdo con la dosis y pauta prescrita por su médico y su persistencia en el tiempo. Aunque a priori puede resultar una premisa sencilla de alcanzar, sabemos que más de un 50% de pacientes polimedificados o mayores que viven solos tiene una mala adherencia a sus tratamientos. De hecho, la causa más común de este problema sanitario es algo tan sencillo como el olvido, mientras que la segunda y tercera causas más comunes son la confusión de medicamentos y la repetición de dosis. Sus consecuencias son de gran relevancia para el paciente, ya que implican una disminución de la efectividad de los tratamientos y un aumento de

la probabilidad de experimentar efectos secundarios. Además, la falta de adherencia supone un importante coste para el sistema sanitario, tanto a corto plazo, debido a posibles intoxicaciones, interacciones de medicamentos, etc., como a largo plazo, por un tratamiento inadecuado de enfermedades crónicas, por ejemplo.

pérdida de memoria, ausencia de sintomatología, etc.), asociados a la medicación (tratamientos complejos, efectos secundarios, tratamientos crónicos, etc.), relacionados con el entorno y finalmente, asociados al médico (mala relación médico-paciente, sensación de que no se les escucha/ conoce, cambios del profesional que atiende al paciente y cambios de marcas por genéricos entre otros).

La elaboración de SPD supone una adecuación de las instalaciones y el cumplimiento de un estricto protocolo de trabajo

factores relacionados con la situación del propio paciente (edad, problemas sociales, económicos, nivel de educación, etc.), con la enfermedad (depresión, ansiedad,

Por qué se incumple

Los factores asociados con el incumplimiento son variados y están relacionados entre sí. Entre ellos podemos mencionar

SPD en la farmacia, herramienta esencial

Al ser un problema multifactorial, las aproximaciones posibles para mejorar el cumplimiento incluyen estrategias variadas. En algunos casos, intervenciones informativas o educativas como completar la información oral con información escrita o tener en cuenta el nivel cultural del paciente, son suficientes. A veces son necesarias estrategias de apoyo y seguimiento, como re-

cordatorios de las tomas a través de llamadas o visitas domiciliarias. Aunque actualmente, a estas medidas se han sumado otras tecnológicas como la utilización de aplicaciones en el teléfono móvil para realizar recordatorios. En ocasiones, está en manos del médico prescriptor llevar a cabo actuaciones para facilitar el cumplimiento, como utilizar la prescripción mediante receta electrónica o la simplificación de los tratamientos terapéuticos.

Si hablamos de la aportación del farmacéutico a la solución de este problema sanitario, además de los servicios de atención farmacéutica como el seguimiento farmacoterapéutico o la revisión de la medicación, que pueden ayudar a prevenir la falta de adherencia, existe una herramienta muy útil y cada vez más utilizada: los Sistemas Personalizados de Dosificación de medicamentos (SPD). Su elaboración por parte de las oficinas de farmacia está contemplada en el artículo 86.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

¿Qué es y en qué consiste el SPD?

El servicio de Sistemas Personalizados de Dosificación de medicamentos supone mucho más que ofrecer al paciente un envase tipo blíster de un único uso con la medicación adecuada para cada día de la semana y para cada toma. El reacondicionamiento de los medicamentos implica una gran responsabilidad y un conocimiento profundo de los fármacos, su estabilidad, su pauta terapéutica, la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la conciliación de los tratamientos. En este aspecto, es muy importante la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios que atienden al paciente, especialmente entre médico y farmacéutico.

Además, a nivel técnico, la elaboración de SPD supone una adecuación de las instalaciones y el cumplimiento de un estricto protocolo de trabajo, así como la justifica-

ción de todo el proceso en los registros que sean necesarios. Por todo lo anterior, es el farmacéutico el profesional sanitario más indicado para llevar a cabo esta medida.

Otros aspectos muy importantes para tener en cuenta en la implantación del servicio de SPD son los relacionados con el correcto tratamiento de los datos de carácter personal del paciente que la farmacia va a manejar y archivar (especialmente datos de tratamiento farmacoterapéutico) y la obligación de recabar un consentimiento informado del paciente (o su cuidador) para iniciar el servicio.

Actualmente ya son muchas las farmacias que, en la última década, ofrecen este servicio de una manera estandarizada y en cuyo desarrollo han participado asociaciones profesionales y entidades colegiales. Sin embargo, su implantación no se ha producido de forma homogénea en todo el territorio de España. Algunas comunidades autónomas en las que el servicio de SPD se encuentra incluido en un programa concreto financiado por la Administración, sí han establecido procedimientos para la acreditación de las oficinas de farmacia como, por ejemplo, Murcia, Navarra y País Vasco. En otras comunidades, se han establecido convenios con entidades privadas o programas de colaboración con la Administración. Este es el caso de la Comunidad de Madrid a través del Programa de Atención al Mayor Polimedcado en el que se coordinan actividades entre los profesionales sanitarios de atención primaria, atención especializada y oficinas de farmacia para mejorar la adherencia en pacientes de más de 74 años que toman 6 o más medicamentos.

La gran ventaja del sistema farmacéutico en España es que existen 22.701 oficinas de farmacia (datos de 2018) distribuidas por todo el territorio nacional, atendiendo las necesidades asistenciales de la población tanto de núcleos urbanos como rurales. El farmacéutico es el profesional sanitario más cercano al paciente y con el que establece una relación de confianza,



por lo que la elaboración de los dispositivos de SPD con una regularidad, por ejemplo, semanal, es una herramienta muy útil para actuar sobre la adherencia terapéutica.

Si se quiere asegurar el éxito de los SPD, es fundamental seleccionar adecuadamente los pacientes que puedan beneficiarse de esta solución. En este sentido, es muy importante la labor del farmacéutico en el cribado de los pacientes. La actitud proactiva en el mostrador, la capacidad de liderazgo del farmacéutico titular que quiera promover este servicio en su oficina de farmacia, así como una comunicación fluida, clara y de confianza con el paciente son esenciales para el éxito del SPD.

Como paciente, disponer de la medicación de manera ordenada y ajustada a la prescripción médica, supone una gran tranquilidad (también para los familiares) y la seguridad de que sus enfermedades estarán tratadas de la manera adecuada. Los principales beneficiarios de este servicio son pacientes polimedcados (en especial mayores), pacientes con alguna limitación o incapacidad o que viven solos. Pero también personas jóvenes con pautas complejas de medicación, con varios tratamientos simultáneos o incluso personas que viajan frecuentemente por motivos de trabajo ■

El compa





REPORTAJE DE PORTADA

ñerismo, clave para superar los daños psicológicos de la COVID-19

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | EL MÉDICO



REPORTAJE DE PORTADA

El compañerismo, clave para superar los daños psicológicos de la COVID-19

Miedo, ansiedad, insomnio, desesperación, agotamiento... son sentimientos comunes en los profesionales sanitarios que han estado en el día a día de la COVID-19. No solo hay secuelas físicas asociadas al cansancio, a los turnos interminables, al miedo a lo desconocido, a los cambios continuos de protocolos de actuación, los profesionales sanitarios que han estado en primera fila se enfrentan ahora a las secuelas psicológicas, secuelas que tienen que ir curándose poco a poco y con ayuda de profesionales.

El manejo de los aspectos psicológicos de los profesionales sanitarios ha sido clave en la pandemia por la COVID-19. Esta situación se vio desde el principio en el Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, donde se puso en marcha un protocolo de ayuda psicológica en la interconsulta hospitalaria de Psiquiatría. Marisa García Ontiveros, psicóloga clínica de dicho centro, explica a EL MÉDICO que la primera semana de la pandemia hubo un desbordamiento absoluto, donde la mayor parte de los profesionales se preguntaba qué está pasando. “Era algo desconcertante, de extrañeza, donde había que estar trabajando y ubicarse ante los continuos cambios que se estaban produciendo”, apunta la especialista, quien añade que los profesionales se enfrentaban cada día a nuevos protocolos, nuevos tratamientos, nuevas situaciones... y todo esto generaba una incertidumbre con la que tenían que lidiar cada día.

Las siguientes semanas -continúa García Ontiveros- “vivimos ya situaciones de ansiedad que generaron malestar y se tradujeron en síntomas de todo tipo, como insomnio y falta de concentración”.

Miedo y culpabilidad

Y llegó el miedo: el miedo a contagiarse, a contagiar a sus familias, a contagiar a sus compañeros, a contagiar a los pacientes... Junto al miedo apareció el senti-

miento de culpa de los que se infectaron y tuvieron que irse a casa. “Muchos profesionales se sintieron culpables por no poder estar trabajando, al pie del cañón, ayudando a los enfermos”. La culpabilidad también llegó en forma de angustia por el riesgo que corrían sus familias.

Para superar el sentimiento de culpabilidad, Raquel Rivero, psicóloga de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, comenta que es importante identificar aquellas cosas que hacen tener estos sentimientos. Es decir, detectar qué es lo que genera

esta emoción. Es fundamental también aceptar que los errores forman parte de la vida y, en una situación como esta, lo normal es cometer errores. “Es importante poder expresarlo, hablar con alguien de cómo nos

estamos sintiendo. Si esta persona es de tu misma profesión o ha pasado por circunstancias similares puede ayudar a ver que no somos los únicos que nos sentimos así y de, esta manera, poner perspectiva”.

Por su parte, Jaime del Corral, psiquiatra del mismo centro sanitario, indica que la culpa es una reacción psicológica habitual en personas sometidas a situaciones de estrés elevado. “Cuando acontece un hecho que nos supera, desarrollamos un sentimiento de responsabilidad sobre lo que ha pasado porque así nuestra mente intenta recobrar la sensación de poder evitar que se repita”.

Ahora lo que quedan son recuerdos y miedo por si vuelve. Para esto, asegura la psicóloga del Hospital Gregorio Marañón, hay que estar preparados. Mientras tanto se sigue ofreciendo soporte a los profesionales para que puedan gestionar sus pesadillas, su tristeza y desolación.



Sentimiento de unidad

Esos sentimientos son los que describe María, nombre ficticio, a EL MÉDICO. Trabaja como enfermera en un hospital en el norte de la provincia de Cáceres. “Hemos pasado una situación terrible. Al principio, estábamos desesperados, nos hacíamos los EPI con bolsas de basura, la desesperación era absoluta”, describe María con la voz entrecortada.

Una de las cosas positivas de la COVID-19 ha sido lo que nos ha unido a todos los profesionales. “El compañerismo ha sido lo que nos ha ayudado. Nos necesitábamos los unos a los otros. Con tus compa-

ñeros era con quien te sentías protegida y podías compartir tu ansiedad, tu insomnio, tu miedo”.

En el centro donde trabaja María no han puesto a disposición de sus trabajadores ninguna herramienta para canalizar y manejar la situación vivida. No han tenido ningún tipo de apoyo institucional, y lo está resolviendo cada uno como puede, señala.

De hecho, María se ha apoyado en su familia. “Cuando empezó todo –recuerda– me planteé irme con una compañera a un piso para no contagiar a mi marido y mis cuatro hijos; pero mi marido me dijo que estába-

mos juntos en la salud y en la enfermedad. Ha sido muy complicado gestionar el miedo a contagiarnos, pero sin duda, han sido mi gran apoyo”.

Gestión de la ansiedad

Lo que no se le quita de la cabeza a la enfermera es la ansiedad que le ha generado la pandemia, “mejoras el ánimo, pero la ansiedad sigue ahí y no puedes estar toda la vida tomando ansiolíticos”.

Para gestionar la ansiedad y el estrés post-traumático, en el Hospital Gregorio Marañón plantearon hacer sesiones para los profesionales sanitarios. Marisa García Ontiveros indica que la atención se lleva a cabo en cuatro sesiones. En la primera se maneja la regulación emocional para poder hacer frente al miedo, la ansiedad y el estrés; la segunda se dedica al duelo para ver qué se ha perdido, donde la forma de trabajar es distinta. “Se han perdido muchos espacios de seguridad y de bien hacer; es decir, se ha perdido el control de la situación”, detalla la experta, quien añade que la tercera sesión se centra en los recursos personales, y la cuarta en el autocuidado.

Los daños psicológicos de los profesionales sanitarios son una afectación colateral de la pandemia que hay que tratar. “Los profesionales tienen que reconocer el daño emocional y para ellos es una situación extraña, que puede durar en el tiempo”. En este contexto, es muy importante el autocuidado, ya que las emociones vividas y las secuelas pueden ir aflorando poco a poco y con el paso del tiempo. Por eso, las sesiones para dar apoyo psicológico a los profesionales sanitarios se van a mantener en el tiempo para que puedan ir acudiendo en la medida que lo necesiten. Para ello, desde la unidad interhospitalaria se han diseñado las sesiones con total flexibilidad, adaptándose a cada situación y a cada necesidad.

Cuidar la salud de los profesionales

Las secuelas psicológicas de los profesionales sanitarios se han valorado en





REPORTAJE DE PORTADA

El compañerismo, clave para superar los daños psicológicos de la COVID-19

algunos estudios. María Fe Bravo, jefa de servicio del Área de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental del Hospital La Paz, de Madrid, apunta a que tras la COVID-19, más del 70 por ciento del personal sanitario había sufrido estrés, el 40 ansiedad y cerca del 30 por ciento había padecido insomnio, tanto durante los peores momentos de la pandemia, como después.

Para cuidar la salud de los profesionales, en área de salud de la Zona Norte de Cáceres pusieron a disposición de los sanitarios un teléfono de ayuda psicológica. Asunción Bacaicoa, médico de Atención

Primaria, comenta que la situación estresante que se ha vivido en Primaria se debió, principalmente, a la incertidumbre y a los sucesivos cambios producidos a la hora de trabajar.

Tras la COVID-19, más del 70% del personal sanitario había sufrido estrés; el 40%, ansiedad; y cerca del 30%, insomnio

social del centro de salud, desarrollaron un taller para gestionar la ansiedad y el miedo a la enfermedad. El taller ha tenido muy buena acogida y se ha trabajado mucho en el manejo de la ansiedad y del miedo de la situación vivida.

Tras más de dos meses intensos de trabajo, el estrés y el cansancio han hecho mella en los profesionales. Por eso, Bacaicoa, junto con la trabajadora

Jesús Millán, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, asegura que ha sido la situación más dura que ha vivido en su vida profesional. “Un porcentaje, nada desdeñable, de médicos ha pensado en dejar la profesión, ha sido muy duro. Hemos tenido que convivir con miedo, preocupación, impotencia por no llegar a todo,... pero el resultado ha sido positivo, hemos podido salvar muchas vidas, con un coste tremendo”.

Muchos de los enfermos les decían a los médicos y enfermeras que se despidieran de sus familias y, en palabras del internista, “ha sido terrible para los profesionales”. Millán destaca que en el Gregorio Marañón han tenido el privilegio de contar con el apoyo del Servicio de Salud

Las consecuencias de volver a lo vivido

Volver a la situación vivida puede tener un impacto devastador para la salud mental del personal sanitario, según Gonzalo Salazar de Pablo, psiquiatra e investigador predoctoral de la Universidad Complutense de Madrid y del Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia del King's College, que ha hecho una revisión sobre la situación que se ha publicado en *Journal of Affective Disorders*.

Según el especialista, no se ha llevado a cabo la preparación necesaria a nivel psicológico del personal sanitario. Por eso, una segunda oleada puede mellar considerablemente la salud mental de los profesionales sanitarios.

En su revisión ha evaluado cuál es el impacto de los coronavirus (SARS, MERS y COVID-19, de manera separada y conjunta) en la salud física y salud mental de los profesionales sanitarios. Así, ha comprobado el alto impacto que han tenido dichos coronavirus en la salud mental de los profesionales, no solo en la crisis del COVID-19, sino también en la del SARS y en la del MERS.

Los profesionales han estado expuestos a una gran cantidad de estrés y eso ha llevado a problemas psicológicos importantes. Entre ellos, más de un tercio ha tenido problemas de insomnio y 'burnout' (trabajador quemado o agotado). Más de uno de cada cuatro ha tenido síntomas depresivos o de ansiedad y además ha sufrido estigma debido a su profesión y el contacto con el virus.



Mental y Psicología “que a las 48 horas de la pandemia nos facilitaron un protocolo para ayudarnos. Ha sido un gran apoyo”. Ahora sigue el miedo, la preocupación y la inquietud. “Hemos aprendido mucho y hemos reforzado nuestra vocación de servir a la sociedad”.

Aprendizaje

En su opinión, estos meses también han supuesto para muchos profesionales una cura de humildad. “Hemos visto que la Medicina nos hace humildes porque nos demuestra que nos podemos equivocar y como seres humanos no somos infalibles; no se puede abarcar todo”.

El especialista comenta que un aspecto positivo de todo lo vivido ha sido el

trabajo en equipo y lo que se han enriquecido todos los profesionales. Es más, “muchos superespecialistas han redescubierto la Medicina, en el manejo global del paciente”. En el citado Servicio de Medicina Interna han estado trabajando más de 130 especialistas de especialidades muy lejanas a la Interna que han dado lo mejor de sí mismos. De eso se siente muy orgulloso Millán, quien además ha querido agradecer a la sociedad española todo el apoyo que han ofrecido a los profesionales sanitarios, “apoyo que nos ha dado ánimo para

ofrecer la mejor asistencia a nuestros pacientes”.

Insomnio

Trabajar en equipo y el apoyo entre compañeros han sido las claves para manejar los efectos psicológicos de la pandemia

Luisa González, anestesista del Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Madrid, coincide con sus colegas al señalar que el miedo, los cambios en la

forma de trabajar, los cambios en los protocolos, en los circuitos dentro del hospital y la incertidumbre sobre cómo enfrentarse a lo desconocido han sido los sentimientos más destacados a la hora de trabajar durante la pandemia. “Gracias al compañerismo hemos podido superar muchos malos momentos”. Eso sí, la especialista detalla a EL MÉDICO que casi todos los profesionales han sufrido insomnio y dolores de cabeza continuos. “Llegabas a casa y era imposible dormir, aunque estábamos cansados, no conseguíamos conciliar el sueño”.

