

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1215. Enero/Febrero 2021

CRÓNICA DEL 2020

El año más complicado
para el SNS

Entrevistas

Pilar Garrido
Presidenta de FACME

Elena Martín Pérez
Presidenta electa de
la Asociación Española
de Cirujanos

José Soto Bonel
Presidente de SEDISA

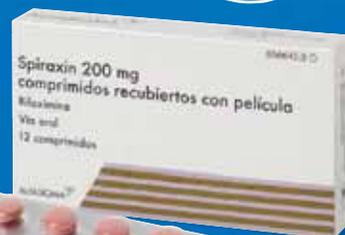




SPIRAXIN

Rifaximina- α

Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS

EN PORTADA



Crónica del 2020: el año más complicado para el SNS

El año 2020 ha terminado con cifras preocupantes de la pandemia provocada por la COVID-19. Los expertos todavía no han dado una fecha exacta en cuestiones como cuándo habrá inmunidad de grupo o cuándo se podrá salir a la calle sin mascarillas. El año ha comenzado con la tercera ola de la pandemia, y todavía no se atisba el final de la peor crisis sanitaria que ha sufrido el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en general, la población mundial.

14

ENTREVISTAS



Pilar Garrido

Presidenta de FACME

22



Elena Martín Pérez

Presidenta electa de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

28



José Soto Bonel

Presidente de SEDISA

34



**María del Mar Sureda
Barbosa**

Subdirectora de la GAP de Mallorca y vocal de la SEDAP

50



Rodrigo Gribble

General manager y corporate vice president en Novo Nordisk España

58



**Esther Saavedra
Martínez**

Manager - Health - International
Organisations de Everis

8



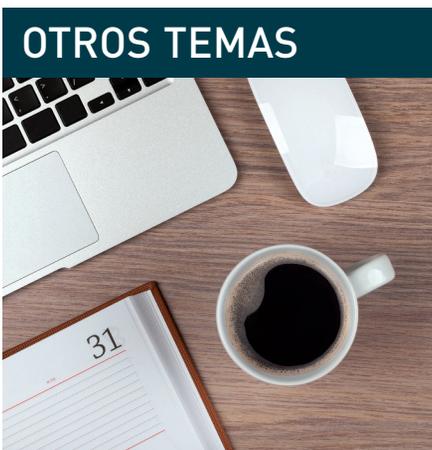
**Honorio-Carlos Bando
Casado**

Profesor Honorario de la Facultad
de Medicina de la Universidad
Autónoma de Madrid

12



El buen humor le sienta bien a la salud 40



Otros temas Fue Noticia 70 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

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, Paco Romero, Antonio Morente,
Ángeles Huertas, Javier Grandá, Jorge Sánchez,
Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín,
Esther Murillo.

Agencia: Europa Press.

Otras secciones: Derecho Sanitario: ASJUSA-
ABOGADOS y Ricardo De Lorenzo. Humanidades
Médicas: 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,
2ª, 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 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.

ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2021. 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
hilarion@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

Siganos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





mir



FORO DE EXPERTOS

La ada maestra de la actualidad



La tecnología, clave en la seguridad de medicamentos

Autora | Esther Saavedra Martínez. Manager - Health - International Organisations de Everis



Esther Saavedra Martínez

Desde marzo de 2020 el mundo entero está en la búsqueda de la vacuna que nos inmunice frente al desarrollo de los problemas de salud derivados por la COVID-19 y también en búsqueda del tratamiento con el que atajar las complicaciones de salud derivadas del virus.

En una carrera tan acelerada por encontrar la solución y con la extrema necesidad de aplicar dicha solución a una gran masa de población mundial, cobra especial relevancia la monitorización de la evolución de eventos adversos que dicho tratamiento pueda derivar en los ciudadanos objeto de su administración.

La preocupación latente de la sociedad por aceptar el balance entre beneficio y riesgo de su administración es notable, y ello pone de manifiesto la necesidad de informar a la sociedad de los riguro-

sos procesos de evaluación y supervisión que la comercialización de un medicamento entraña en Europa y en el mundo. Pero, ¿cómo llegamos a este escenario? La respuesta es: a través de la farmacovigilancia.

La farmacovigilancia es el proceso continuo de identificación, evaluación, análisis y prevención de los eventos adversos derivados de la administración de medicamentos, tanto en su fase pre comercial como durante su posterior aprobación y comercialización.