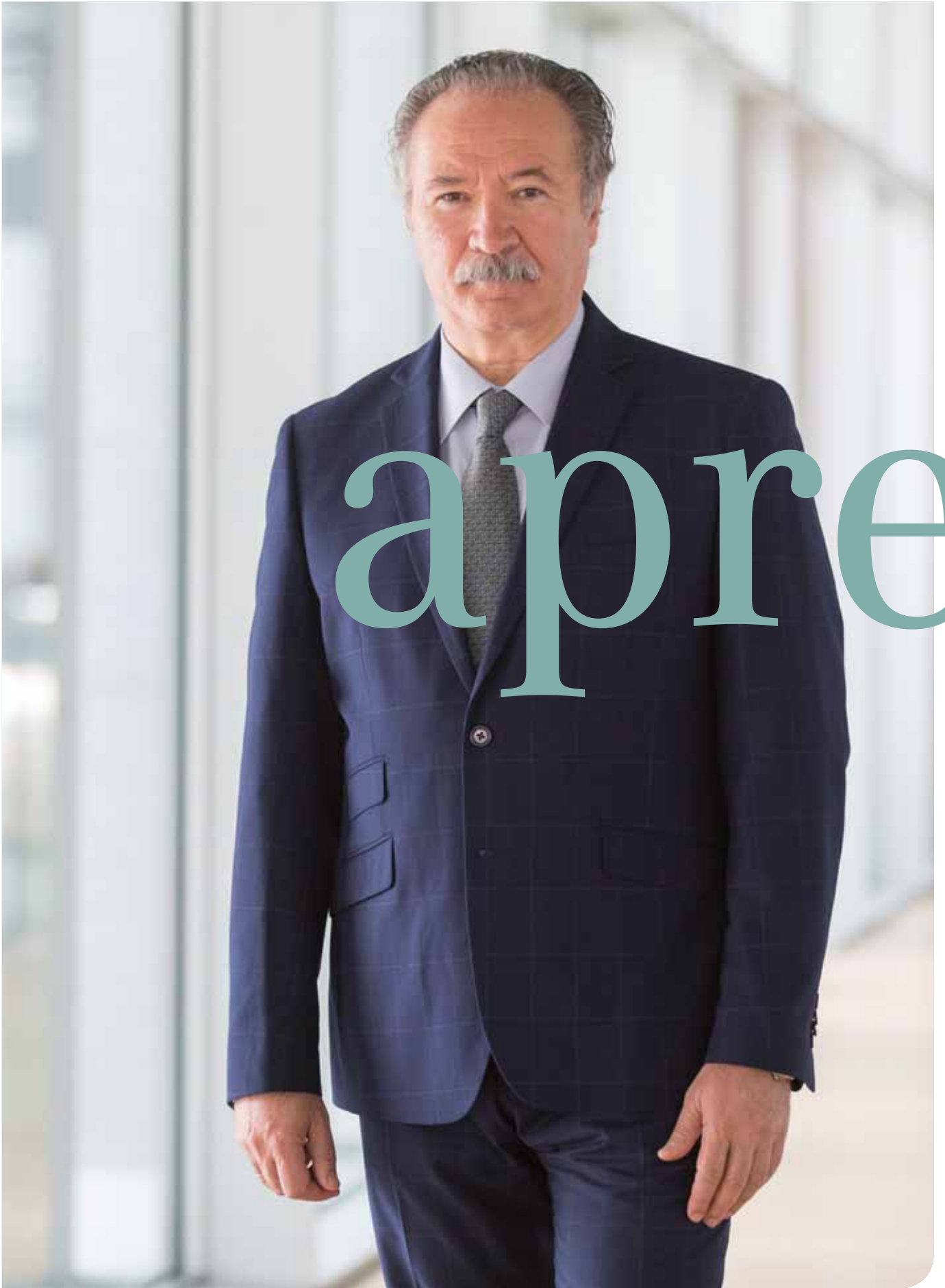
Luisa Gómez es madre de seis hijos y el miedo a contagiarles estuvo presente en las primeras semanas de la pandemia. “Cuando estaba en contacto directo con pacientes COVID-19 extremaba aún más las medidas. No podía abrazarlos, estar con ellos... fueron momentos muy duros. El aislamiento emocional es horrible”. Poco a poco fue controlando ese miedo, “ya que cuando empezamos a contar con buenos equipos de protección, la seguridad fue mayor”.

Trabajar en equipo, codo con codo, cada profesional dando lo mejor de sí mismo y el apoyo entre compañeros han sido las claves para manejar los efectos psicológicos de la pandemia ■

Nota de Redacción

Este reportaje se realizó a finales de julio.





apre



Debemos aprender

de lo pasado en la COVID-19
y evitar las carencias
que hemos tenido

Carlos A. Jiménez-Ruiz

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

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | SEPAR



“Debemos aprender de lo pasado en la COVID-19 y evitar las carencias que hemos tenido”

Una de las enseñanzas que ha dejado la COVID-19 es la necesidad de un trabajo coordinado para poder realizar una mejor asistencia a los pacientes. Se ha aprendido mucho, tal y como cuenta a EL MÉDICO Carlos A. Jiménez-Ruiz, presidente de la SEPAR.

¿Cuáles son/serán las repercusiones clínicas respiratorias de la pandemia de la COVID-19?

La SEPAR ha iniciado el Registro de Pacientes con COVID-19, el RECOVID. El registro agrupará a más de 5.000 pacientes que han padecido la COVID-19 y que han sido atendidos en las unidades y los servicios de Neumología de más de 40 hospitales españoles. Se trata de un registro retrospectivo y prospectivo mediante el cual los pacientes van a ser seguidos durante 6 meses después del padecimiento de la enfermedad. Estamos convencidos de que cuando analicemos los datos del registro tendremos conocimientos acertados sobre el diagnóstico, el tratamiento, la evolución y el pronóstico de la COVID-19.

¿En qué situación neumológica se encuentran los afectados?

Las principales complicaciones han sido las relacionadas con la patología vascular pulmonar, puesto que se han descrito casos de tromboembolismo pulmonar y con la afectación pulmonar intersticial, secuela de la neumonía que padecieron. No obstante, lo importante es reseñar que tendremos datos más precisos cuando podamos analizar los resultados del RECOVID.

¿Cómo influirá a nivel respiratorio las largas estancias en UCI?

Hasta ahora sabemos que los pacientes salen con afectación muscular importante y que algunos padecen cierto grado de insuficiencia respiratoria. Además, sufren las secuelas habituales que ocasionan las largas estancias en la UCI. Pero se requiere de periodos de mayor seguimiento

para conocer exactamente cuál será el impacto respiratorio final.

¿Cómo pueden afectar las infecciones del tracto respiratorio estacionales en los pacientes que han superado la COVID-19?

Es importante que se empiece a preparar cómo nos vamos a enfrentar a lo que puede pasar en este otoño. La aparición de la habitual epidemia de la gripe y la de un posible rebrote de la epidemia de la COVID-19. Disponer de test rápidos seguros y fiables para el diagnóstico de la COVID-19 será fundamental. Por supuesto, poder disponer de tratamientos curativos para la COVID-19 sería clave, pero esto parece todavía lejano. Disponer de los resultados de algún estudio que se está realizando y evaluando la eficacia de algunos tratamientos para prevenir la infección por SARS-CoV-2 o su peor evolución, también podría ser muy determinante.

¿Habrá que tener algún cuidado especial?

Es muy necesario que tanto ahora como después se extremen al máximo las medidas de prevención con el lavado frecuente de manos, mantenimiento de distancia y uso de mascarillas.

¿Qué papel tiene la vacuna de la gripe?

La utilización de la vacuna de la gripe servirá para reducir las tasas de padecimiento de esta enfermedad. Además, puede servir para ayudar a diferenciar entre un diagnóstico de COVID-19 y de gripe.

¿Se ampliarán los grupos de riesgo?

Esto está siendo discutido y analizado por los expertos. Sin duda que en un futuro inmediato tendremos datos claros y específicos sobre este tema.

¿Qué se ha aprendido de la pandemia?

La necesidad de estar coordinados, de disponer de recursos humanos y técnicos suficientes y de establecer medidas de prevención y control en tiempo adecuado y que estas sean cumplidas por toda la población.

¿Qué papel ha tenido y tendrá el neumólogo en la gestión de esta situación?

El papel de la Neumología durante esta crisis ha sido fundamental desde todos los puntos de vista. Los neumólogos han trabajado con ahínco para procurar la mejor asistencia sanitaria de todos los pacientes, han aplicado las técnicas que les son propias con gran habilidad, con excelentes y eficientes resultados. Quiero reseñar aquí de manera muy especial el gran papel desempeñado por los neumólogos en la aplicación de las técnicas de ventilación mecánica no invasiva que han servido para poder prestar una correcta asistencia sanitaria a muchos pacientes que no eran subsidiarios de haber ingresado en la UCI o que, simplemente, no podían hacerlo por falta de camas o ventiladores. Y gracias al uso de técnicas que nos son propias a los neumólogos, como la oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva y CPAP, se ha conseguido salvar sus vidas. Además, la realización de fibrobronoscopias y sus técnicas asociadas han servido para curar y diagnosticar a muchos pacientes.

¿Qué papel ha tenido la formación?

Los neumólogos también han desempeñado otras actividades relevantes, entre las que se cuentan la formación y la docencia sobre esta enfermedad dirigida a otros profesionales sanitarios. La SEPAR ha hecho hasta más de 20 webinar formativas para todos los profesionales sanitarios durante esta epidemia e incluso se ha puesto en marcha un curso online sobre manejo clíni-

co de la COVID-19 gratuito para todos los profesionales sanitarios y que lo han realizado 1.500 profesionales. Y quiero reseñar también las actividades de investigación que los neumólogos estamos llevando a cabo. El registro RECOVID es una de ellas, pero también se están realizando otras en colaboración con la ERS y con el CIBERES.

¿Cómo ha sido/será el trabajo con la gerencia de los centros?

Es imprescindible que el trabajo con la gerencia sea consensuado y bien coordinado. Tanto los neumólogos como los gerentes nos necesitamos unos a otros y deben entender, comprender y saber todo el trabajo y la asistencia que les podemos ofertar. Ellos deben facilitarnos poder realizarlo. Con este trabajo coordinado, conjunto y generoso por ambas partes será como seamos capaces de ofertar la mejor asistencia sanitaria de nuestros pacientes.

¿Cómo ha sido la coordinación entre administraciones (central y autonómica)?

Ha tenido luces y sombras. Se ha ido aprendiendo al andar. En el caso de un rebrote sería necesario que se potenciase aquello que ha funcionado bien y que se eliminasen los aspectos que no han demostrado ser eficaces.

¿Estamos preparados para posibles rebrotes?

No lo sé con exactitud, pero me temo que no. ¡Ojalá y me equivoque! Necesitamos seguir disponiendo de los recursos humanos y técnicos que se han mostrado necesarios durante el momento álgido de la epidemia. Un gran número de las contrataciones de personal que se han realizado deberían seguir vigentes. Muchas de las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios que se crearon durante la epidemia deberían seguir disponibles y preparadas para atender a posibles rebrotes. Necesitamos disponer de un stock de EPIs que hagan imposible volver a padecer la escasez que se ha sufrido y que ha sido causa de que muchos de

nuestros colegas hayan sido infectados. En fin, debemos aprender de lo pasado y evitar las carencias que hemos tenido.

¿Qué es mejorable desde el punto de vista organizativo para agilizar la atención?

Una mayor coordinación entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria y hospitalaria, pero, sobre todo, una mayor coordinación entre las autoridades político-sanitarias y los profesionales de la salud.

Como sociedad científica, ¿han acudido a ustedes las autoridades sanitarias para elaborar los planes de actuación?

Sin duda que han acudido a nosotros en algunas ocasiones y nosotros les hemos prestado nuestra ayuda y todo el conocimiento de nuestros expertos. El problema es que no lo han hecho siempre y, en ocasiones, hemos querido entrar en contacto con ellos para indicarles algunos aspectos y no ha podido ser.

¿Qué tienen que aportar?

Una sociedad como SEPAR, que agrupa a todos los neumólogos españoles, a la práctica totalidad de los neumólogos pediatras y cirujanos torácicos españoles y a un gran número de enfermeras y fisioterapeutas respiratorios, tiene mucho que aportar a una situación como la que estamos viviendo. SEPAR está encantada de proporcionar dicha disponibilidad a la sociedad española.

¿Con qué sociedades han tenido más relación durante la pandemia?

Creo que todos los profesionales sanitarios que más hemos actuado durante la epidemia hemos estado muy conectados y hemos trabajado en equipo. Esto ha sido una de las constantes de la epidemia de la que todos nos debemos sentir muy orgullosos. La colaboración con los médicos de Atención Primaria, con los de Urgencias, con los de Medicina Interna, con los de Cuidados Intensivos, con los de Infec-

ciosas y con otras profesiones sanitarias, como la Enfermería y la fisioterapia, ha sido muy multilateral, rápida, coordinada, interactiva y yo añadiría que modélica.

¿Cuáles han sido las fortalezas?

Las principales fortalezas que ha tenido esta crisis se pueden cifrar en las siguientes: el papel de los profesionales sanitarios, el papel de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, el papel que han jugado aquellos profesionales que no siendo sanitarios estaban realizando tareas que eran necesarias para el mantenimiento de la normalidad y el papel que han jugado las empresas dedicadas a la producción y fabricación de medicamentos y de productos de tecnología sanitaria.

¿Y las debilidades?

Probablemente, el papel jugado por las autoridades político-sanitarias ha dejado que desear. Ese ha sido un aspecto que todavía es susceptible de mejora.

¿Los neumólogos españoles cuentan con la formación necesaria para estas situaciones?

Por supuesto que sí. Creo, además, que los neumólogos españoles han sabido responder de forma rápida, científica y rigurosa a la epidemia que nos asolaba. Los neumólogos españoles han curado a muchos pacientes y han salvado muchas vidas ■

Nota de Redacción

Esta entrevista se realizó a finales de julio.

Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas







En
España
ha habido siempre un
gran
menosprecio
por la Salud Pública

Josefa Cantero

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

Texto J Eva Fariña

Fotos J SESPAS



“En España ha habido siempre un gran menosprecio por la Salud Pública”

“En España ha habido un gran menosprecio por las políticas de Salud Pública que, al fin y al cabo, son las que preparan a un país para hacer frente a situaciones como las que estamos viviendo”. Es una de las críticas de Josefa Cantero, presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Esta sociedad científica tiene como objetivo la promoción del conocimiento científico y del desarrollo profesional. Para ello, organiza foros de encuentro e intercambio entre los distintos ámbitos y perspectivas que configuran la Salud Pública moderna. En esta entrevista con EL MÉDICO, la presidenta aporta su visión de la crisis sanitaria causada por la COVID-19 y resume las principales medidas propuestas en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados.

¿Cómo valora la crisis sanitaria provocada por la COVID-19?

Todavía es muy pronto para evaluar los errores. Cuando pase esta vorágine habrá que hacer un análisis constructivo para aprender qué podíamos haber hecho mejor y cuáles han sido las disfunciones del sistema. Como se ha dicho, la mayoría de las enfermedades emergentes han surgido antes siquiera de ser sospechadas. Evitarlas entraña una gran dificultad, por lo que los expertos ya no hablan solo de prevención, sino de preparación de las infraestructuras públicas para minimizar sus efectos negativos. Recalco dos aspectos que debemos fortalecer, como son la prevención y las capacidades de respuesta asistencial del sistema.

¿Cómo se explica lo que ocurrió en España durante los primeros meses de la pandemia?

En nuestro caso, partíamos de una situación ya muy crítica, de un sistema público sanitario muy tensionado que tiene

sus propios problemas, con una altísima temporalidad del personal estatutario y que ha sufrido importantes recortes en los últimos años como consecuencia de la crisis económica.

En líneas generales, ¿cuáles han sido los aciertos más destacados del sistema sociosanitario español?

El sistema ha podido responder en su vertiente asistencial gracias a los magníficos profesionales sanitarios que tenemos, a la labor realizada desde las distintas unidades de Salud Pública y al importante esfuerzo realizado también por el resto de los empleados que, desde sus distintos puestos de trabajo, han posibilitado la continuidad del servicio público y han evitado que éste colapsara. Ha sido un importante trabajo global de muchos colectivos. Para ellos ha supuesto un enorme esfuerzo, pero que es consustancial a su naturaleza funcional, a su fuerte vocación de servicio público, de servicio a los demás. Creo que ha quedado sobradamente demostrado y que este ha sido el principal acierto del sistema, su principal fortaleza.

Han faltado planes de actuación ante enfermedades emergentes, ha habido protocolos excesivamente rígidos y ha fallado el manejo de los datos por falta de tecnología y personal

¿Cómo valora la gestión desde el punto de vista epidemiológico?

Ha ocurrido algo similar en lo relativo a la capacidad de vigilancia epidemiológica. Se ha evidenciado la escasez de personal y unos esfuerzos ímprobos por parte de estos profesionales de la Salud Pública. Han faltado planes de actuación ante enfermedades emergentes, ha habido protocolos excesivamente rígidos pues, hasta casi finales del mes de febrero, las pruebas solo se hacían a las personas que habían tenido alguna relación con China. Se han producido grandes dificultades para la gestión y manejo de los datos por falta de tecnología y de personal.

¿En qué áreas?

Pensemos, por ejemplo, en el SiViEs, en el Sistema de Vigilancia de España que se gestiona desde el Centro Nacional de Epidemiología y que es el responsable de gestionar las notificaciones de la información generada por la vigilancia epidemiológica. Desde la Unidad de Gestión de Datos y Apoyo Metodológico se gestionan las plataformas electrónicas que permiten la notificación, el almacenamiento, el acceso y la transmisión de datos de manera segura entre el Centro Nacional de Epidemiología y las CCAA. Según aparece en su propia página web, su plantilla está compuesta por 11 personas. Es evidente que con esta plantilla tan mermada difícilmente se puede dar una respuesta eficaz a la gestión de los datos. Posiblemente haya pasado lo mismo en los distintos servicios de Salud Pública de las comunidades, que son los que debían alimentar el sistema proporcionando los datos de su autonomía.

¿España también debe redefinir su sistema de Salud Pública?

Uno de los principales errores que, a mi juicio, ha sacado a la luz la actual situa-



ción pandémica que estamos viviendo es, sin duda, el menosprecio que tradicionalmente ha padecido la Salud Pública en nuestro país por parte de nuestros poderes públicos y su visión cortoplacista. No interesan las políticas de Salud Pública, y prueba de ello es la escasa partida del gasto sanitario que se les dedica. Tal vez porque no dan réditos inmediatos y suponen enfrentarse a sectores económicos muy poderosos. Pensemos, por ejemplo, en la industria tabaquera, en la industria alimentaria, en el sector del juego o la industria alcohólica. Basta con tener en cuenta que el tabaco mata hasta casi la mitad de las personas que lo consumen, y que en España causa más de 50.000 muertes al año, aunque estas cifras no parecen alarmar en exceso.

¿Debería haber una estrategia específica para la COVID-19 o una estrategia general?

Las enfermedades nuevas constituyen uno de los retos más importantes a los que ha de enfrentarse nuestra sociedad. Ya en el año 2009, la Fundación Alternativas publicó un interesante estudio

sobre el concepto de “seguridad integral”, en el que las enfermedades emergentes aparecían como uno de los principales riesgos para la seguridad de los Estados por el impacto que podían tener en la población, por su potencial para paralizar la economía, erosionar el orden social y debilitar la confianza de los ciudadanos ante la impotencia de los gobiernos para reaccionar. En la Estrategia Nacional de Seguridad del año 2017 también se insistía sobre este tipo de enfermedades como un grave problema de seguridad y se apuntaban soluciones.

¿A qué conclusiones se llegaba?

La principal era prevenir y preparar las infraestructuras públicas (hospitales, centros de salud, centros sociosanitarios, unidades de vigilancia epidemiológica y de Salud Pública, etc.) para minimizar su impacto. Esto es lo que tenemos que hacer para futuros brotes o riesgos sanitarios. Es una de las principales lecciones que nos deja la crisis.

Las decisiones de ahorro en materia de personal han mermado considerablemente las plantillas de vigilancia epidemiológica

El tratamiento de los datos también está siendo controvertido.

La gestión de la información y de los datos estadísticos ha sido conflictiva. Parece que ha sido una debilidad la gestión de los sistemas de información, que se han tenido que ir modificando sobre la marcha. Habría que repensar cómo mejorar la capacidad de las Administraciones para gestionar información sanitaria, disponer de datos ordenados, detallados y, sobre todo, que se proporcionen de forma rápida.

En la comisión de reconstrucción propuso diversas medidas a corto y medio plazo, ¿cuáles son las principales?

Habría que adoptar determinadas medidas legislativas para actualizar los marcos normativos que facultan a los poderes públicos a adoptar medidas extraordinarias y limitativas de derechos fundamentales. También habría que desarrollar algunas instituciones de la Ley General de Salud Pública de 2011 que todavía no se han puesto en práctica y reforzar las plantillas de personal.

¿Qué medidas considera que deben ser adoptadas urgentemente?

Desde SESPAS hemos propuesto varias medidas que deben ser adoptadas de forma inmediata. Una de ellas es el establecimiento de una reserva estratégica de material sanitario, medicamentos, produc-

tos sanitarios básicos y demás recursos que sean necesarios para hacer frente a eventuales rebrotes, nuevas pandemias o crisis sanitarias de cualquier índole que

puedan volver a producirse (materiales de protección, EPI, mascarillas, sustancias desinfectantes, instalaciones de camas de UCI, respiradores automáticos, etc.). Deberían crearse también Planes estratégicos de gestión del personal que permitan re-



“El Ministerio de Sanidad debería salir reforzado de la crisis”

Josefa Cantero analiza el papel que debe jugar el Ministerio de Sanidad en la reconstrucción económica y social de España. “A veces me da la impresión de que se ha perdido la perspectiva. La asistencia sanitaria y la Salud Pública están políticamente descentralizadas, y ello ha sido muy beneficioso para el sistema. Ahora bien, la asunción de competencias por parte de las comunidades autónomas no significa que el Ministerio de Sanidad haya perdido importancia, simplemente que debe hacer otras cosas distintas, que ya no son la mera gestión de la asistencia sanitaria”, comenta.

¿Qué cambios se deben acometer en relación con el Ministerio?

Habría que iniciar un proceso de reflexión para ver qué cosas son las que debe hacer y es imprescindible que haga y, además, habría que dotarle de recursos económicos y de medios para hacerlo. El Ministerio de Sanidad debería salir reforzado de la crisis. Debería asumir un mayor liderazgo en vigilancia en Salud Pública, en investigación en salud y en innovación estratégica y organizativa.

¿Cree que mantiene una posición de liderazgo?

Tiene atribuidas importantísimas responsabilidades constitucionales en esta materia para la coordinación general de la Sanidad y para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (puntos 1 y 16 del art. 149 de la Constitución). La coordinación debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se

logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

¿Y el Consejo Interterritorial?

Al mismo tiempo, es necesario reflexionar también sobre las necesarias relaciones de cooperación y coordinación que deben existir entre el Ministerio de Sanidad y las correspondientes consejerías o departamentos de Salud de las comunidades autónomas. El papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es básico en esta materia porque es el principal instrumento de configuración del SNS. Sus acuerdos se plasman a través meramente de recomendaciones que se aprueban, en su caso, por consenso. Nuestro actual régimen normativo permitiría afinar todavía más este marco de relaciones y actualizar la naturaleza de sus acuerdos para hacerlos incluso vinculantes, en coherencia con el nuevo marco de posibilidades de actuación que prevé el art. 151 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Ello requeriría modificaciones legales.

¿Cree que será posible llegar a este tipo de acuerdos?

Una cosa es que sea posible y otra que sea deseable e, incluso, viable. La naturaleza de este órgano ocasiona que, en ocasiones, lo político no se pueda solucionar desde el mundo jurídico, sino que precisa mayores dosis de lealtad, confianza y compromiso entre instituciones. En este sentido, salvo que así lo requiera la necesidad de adoptar soluciones en graves situaciones de emergencia, en una sociedad madura parecería razonable apurar primero todos los principios y mecanismos que prevé nuestro actual sistema normativo para garantizar una adecuada coordinación y cooperación entre todos ellos, siempre desde la buena fe, la confianza legítima y la lealtad recíproca entre las instituciones (art. 3 de la Ley 40/2015).

forzar el modelo en momentos puntuales de máxima tensión del sistema asistencial. Otra prioridad insoslayable es el refuerzo de forma inmediata del papel de la Atención Primaria y Comunitaria como puerta de entrada del paciente al servicio público sanitario, como filtro de la Atención Especializada. Ahora, además, debe actuar como centinela de la detección de nuevos

casos de coronavirus, tratamiento inmediato, rastreo de contactos y seguimiento durante la cuarentena.

Otra de las medidas propuestas se refiere a la vigilancia epidemiológica.

Así es, debería dotarse al sistema de las necesarias capacidades de respuesta asis-

tencial y de las correspondientes capacidades de vigilancia epidemiológica, lo que exige reforzar considerablemente las plantillas de personal. Las decisiones de ahorro en materia de personal que se han adoptado en los últimos años como consecuencia de la crisis económica han mermado considerablemente las plantillas del personal asistencial y del personal que se dedica a

hacer funciones de vigilancia epidemiológica, de vigilancia en materia alimentaria, en materia de seguridad ambiental, etc. Sus plantillas están envejecidas y muy debilitadas por las tasas de reposición de efectivos que se han aplicado en los últimos años. Contar con estas capacidades requiere redimensionar adecuadamente todas las plantillas de personal.

Ha comentado que SESPAS considera imprescindible reforzar el papel de la Atención Primaria y Comunitaria. ¿Cuáles son los primeros pasos que se deben dar? ¿Y qué medidas se deben adoptar a medio y largo plazo?

Este nivel asistencial debe centrar su acción en las personas, las familias y las comunidades. Tiene que ofertar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente y reservar los hospitales para los procedimientos altamente especializados. Para ello, es preciso que el modelo de Atención Primaria y Comunitaria se desarrolle y alcance el liderazgo que le corresponde, con la debida coordinación entre niveles asistenciales y con las estructuras de Salud Pública. Pero claro, esto no es posible si no se dota adecuadamente el sistema con los recursos económicos y los recursos humanos necesarios.

¿Cuáles son sus propuestas en este ámbito?

Habría que reorientar este nivel de atención hacia la promoción de la salud y la salud comunitaria desde un enfoque integral. Debemos avanzar hacia una concepción mucho más amplia y rica de la Atención Primaria basada en la asistencia integral a la población, en la que los profesionales de la salud actúen de manera intersectorial, coordinada y planificada con otros agentes de la comunidad en el abordaje de los problemas de salud. Este enfoque debe tener en cuenta la influencia de los determinantes colectivos sobre la salud de las personas y las poblaciones. Esto requiere la adopción de políticas públicas saludables, entre las cuales la sanitaria es

una más. Además, el sistema tiene ahora otro reto importante, porque debe atender la patología ordinaria, que ha quedado desatendida por la crisis.

¿Qué debe cambiar después de esta pandemia?

Con la crisis de la COVID-19 se hace más necesario facilitar las pruebas diagnósticas y la rápida detección de contactos, en coordinación con las correspondientes unidades de vigilancia epidemiológica de las CC.AA. Es un buen momento para modernizar la atención al paciente, con la aplicación de sistemas ehealth, así como el fomento de las consultas no presenciales y el seguimiento telefónico, que durante esta crisis se han demostrado de gran utilidad.

Siempre se habla de la necesaria reforma de la Atención Primaria.

Este nivel asistencial ya parece haber entrado en la agenda pública a través de la aprobación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de abril de 2019, que elaboró el Ministerio de Sanidad en colaboración con los demás agentes implicados en la materia. Ahora solo falta implementarlo y seguir avanzando en la línea apuntada de liderazgo y fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria. En todo caso, en SESPAS disponemos de un grupo de trabajo interdisciplinar que está analizando los cambios que requiere el primer nivel asistencial.

¿Cuáles son las principales necesidades que se presentan en el ámbito de los recursos humanos?

Son muchos los problemas que plantea el personal del sistema público sanitario.

Contamos con plantillas muy mermadas, envejecidas y con una altísima tasa de temporalidad en este sector. El número de epidemiólogos es bajísimo en nuestro país. Si queremos contar con un sistema que esté preparado para responder a eventuales rebrotes, nuevas pandemias o cualquier otro riesgo sanitario que en el futuro pueda producirse, hay que contar con el

personal adecuado para vigilar, planificar y responder.

Los profesionales se quejan por la precariedad laboral.

Esta situación no se soluciona realizando nuevos contratos temporales, sino que habría que hacer una importante labor organi-

zativa, un estudio de las necesidades de personal a través de los correspondientes Planes de Ordenación de Recursos Humanos, que son el instrumento que nos permite realizar una radiografía de nuestra Administración, del personal que tiene y del personal que necesita, a medio y largo plazo. Las políticas de personal no se pueden improvisar, especialmente cuando estamos hablando de colectivos altamente cualificados en los que se emplean varios años en obtener la correspondiente formación especializada.

En esta crisis sanitaria se han puesto de manifiesto los problemas laborales del sector sanitario.

En la Estrategia de Seguridad Nacional de 2017 ya se proponía para luchar contra las enfermedades emergentes ampliar y mantener las correspondientes unidades de vigilancia epidemiológica. El sistema de vigilancia e información epidemiológica, que proporciona indicadores diarios para la vigilancia y para articular, en su caso, una alerta y respuesta temprana, es complejo y requiere la co-



SESPAS, con vocación de servicio público

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) es una sociedad científica de carácter plural y multidisciplinar, que acoge a 12 asociaciones científicas, de carácter temático o territorial, especializadas en distintos ámbitos relacionados directamente con la Salud, entendida ésta en un sentido amplio y en un contexto multidisciplinar y cooperativo. "A todos nos une un objetivo común: contribuir desde nuestras respectivas áreas de conocimiento a la mejora de la salud de la población y del funcionamiento del servicio público sanitario, a través de la promoción del conocimiento científico y el desarrollo profesional de la Salud Pública y de la Administración sanitaria", explica Josefa Cantero.

¿Cuáles son los objetivos de SESPAS?

Nos ponemos a disposición de todas aquellas entidades públicas que así nos lo soliciten. Para ello, además de organizar congresos científicos, elaboramos informes bienales sobre problemas de la salud, hacemos escritos de posicionamiento sobre temas de actualidad y elaboramos nuestra prestigiosa revista Gaceta Sanitaria, que es nuestra principal vía de expresión.

¿Cuál es el papel de SESPAS durante la crisis sanitaria?

Especialmente en esta pandemia creo que estamos realizando una importante labor de clarificación en los medios de comunicación a través de nuestros distintos portavoces, que han aportado nuestra visión profesional y nuestro conocimiento técnico cuando hemos sido requeridos para ello. Tratamos siempre de aportar nuestro pequeño grano de arena y nuestro conocimiento científico sobre muchas de las cuestiones que plantea la actual pandemia.

¿Qué papel tiene su Sociedad en la reconstrucción del sistema sanitario español?

Hemos realizado varios escritos de posicionamiento sobre temas técnicos y sobre temas sociales que nos preocupan. Van desde el uso de mascarillas hasta la utilización de pruebas serológicas masivas o insisten en la necesidad de proteger a los colectivos sociales más desfavorecidos. En fin, no tenemos ánimo de lucro, pero sí una gran vocación de servicio público.

ordinación de las comunidades autónomas con el Estado.

¿Qué se necesita?

El Ministerio de Sanidad debe coordinar las emergencias nacionales y pandemias y cuenta con efectivos muy mermados. Debe tener los recursos necesarios para gestionar con celeridad y eficacia. Por su parte,

las comunidades autónomas deben contar con el personal adecuado de Epidemiología, bien coordinado con los profesionales de Atención Primaria, para realizar las labores de seguimiento o rastreo de contactos para la detección precoz de los casos sospechosos. Todo ello, sin descuidar tampoco el resto de las funciones para garantizar la sanidad ambiental, la seguridad alimentaria, etc. Todos los profesionales son

necesarios y debe garantizarse esta capacidad de respuesta tanto a nivel hospitalario como a nivel de Atención Primaria y en coordinación con los servicios de Salud Pública.

Durante la crisis muchas medidas se han tomado sobre la marcha, ¿han faltado o han fallado los protocolos de actuación?

El problema es que estas políticas de personal no se pueden improvisar, requieren planificación. Pensemos, por ejemplo, en el personal de Medicina Familiar y Comunitaria y la Medicina Preventiva y Salud Pública, que son dos de las especialidades que están llamadas a tener un mayor protagonismo si, como se ha dicho, se refuerzan los servicios de Atención Primaria y Comunitaria y las estructuras de Salud Pública. Estudios realizados recientemente sugieren que estamos antes dos especialidades con proyección deficitaria y mal pronóstico a corto y medio plazo. En estas especialidades hay un desequilibrio entre la oferta y demanda de médicos que supera un 10 por ciento. Según estas proyecciones, la Medicina Preventiva y Salud Pública vería reducidos sus porcentajes de una manera muy notable, más del 27 por ciento, y la Medicina Familiar y Comunitaria, un 14 por ciento.

¿También habrá déficit de otros profesionales sanitarios?

Especialmente grave es también la escasez de enfermeras. Según los estudios realizados en la OCDE, España tiene 5,7 enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes, lo que la sitúa en el puesto 28 respecto de los 36 países analizados, y contrasta notablemente con lo que ocurre en Noruega o Suecia, que tienen más de 17 enfermeras por cada 1.000 habitantes. En todo caso, si se pretenden reforzar y mejorar estas especialidades de cara a la mejora de la gestión de futuros rebotes o pandemias, deberían analizarse estos datos y empezar a poner remedio ya, pues los resultados de cualquier política

que se adopte en este sentido no serán inmediatos.

Ha hablado de planes estratégicos de gestión del personal, ¿en qué consisten?

Con la declaración del estado de alarma se tuvieron que adoptar determinadas medidas para reforzar los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. La descentralización de la política sanitaria no puede convertirse en una dificultad adicional a la ya complejísima gestión de una crisis sanitaria tan grave como la que estamos padeciendo. Por ello, sería sensato adoptar ya medidas que permitan reforzar el sistema en momentos puntuales de máxima tensión asistencial. En momentos críticos en los que el sistema asistencial esté agotando sus recursos y los hospitales no tengan camas disponibles en las UCI, respiradores o personal para atender a la sobrecarga del sistema, es preciso prever mecanismos que faciliten tanto el posible traslado de pacientes como el traslado del personal, su movilización. En la medida en que estos planes implicarían soluciones urgentes y medidas extraordinarias de respuesta y movilización del personal sanitario -a aquellos territorios y a aquellos centros donde sean necesarios-, deberían contar con el correspondiente marco jurídico de cobertura para evitar tener que recurrir a la situación extraordinaria de declaración de estado de alarma.

¿Cuáles serían los principales objetivos de estos planes?

Estos planes deberían garantizar que el sistema dispone del personal suficiente y, sobre todo, una mejor redistribución del personal entre centros o entre territorios. Tendrá que establecer temporalmente servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza; medidas extraordinarias, como, por ejemplo, el reingreso al servicio activo del personal en excedencia; la posible extensión de horarios y turnos de trabajo; el aumento de las contrataciones temporales, etc. El objetivo es

que no se altere la continuidad del servicio público y que éste tenga siempre capacidad de respuesta.

Ha hecho hincapié en la necesidad de mejorar el porcentaje de enfermeras. ¿Qué función debe realizar la Enfermería en este escenario de reconstrucción?

La Enfermería tiene que desempeñar un papel muy relevante en nuestro modelo sanitario. El sistema público tiene un problema muy grave por la falta de enfermeras.

Tenemos a personal muy bien formado que exportamos después a otros países europeos porque no encuentra plaza en nuestro Sistema Nacional de Salud o se le ofrece contratación muy precaria. Esta infradotación de personal es ya de por sí grave por las consecuencias que puede tener en los cuidados del paciente. Pensemos que con la COVID-19 gran parte de la patología ordinaria ha quedado desatendida. La infradotación de las plantillas es especialmente preocupante porque la Enfermería comunitaria es la que puede realizar muchas de las acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad, contribuir a la reducción de las graves desigualdades sociales en salud y colaborar estrechamente con los servicios de Epidemiología de Salud Pública para tener unos vigorosos sistemas de alerta y respuesta que permitan la detección y seguimiento de cualquier riesgo o amenaza sanitaria.

¿Cómo se están supliendo estas carencias en la actualidad?

Algunas CC.AA., ante la escasez de personal, están recurriendo a externalizar los servicios de rastreo y seguimiento de contactos mediante la contratación con empresas privadas. Lo correcto sería hacerlo desde la Atención Primaria y Comunitaria, fundamentalmente a través de las enfer-

meras, que es el personal que reúne las competencias, conocimientos y capacidades para ello y que, además, dispone de un régimen jurídico que garantiza su reserva ante los datos de salud. Todo ello debe realizarse, claro está, en coordinación con las correspondientes unidades de Salud Pública de las CC.AA.

El desabastecimiento de material sanitario, especialmente de protección, ha sido uno de los grandes problemas durante la alerta sanitaria, ¿qué consecuencias acarreará a nivel jurídico?

Proporcionar material de protección a sus profesionales es una obligación de la Administración como empleadora. De hecho, ya tenemos las primeras sentencias que condenan a la Administración por no respetar los derechos fundamentales de la vida y la integridad física de estos profesionales, por no haberles proporcionado los equipos de protección adecuados (Sentencia del Juzgado de lo Social Único de Teruel nº 60/2020, de 3 de junio de 2020 en el procedimiento de conflicto colectivo y derechos fundamentales). Nos hemos visto ampliamente desbordados por una situación nueva que nunca habíamos vivido. De hecho, en esta sentencia de Teruel se pone de manifiesto cómo la Administración había sido precavida y había comprado un millón de mascarillas cuando lo normal era contar con un stock de cien a ciento cincuenta mil. Pero, claro, no fueron suficientes y faltaron todos los elementos para la protección de nuestros trabajadores, lo que se ha traducido en el contagio de más de 51.000 profesionales sanitarios que han estado en primera línea de exposición. Como ya he dicho, habría que plantearse como posible estrategia frente al desabastecimiento tener una reserva obligatoria de equipos de protección individual y de otros elementos que han faltado e, incluso, la producción propia de equipos y tecnolo-



ENTREVISTA Josefa Cantero

gías sanitarias, pues la respuesta que hemos obtenido del mercado ha sido la falta de materiales, desabastecimiento, precios elevadísimos y falta de calidad de los productos suministrados.

En el Congreso señaló la necesidad de fomentar las labores informativas y pedagógicas hacia la población. ¿Quién y cómo debe realizar estas funciones?

Desde las distintas Administraciones sanitarias y en todos los niveles hay que concienciar a los ciudadanos de su responsabilidad en el control de la pandemia a través de las clásicas medidas de distanciamiento

físico, uso de mascarillas y otras medidas de higiene sanitaria que ya conocemos. Habría que seguir insistiendo a través de las campañas publicitarias en que de su actitud depende, no solo su propia salud, sino también la de los demás. Tampoco estaría de más recordarles la posibilidad que tiene nuestro sistema, en última instancia, de sancionar si incumplen las obligaciones legalmente impuestas.

Entre las “lecciones aprendidas”, señala la importancia de contar con un Sistema de Vigilancia en Salud Pública robusto. ¿Qué características debe tener?

Hasta ahora contamos con un sistema de “vigilancia epidemiológica” que se encarga básicamente de las enfermedades transmisibles a la población, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que se gestiona desde el Centro Nacional de Epidemiología y en coordinación con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Se trata de una estructura descentralizada que refleja la organización autonómica de nuestro país y que responde a los distintos niveles administrativos y asistenciales del sistema sanitario. La integran profesiona-

les y técnicos de Salud Pública de los departamentos de salud local, autonómica y estatal. Estas estructuras deberían ser redimensionadas adecuadamente para que cuenten con los profesionales necesarios para realizar estas funciones.