No solo se trata de ver los riesgos, sino de utilizar la observación de eventos adversos también como algo beneficioso. Por ejemplo, en el caso del Minoxidil -principio activo originariamente desarrollado para el tratamiento de la

hipertensión¹, a día de hoy su principal motivo de comercialización es el tratamiento de la alopecia androgenética, ya que tras la observación de eventos adversos se encontraron beneficios para este trastorno.

Con ello, como en el caso del Minoxidil, los eventos adversos pueden detectarse durante la propia fase del ensayo clínico como en la posterior administración regulada del medicamento, como pueden ser los ejemplos del Veraliprida, fármaco con actividad antidopaminérgica autorizado en España en el año 1983; los fármacos con fines anorexígenos como son el benfluorex, pemolina, prolintano, fenilpropanolamina y tiratricol; o, debido a la detección de efectos adversos negativos, la suspensión en 2009 de Raptiva, medicamento para tratamiento de la psoriasis autorizado en la UE en 2004².

En la actualidad, en Europa, las agencias reguladoras estatales y las empresas far-

No solo se trata de ver los riesgos, sino de utilizar la observación de eventos adversos también como algo beneficioso

macéuticas deben reportar los eventos adversos severos derivados de la administración de medicamentos de los que tengan conocimiento, y es de carácter voluntario para todo ciudadano el reporte de los eventos adversos que haya experimentado o tenga conocimiento.

¿Podría entonces la tecnología ayudarnos a trazar la relación entre el tratamiento de una vacuna con el desarrollo de una patología adversa en un adulto de 40 años? Claramente sí.

En este caso, la tecnología da soporte a la recopilación de todos estos eventos adversos en una única base de datos a nivel europeo, permitiendo también la compilación de eventos adversos registrados fuera de la región, pero vinculados a ensayos clínicos y medicamentos comercializados en Europa. Un instrumento y una fuente muy potente para la explotación agrupada de la información unificada, dando pie con ello a la toma de decisiones centralizada.

Gestión del riesgo

Un medicamento se autoriza en base a que los beneficios de su administración superan los riesgos que supone para la población destinataria. Sin embargo, no todas las reacciones adversas potenciales o reales se identifican en el momento en que se autoriza su comercialización inicial. El objetivo de la gestión de riesgos es abordar las incertidumbres en el perfil de seguridad en las diferentes fases del ciclo de vida del medicamento, y planificar en consecuencia.

Los sistemas de información volverán a jugar aquí un aspecto relevante, ¿puede agilizar la tecnología el procesamiento de la información reportada en el plan de gestión de riesgos reportado por la farmacéutica que solicita su autorización? La respuesta es, nuevamente, sí.

Mediante diferentes herramientas, podemos hacer que los procesos sean más





rápidos; *Robotic Process Automation, Big Data e Inteligencia Artificial* tiene un papel importante en la automatización de este proceso. Gracias a estas tecnologías podemos facilitar la evaluación de riesgos extrayendo información objetiva del RMP, aplicar IA para sacar información relevante del informe, construir alertas en base a riesgos reportados, y automatizar el procesamiento y almacenamiento de la información de manera estructurada, facilitando la toma de decisión.

Debemos tener en cuenta, además, que cuándo un medicamento se comercializa, no se hace para siempre. Todos los eventos adversos reportados a las entidades reguladoras son objeto de revisión y discusión y la tecnología juega un papel muy relevante en este proceso. La aplicación de la inteligencia artificial es clave a la hora de conseguir patrones de repetición, y descubrir señales que deriven en decisiones tan relevantes como puede ser la retirada de un medicamento del mercado, el cambio de posología o su pauta.

A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria³. Pasa a ser evidente, que sin el soporte tecnológico requerido, la detección de patrones adversos, leves o severos, supondría un periodo de tiempo tan extenso que podría derivar en daños severos para la salud (como la hipertensión arterial pulmonar derivada del Benfluorex o el riesgo de hemorragia cerebral en muje-

res jóvenes con la Fenilpropanolamina e infarto agudo de miocardio o hemorragia cerebral con el Tiratricol), o incluso en la muerte de personas siguiendo un tratamiento contraindicado para su perfil biológico, clínico o puramente farmacéutico.