¿Cómo se puede mejorar?

Habría que ampliar esta idea a través del establecimiento de una red de “vigilancia

en Salud Pública”, que permitiría proporcionar a la Administración información sobre los condicionantes sociales y las desigualdades que inciden en la salud de la población, riesgos ambientales, seguridad

alimentaria, riesgos relacionados con la salud en el trabajo, con las enfermedades no transmisibles. Proporcionaría también información sobre las enfermedades transmisibles (incluyendo las zoonosis y las enfermedades emergentes), los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes, con las lesiones y la violencia y, en general, con cualesquiera otros problemas de los que se tenga constancia. Esta red está prevista en el art. 13 de la Ley General de Salud Pública de 2011 para coordinar el sistema de vigilancia de factores condicionantes, el de problemas de salud y los sistemas de alerta precoz y respuesta rápida. Sin embargo, no ha llegado a desarrollarse reglamentariamente.

Por ahora la información está diversificada por autonomías

Se trataría de integrar en todo el Estado los sistemas de vigilancia en Salud Pública que ya existen en las comunidades autónomas, de integrarlas en una red nacional. De esta forma, se podría dotar a toda la información que generan de la correspondiente articulación y liderazgo nacional. Asimismo, teniendo en cuenta que muchos de los patógenos emergentes tienen un origen animal, sería

necesario definir mejor las funciones de los laboratorios, los mataderos y la labor que desarrollan otros profesionales como los veterinarios, por ejemplo.

¿Qué falta por desarrollar de la Ley General de Salud Pública de 2011? Ha pedido la creación de la Red de Vigilancia en Salud Pública, prevista en la Ley, pero que no ha llegado a desarrollarse.

Como dije en mi intervención, tenemos unos marcos jurídicos técnicamente muy perfectos, pero de poco sirven si luego no hay voluntad política de implementarlos y ejecutarlos. Precisamente la Ley General de Salud Pública es un buen ejemplo de ello. Esta ley supuso el cumplimiento de un mandato constitucional (art. 43), que tardamos más de 30 años en cumplir. Han pasado ya casi 10 años desde que se elaboró esta ley, y gran parte de sus instituciones y mandatos todavía no se han cumplido. Ha habido un gran desinterés por las políticas de Salud Pública que, al fin y al cabo, son las que preparan a un país para hacer frente a situaciones como las que estamos viviendo.

¿Qué otras cuestiones están pendientes de desarrollo?

Hay otras muchas instituciones previstas en la ley que tampoco se han desarrollado. Así sucede, por ejemplo, con la normativa reglamentaria para regular los conflictos de intereses de todas aquellas personas que se relacionen con la Administración sanitaria o influyan de alguna manera en la toma de decisiones sobre Salud Pública (art. 11).

¿Y en el ámbito de la Salud Pública?

Tampoco se ha creado la institución encargada de concentrar y gestionar toda la “inteligencia” en este ámbito. Se ha señalado que nuestro sistema debe incrementar sustantivamente sus capacidades de Inteligencia y que corresponde al Ministerio ejercer el liderazgo necesario en esta materia. Se trataría de crear una “agencia de Salud Pública” o lo que, muy modestamente, la ley denominó Centro Estatal de Salud Pública ■

Solidaridad empieza por



Envía un SMS al
28014
con la palabra
MANOSUNIDAS

Estarás donando
1,20€
para combatir
el hambre y
la pobreza en
el mundo

S *eamos* **M** *ás* **S** *olidarias*



El CORO

COVID-19 (2019-nCoV)

C T

3



verano del navirus:

de los rebrotes a la segunda ola

El debate entre Comunidades y el Gobierno central por la gestión de la pandemia, la situación de los MIR o los acuerdos en Sanidad de la Comisión de Reconstrucción han sido algunas de las cuestiones que han marcado el verano del coronavirus.

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | EL MÉDICO



REPORTAJE DE PORTADA

El verano del coronavirus: de los rebrotes a la segunda ola

Este no ha sido un verano “normal”. No lo ha sido para la población, que ha vivido entre el miedo y la incertidumbre a como el coronavirus podía afectar sus vacaciones, si es que las tenían. Tampoco para las autoridades sanitarias, que pese a disfrutar de días libres, han tenido que seguir de cerca la evolución de la pandemia. Pero sobre todo no lo ha sido para los profesionales sanitarios, que después de meses de estrés tampoco han podido vivir del todo eso de la “nueva normalidad”.

Tras el descenso de los casos, llegaban los primeros rebrotes y con ellos la nueva toma de decisiones y la creación de nuevos debates

Sin duda, la Sanidad ha seguido siendo el centro de la actualidad durante los meses de verano. Tras el descenso de los casos, llegaban los primeros rebrotes y con ellos la nueva toma de decisiones y la creación de nuevos debates. Todo ello hasta admitir que ya ha empezado una posible segunda ola.

Un aumento constante de cifras

A finales de agosto, ya se habían registrado más de 420.000 contagios acumulados por coronavirus en España desde el inicio de la pandemia. De los mismos, durante la semana 33 del año, es decir, del 10 al 16 de agosto, se habían contabilizado 34.367 casos. Cerca de 29.000 fallecimientos se habrían producido a causa del coronavirus.

La realidad es que, si las cifras de contagios disminuían el pasado mayo, estas volvieron a crecer exponencialmente desde finales de julio. Si bien al principio se trataba de rebrotes controlados, poco a poco se comenzaron a dar situaciones de transmisión comunitaria. De esta forma los expertos ya comenzaron a hablar de una posible segunda ola.

Así lo admitía Pedro Sánchez a su vuelta de las vacaciones, en el Consejo de Ministros del 25 de agosto. En concreto, el presi-

dente del Gobierno declaraba que, si bien la evolución de la pandemia es preocupante, no toda España estaba en la misma posición. De esta forma destacaba que la situación era peor en algunas autonomías, mientras que otras habían contenido el virus de manera “más eficaz”.

Sobre las causas del gran aumento de casos en las últimas semanas, señalaba que era “evidente” y “público” que se debían principalmente a las reuniones familiares y que muchas estaban vinculadas al ocio nocturno.

Por su parte, Fernando Simón, director del CCAES, en su rueda de prensa del 21 de agosto, insistía en que las cifras podían ser similares a las de marzo, pero la situación era diferente. “Las características de los casos y la sobrecarga del sistema son diferentes, pero estamos teniendo una transmisión importante”. Pese a ello, el experto concluía que “a medida que suben los casos, se irán incrementando los hospitalizados. Acabaremos teniendo muchos ingresados en UCI y muchos fallecidos. Por favor, que no se confunda nadie, esto no podemos dejar que siga”.

Finalmente, Pedro Sánchez dejaba claro que su intención era que no fuera el Gobierno central, sino los autonómicos, los que pidan la declaración del estado de alarma territorializado si lo consideran necesario para afrontar la pandemia. Además, anunciaba la disposición para las comunidades autónomas, “sobre todo en aquellas con más dificultad”, de 2.000 militares para labores de rastreo de contactos de positivos con COVID-19.

El debate sobre el liderazgo

De hecho, uno de los grandes temas de debate del verano era de quién debía ser

el liderazgo de la situación sanitaria. La controversia sobre el sistema autonómico y las competencias en Sanidad siempre ha estado encima de la mesa, pero la situación lo volvía a poner en el foco de la actualidad. Si al principio de la crisis parecía existir una crítica al Gobierno por centralizar el mando sanitario, una vez que acababa el Estado de Alerta y la situación volvía a la normalidad, parecía que también existían críticos respecto al mando autonómico y pedían una mayor intervención del Estado.

Por ello, pese a que las decisiones más importantes se tomaban desde cada autonomía, Pedro Sánchez se reunía por videoconferencia con Fernando Simón y Salvador Illa el 19 de agosto. Tras esta reunión el Ejecutivo afirmaba estar realizando la vigilancia de la aplicación de las normas acordadas para el control de la pandemia.



Así, desde Moncloa se insistía en que el Plan de Respuesta Temprana se estaba aplicando “y está funcionando”, si bien “es absolutamente imprescindible aplicar con rigor las medidas acordadas por el Gobierno y todas las comunidades autónomas”.

Sánchez hacía referencia, en concreto, al “Plan respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”. El borrador del mismo era presentado por el Ministerio de Sanidad a las Comunidades Autónomas en la primera quincena de julio. El objetivo de dicho plan era el de tener preparadas una serie de medidas para controlar una posible segunda ola de la pandemia. Para ello, plantea reducir el impacto de la pandemia mediante el fortalecimiento de intervenciones rápidas, oportunas y eficaces. Al mismo tiempo, preparar las capacidades de España frente a un incremento de la

transmisión que, llegado el caso, pueda derivar en una segunda ola de transmisión de SARS-CoV-2.

Pese a estas medidas, preocupaba la falta de expertos para la valoración de las mismas. Sobre todo, tras conocerse a finales de julio que no había existido como tal un comité de expertos en el asesoramiento de las medidas de desescalada.

Ante esta información y el progresivo aumento de casos, a finales de agosto el Foro de la Profesión Médica reclamaba “un verdadero comité de expertos”, uniéndose en este reclamo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

(CGCOM), a la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME) y otras sociedades (SEPAR, SEMES, SEMI, SEIMC, SEMG, SEMERGEN, SEMFYC, SEDAR y SEMPSPH). Todo

ello con el objetivo de volver a tomar medidas comunes para todo el territorio nacional ante la preocupante situación por el aumento de contagios por COVID-19.

A finales de agosto el Foro de la Profesión Médica reclamaba “un verdadero comité de expertos”

Para el mismo reclamaban su formación con profesionales de reconocido prestigio. “Tienen que representar a toda la profesión. Es necesario enumerar las directrices de actuación en esta posible nueva crisis. También se debe primar la coordi-





REPORTAJE DE PORTADA

El verano del coronavirus: de los rebrotes a la segunda ola

nación y actuación conjunta de todas las administraciones en la aplicación de esas directrices, que deben ser asumidas y aplicadas por todos de igual modo”.

No obstante, en la búsqueda de un nuevo consenso, el Consejo Interterritorial se reunía el 14 de agosto y aprobaba una serie de medidas conjuntas para todo el territorio. En total se trataba de una batería de once medidas y tres recomendaciones. La más destacada y polémica era la de prohibir fumar en la vía pública o al aire libre. Dicha indicación incluía tanto cigarrillos como cualquier otro dispositivo de inhalación de tabaco. La prohibición también se limitaba a aquellas circunstancias en las que sea imposible guardar dos metros de distancia de seguridad.

Pese a ello, la justicia echaba atrás la aprobación de estas medidas en algunas comunidades, como era el caso de la prohibición de fumar en espacios públicos en la Comunidad de Madrid.

Por otra parte, la falta de decisiones unificadas también preocupaba especialmente ante la cercanía de la vuelta al cole y lo que esto podría suponer en el aumento de casos. Así, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) elaboraba una propuesta con recomendaciones para el regreso a la escuela presencial y para la coordinación entre los colegios y los centros de salud.

El análisis de la inmunidad

Para conocer la evolución de la pandemia, otra herramienta fundamental ha sido seguir trabajando en el estudio de seroprevalencia ENE-COVID. Tal y como daba a conocer a mediados de julio la directora del Instituto de Salud Carlos III, Raquel Yotti: “Vamos a continuar monitorizando

la pandemia. Hay muchos indicadores que se van a seguir utilizando”. En concreto, se adelantaba que el mismo tendría nuevas oleadas en otoño y primavera. “Teniendo en cuenta toda la información recabada en las tres primeras oleadas del Estudio Nacional Epidemiológico, estamos trabajando ya en la siguiente. Es algo que nos falta por consensuar, pero ya está sobre la mesa la idea de realizar una nueva ronda en otoño, en octubre, con los mismos participantes”. La idea, así, era la de repetir el análisis cada tres meses, a principios de febrero y en el mes de mayo próximos.

Cabe recordar que el estudio de seroprevalencia ENE-COVID, elaborado por el Ministerio Sanidad, junto al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), el Instituto Nacional de Estadística (INE), con la colaboración de las comunidades autónomas, finalizaba la primera semana de julio.

La conclusión final del mismo era que el 5,2 por ciento de la población española había padecido la COVID-19 y presentaba anticuerpos IgG. Entre otras conclusiones, se determinaba que, entre los profesionales sanitarios, presentaba anticuerpos el 10 por ciento de los mismos. La cifra era del 7,7 por ciento entre los que

trabajan en residencias de ancianos. Asimismo, existía bastante variabilidad geográfica en el porcentaje de seroprevalencia. Algunas

provincias se situaban en un 2-3 por ciento, mientras que otras superaban al 10 por ciento.

Otro de los datos destacados era que, de entre los resultados de la primera oleada a la tercera, el 14 por ciento se habría seronegativizado. Es decir, que tuvieron anticuerpos y ya no los tienen. La “pérdida” de los anticuerpos fue más frecuente en personas que no habían tenido ningún síntoma.

La inmunidad de la población, por tanto, seguía por tanto siendo uno de los temas calientes. Según un sondeo coordinado por el Centro Nacional de Epidemiología el 70 por ciento de los españoles se vacunaría contra el coronavirus. Y es que, ante la falta de medicamentos eficaces, toda la esperanza sigue estando en la búsqueda de una vacuna.

No obstante, a finales de agosto, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informaba de que las existencias del antiviral remdesivir, el único medicamento antiviral contra la COVID-19, estaban próximas a agotarse, a la espera de un próximo envío. Mientras tanto, España se esforzaba por asegurar su suministro de vacunas. En concreto, la Comisión Europea negociaba a finales de agosto la compra centralizada de la vacuna de AstraZeneca, desarrollada por investigadores de la Universidad de Oxford. España, junto con otros Estados miembros, se sumaba a la compra de esta vacuna. El reparto se realizará de manera equitativa entre los países acorde a su población, según informaba el Ministerio de Sanidad.

El estudio de seroprevalencia concluyó que el 5,2% de la población española había padecido la COVID-19



La polémica de los MIR

No todas las noticias relacionadas con Sanidad han tenido que ver con el coronavirus. De hecho, durante el mes de julio, ante una situación de nueva normalidad, los médicos residentes cobraban protagonismo al reclamar una mejora de su situación, que había sido especialmente crítica durante los peores meses de la pandemia.

A este respecto, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), ante las diferentes iniciativas y movilizaciones convocadas por los médicos residentes, mostraba su apoyo a las mismas. También a la huelga de los residentes en Madrid. Para ello pedían a las autoridades que reconocieran la labor de los médicos residentes españoles. Si los mismos ya atravesaban una situación precaria, mu-

chas veces denunciada, esta se había visto complicada por la situación de crisis sanitaria. Asimismo, denunciaban la falta de diálogo de la Administración con los médicos residentes.

Finalmente, el 31 de julio el Comité de Huelga de Médicos Internos Residentes decidía desconvocar la movilización que pensaba celebrar en la capital. Se trataba de un gesto de buena voluntad ante la favorable evolución del proceso de negociaciones con el Ejecutivo regional. Desde la Consejería de Sanidad insistían por su parte en el avance en aspectos de mejora en la jornada, organización, formación y también algunos aspectos retributivos.

Durante el mes de julio, los médicos residentes reclamaban una mejora de su situación

Por otra parte, también surgía debate en torno a la asignación de las nuevas plazas MIR, que inicialmente se planteaba de forma virtual y finalmente se producía de forma semipresencial. Así lo dictaba a finales de junio la Sala Tercera del Tribunal Supremo, que suspendía cautelarmente la obligatoriedad de adjudicación de las plazas MIR por vía telemática y ordenaba al Ministerio de Sanidad que adoptase las medidas necesarias para que pudiera hacerse de forma presencial.

Respecto a las plazas adjudicadas, un año más se agotaban en primer lugar las especialidades de Dermatología con 108 plazas adjudicadas y Cirugía Plástica, que terminó de adjudicar sus 41 plazas el segundo día por la mañana.

En estos dos primeros días de elección de plazas MIR, el mayor número de plazas adjudicadas corresponden a Cardiología (131), Anestesiología y Reanimación (115), Dermatología (108) y Pediatría (104). Le siguen Aparato Digestivo (78), Medicina Interna (73), Obstetricia y Ginecología (63). Terminan la lista Cirugía Ortopédica y Traumatología (58), Neurología (51), Oftalmología (49) y Radiodiagnóstico (44). Madrid era la Comunidad con el mayor número de plazas elegidas (389) en las dos primeras jornadas. Le seguían Cataluña (188), Andalucía (146), Comunidad Valenciana (141) y País Vasco (65).

La situación de los sanitarios

No solo los residentes reclamaban mejoras. Durante el mes de julio también se daba a conocer que el Gobierno francés dedicaría un total de 8.100 millones de euros a una subida salarial y a la creación de empleos de profesionales sanitarios. Ante estas medidas, los sindicatos españoles pedían tomar ejemplo en Es-





REPORTAJE DE PORTADA

El verano del coronavirus: de los rebrotes a la segunda ola

pañá. Especialmente teniendo en cuenta el sobreesfuerzo realizado por los sanitarios durante la pandemia. En concreto, el Sindicato de Enfermería (Satse) reclamaba al ministro de Sanidad, Salvador Illa, que impulsara un acuerdo con las consejerías de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas.

En la misma línea, desde la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) se aproba-

ba por unanimidad la ejecución de acciones concretas, en el caso de que en el otoño siguieran sin reconocerse algunas de las reivindicaciones clave. Así advertían de un posible 'otoño caliente' si seguían sin verse plasmadas algunas de las exigencias para dignificar su desempeño profesional.

No obstante, como recordaba en un informe del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada, a principios de julio, aún existen diferencias retributivas entre los médicos de atención hospitalaria en 2019. El resumen de este informe era que las retribuciones en general son bajas y que las diferencias entre los Servicios de Salud son muy importantes. Asimismo, los recortes para los facultativos fueron excesivos y progresivos. Por otra parte, las subidas están siendo lineales e insuficientes.

Igualmente, el Foro de Médicos de Atención Primaria (AP), reunido telemáticamente el 25 de junio, analizaba la situación actual de la Atención Primaria durante la crisis sanitaria de la COVID-19. Según denunciaban médicos de familia y pediatras de AP existía una importante indignación "por el maltrato y abandono de la AP frente al hospitalocentrismo". A través de un comunicado, las entidades y sociedades que forman parte del Foro consideraban que resulta "indispensable" poner en valor la Atención

Primaria y darle la visibilidad que le corresponde.

La situación de la época estival tampoco ayudaba a paliar los ánimos. Como cada verano se preveía ya a principios de julio

el cierre de parte de las camas de los centros sanitarios durante el verano. Sin embargo, este año preocupa especialmente el cierre de estas camas porque la COVID-19 seguía afectando a la población y se seguían sucediendo los repuntes. En concreto, el Sindicato de Enfermería Satse afirmaba que se esperaba el cierre de unas 7.000 camas. "Se ha priorizado el ahorrar dinero a costa de la salud y seguridad de ciudadanos y pacientes", pese a que "la COVID-19 sigue entre nosotros", exponían desde el sindicato.

Asimismo, Satse informaba de que ninguna Comunidad Autónoma contaba con suficientes camas de agudos para hacer frente a la nueva normalidad. Basándose en las indicaciones que estableció el Gobierno para abordar el proceso de desescalada, habría que disponer de entre 37 y 40 camas de enfermos agudos en sus hospitales por cada 10.000 habitantes. En su defecto, se debería tener acceso o capacidad de instalarlas en un plazo máximo de cinco días. Según estas cifras, el déficit a comienzos de verano era de 90.272 camas de agudos en el conjunto del Estado.

Este déficit se unía además a la carencia ya anunciada de camas de UCI. Un total de 36 provincias españolas que no contaban con suficientes camas, en base a los criterios ya mencionados. En este

caso, se requerían un total de 2.886 camas UCI, según las estimaciones de SATSE.

Comisión de Reconstrucción

En otro orden de cosas, pero sin abandonar la política sanitaria, el 22 de julio el Partido Popular anunciaba haber sellado algunos acuerdos en materia de Sanidad con el PSOE. Entre los mismos destacaban la creación de una Agencia Nacional de Salud. Los mismos se incluían en el documento de la Comisión de Reconstrucción en Sanidad tras la COVID, que se sometería a votación en el Pleno del Congreso.

Sin embargo, el Dictamen del Área de Sanidad y Salud Pública que finalmente se aprobaba por la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados resultaba ser especialmente polémico por dos cuestiones principales. La primera por su oposición a la financiación por parte de la industria farmacéutica de actividades de formación sanitaria y la otra por el debate respecto a la actualización del modelo Muface.

En concreto, diversas sociedades médico-científicas y las organizaciones de pacientes se manifestaban sobre la disposición que introduce el apartado 47.2 incluida

en dicho dictamen.

Los expertos insistían en que no se debe estigmatizar la colaboración y el apoyo de la industria farmacéutica en materia de investigación, formación

de profesionales e impulso del asociacionismo de pacientes. Esta colaboración se venía desarrollando hasta ahora bajo precisos códigos éticos y de buenas prácticas y de forma transparente, responsable, honesta, independiente, plural y con rigor científico, según los agentes sanitarios.

El Foro de Médicos de AP mostraba su indignación "por el maltrato y abandono de la AP frente al hospitalocentrismo"

el cierre de parte de las camas de los centros sanitarios durante el verano. Sin embargo, este año preocupa especialmente el cierre de estas camas porque la COVID-19 seguía afectando a

Según Satse, el déficit a comienzos de verano era de 90.272 camas de agudos y 2.886 camas UCI



Por ello, apostaban porque el camino a seguir era el de avanzar en estas políticas de transparencia en la relación con la industria farmacéutica. También en códigos deontológicos y de incompatibilidades en la colaboración entre la industria y las sociedades médico-científicas y las asociaciones de pacientes.

Decisiones políticas

Pese a ser verano, dada la importancia de la actualidad sanitaria, también se produjeron incluso nuevos nombramientos. En concreto, el 4 de agosto el Consejo de Ministros aprobaba la nueva estructura orgánica del Ministerio de Sanidad, en el que se nombraba como nueva secretaria de Estado de Sanidad a Silvia Calzón, médica especialista en Medicina Preventiva

y Salud Pública. Hasta entonces ejercía como epidemióloga de Atención Primaria en el Distrito Sanitario de Sevilla.

Esta secretaria de Estado se convertía en el órgano superior del departamento, con el objetivo de mejorar la coordinación con las comunidades autónomas en el contexto de la crisis sanitaria del coronavirus.

“Con la creación de una Secretaría de Estado de Sanidad se ampliará su estructura de dirección de primer nivel, reforzando así el espacio de toma de decisión directiva”, señalaba en ese momento el Ministerio. Este órgano superior apoya al ministro en la comunicación de las políticas sanitarias y decisiones adoptadas, y busca “dotar de una mayor transparencia a la acción de Gobierno”. Según Sanidad,

también quiere “nivelar” la interlocución del Ministerio con diferentes actores, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Otra novedad presentada por el Consejo de Ministros era la regulación al acceso del título de médico especialista en Medicina Legal y Forense. En concreto, el Consejo de Ministros aprobaba el Real Decreto que establece el acceso al mismo por el sistema de residencia. Esta regulación tendrá un reflejo directo en el servicio público que se presta a la ciudadanía. La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Legal y Forense elaborará y actualizará el programa formativo. El mismo recogerá la obligación de que los residentes realicen períodos de rotación durante dos años ■



dudas e inc



Financiación de la FMC, ertidumbre

Texto | Clara Simón Vázquez



El Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica ha revolucionado al sector sanitario en materia de formación. Dicho documento, que se hacía público este verano, incluye textualmente, en su apartado 47.2, que, “se prohibirá financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria”.

Ante esta situación, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) señala la importancia del reconocimiento de las sociedades científicas como interlocutoras imprescindibles en esta cuestión. “No entendemos que se propugne una prohibición que, entre otros aspectos, traslada a la opinión pública una dudosa imagen de nuestra profesión, que nos sorprende, nos duele -especialmente después de todo lo vivido- y que no entendemos a qué se debe”, señalan desde la federación, que defiende la transparencia y quiere una formación médica continuada liderada desde las sociedades científicas, que son las que tienen el conocimiento científico técnico, que cuente con los recursos necesarios para que tenga la calidad necesaria y exigible no solo por las sociedades científicas, sino por los ciudadanos para garantizar la mejor atención a los pacientes.

También hay sorpresa e inquietud en la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) donde su presidente, Joaquín Estevez, recuerda que la formación continuada de los profesionales sanitarios es una parte importante de los objetivos y líneas de trabajo para los directivos de la salud en el marco de su función directiva en las organizaciones sanitarias. “Dicha prohibición incide en una menor capacidad para poder aportar a la formación, que es fundamental en el ejercicio profesional de la asistencia sanitaria, dada la falta de inversión por parte de las Administraciones para ello. Junto a esto, es de destacar que en ocasiones y/o temas concretos el mayor conocimiento potencial está en el sector empresarial. Por otra parte, si dentro del conjunto de profesionales incluimos a los



directivos de la salud, la prohibición puede incidir directamente en la formación continuada de estos del mismo modo que a los profesionales sanitarios”, apunta Estevez.

En esta línea, continúa argumentando que las administraciones sanitarias deberían no prohibir sino evaluar -de verdad y de forma eficiente- y oficializar la formación continuada para que esta tenga la calidad y actualidad necesaria y responda a las necesidades de los profesionales, in-

dependientemente de dónde provenga su financiación.

Repercusión en la asistencia

Una de las preocupaciones de FACME es que una menor formación de los profesionales sanitarios puede repercutir en la asistencia. De hecho, creen que “la menor formación de los profesionales pone en riesgo a la población. Nuestra profesión es muy exigente en muchos aspectos, y



Financiación para la innovación

Para evitarlo, se deberían destinar financiación autonómica y presupuestos finalistas, no solo para la Sanidad en general, sino también para la formación continuada. La ciencia y la Medicina avanzan muy rápido y sin formación continuada es imposible que la innovación se incluya en la asistencia habitual.

Tanto FACME como SEDISA desconocen cómo se va a financiar la formación de los profesionales sanitarios. Joaquín Estevez comenta que “asistiremos a una evolución hacia otras formas de financiación. En el nuevo escenario habrá que analizar la participación de la industria y seguramente las sociedades científicas tengan un papel aún mayor en el impulso de la formación continuada, respondiendo al objetivo de ofrecer formación de calidad a sus miembros, por una parte, y de aportar, a través de ello, una mayor calidad en la atención sanitaria a la sociedad. Dicha calidad, además, supone una aportación directa de mayor eficiencia al sistema sanitario y, por ello, las administraciones sanitarias deberían marcarse como un objetivo importante el impulsar y dar apoyo a la formación”.

Investigación

Además de la formación, la investigación también se puede ver afectada por el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, ya que tal y como indican desde FACME, la investigación académica es esencial pero los fondos actuales ya son insuficientes, con lo

que recortes o prohibiciones no harán sino empeorar esta situación, influyendo de nuevo negativamente en ciudadanos, pacientes y profesionales.

Preocupación entre los profesionales

Una de las preocupaciones es que una menor formación de los profesionales sanitarios puede repercutir en la asistencia

el artículo 47.2 propone expresamente la “prohibición de estas actividades, directa o indirectamente financiadas por la industria”. Esta consideración supone, respecto a la investigación, una contradicción directa con las más de 60 veces en las que la industria es mencionada favorablemente en el propio dictamen, incluyendo posiciones tan claras como la del punto 29 que dice, textualmente, “reforzar la colaboración público-privada con la industria farmacéutica

Además de la formación, la investigación también se puede ver afectada por el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica

la práctica habitual en los países de la Unión Europea y, sobre todo, alejarse de la realidad de nuestro país. “La formación continuada es una obligación del Sistema Nacional de Salud que no ha podido ser cubierta por la Administración Pública durante muchos años, básicamente por dificultades de financiación. Esta situación se ha visto compensada, hasta ahora, por un gran esfuerzo de parte de los profesionales y por la financiación aportada por la industria, que ha permitido celebrar cursos,

Son muchas las sociedades científicas preocupadas por la formación de sus socios ante lo recogido en el citado documento. Así, la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) indica que

biotecnológica y otras que ofrezcan soluciones basadas en evidencias científicas contrastadas”.

En opinión de la SEHH, lo comentado sobre la formación médica continuada supone alejarse de

uno de ellos es la formación porque los conocimientos se quedan obsoletos rápidamente”.

Con respecto a la asistencia, el presidente de SEDISA apunta que con la prohibición y ante la falta de planes de formación continuada por parte de las administraciones sanitarias, la calidad asistencial empeorará incluso en el corto plazo, y ese empeoramiento irá incrementándose.



Buenas Prácticas

Desde Farmaindustria recuerdan que las colaboraciones se realizan en España en un marco de transparencia y están sometidas a un exigente y riguroso Código de Buenas Prácticas.

En esta misma línea se manifiesta la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) poniendo de manifiesto que "las actividades formativas, investigadoras y divulgativas se suelen financiar por la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, tanto las empresas como las sociedades científicas, en general, como SEPAR en particular, nos autoexigimos y aplicamos rigurosos códigos deontológicos consensuados por ambas partes. Estos códigos éticos y de buenas prácticas son públicos y tienen como objetivo fundamental promover una asistencia sanitaria de calidad, promover el bienestar de los pacientes e incentivar la investigación independiente, y desarrollar estas actividades basándonos en criterios de transparencia, profesionalidad y responsabilidad. El Código de Buen Gobierno de SEPAR explicita que no aceptará aportaciones económicas que condicionen el cumplimiento de sus objetivos, valores o principios o que pongan en peligro el cumplimiento de sus fines".

reuniones y congresos, siguiendo el Código de Buenas Prácticas en los máximos estándares de calidad del sector.

Cooperación

En este sentido, Farmaindustria ha hecho una declaración oficial diciendo que la colaboración de las compañías farmacéuticas es esencial para la formación continuada de los profesionales sanitarios. Esa cooperación contribuye a la realización, por parte de sociedades científicas y otras organizaciones científico-profesionales, de reuniones y congresos que permiten a los profesionales sanitarios mantenerse al día en sus especialidades, y les posibilita acudir a estos eventos formativos con becas y ayudas sin las cuales tendrían muy difícil la asistencia. El elevado nivel científico y el reconocimiento generalizado sobre la alta capacitación de los profesionales sanitarios en España evidencia el valor de esta colaboración, que se ha venido produciendo históricamente.

Asimismo, aseguran que "la prohibición de estas colaboraciones iría en contra de la libertad de empresa y de la iniciativa privada, principios consagrados en la Constitución, además de que son una práctica habitual en el resto de los países europeos, y, en el caso del apoyo a la formación de los profesionales sanitarios, están respaldadas por la propia normativa europea, que prevé este tipo de cooperación por parte de las compañías farmacéuticas. Así, la Directiva 2001/83/CE, incorporada a la legislación española en el RD 1416/1994, que regula la publicidad e información de medicamentos al público y a los profesionales, prevé el patrocinio de congresos científicos en los que participen personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos. Además, la propia Directiva establece una serie de requisitos necesari-

os para que esta colaboración se produzca en las condiciones adecuadas".

Asesoramiento de los profesionales

La Directiva 2001/83/CE, incorporada a la legislación española en el RD 1416/1994, prevé el patrocinio de congresos científicos en los que participen personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos

Por su parte, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) considera que la decisión de prohibir la financiación de la industria se ha tomado "sin el asesoramiento adecuado y ha generado gran malestar

tanto entre médicos, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y Farmaindustria".

En su opinión, "la Administración nunca se ha ocupado suficientemente de la formación continuada que necesitamos los médicos para el adecuado ejercicio de nuestra profesión. La inversión requerida comporta que la Administración no pueda asumir dicha función en su totalidad, como tampoco los sanitarios y que hasta ahora ha realizado Farmaindustria con un Código de Buenas Prácticas.

Dicha sociedad sostiene que la colaboración de las compañías farmacéuticas es "esencial para la formación continuada de los profesionales sanitarios. Esa cooperación contribuye a la realización, por parte de sociedades científicas y otras organizaciones científico-profesionales, de reuniones y congresos que permiten a los profesionales sanitarios mantenerse al día en sus especialidades y les posibilita acudir a estos eventos formativos con becas y ayudas sin las cuales tendrían muy difícil la asistencia".

*Al cierre de este reportaje, el Ministerio de Sanidad no había respondido a las preguntas enviadas por EL MÉDICO para aclarar cómo se financiaría la formación continuada, con qué fondos y con qué dotación ■



Fundación Josep Carreras
CONTRA LA LEUCEMIA

| 30 Aniversario

13.971 donantes de médula ósea compatibles localizados para pacientes españoles que necesitaban un trasplante y no disponían de un familiar compatible.

11 líneas de investigación en marcha en el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras, el primer centro de Europa dedicado exclusivamente a la leucemia.

313 pacientes alojados junto a sus familiares en los pisos de acogida para pacientes que reciben tratamiento lejos de su lugar de residencia.

19.595 consultas médicas y de información al paciente gestionadas para ofrecer apoyo.

105.205 socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.

1 hombre, Josep Carreras
30 años de lucha #imparablescontralaleucemia

Gracias. Entra en www.imparables.org



Teletrabajo/

pa





Teleasistencia, experiencias durante la pandemia

Texto  Nekane Lauzirika Fotos  N L. y L.M



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTAS

Marisa Merino y Laura Muñoz

Marisa Merino, vicepresidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), es el alma máter del Congreso Internacional de Salud Digital de Donostia celebrado la semana del 7 al 11 de septiembre, y que ha tratado, entre otros temas, del nuevo escenario dejado por la crisis de la COVID-19 en los sistemas sanitarios. En el encuentro se ha analizado cómo se ha aprovechado la salud digital para afrontar la crisis “y cómo ha impactado en el avance de su uso”, explica Merino a la REVISTA EL MÉDICO. Sobre este tema también hemos recabado las opiniones de la doctora Laura Muñoz, directora del Hospital Universitario de Cabueñes, del Principado de Asturias, una de las zonas del Estado donde mejor se ha manejado la pandemia, lo que ha causado menos contagios.

Las doctoras Marisa Merino, responsable del Congreso Internacional de Salud Digital que se ha celebrado en la capital guipuzcoana, dentro de los Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU), y Laura Muñoz, directora del centro de Cabueñes, del SESPAS, coinciden en señalar que en tiempos del COVID-19, el teletrabajo ha permitido en muchos casos continuar con la actividad laboral manteniendo el confinamiento. “La crisis sanitaria nos obligó a buscar herramientas adaptativas urgentes para dar respuestas urgentes ante las necesidades sanitarias existentes”, coinciden las directivas de Atención Primaria.

¿Es un proceso que estando ya en marcha la epidemia de la COVID-19 ha acelerado sin vuelta atrás?

MARISA MERINO: La epidemia de la COVID-19 nos ha obligado a cambiar muchas de las cosas que hacíamos. Ahora es el momento de valorar los cambios que hemos tenido que introducir en distintos ámbitos, valorarlos y aprender. Aprender de lo malo para mejorarlo y aprender de lo bueno para seguir con ello avanzando. Entre los cambios que han tenido lugar, se encuentra, sin lugar a duda, el teletrabajo. El teletrabajo ha permitido en muchos casos continuar con la actividad laboral manteniendo el confinamiento. Hemos visto que, con las herramientas tecnológicas actuales, una parte importante de la actividad laboral puede reali-

zarse a distancia y de forma más eficiente. Tenemos que plantear, pues, un nuevo escenario en el que todos ganemos.

LAURA MUÑOZ: En Sanidad llevamos tiempo trabajando en la incorporación de las tecnologías, probablemente a un ritmo más lento de lo que se podría esperar por lo complejo de este ámbito. Sin embargo, la necesidad impuesta por la crisis sanitaria nos obligó a buscar fórmulas adaptativas urgentes para dar respuesta a las necesidades asistenciales, y lo hicimos: en pocas semanas

se introdujeron cambios que en condiciones normales llevarían meses, entre definición, análisis, planificación, baterías de pruebas, formación, puesta en marcha de proyectos piloto, etc. Por ello, el impulso que se ha dado es fundamental. No obstante, la vuelta a los circuitos de trabajo previos puede suponer un nuevo estancamiento si no somos capaces de modificar nuestros modelos organizativos.

Se calcula que el Teletrabajo se quedará de forma permanente en un 20-25% de la ocupación laboral. ¿También en Sanidad?

M.M.: El sistema sanitario es más complicado en este sentido. Somos una empresa de servicios dedicada al bien más preciado que podemos tener, que es la salud. En esta crisis, los profesionales sanitarios han seguido trabajando de forma presencial

La telemedicina, los condicionantes legales, la ética en la atención, la gestión de la información, la comunicación o las competencias digitales de las personas son algunos de los temas que se han abordado con una visión estatal e internacional en el Congreso digital

más tiempo del habitual y de forma más intensa. Hay que poner en valor precisamente la respuesta que han tenido para luchar contra la epidemia a pesar de la incertidumbre, el riesgo y los miedos. También profesionales en aislamiento han apoyado mediante teletrabajo a sus propias organizaciones desde sus domicilios.

Teletrabajo en Sanidad va parejo a teleasistencia. ¿En qué aspectos encuentran más dificultades para que ambos caminen al unísono?

M.M.: En el caso de la Sanidad, debemos avanzar en la teleasistencia. Durante el confinamiento hemos comprobado que se puede hacer una atención sanitaria remota eficaz en muchos casos, mejorando la accesibilidad a los pacientes y evitando que tengan que acudir a los centros sanitarios.

L.M.: La principal dificultad obedece a una máxima simple, y es que a los pacientes

hay que verlos y explorarlos, y por ello, la teleasistencia nunca puede sustituir al acto médico presencial sino complementarlo. Por eso, es muy importante definir en qué situaciones aporta valor, y sobre todo en qué manera prestar esa teleasistencia con condiciones de calidad y seguridad.

¿Los profesionales están preparados para la asistencia telemática?

M.M.: Los profesionales de Atención Primaria, por ejemplo, hacían consultas telefónicas desde hace años, pero en los últimos meses ha sido una de las principales formas de asistencia. No es un trabajo fácil, pero hay que aprovechar los beneficios que ofrecen las soluciones tecnológicas y adaptarse. Es esencial desarrollar las competencias digitales de los profesionales sanitarios. Para ello, partiendo del marco europeo de competencias digitales, hemos desarrollado los perfiles digitales de profesionales clínicos (médicos, enfermeras...), de los administrativos de la salud y de los líderes sanitarios. Cada perfil tiene un cuestionario específico de autoevaluación que genera un informe personalizado al usuario de forma anónima. Se puede acceder al cuestionario gratuitamente.