El Real World Evidence (RWE) -análisis utilizado para generar ideas, informar sobre decisiones de distintos perfiles interesados en salud, basado en la práctica derivada de datos recopilados en la práctica clínica habitual o recogidos de la experiencia del paciente- será clave para el desarrollo de futuros tratamientos

de las tecnologías de la información (*Big Data*) y crear la algoritmia (*Inteligencia Artificial*) que nos ayude en entenderla e incluso predecirla.

Disponemos de información sobre la población mundial, los aspectos climáticos y culturales de sus regiones, la biología de las personas que residen en cada una de ellas, su historia clínica y sociosanitaria... tenemos miles de fuentes de datos físicas y biológicas que nos ayudan a entender cómo se han comportado, se comportan y comportarán las enfermedades que ha padecido, padece y padecerá el ser humano. Es importante empezar a hacer un uso más intensivo de los datos de los que disponemos y usarlos para trabajar en modelos de predicción certeros. En este sentido, el Real World Evidence (RWE)

Real World Evidence

Existen tantos datos disponibles para dar soporte a la investigación clínica que la tecnología juega un papel imprescindible en la potencialización de la información. Ningún ojo humano es capaz de procesar la información disponible en el mundo respecto a una única temática, pero si poseemos la capacidad de procesarlos mediante

-análisis utilizado para generar ideas, informar sobre decisiones de distintos perfiles interesados en salud, basado en la práctica derivada de datos recopilados en la práctica clínica habitual o recogidos de la experiencia del paciente - será clave para el desarrollo de futuros tratamientos⁴.

En el caso de la vigilancia de medicamentos, contamos con la información histórica del ciclo de vida completo del fármaco: desde su concepción, su ensayo, aprobación y los eventos reportados tras su administración en el mercado. Es evidente que el círculo debe ser cerrado aprendiendo de la fase final para ser considerada también en el inicio. ¿Puede un evento adverso condicionar la fase de investigación de un nuevo medicamento? De hecho, ya lo hace. Y de nuevo, la tecnología es clave para facilitar este acercamiento ■

Notas

1. (JHU Press, ed. (2008). «Extension». *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* (en inglés). p. 37. ISBN 978-0801892349.)
2. https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2005/NI_2005-11_veraliprida.htm
https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2005/NI_2005-14_fm_anorexigenos.htm
https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2009/NI_2009-03_raptiva.htm
3. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/patient-safety> / https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
4. <https://campusnafi.es/e-professionals/noticias/que-es-real-world-evidence-y-big-data/>

somos información



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



La Unión Europea de la salud

Autora | Honorio-Carlos Bando Casado. Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Académico de Varias Reales Academias Nacionales y Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Fundaciones (AEF).



Honorio-Carlos Bando Casado

La historia hay que asumirla, como decía Sócrates, desgraciados los pueblos que olviden su historia: la historia es el testigo de los tiempos, luz de verdad y muestra de la vida. Hay que señalar, respecto a la Unión Europea, algunos hitos como el Tratado de París de 1952, inspirado por el entonces ministro de Exteriores, Robert Schuman, y por Jean Monnet, diplomático, que junto con Konrad Adenauer y Alcide De Gasperi, son considerados como los “Padres de Europa”, creando el embrión de la Unión Europea.

La CECA (Comunidad Europea del Carbón y del Acero) que cristalizó en el Tratado de Roma de 1957. Otro de los hitos históricos, fue el Informe de Jacques Delors, que fue presidente de la Comisión Europea (1985-1995), y que elaboró un plan detallado para la Unión Europea, que fue aprobado por el Tratado de

Maastricht, entrando en vigor el 1 de noviembre de 1995, y que tenía muy en cuenta el “Welfare State”, el Estado del Bienestar.

Respecto a España, la firma del Tratado de Adhesión tuvo lugar el 12 de junio de 1985. Se firmó el Tratado en el salón de las Columnas del Palacio Real de Madrid, por el presidente del Gobierno, Felipe González, en presencia de S.M. el Rey, el ministro de Asuntos Exteriores, Fernando Morán, y del secretario de Estado para las Relaciones con las Comunidades Europeas, Manuel Marín.

No me gusta hablar de “nueva normalidad”, sino de “nueva realidad”, a la que tenemos que adaptarnos todos, porque la COVID-19 ha marcado un antes y un

después para los sistemas de salud europeos. Tenemos que ser conscientes de que estamos ante nuevos tiempos para la Salud Pública, entendiendo que tiene que ser una “salud integral”, cimentada en una sociedad de valores, donde la solidaridad, la cohesión y el consenso deben alcanzar la máxima extensión de su significado, caminando juntos a la Unión Europea de la Salud.

Los nuevos tiempos para la protección de la salud deben tener muy presente las nuevas tecnologías para innovar en los sistemas de salud de los diferentes países europeos y renovarlos, para las nuevas circunstancias, también los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) deben estar muy presente en esta etapa.

Mi vocación europeísta, de corazón, me lleva a la profunda convicción, que tenemos que ser sujetos activos en los proyectos europeos, que serán financiados por la Unión Europea, y asumir el

Los nuevos tiempos para la protección de la salud deben tener muy presente las nuevas tecnologías para innovar en los sistemas de salud

liderazgo para construir “La Europa de la Salud”, el momento es oportuno para ofrecer mejores servicios a ciudadanos y pacientes.

A raíz de la crisis económica que viene afectando gravemente a Europa y especialmente a España, es necesario tomar conciencia que la Unión Europea. Es aún más necesaria, bajo el prisma de la unidad y solidaridad y buscar la cohesión de los países que la integran, evitando la dicotomía norte-sur.

Todos tenemos que aunar esfuerzos para la “Refundación de la Unión Europea de la Salud”, tan necesaria como evidente

España, con la crisis de la COVID-19 como telón de fondo, ha participado activamente en las negociaciones de un plan para relanzar la economía de la Unión Europea, por las consecuencias graves que está teniendo la pandemia en nuestro país, que sería beneficiario de más de 140.000 millones de euros. El 90 por ciento de los Fondos de Recuperación son para financiar reformas estructurales e inversiones para impulsar la economía, modificar el modelo productivo hacia sectores más innovadores, fomentando y potenciando un empleo de calidad, con políticas proactivas.

El 13 de noviembre de 2020, el Parlamento Europeo aprobó por 615 votos a favor, 34 en contra y 39 abstenciones, la propuesta de la Comisión Europea de elevar el perfil de la Unión Europea (UE) en el sector de la salud a través del programa de “La Unión Europea de la Salud”, EU4 HEALTH, que sería respaldado con una dotación presupuestaria de 5.100 millones de euros, programa que creó una Agencia de Investigación y Desarrollo Biomédico Avanzado, para reforzar la capacidad y disposición de la Unión, con soluciones transfronterizas, afrontando que los sistemas sanitarios europeos, realicen en un futuro,

acciones para paliar amenazas graves en el ámbito de la salud, no solo para otras pandemias, sino también para hacer frente a la cronicidad y el envejecimiento de todos los ciudadanos, aumentando las resiliencias y corrigiendo las desigualdades.

La presidenta de la Comisión Europea, Von Der Leyen, está asumiendo un papel de liderazgo importante. La sensibilidad de la presidenta ante la pandemia de la COVID, ella médico de profesión, ha quedado

demostrada en su weltanschauung (concepción de la vida). Había que poner énfasis, por parte de España, en la construcción de la “Europa de la Salud”, como elemento de unión de todos los ciudadanos. En nuestro país, tenemos grandes expertos que pueden aportar las grandes líneas de actuación, para un plan conjunto y coordinado con todos los países integrantes, para ampliar más competencias sanitarias y el Espacio Europeo de Investigación, en el que España debe desarrollar el sistema de ciencia y nuevas tecnologías en especial la salud digital y la inteligencia artificial. Además de establecer el historial médico electrónico europeo.

Von Der Leyen promete una recuperación sostenible y transformadora para Europa, haciendo hincapié en dotar de perspectivas de futuro al nuevo programa EU4 HEALTH, señalando la necesidad de construir una Unión Europea de salud más fuerte, idea que exponíamos anteriormente. La presidenta de la Comisión Europea ha anunciado que convocará una Cumbre Mundial sobre la Salud en 2021, en Italia.

Desde España tenemos que impulsar la filantropía comunitaria. Las Fundaciones del Grupo Sectorial de Salud, Inves-

tigación y Bienestar, que dirijo, de la Asociación Española de Fundaciones (AEF), está llevando a cabo una labor muy importante, es justo señalarlo, en el apoyo a la gestión de la pandemia de la COVID, prestando servicios en sus diferentes ámbitos a los ciudadanos.