L.M.: Entre los profesionales se puede encontrar de todo. Como es lógico, los más jóvenes tienen menos dificultades pues son generaciones que ya han crecido en un entorno digital. Sin embargo, la edad no es un factor limitante. La mayoría de los problemas vienen de la natural resistencia al cambio. Para avanzar son fundamentales formación e información, y hacer a los profesionales partícipes de los cambios a acometer.

¿Cuál es su mayor dificultad, técnica o romper la inercia tradicional de atención presencial?

M.M.: Los profesionales sanitarios están acostumbrados a trabajar con herramien-



MARISA MERINO



LAURA MUÑOZ

tas digitales: la historia clínica electrónica, la prescripción electrónica, los sistemas de información de las organizaciones, etc. Es mucho más complicado cambiar la forma de trabajar y aprender a ver las cosas desde otro prisma. La resistencia al cambio es importante, porque se perfila un escenario nuevo al que cada uno se tiene que adaptar, generando esfuerzo e incertidumbre.

L.M.: Probablemente una combinación de ambas. Los medios técnicos no siempre dan la respuesta ágil e inmediata que se requiere en un entorno sanitario. Los roles de ciudadanos, pacientes y profesionales hasta ahora eran en general poco proactivos, con lo que efectivamente es fundamental romper la inercia. Pero, por otro lado, la dificultad en el uso de las plataformas tecnológicas, la necesidad de establecer mecanismos que garanticen la seguridad y protección de los datos son circunstancias que complican la adopción de estos modelos de atención.

¿En qué proporción consideran que debería mantenerse la atención presencial?

M.M.: La atención presencial es esencial, pero no siempre es necesaria. Hay que identificar qué pacientes y qué situaciones se pueden beneficiar de un tipo de atención u otra. Habrá que ir incorporando poco a poco los distintos tipos de teleasistencia e ir adaptándonos todos para saber cuál puede ser la proporción óptima.

L.M.: La atención presencial no desaparecerá, pero deberá complementarse incorporando otras modalidades de atención para aquellas situaciones en las que la presencia física no aporta un valor, como la comunicación de un resultado normal de una prueba diagnóstica, el seguimiento de patología crónica o el control de tratamientos. Se mantendrá la consulta presencial siempre que la valoración física sea necesaria.

Una de las reivindicaciones tradicionales de AP ha sido la consulta colaborativa con los especialistas de hospital. ¿Esperan que la teleasistencia sea el trampolín?

M.M.: Esta es una de las ventajas de la teleasistencia. Se pueden realizar consultas con los compañeros del hospital sobre casos concretos con o sin el paciente delante, en función de la necesidad. En



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTAS

Marisa Merino y Laura Muñoz

casos complejos, las sesiones pueden ser multidisciplinares por videoconferencia, lo que optimiza mucho la gestión de los casos al estar presentes al mismo tiempo todos los agentes que tienen que ver con el paciente.

L.M.: Debemos trabajar centrándonos en el paciente, apoyándonos en las tecnologías para ofrecer una prestación de calidad allí donde sea más adecuado en cada momento: en el centro de Atención Primaria, en el hospital, e incluso en el propio domicilio del paciente. Por eso, el verdadero reto está en cambiar nuestras formas de organización y, para ello, debemos analizar en cada momento del proceso asistencial qué intervenciones se deben realizar, quién y en qué ámbito. Y eso pasa porque profesionales de Atención Primaria y especialistas hospitalarios consensúen protocolos de actuación y criterios de derivación para este tipo de consulta.

La otra parte del modelo de teleasistencia son los pacientes. ¿lo aceptan bien?

M.M.: Los pacientes lo aceptan bien en general. Algunos han visto que la accesibilidad ha mejorado claramente para ellos con estas herramientas. Durante la crisis, en ocasiones nos demandaban consultas por videoconferencia, sobre todo en el ámbito materno-infantil (Pediatria, matronas...).

L.M.: Los pacientes necesitan que demos soluciones a sus problemas de salud. En muchos casos van por delante, buscando información en internet sobre sus problemas de salud, consultando a través de las redes sociales, es decir, los pacientes son cada vez más tecnológicos. Por tanto, será bien aceptado en tanto seamos capaces de dar respuesta a sus problemas de salud. En cualquier caso, será un proceso de aprendizaje mutuo, y deberemos contar con la experiencia de los pacientes.

Y las personas de edad avanzada, ¿están preparadas o son reacias?



M.M.: En el caso de las personas de edad avanzada, suelen ser los familiares los que utilizan las tecnologías y para ellos supone un avance. Sin embargo, hay que decir que hay bastantes personas mayores que sí utilizan herramientas de este tipo y nos piden que les enseñemos para poder relacionarse con nosotros también por esta vía. De todas formas, el sistema sanitario se tiene que adaptar a las necesidades de cada persona, utilizando las herramientas más eficaces y eficientes en cada caso.

L.M.: Toda actuación debe acompañarse de la adecuada información, y comprobar si el paciente se puede beneficiar de la asistencia no presencial. Una premisa de partida debe ser establecer el perfil de pacientes que se pueden beneficiar de cada modalidad de atención y para qué tipo de patologías.

Evitar contagios y molestias a los pacientes mayores ¿sería suficiente motivación para incentivar las teleconsultas?

M.M.: Esta es una de las ventajas de la teleasistencia. Debemos valorar cada caso para adaptarnos a sus necesidades, siendo proactivos en el manejo de las mismas.

L.M.: Dar solución a los problemas de salud de los pacientes, garantizar su seguridad y evitar desplazamientos innecesarios son los tres criterios que deberíamos tener siempre presentes.

Las ventajas de este modelo de asistencia parecen muy evidentes en zonas rurales ¿y en las urbanas?

M.M.: Todas las ventajas de las que hablamos se pueden ver en cualquier ámbito, si bien en estos casos los beneficios son especialmente relevantes.

L.M.: En general, las características de la población en zonas urbanas son diferentes. La distancia física no será el único problema para el desplazamiento, ya que



circunstancias como dificultad para ausentarse del trabajo, tener a cargo personas dependientes, existen en todos los escenarios.

¿Cómo sería la actuación para personas mayores que viven solas, o que no tienen cobertura...?

M.M.: Como comentaba antes, el sistema sanitario se debe adaptar a las necesidades de los pacientes y utilizar para cada uno de ellos los medios disponibles más adecuados. La tecnología es un medio para mejorar la atención sanitaria y nunca podrá sustituir a la relación entre el paciente y el profesional sanitario. De hecho, en un entorno más digitalizado es todavía más importante la humanización y la ética en la atención.

L.M.: Para poder llevar a cabo la teleconsulta en primer lugar debemos disponer de un entorno tecnológico que lo permita, empezando por redes de comunicaciones

seguras y estables. También debemos valorar la tipología de pacientes para los que está indicado. Son los profesionales sanitarios que conocen a los pacientes quienes pueden hacer dicha valoración para adaptarse a las necesidades concretas de cada uno. Seguramente el médico de familia o la enfermera de Atención Primaria sabrán cómo ayudarle.

Los costes iniciales (técnicos, administrativos, formación de profesionales y pacientes...) ¿compensarán los beneficios?

M.M.: Efectivamente, implantar todo esto va a suponer un coste, pero los beneficios compensarán. Ya se sabe que la utilización de la tecnología puede mejorar la calidad asistencial, facilitar el trabajo de los profesionales y ayudar a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

L.M.: Por el momento los trabajos publicados muestran reducciones de los costes de la teleasistencia frente a la asistencia convencional, de manera que los números salen a cuenta. La telemedicina tiene un impacto positivo sobre la asistencia sanitaria en términos de mejora de la salud, calidad de vida y de reducción del uso de recursos sanitarios. Debemos evaluar la relación de coste-efectividad y coste-utilidad.

¿Creen que las administraciones sanitarias están dispuestas a esas inversiones o creen que con el tiempo habrá cierta relajación?

M.M.: La experiencia con la crisis de la COVID-19 ha acelerado enormemente la utilización de la tecnología como respuesta a una necesidad, y se ha comprobado

que funciona. Las administraciones lo han visto y creo que, en parte, apoyarán un nuevo escenario de actuación. Por otra parte, pienso que la propia sociedad también lo demandará, así que ya no podemos volver a lo de antes. Hay que recuperar la atención sanitaria previa a la crisis, pero mejorada, aprovechando todo lo que hemos aprendido.

La mayoría de los problemas vienen de la natural resistencia al cambio. Para avanzar son fundamentales formación e información, y hacer a los profesionales partícipes de los cambios a acometer

L.M.: Como le indicaba al principio, en Sanidad llevamos muchos años caminando hacia la transformación digital y se han hecho importantes inversiones en tecnologías, sistemas de historia clínica electrónica, distintas plataformas de telemedicina... El camino ha sido lento, pero ha sido im-

prescindible sentar las bases para que ahora podamos aprovechar su potencialidad, y para ello es esencial afrontar cambios en los modelos organizativos de forma que seamos más eficientes en la asistencia sanitaria. La pandemia COVID-19 nos demostró que, ante una crisis sanitaria, somos capaces de reorganizarnos con flexibilidad; toca analizar qué cambios es importante mantener porque aportan valor. Y hacer una apuesta decidida en inversión: transformación digital es un viaje sin vuelta atrás ■

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



A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a gurney with a green blanket is parked on the left. The hallway is long and brightly lit with overhead fluorescent lights. In the background, three people in green scrubs and blue masks are walking away from the camera. The floor is a light blue color.

a la

La vuelta normalidad

debe basarse en lo aprendido
en la COVID-19

Volver a la normalidad tras la pandemia por el COVID-19 requiere de un trabajo coordinado y adaptado a las circunstancias de cada centro. Los gestores y directivos tienen que estar preparados.

Texto | Clara Simón Vázquez



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

La vuelta a la normalidad debe basarse en lo aprendido en la COVID-19

En la vuelta a la normalidad, los equipos directivos que han jugado un papel tan importante en los meses de la pandemia van a volver a tenerlo, sobre todo a la hora de poner al día las experiencias, retomar los procesos y hacer más efectivo y eficiente el funcionamiento de

nuestro sistema sanitario. Con estas palabras, Joaquín Estevez, presidente de Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDSA) y Fundación SEDISA, ha destacado la importancia de una buena gestión a la hora de hacer frente a la situación tras la crisis de la COVID-19, donde aún no se sabe a lo que nos tendremos que enfrentar. SEDISA reconoce el trabajo de los gerentes, subgerentes y directores clínicos de todas las áreas asistenciales y no asistenciales, y el papel importante que tienen en la vuelta a la normalidad. Hay que recordar que, durante la pandemia, más de 300 directivos se han visto afectados por la COVID-19.

SEDISA, con la colaboración de Johnson & Johnson Devices, ha celebrado el encuentro digital “El Café de la Vuelta” para poner en común los pasos a seguir en esa vuelta a la normalidad, donde han participado cinco gerentes de grandes centros: José Soto, del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid; Luis Verde, del Área Sanitaria, de A Coruña; Albert Salazar, del Hospital Universitari Vall d'Hebron, de Barcelona; Juan Antonio Marqués, del Área VII Hospital General Universitario Reina Sofía, de Murcia, y José Antonio Medina, del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, de Málaga.

Experiencia

Todos están de acuerdo en que lo vivido es una experiencia más que suficiente para aprender de los errores y para mejorar los procesos y la asistencia. Es aquí donde se ha visto que las nuevas tecnologías son determinantes para salir de

estas situaciones, ya que tener sistemas integrados y tecnología permite hacer cosas sin presencialismo.

En estos meses de la pandemia lo que se ha visto ha sido el buen trabajo llevado a cabo por los equipos directivos y de gerencia,

la rápida adaptación de los hospitales y la reorganización de los procesos. De hecho, Luis Verde ha destacado que durante estos meses se ha visto la importancia de la buena gestión y el reconocimiento de la labor de los equipos directivos. Pero hay que tener claro, según sus palabras, que “estamos viendo que con

la velocidad no estamos incorporando los cambios más allá de las medidas de protección. De forma inmediata, no vamos a poder hacer grandes cambios, pero hay que hacer un esfuerzo por no olvidar y poner en marcha los cambios que se han visto necesarios”.

Cambio en los plazos

En la vuelta a la normalidad hay que tener en cuenta el miedo de los usuarios. José Soto ha destacado que se percibe miedo, sobre todo en la población de riesgo. Hay mucha gente que no quiere venir al hospital, que prefiere ir más adelante. “No sabemos qué va a pasar, antes perseguíamos el cumplimiento de las estrategias a largo plazo. Ahora, los planes es-

Estamos viendo que con la velocidad no estamos incorporando los cambios más allá de las medidas de protección



tratégicos y el largo plazo son tres meses y el corto plazo es mañana”.

Además, en su hospital están volviendo a la normalidad con más personal en números absolutos; pero están más cansados, enfadados y reivindicativos. “Estamos volviendo con más lista de espera, con más lentitud en la atención, con menos eficiencia de los tiempos y con menos dinero”.

Cansancio en el personal

Ese cansancio de los profesionales sanitarios puede lastrar la atención. Así, José Antonio Medina ha asegurado que hay profesionales cansados y la COVID-19 no se ha ido. “Tenemos hospitales con es-



tructuras para cumplir las medidas de seguridad, lo que nos hace impulsar otra forma de hacer las cosas. La base de esta vuelta a la normalidad se debe sustentar en más información y más formación”.

Juan Antonio Marqués ha coincidido con su colega al comentar que los profesionales están extenuados por el lastre físico y psíquico, otros están deseosos de reanudar la actividad y otros están vulnerables, ya que estando capacitados no pueden enfrentarse y no deben estar muy expuestos a la COVID-19, lo que genera cambios en la organización.

En opinión de Luis Verde, a los centros se nos exige mucho y casi siempre trabajamos al límite. Hay que cambiar esa dinámica, redimensionarnos y estar un poco mejor equipados, o priorizar el equipamiento. “Debemos trasladar el valor de nuestras actuaciones”. En estos meses hemos visto cómo los facultativos felicitan a los directivos; los sistemas de salud se han dado cuenta de la importancia de tener buenos equipos directivos y buenos equipos de gestión.

Nueva adaptación

Albert Salazar ha indicado que no estamos en una recuperación, sino en una nueva adaptación. En este contexto, “el hospital va a perder eficiencia por la seguridad de pacientes y profesionales, y porque hay que estar alerta para combinar áreas COVID-19 y no COVID-19, y las que puedan convertirse en COVID-19 rápidamente. Hay que tener espacios de reserva en áreas de hospitalización, de urgencia o en las UCI”.

En esta situación, es previsible que el hospital sea menos amable, y la accesibilidad se va a ver resentida. “Habrà que irlo cambiando a un concepto más de resolución”.

Replantear prioridades

Por eso, Juan Antonio Marqués ve necesario resituar las prioridades. “Ahora, sí que sabemos qué tenemos que hacer. En los próximos meses, es como tenemos que trabajar. Es importante que la estructura sanitaria esté organizada para seguir los casos sospechosos y los contactos para evitar la expansión de la enfermedad”.

En esta línea, hay que quedarse con las experiencias y con las herramientas que han funcionado. “De las cosas que se hicieron bien, depositar responsabilidad en la Atención Primaria ha dado muy buen resultado. Para que cumpla con su papel, Primaria tiene que disponer de más recursos. Necesitamos una adaptación permanente”.

Por su parte, Albert Salazar ha destacado el papel de enfermería, que ha sido extraordinario en esta situación y en la de normalidad también. En la vuelta a la normalidad, a los pacientes hay que agruparlos por la intensidad. “Es un reto importante; el cambio en la organización del hospital no por las especialidades médicas y donde exista una colaboración de los hospitales terciarios con Atención Primaria y visitas de AP

Ahora, los planes estratégicos y el largo plazo son tres meses y el corto plazo es mañana

a las residencias”. Ahora la integración es primordial, donde los centros sociosanitarios y la atención intermedia son necesarios.

José Antonio Medina también es partidario de enfatizar el papel de enfermería con unidades en función de los cuidados, con una importancia de la gestión por procesos y una medicina basada en valor.

Reforzar la eficiencia, seguridad y calidad

Soto ha apuntado que se han aprendido muchas cosas, entre ellas ver cómo se pactan los roles. “Hay que reforzar la eficiencia, la seguridad y la calidad”. En su opi-



Revisar la cultura del NO HACER

LA COVID-19 ha planteado de nuevo la necesidad de implementar la cultura del 'NO HACER' en el sistema sanitario. La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de Vifor Pharma y en el marco del Proyecto Colaborativo SEDISA para la Investigación sobre la Gestión del Covid-19 (INGESCOV), ha llevado a cabo un encuentro digital sobre la cultura del NO HACER en el post COVID-19.

Y es que no solo hay que tener en cuenta el NO HACER desde el punto de vista clínico, ya que diversos procesos han dejado de realizarse durante la crisis sanitaria y es el momento de analizar cuáles hay que retomar por ser necesarios y cuáles no. Pero también es necesario que se analicen desde el punto de vista de la gestión sanitaria. Por eso, la puesta de Comisiones para la Mejora de la Práctica Clínica, las políticas de comunicación de la práctica clínica de valor, la gestión del proceso asistencial a partir de las cadenas de valor y fomentar gobernanzas orientadas a implementar medidas organizativas de valor son propuestas para potenciar el valor de las decisiones organizativas del NO HACER.

nión, las estrategias clave pasan por las de NO HACER, que influyen en la seguridad y la eficiencia; en la gestión de los procesos más que los servicios; en la gestión clínica 2.0; en la gestión 3.0, la integración de los

servicios asistenciales de las áreas de salud con AP, los hospitales, servicios sociosanitarios y áreas de salud; es decir, un cambio de concepción sociosanitaria.

Ese cambio, Juan Antonio Marqués lo ve complicado, ya que en un país con 17 consejerías de salud es difícil ponerlo en marcha. No obstante, están apareciendo nuevos líderes y algunos han pedido tener más capacidad de decisión.

Recuperar la actividad

En la vuelta a la normalidad hay que considerar la recuperación de la actividad. La actividad quirúrgica se va recuperando

poco a poco. José Soto ha explicado que en su hospital han hecho un 10 por ciento de intervenciones, donde la prioridad y urgencia es evitar las presiones. Por eso, "debemos depurar la lista de espera con más personal del que disponemos. También tenemos que abordar el reto de reducir demoras, listas de espera... en coordinación en los planes de desescalada. Hay que evitar los daños colaterales y no vamos a volver a la normalidad quirúrgica en todo 2020".

Luis Verde ha indicado que hay que aprovechar al máximo. "Ahora estamos haciendo una programación quirúrgica del 80 por ciento. No hemos dejado de hacer lo garantizado por ley. En nuestra lista de espera tenemos algunos cánceres de mama, porque el programa de cribado ha estado parado tres meses. Tenemos que cambiar nuestras maneras de medirnos y hacer una actividad en función de la prioridad".

Cirugías prioritarias

En el Hospital Universitari Vall d'Hebron se ha bajado la actividad quirúrgica al 70 por ciento, ya que se paró el programa de trasplante, menos el pediátrico. Albert Sa-

lazar ha comentado que se está recuperando, donde hay prioridad para la cirugía oncológica y cardiovascular. "Esperamos terminar diciembre con lista de espera quirúrgica, que es tres veces superior a la del año pasado". Para el gestor, lo importante es la priorización de los procesos que hay que operar.