Todos tenemos que aunar esfuerzos para la “Refundación de la Unión Europea de la Salud”, tan necesaria como evidente, contribuyendo de manera unitaria a la vertebración de esta nueva Europa, más solidaria, saludable, equitativa e igual para todos los ciudadanos, cada uno deberán asumir nuestra cota de responsabilidad en esa tarea, con grandes incertidumbres y posibilidades, pero apasionante para el futuro innovador europeo y de España ■





REPORTAJE DE PORTADA

Crónica del

El año más complicado
para el

SNS



El año 2020 ha terminado con cifras preocupantes de la pandemia provocada por la COVID-19. Los expertos todavía no han dado una fecha exacta en cuestiones como cuándo habrá inmunidad de grupo o cuándo se podrá salir a la calle sin mascarillas. El año ha comenzado con la tercera ola de la pandemia, y todavía no se atisba el final de la peor crisis sanitaria que ha sufrido el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en general, la población mundial.

Texto | Eva Fariña

Fotos | EL MÉDICO



REPORTAJE DE PORTADA

Crónica del 2020: el año más complicado para el SNS

El año 2020 se ha despedido con la noticia de que Salvador Illa, actual ministro de Sanidad, será el candidato del Partido Socialista de Cataluña a las elecciones de la Generalitat. Por tanto, se avencinan cambios en el Departamento que en la actualidad lidera la gestión de la pandemia.

El Gobierno de Pedro Sánchez ha aprobado el 25 de octubre de 2020 declarar el estado de alarma en todo el territorio nacional hasta el 9 de mayo de 2021. El objetivo ha sido contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2. Mientras el estado de alarma es efectivo, la autoridad competente es el Gobierno

de la Nación. En cada comunidad o ciudad autónoma, la autoridad competente delegada es quien ostente su presidencia. Quien tome las riendas del Ministerio de Sanidad se encontrará con la misión de liderar un Consejo Interterritorial en el que se están tomando medidas aplicables a todo el Estado.

Por tanto, el año 2020 ha comenzado y ha terminado con el protagonismo de la figura del ministro de Sanidad. El currículum de Salvador Illa, elegido por Pedro Sánchez para llevar la cartera de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, poco o nada tiene que ver con el sector sanitario. Se dijo que se convirtió en 'ministrable' por

sus negociaciones en Cataluña. Y precisamente Cataluña es el motivo de su abandono del Ministerio, ya que será el candidato del PSOE a las elecciones que se celebran el 14 de febrero a la Presidencia de la Generalitat.

Salvador Illa ha sido nombrado ministro de Sanidad del nuevo Gobierno de coalición de PSOE y Unidas Podemos. Illa, hasta entonces secretario de Organización de la formación socialista catalana, sustituye a María Luisa Carcedo, quien ha ocupado el cargo de ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social desde octubre de 2018. La exministra, actual diputada por Asturias, ha sido la principal im-





pulsora de la normativa para regular la eutanasia en España.

Tras su nombramiento, los agentes del sector le dieron su bienvenida, conscientes de que las negociaciones tenían que comenzar prácticamente de cero en casi todos los ámbitos. Salvador Illa no ha podido disponer de los cien días de cortesía que se ofrece a los cargos públicos. Ya a finales de febrero la COVID-19 ha comenzado a cambiarlo todo.

Atención Primaria y Código de Buen Gobierno

Durante el debate de investidura de Pedro Sánchez, el 4 de enero, el líder del PSOE ha anunciado su intención de avanzar en el diseño del marco estratégico de actualización de la Atención Primaria. También ha avanzado el aumento de hasta el 7 por ciento del PIB en la inversión en Sanidad. En su discurso, ha recor-

dado otras medidas sanitarias, como la eliminación de los copagos o su intención de potenciar la investigación en enfermedades raras. El plan de lucha contra el suicidio y el plan de atención a la salud mental también han sido temas mencionados durante su discurso de investidura.

El año 2020 abrió y cerraba con la figura de Salvador Illa. El 13 de enero era nombrado ministro de Sanidad y el 30 de diciembre se anunciaba su candidatura a las elecciones catalanas del próximo 14 de febrero

Pedro Sánchez se ha mostrado contrario a la gestación subrogada. En cambio, ha defendido una “maternidad libremente decidida con una política de educación, prevención de embarazos no deseados, la facilitación de los últimos métodos anticonceptivos, la anticoncepción de ur-

gencia y la interrupción voluntaria del embarazo a todas las mujeres. Asimismo, ha garantizado los tratamientos de reproducción asistida a todas las mujeres a través del Sistema Nacional de Salud.

En enero de 2020 el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)



ha aprobado el nuevo Código de Buen Gobierno y Transparencia, formado por seis capítulos y treinta artículos. Serafín Romero, presidente del Consejo, ha comentado que “supone un plus en el compromiso de los médicos en la toma de decisiones y el uso de los recursos”. Esta normativa da cumplimiento a la ley 19/2013 de 9 de diciembre, Ley de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, que incluye a las corporaciones de derecho público como el CGCOM.

El objetivo fundamental del Código de Transparencia y Buen Gobierno es establecer un marco de actuación institucional para garantizar la consecución de sus fines, minimizar los posibles riesgos operativos y reputacionales, contribuir a generar transparencia y fomentar la confianza entre los colegios de médicos, los médicos colegiados y la sociedad en general. Se trata, por tanto, de una propuesta de autorregulación que se une a otros mecanismos de control del propio Consejo, como las auditorías externas. El compromiso ético suscrito tiene como fin asegurar la eficacia y eficiencia en la gestión y administración de la corporación a través de un estilo de trabajo basado en valores.

A principios de año el Foro de la Profesión Médica se ha planteado iniciativas como designar la relación médico-paciente ‘Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad’.

Otras líneas de actuación planteadas para 2020 se han centrado en acciones político-sanitarias, profesionales, laborales, formativas. Además, las entidades formantes del Foro se han planteado una redefinición del propio papel de esta entidad.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ha analiza-

do, por su parte, la Estrategia D del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Su objetivo es reforzar la coordinación entre AP, Salud Pública y otros sectores para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención. Para ello, se han propuesto medidas como fomentar el abordaje biopsicosocial desde la consulta de Primaria.

Las herramientas disponibles son la entrevista clínica integral y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios, así como promover la educación para la salud individual y de la comunidad orientada a los determinantes de la salud o impulsar la salud comunitaria desde AP, mediante la acción comunitaria en salud.

La reforma de la Atención Primaria se ha producido durante este 2020, pero por cuestiones de orden mayor: la pandemia.

El papel del Consejo Interterritorial

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), presidido por Salvador Illa, ministro de Sanidad, y formado por todas las Consejerías autonómicas de Sanidad, ha jugado un papel destacado en la gestión de la pandemia. Durante los primeros meses, el Ministerio de Sanidad ha ofrecido informa-

ción diaria a las Comunidades Autónomas. “Hemos constatado que los protocolos están funcionando, aunque seguiremos haciendo un seguimiento diario de la situación del virus para adoptar cualquier medida adicional que fuera necesaria”, ha dicho Illa.

En aquellos primeros meses de gestión de la pandemia, los profesionales sanita-

rios han criticado la falta de criterio científico en la toma de decisiones. Las sociedades científicas desde el primer momento se han puesto a disposición de las Administraciones para abordar la situación y coordinar las medidas.

Otro tema que ha evolucionado durante este año, aunque en los juzgados, ha sido la carrera profesional de los profesionales sanitarios. Diversas sentencias avalan ya este derecho en los profesionales temporales. La última antes del confinamiento de marzo se ha producido en Navarra. El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1 de Pamplona ha dictado una sentencia, con fecha de 4 de febrero, que avala que la carrera profesional es también un derecho de los profesionales temporales. El procedimiento, en este caso, ha sido interpuesto por el Colegio de Médicos de Navarra. En otras autonomías, también son los sindicatos médicos o de enfermería los que comienzan la andadura judicial.

En esta ocasión, la asesoría jurídica del Colegio de Médicos de Navarra ha incidido en que no hay razón objetiva que justifique la diferencia de trato entre el funcionario con plaza en propiedad y el contratado administrativo temporal. La entidad colegial ha recalcado que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea establece que la comparación debe efectuarse en atención a las funciones profesionales desempeñadas.