En Murcia, se ha recuperado el 70 por ciento de la actividad, según ha comentado Juan Antonio Marqués. "Se está trabajando

desde hace un mes, saliendo a centros concertados estamos ganando quirófanos, sobre todo para cirugías no demorables".

José Antonio Medina ha explicado

que en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria se ha seguido con la cirugía de urgencia, emergencia y oncológica. "Más del 100 por cien del año pasado y se ha incorporado un hospital con cuatro quirófanos. Aunque hay que tener en cuenta que las consultas externas y las indicaciones quirúrgicas han bajado, se están operando casos muy avanzados".

En Madrid, la situación es desigual. Así, en el Hospital Clínico se ha contratado personal para estas necesidades. "Emplearemos a la gente que nos viene de refuerzo durante las vacaciones dos turnos, mañana y tarde", ha detallado José Soto ■

Los sistemas de salud se han dado cuenta de la importancia de tener buenos equipos directivos y buenos equipos de gestión

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



CURSO DEFICIENCIA DE HIERRO EN MEDICINA INTERNA

ELABORADO POR:

- Alejandro del Castillo Rueda
- Marta Clavero Olmos
- Ana López Aparicio
- Dolores Pulfer
- Alejandra García García

Unidad de Ferropatología. Servicio de Medicina Interna
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Universidad Complutense. Madrid
Grupo de Investigación Trastornos del Metabolismo del Hierro
Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid

Descárguelo de forma gratuita en

cursos.gruposaned.com/deficithierromi



Solicitada la acreditación a la Comisión
de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

Comisión de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud

PATROCINADO POR



Inspired by patients.
Driven by science.



hiper BENig

Con el fin de estudiar la práctica clínica frente a la HBP, se puso en marcha un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, en el que participaron 797 especialistas en Urología y médicos de AP.

PRáctica clínica en plasias na de próstata

Texto | **Ramiro Cabello Benavente**

Jefe asociado del Servicio de Urología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

Jesús Moreno Sierra

Jefe de Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) y profesor titular de Urología de la Universidad Complutense de Madrid.



PROYECTO PRABEN

PRÁctica clínica en hiperplasia BENigna de próstata

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad frecuente¹, cuyo tratamiento está condicionado por la magnitud de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y por la presencia de diversos factores que inciden en la probabilidad de mayor riesgo de complicaciones y de progresión de la HBP².

Querer seguir el propio criterio y la falta de tiempo en la consulta son las dos principales razones aducidas para no seguir los protocolos de derivación en AP

Los síntomas de tracto urinario inferior (STUI) se clasifican en: síntomas de vaciado (urgencia, nicturia, frecuencia, incontinencia), llenado (dificultad de inicio, disminución de fuerza y calibre del chorro miccional, entrecortamiento) y postmicionales (sensación de vaciado incompleto, goteo postmiccional), y pueden ser debidos a múltiples causas³: HBP, hiper-hipoactividad del detrusor, poliuria nocturna, síndrome de dolor pélvico crónico, disfunción vesical neurógena, infección del tracto urinario, cuerpo extraño, estenosis uretral, litiasis, tumor vesical, etc. Estos síntomas pueden llegar a ser acentuados y afectar la calidad de vida de los pacientes^{3,7}.

Existe una clara tendencia a implicar cada vez más al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento, ya que esto mejora su adherencia al mismo. Por otro lado, en las últimas décadas se han producido importantes avances científicos que, junto al desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, modalidades de aplicación y opciones de tratamiento, hacen más compleja la toma de decisiones sobre

los aspectos relacionados con la salud del paciente con HBP⁸.

Proyecto PRABEN

Con el fin de estudiar la práctica clínica frente a la HBP, se puso en marcha un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, en el que participaron 797 especialistas en Urología y médicos de Atención Primaria (AP). El Dr. Ramiro Cabello Benavente, jefe asociado del Servicio de Urología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y el Dr. Jesús Moreno Sierra, jefe de Servicio de Urología y profesor titular de Urología del Hospital Clínico San Carlos y la Universidad Complutense de Madrid, formaron el comité científico del estudio, encargándose el Dr. Cabello del diseño del estudio y el Dr. Moreno del análisis de los resultados y la discusión.

Los resultados obtenidos en el estudio permiten extraer conclusiones relevantes sobre cómo se realiza el diagnóstico de la HBP, las opciones terapéuticas y la adherencia al tratamiento.

El efecto sobre la obstrucción y la eficacia son los dos criterios más importantes a la hora de seleccionar un tratamiento para la HBP

En primer lugar, se confirmó la elevada prevalencia de la HBP en nuestro medio, puesto que el 34 por ciento de los encuestados manifestó que, en una semana, más de 30 pacientes consultaban por síntomas de tracto urinario inferior (STUI), el 32 por ciento entre 21 y 30 pacientes, el 28,6 por ciento entre 11 y 20 pacientes, y el 5,4 por

ciento afirmó ver a menos de 10 pacientes a la semana por este motivo.

En cuanto al diagnóstico, la valoración inicial debe hacerse en AP. Los procedimientos a seguir están bien definidos en las guías clínicas y en el Documento de Consenso elaborado entre la Asociación Española de Urología (AEU), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)⁹. Para una óptima valoración inicial, es necesaria una



adecuada historia clínica, que debe incluir el estudio de los STUI mediante cuestionarios tipo IPSS.

Los médicos encuestados manifestaron derivar al paciente a Urología en situaciones muy concretas: no respuesta al tratamiento (81,9 por ciento), sospecha de cáncer de próstata (81,1 por ciento), necesidad de pruebas complementarias (66,9 por ciento) y ante la sospecha de indicación de tratamiento quirúrgico (62,2 por ciento). El 84 por ciento de los encuestados de AP seguían protocolos de derivación. Entre aquellos que no los



Figura 1: Porcentaje de participantes que no seguían los protocolos de derivación en función del motivo que aducían para ello (N = 20).

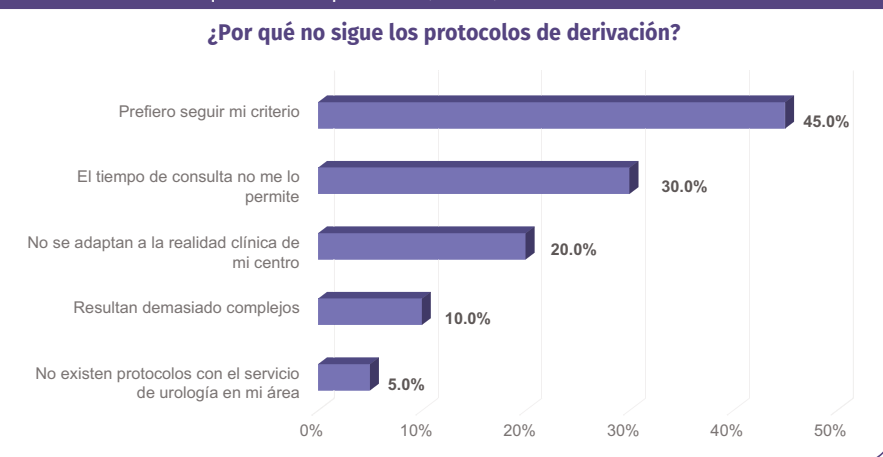


Figura 2: Porcentaje de participantes en función de la importancia que daban a los distintos criterios de selección del tratamiento para la HBP. Puntuando en una escala de 1 a 6, siendo 6 la máxima importancia (N = 797).

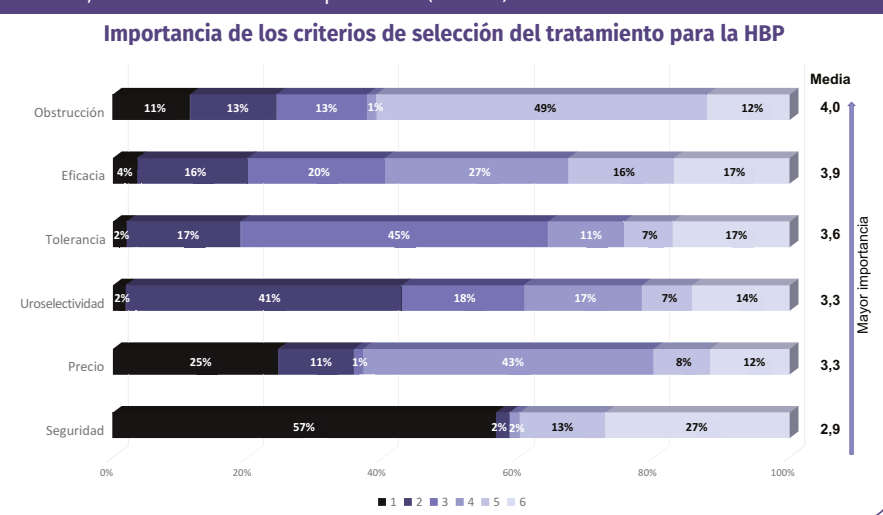
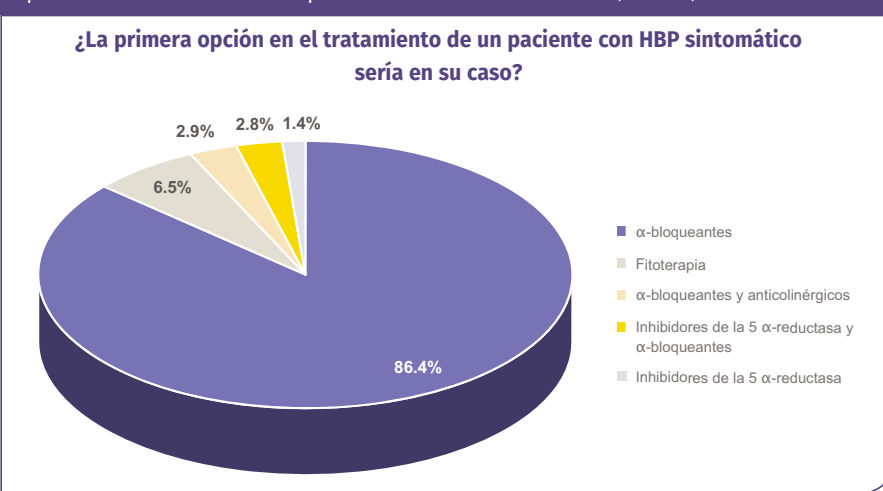


Figura 3: Porcentaje de participantes en función de cual era en su opinión la primera opción de tratamiento en un paciente con HBP sintomático (N = 797).





PROYECTO PRABEN

PRÁctica clínica en hiperplasia BENigna de próstata

seguían, el 45 por ciento manifestó que prefería seguir su propio criterio, mientras que el 30 por ciento mencionó que el tiempo de consulta no se lo permitía (Fig. 1). Querer seguir el propio criterio y la falta de tiempo en la consulta son las dos principales razones aducidas para no seguir los protocolos de derivación en AP.

Entre los médicos de AP, el 35,4 por ciento llevaba a cabo revisión de la próstata en paciente de 50 años o más que acudían a consulta por otros motivos; el 34,6 por ciento cuando el paciente consultaba por este motivo, y el 29,9 por ciento si la consulta era por este motivo y tenía más de 50 años.

Un aspecto a destacar fue que a la pregunta de quién establece el tratamiento inicial en un paciente sintomático con HBP, se vio que desde Urología se iniciaba tratamiento médico en el 51,4 por ciento y desde AP en el 48,6 por ciento. Puesto que la situación ideal sería que el tratamiento se iniciara predominantemente desde AP, se pone de relieve que es necesario mejorar, y mucho, la relación entre AP y atención especializada.

Los α -bloqueantes son la primera opción de tratamiento de un paciente con HBP

En cuanto a la estrategia terapéutica, existen numerosas opciones, que van desde vigilancia expectante, medidas higiénico-dietéticas y consejos sobre estilo de vida, hasta distintos fármacos. El 74 por ciento de los participantes seguía alguna guía de práctica clínica, y el 96 por ciento de los médicos utilizaba para esta patología todos los tratamientos posibles, como son fitoterapia, α -bloqueantes y an-

Figura 4: Porcentaje de participantes en función de las recomendaciones que seguían cuando prescribían α -bloqueantes (N = 588).

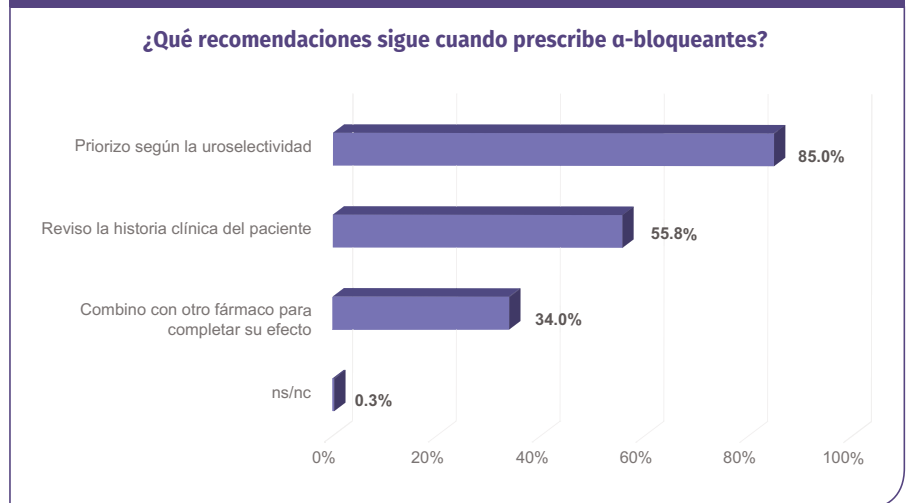
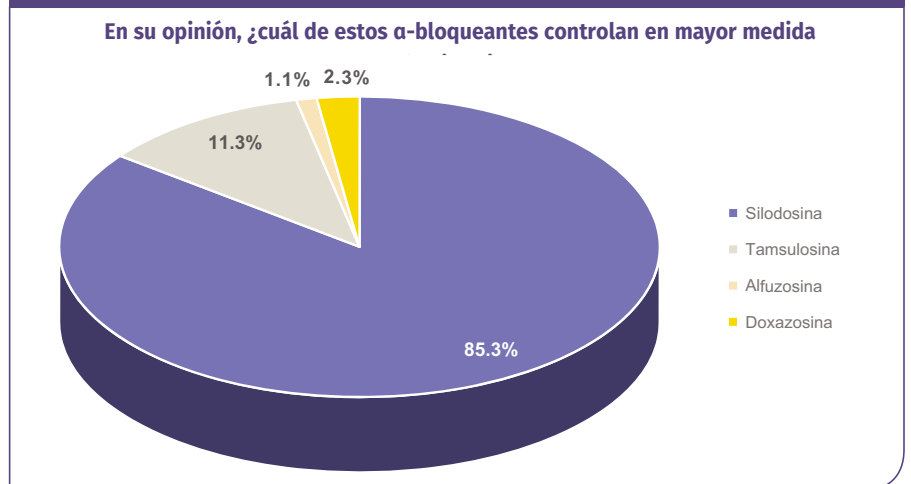


Figura 5: Porcentaje de participantes en función del α -bloqueante, entre los mencionados, que controlaba en mayor medida la nicturia (N = 797).



ticolinérgicos, solos o en combinación. El criterio de selección de tratamiento para HBP al que daban más importancia los encuestados era el efecto sobre la obstrucción, seguida de la eficacia (Fig. 2).

El efecto sobre la obstrucción y la eficacia son los dos criterios más importantes a la hora de seleccionar un tratamiento para la HBP.

Para el 86 por ciento de los participantes, la primera opción de tratamiento de un paciente con HBP sintomático serían los

α -bloqueantes (Fig. 3). Los α -bloqueantes son la primera opción de tratamiento de un paciente con HBP.

En el momento de establecer el tratamiento con α -bloqueantes, el 98 por ciento tuvieron en cuenta la uroselectividad del fármaco elegido para reducir los efectos adversos (91,1 por ciento) y obtener mayor efecto terapéutico (74,5 por ciento), fundamentalmente (Fig. 4).

La uroselectividad es el criterio prioritario cuando se prescriben α -bloqueantes.

Figura 6: Porcentaje de participantes en función del perfil de paciente que decidía tratar con α -bloqueantes (N = 797).

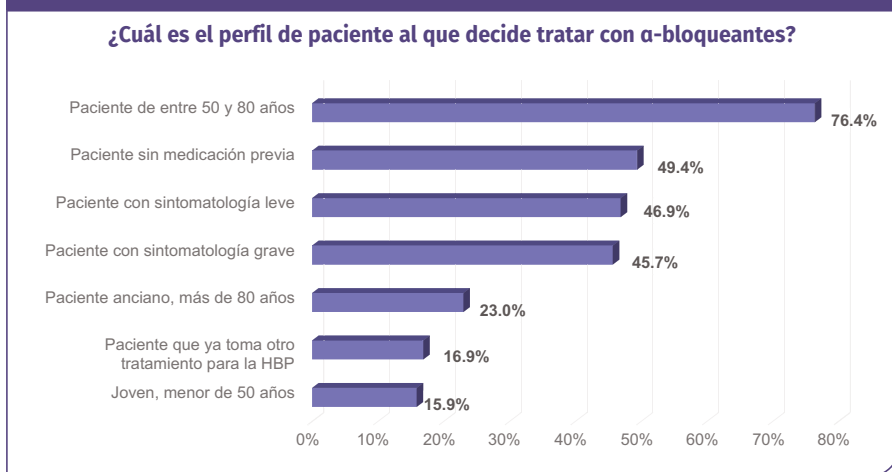
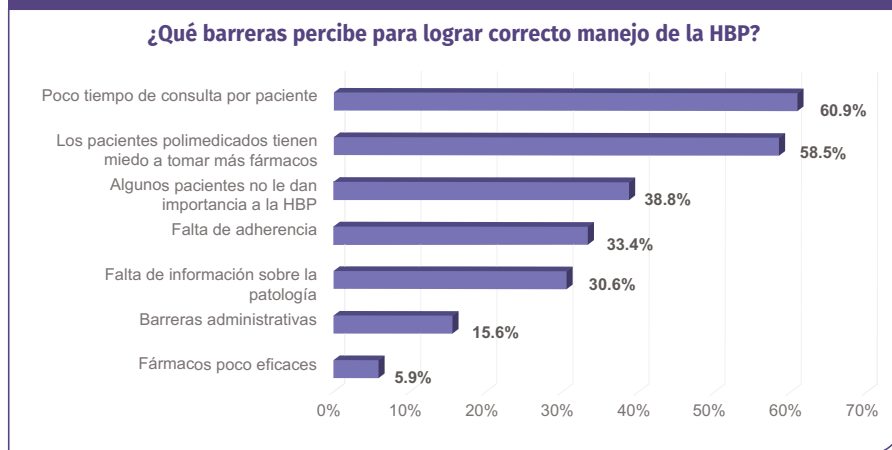


Figura 7: Porcentaje de participantes en función de las barreras que percibía para lograr un correcto manejo de la HBP (N = 797).



El tratamiento farmacológico con α -bloqueantes (alfuzosina, doxazosina, terazosina, tamsulosina, silodosina, etc.) en hombres con STUI moderados-graves tiene un fuerte grado de recomendación³. El 93,9 por ciento de los médicos encuestados consideró a la silodosina como el más uroselectivo, seguido a mucha distancia de tamsulosina (5,3 por ciento), alfuzosina (0,5 por ciento) y doxazosina (0,4 por ciento). En la encuesta realizada consideraron la silodosina como el α -bloqueante que mejor controla la nicturia (85,3 por ciento) (Fig. 5) y la obstrucción (84,1 por ciento). Los participantes en el estudio consideraron que la silodosina es

el α -bloqueante que mejor controla la nicturia y la obstrucción; también lo consideraron el más uroselectivo.