Líneas estratégicas del Ministerio

Durante su primera comparecencia en el Congreso de los Diputados, Salvador Illa ha expuesto sus líneas estratégicas para la legislatura. En Recursos Humanos, el ya ministro de Sanidad ha indicado que formar, desarrollar y retener a los profesionales sanitarios es uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud.

También se ha comprometido a impulsar la actualización de la Atención Primaria “para que asuma el papel de liderazgo



que le corresponde como eje del sistema". Asimismo, ha hablado de la necesidad de impulsar, junto con las CC. AA., el refuerzo de la Enfermería o el impulso de la atención domiciliaria.

Otra de las preocupaciones del ministro ha sido la política farmacéutica. Así, ha anunciado su intención de promover diversas iniciativas, como una Ley frente a la Resistencia a Antibióticos o una Red Nacional de Evaluación de Medicamentos. El Ministerio de Sanidad, asimismo, estaba dispuesto a revisar la vigilancia de la utilidad terapéutica de los medicamentos que ya están financiados. Se ha hablado también de una Plataforma de Compras Centralizadas del SNS, que sería gestionada a través del Instituto de Gestión Sanitaria.

Otra cuestión defendida por Illa ha sido la eliminación progresiva de los copagos farmacéuticos. En primer lugar, se eliminarían los copagos de los pensionistas en situación de mayor vulnerabilidad, es decir, aquellos con rentas inferiores a 11.200 euros anuales. A continuación, se eliminaría el copago para las personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo.

La telemedicina

A finales de febrero ya comenzaron a suspenderse los congresos sanitarios presenciales. La mayoría pudieron hacerse posteriormente, en formato virtual. Al igual que las consultas médicas. Una de las frases más repetidas durante los últimos meses ha sido: "La telemedicina ha llegado para quedarse".

Marzo ha sido un mes de incertidumbre entre quienes alertaban del peligro que se avecinaba y quienes consideraban que solo se producirían algunos contagios puntuales. Como portavoz del Gobierno siempre ha estado Fernando Simón, director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAE). Su papel durante la pandemia ha sido elogiado y criticado casi a partes iguales.

A partir de marzo la noticia principal en España y en casi todos los países del mundo ha sido el nuevo coronavirus importado de Wuhan (China). Los investigadores han comenzado a analizar el SARS-CoV-2 para intentar ofrecer el mejor tratamiento posible a los pacientes y, en un desarrollo exprés, desarrollar una vacuna.

Mientras tanto, el sistema sanitario español se ha intentado adaptar a las circunstancias en cada momento. Sin duda, la telemedicina ha sido una de las cuestiones mejor aprovechadas. Su implantación en España estaba siendo lenta, pero la pandemia la ha acelerado.

Eliminación de la hepatitis en España

Apenas se han producido noticias no COVID-19 a partir del mes de marzo. Una de las escasas buenas noticias ha sido que 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). Los otros tres países son Egipto, Francia e Islandia, según el Observatorio Polarís.

España está muy cerca de alcanzar los objetivos de la OMS, en relación con que el 80 por ciento de la población tenga acceso al tratamiento. Además, la tasa de mortalidad es cercana al 65 por ciento. Si las políticas actuales se mantienen, los retos se alcanzarían en 2022. El objetivo de reducir un 90 por ciento la incidencia podría conseguirse en 2024. Finalmente, en 2028 podría alcanzarse el reto de re-



ducir a menos del 10 por ciento la infección no diagnosticada.

Real Decreto de RRHH

Después del verano comienza la segunda ola de la pandemia. Los hospitales y los profesionales sanitarios están más preparados, pero el desgaste emocional es enorme. El Foro de Médicos de Atención Primaria ha denunciado que el RD de Recursos Humanos aprobado por el Ministerio “menoscaba la calidad del SNS”. También ha pedido más “desburocratización y subsidiaridad”.

Los cálculos han apuntado a que esta normativa abre las puertas a la contratación de 10.000 profesionales extracomunitarios o sin especialidad para integrarlos en Atención Primaria. También se ha previsto el traslado de especialistas de Atención hospitalaria a Atención Primaria.

Según el Foro, se trata de una “respuesta apresurada a una falta de previsión denunciada desde hace años” por este colectivo. “No se han previsto tasas de reposición, ni se han ejecutado mejoras en dotaciones de Salud Pública. Tampoco se han tomado medidas para hacer frente a los futuros escenarios epidemiológicos”, ha lamentado.