El perfil de pacientes al que se decidió tratar con α -bloqueantes fue el siguiente: pacientes entre 50-80 años (76,4 por ciento), pacientes sin medicación previa (49,4 por ciento), síntomas leves (46,9 por ciento) y síntomas graves (45,7 por ciento) (Fig. 6). Los pacientes entre 50-80 años son candidatos ideales a tratamiento con α -bloqueantes.

El 56 por ciento de los médicos afirmó que habitualmente manejaban los inhi-

bidores de la 5- α -reductasa en combinación con α -bloqueantes, el 21 por ciento solo los prescribían si el volumen prostático era superior a 30-40 cc y el 15,4 por ciento tenían en cuenta la posibilidad de progresión del tamaño de la próstata. El 96 por ciento de los médicos utilizaba todos los fármacos posibles, aunque los α -bloqueantes fueran la primera opción en el 86,4 por ciento de los casos.

Los participantes en el estudio consideraron que la silodosina es el α -bloqueante que mejor controla la nicturia y la obstrucción, también lo consideraron el más uroselectivo

El 61 por ciento de los encuestados percibía como barrera para lograr un correcto manejo de la HBP el poco tiempo de consulta por paciente, mientras que para el 58,5 por ciento el miedo de los pacientes polimedificados a tomar más fármacos podía impedir alcanzar un correcto manejo de la patología (Fig. 7). El poco tiempo de consulta por paciente y la polimedicación son los dos principales obstáculos para un correcto manejo de la HBP.

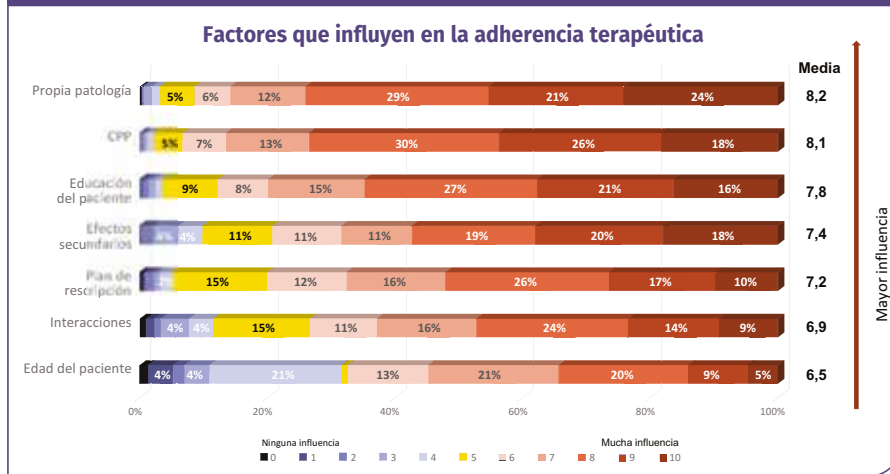
En cuanto al cumplimiento del tratamiento, en el estudio PRABEN se detectó que los factores asociados a la propia patología influyen en el grado de cumplimiento, así como el conocimiento del paciente de su patología y educación del paciente. En ocasiones, las interacciones medicamentosas, los potenciales efectos secundarios y la edad también pueden



PROYECTO PRABEN

PRÁctica clínica en hiperplasia BENigna de próstata

Figura 8: Porcentaje de participantes en función de la influencia que otorgaban a distintos factores en la adherencia terapéutica. Puntuando en una escala de 0 a 10, siendo 10 la máxima influencia (N = 797).



Los pacientes entre 50-80 años son candidatos ideales a tratamiento con α -bloqueantes

modificar el comportamiento del paciente (Fig. 8). Los factores asociados a la propia patología y el conocimiento del paciente de su patología son los dos factores que más influyen en el cumplimiento del tratamiento.

Esto pone de relieve, y así lo consideran los médicos encuestados, que el paciente y sus cuidadores deberían recibir una adecuada información sobre la patología y sobre la medicación, por lo que sería aconsejable realizar programas de formación específica para mejorar la adherencia al tratamiento.

Conclusiones

- La HBP es una patología prevalente en nuestro medio.
- En el manejo de pacientes con HBP es preciso seguir una derivación bidirec-

cional, esto es, de AP a Atención Especializada y viceversa.

- Los factores asociados a la propia patología influyen en el cumplimiento del tratamiento.
- Las interacciones medicamentosas, los potenciales efectos secundarios y la edad pueden modificar el comportamiento del paciente.
- Es necesario coordinar y mejorar la adherencia al tratamiento y realizar un adecuado seguimiento.
- El paciente y sus cuidadores deben recibir una adecuada información sobre la patología y sobre la medicación, siendo aconsejable realizar programas de formación específica para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Se deben potenciar los canales de comunicación entre AP y atención especializada ■

Bibliografía

1. Fernández Arjona M, Pereira Sanz I. Hiperplasia benigna de próstata: una afección de elevada prevalencia en el paciente de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43(1):44-51.

2. Brenes Bermúdez F, Pérez León N, Pimienta M, Dios Diz J. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2007;33(10):529-39.
3. Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol.* 2004; 46:547-54.
4. Moreno Sierra J y Fernández Pérez C. Caracterización clínica y epidemiológica de los síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hiperplasia benigna de la próstata en la Comunidad de Madrid. Edimsa, 2002
5. Moreno Sierra J, Fernández Pérez C, Cano Escudero S, Fuentes Ferrer M, Barreales Tolosa L y Silmi Moyano A. Progression of Null or Mild Lower Urinary Tract Symptoms Indicative of Benign Prostatic Hyperplasia After 2 Years of Follow-up in Non-treated Men Aged 40 Years or Older. *Urology* 2011;77(3):688-93.
6. Moreno Sierra J y Silmi Moyano A. Hiperplasia benigna de próstata. Guías de prácticas en Urología. Elsevier, 2011.
7. Perez N, Ortega MM, Brenes FJ. Hiperplasia benigna de próstata. En: Brenes FJ coordinador. *SEMERGEN Doc. Documentos Clínicos.* SEMERGEN. Área Urología. 1ª ed. Madrid: Edicomplet; 2008. p. 9-17.
8. OMS. Informe sobre la salud en el Mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra; 2008.
9. Castiñeiras J, Corzar JM, Fernández A, Martín JA, Bermúdez B, Pulido N, Molero J, Morales P. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Actas Urol Esp.* 2010; 34:24-34.

SOMOS **información**



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



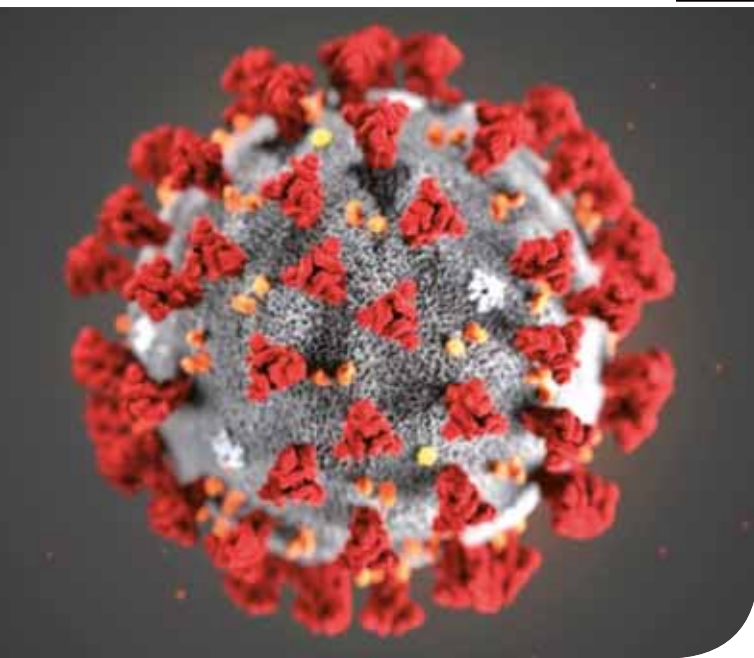
El coronavirus “engaña” a las células para que no lo reconozcan

El coronavirus “engaña” a las células, cambia la apariencia de su cobertura de ARN mensajero para que la célula anfitriona no reconozca que es extraño, según un estudio de investigadores del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas (UT Health San Antonio), que publican en la revista 'Nature Communications'. Los científicos han resuelto la estructura de una enzima llamada nsp16, que produce el virus y después utiliza para modificar su cobertura de ARN mensajero y de este modo “engaña” a las células hospedadoras, señala Yogesh Gupta, autor principal del estudio de la Escuela de Medicina Joe R. y Teresa Lozano, de UT Health San



La inteligencia artificial identifica el cáncer de próstata con una precisión casi perfecta

La inteligencia artificial ha conseguido la mayor precisión hasta la fecha en el reconocimiento y caracterización del cáncer de próstata, según un estudio publicado en 'The Lancet Digital Health' por investigadores de la aseguradora médica UPMC y la Universidad de Pittsburgh, en Estados Unidos. Para entrenar a la inteligencia artificial para que reconozca el cáncer de próstata, Dhir y su equipo proporcionaron imágenes de más de un millón de partes de diapositivas de tejido teñidas tomadas de biopsias de pacientes. Cada imagen fue etiquetada por patólogos expertos para enseñar a la Inteligencia Artificial cómo discriminar entre tejido sano y anormal. El algoritmo se probó en un conjunto separado de 1.600 diapositivas tomadas de 100 pacientes consecutivos atendidos en UPMC por sospecha de cáncer de próstata. Durante las pruebas, la inteligencia artificial demostró una sensibilidad del 98% y una especificidad del 97% en la detección del cáncer de próstata, significativamente mayor que lo informado anteriormente para algoritmos que funcionan a partir de portaobjetos de tejido. Además, este es el primer algoritmo que se extiende más allá de la detección del cáncer, informando un alto rendimiento para la clasificación del tumor, el tamaño y la invasión de los nervios circundantes. Todas estas son características clínicamente importantes requeridas como parte del informe de patología ■



Antonio. “Es un camuflaje –señala Gupta–. Debido a la modificación, que engaña a la célula, el ARN mensajero viral resultante ahora se considera parte del propio código de la célula y no extraño”. Descifrar la estructura 3D de nsp16 con la que el coronavirus engaña a las células, allana el camino para el diseño racional de medicamentos antivirales para COVID-19 y otras infecciones emergentes por coronavirus, señala el doctor Gupta. Los fármacos, nuevas moléculas pequeñas, impedirán que nsp16 realice las modificaciones. El sistema inmune se lanzaría sobre el virus invasor, reconociéndolo como extraño ■

La oxitocina podría ser usada para tratar desórdenes cognitivos como el Alzheimer

Científicos de la Tokio University of Science (Japón) han descubierto por primera vez que la oxitocina, conocida como la 'hormona del amor', podría ser una nueva opción terapéutica potencial para los trastornos cognitivos como la enfermedad de Alzheimer. El Alzheimer es un trastorno progresivo en el que las células nerviosas (neuro-



nas) del cerebro de una persona y las conexiones entre ellas se degeneran lentamente, causando una grave pérdida de memoria, deficiencias intelectuales y deterioro de las habilidades motoras y de comunicación. Una de las principales causas de la enfermedad de Alzheimer es la acumulación de una proteína llamada amiloide B (AB) en grupos alrededor de las neuronas del cerebro, lo que dificulta su actividad y desencadena su degeneración. La oxitocina, una hormona conocida convencionalmente por su papel en el sistema reproductivo femenino y en la inducción de los sentimientos de amor y bienestar. "Recientemente se ha descubierto que la oxitocina participa en la regulación del aprendizaje y el rendimiento de la memoria, pero hasta ahora ningún estudio anterior se ha ocupado del efecto de la oxitocina en el deterioro cognitivo inducido por AB", explica Akiyoshi Saitoh, uno de los autores del trabajo, publicado en la revista 'Biochemical and Biophysical Research Communication'. Se sabe que la oxitocina facilita ciertas actividades químicas celulares que son importantes para fortalecer el potencial de señalización neuronal y la formación de memorias, como la afluencia de iones de calcio ■

Los anticuerpos de pacientes con COVID-19 disminuyen "bruscamente" a los 3 meses de la infección

Los anticuerpos de pacientes leves con COVID-19, la enfermedad que provoca el nuevo coronavirus, disminuyen "bruscamente" a los 3 meses de la infección, según un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de California (Estados Unidos) y que ha sido publicado en el 'New England Journal of Medicine'. En concreto, a partir del tercer mes de haber contraído la infección, el nivel de anticuerpos se reduce de forma importante, los cuales se van reduciendo a la mitad cada 73 días, tal y como han observado los científicos estadounidenses. Por tanto, a su juicio, si se mantiene a esa velocidad, los anticuerpos desaparecerían en aproximadamente un



año. Informes anteriores han sugerido que los anticuerpos contra el nuevo coronavirus son de corta duración, pero la velocidad a la que disminuyen no se ha definido hasta ahora. Los hallazgos plantean preocupaciones sobre los 'pasaportes de inmunidad' basados en anticuerpos, el potencial de inmunidad de rebaño y la fiabilidad de las pruebas de anticuerpos para estimar infecciones pasadas. Además, los hallazgos pueden tener implicaciones para la durabilidad de las vacunas basadas en anticuerpos ■



El riesgo de sufrir infecciones vulvovaginales se incrementa hasta un 50% en verano

El riesgo de sufrir infecciones vulvovaginales, una inflamación de la parte externa y/o interna del aparato genital femenino, se incrementa hasta un 50 por ciento en verano, según ha avisado la especialista en Ginecología, Obstetricia y Sexología en los centros médicos Creu Blanca, Maite Fernández. El 75 por ciento de las mujeres padecen una infección vulvovaginal a lo largo de su vida, y el 50 por ciento experimentan, al menos, un segundo episodio. La piel de la vulva y la mucosa que recubre la vagina se inflaman a causa de un desequilibrio entre las bacterias sanas y las bacterias dañinas que se encuentran en la vagina. De hecho, las infecciones vulvovaginales representan el 20 por ciento del total de consultas ginecológicas, ya sea en Atención Primaria, especializada o urgencias. Entre estas, la candidiasis vaginal, provocado por el hongo *Candida albicans*, es la infección que afecta a más mujeres en Europa. Cuando una mujer sufre entre 3 o 4 vaginitis por hongos al año, estaríamos hablando de una candidiasis de repetición. En este caso, se requiere un tratamiento específico bajo la supervisión y el seguimiento de un ginecólogo. Las recomendaciones básicas para evitar las infecciones por hongos o candidiasis vaginal pasan por evitar que la zona vulvovaginal esté húmeda demasiado

tiempo; usar un gel de farmacia específico para la zona íntima y evitar lavados vaginales porque alteran el pH y la flora vaginal ■

Investigadores del CSIC prueban fármacos usados contra el cáncer para frenar el COVID-19

Un equipo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) lidera un proyecto que probará fármacos usados contra el cáncer para frenar la infección por el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la actual pandemia de COVID-19. El proyecto estudiará cómo devolver la normalidad metabólica a las células alteradas por el coronavirus. El cambio metabólico que induce el virus en la célula infectada se parece mucho al que ocurre en una célula tumoral. "Es lo que se conoce como efecto Warburg, en el que se alteran distintas rutas de señalización para reordenar el tráfico metabólico y permitir que las células se multipliquen sin control". Cuando un virus infecta un organismo, secuestra la maquinaria celular para producir nuevas partículas virales y proseguir la infección. "La idea de los investigadores es utilizar fármacos que se emplean en la terapia anti-tumoral para frenar la infección. Existen algunos que precisamente van dirigidos a las mismas vías que utiliza la célula tumoral para proliferar, así que podría frenarse de esta forma al COVID-19. A priori, se ignora cuáles son las rutas metabólicas que altera SARS-CoV-2, por lo que en el



proyecto se ensayarán fármacos usados en clínica frente a diferentes rutas. Una de las más interesantes es la vía PI3K/AKT, para la que existe un buen arsenal de fármacos. En concreto, el equipo busca aquellos que producen una disminución en la producción de ácido láctico en la célula infectada, ya que, como observó Otto Warburg en 1924, este es un desecho que refleja una activa producción de componentes celulares ■

España podrían eliminar la hepatitis C en los plazos marcados por la OMS

España es uno de los cuatro países del mundo que podrían eliminar la hepatitis C en los plazos marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con Egipto, Francia e Islandia, según el Observatorio Polaris, que recoge la evolución de todos los países del mundo en el cumplimiento de los objetivos establecidos por la OMS tanto para la eliminación de la hepatitis C como de la hepatitis B. Según el citado Observatorio, España está muy cerca de alcanzar los objetivos de la OMS relativos a tratamiento (que el 80% de la población tenga acceso al tratamiento) y mortalidad (reducción de un 65%), que, de mantenerse las políticas actuales, se alcanzarían en 2022. Algo más lejos está de los objetivos de incidencia (reducirla en un 90%), que se alcanzaría en 2024 y sobre todo de diagnóstico (reducir a menos del 10% la infección no diagnosticada), que se alcanzarían en 2028. Asimismo, el Observatorio subraya que los progresos no son suficientes en el abordaje del problema entre los usuarios de drogas inyectadas ■



Se debe adelantar la vacunación contra la gripe para mitigar efectos del COVID-19

La Comisión Asesora COVID-19-OMC, puesta en marcha por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), ha recomendado que se extienda y anticipe la campaña antigripal para mitigar los efectos del COVID-19. En su octavo informe, en este caso sobre el reforzamiento de la vacunación antigripal para afrontar COVID-19, instan a fomentar la vacunación de la gripe entre el personal sanitario; mantener el carácter voluntario de la misma; organizar la campaña de vacunación de tal forma que se eviten aglomeraciones para disminuir riesgo de transmisión de COVID-19 y mantener el carácter común y unificado de las decisiones de vacunación para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Los médicos consideran que las propuestas de hacer obligatoria la vacunación para determinados grupos sociales o colectivos profesionales "no parece ni necesaria ni conveniente en la actual situación, y tampoco parece aconsejable que estas medidas se tomen unilateralmente por parte de algunas autoridades sanitarias autonómicas, sin consensuarlas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud" ■





ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro": 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinita A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** ATERINA no está recomendada para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinita A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante la lactancia. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** *Poco frecuentes:* Cefalea. *Muy raras:* Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** *Frecuentes:* Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** *Frecuentes:* Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. *Poco frecuentes:* Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. *Muy raras:* Hemorragia gástrica. *Frecuencia no conocida:* Trastorno gastrointestinal, melenas, piroxia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Frecuentes:* Erupción. *Poco frecuentes:* Eczema, eritema, urticaria. *Frecuencia no conocida:* Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raras:* Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** *Frecuencia no conocida:* Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** *Frecuencia no conocida:* Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Frecuencia no conocida:* Asma. **Trastornos renales y urinarios:** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** *Frecuencia no conocida:* Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina, *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinita A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP_{IVA}:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Marzo 2018.

1. Current Aspects in chronic venous disease: Focus on Sulodexide. *Int Angiol.* 2014. Jun; Special Edition 33 (03):209-274.

ALFASIGMA 
es.alfasigma.com