Los aplausos a las 8

Lejos quedan ya los aplausos de la población a los profesionales sanitarios cada tarde, a las 8 en punto. Los expertos hablan ya de serios problemas de salud mental entre los profesionales, que sufren ansiedad, estrés... Otro dato significativo ha sido que el sector sanitario y de servicios sociales ha sufrido la destrucción de 1.979 puestos de trabajo durante el mes de septiembre, según los datos de afiliación a la Seguridad Social. Este dato es “una vergüenza”, ha dicho la Central Sindical Inde-

pendiente y de Funcionarios (CSIF). “Ponen la picota a los gestores de la Sanidad de nuestro país, más preocupados por intereses políticos que en velar de manera efectiva por la salud de los ciudadanos”.

Los sindicatos CESM y SATSE también han sido críticos con el Gobierno y han lamentado la falta de diálogo de Salvador Illa. A finales de año han anunciado “posibles iniciativas por la inacción del Gobierno ante la grave situación que atraviesan los médicos y enfermeros de España”.

ciativas por la inacción del Gobierno ante la grave situación que atraviesan los médicos y enfermeros de España”.

Estrategia Nacional frente a la COVID-19

A principios de noviembre, y después de muchas críticas de los profesionales sanitarios, el Consejo Interterritorial ha aprobado la Estrategia Nacional frente a la COVID-19. En este informe se describen los criterios, los instrumentos, los indicadores y las acciones compartidas entre todas las Administraciones Públicas. Dada la incertidumbre existente, el Ministerio de Sanidad ha aclarado que la Estrategia es un documento vivo. Por tanto, la idea es que se incorporen todas las mejoras que se produzcan.

La principal medida de la Estrategia ha sido la declaración del estado de alarma vigente. Este modelo de cogobernanza entre el Gobierno y las comunidades autónomas trata de ser un marco normativo común en toda España. Igual que el Real Decreto-Ley de Nueva Normalidad.

El milagro de que en menos de un año se hayan desarrollado, probado y aprobado ya diversas vacunas para la COVID-19 tiene varias explicaciones. Por una parte, todas las potencias mundiales se han unido y han intercambiado conocimiento del virus para acelerar los plazos de la investigación. Por otra parte, los expertos han recordado que la COVID-19 es similar a otros

coronavirus, por lo que las investigaciones no han partido de cero.

A pesar de los cortos plazos, las autoridades sanitarias han asegurado que se han cumplido todos los procesos. Por tanto, las vacunas aprobadas tienen garantía de seguridad y eficacia, avalada por las diferentes agencias reguladoras, que también han acelerado sus plazos.

Todavía hay muchas incógnitas abiertas relacionadas con las vacunas. Tal vez la más acuciantes es saber el tipo y la duración de la inmunidad que proporcionan. ¿Habrán reinfecciones? ¿Servirán las vacunas actuales para las mutaciones de los virus? ¿La inmunidad en los mayores es completa, a pesar de la inmunosenescencia? Habrá que esperar a los estudios de vida real para comprobar los resultados positivos conseguidos en los ensayos clínicos.

Las primeras vacunas contra la COVID-19 han llegado a España con las Navidades. Las personas que viven en residencias de mayores, sus cuidadores y personal sanitario han sido los primeros vacunados. El año ha terminado con ciertos problemas de logística e infraestructura para poner todas las vacunas que han llegado a España. En algunas comunidades autónomas, el 90 por ciento de las dosis se ha quedado en la nevera. Las autoridades sanitarias han alegado la falta de personal por las vacaciones navideñas. También han comentado que los residentes han dejado los centros para pasar las fiestas con sus familias.

Respecto al resto de las patologías no COVID, los pacientes han sufrido las repercusiones del coronavirus. Las sociedades científicas han observado una disminución de los casos de nuevos diagnósticos, algo que preocupa especialmente en Oncología o en Cardiología. Las repercusiones ya se han comenzado a detectar, con patologías agudas más graves de lo habitual. Sin duda, la pandemia continuará poniendo a prueba el Sistema Nacional de Salud en 2021 ■

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.





SO



Las ciudades científicas

aportan conocimiento científico
y técnico para la toma de

decisiones
estratégicas

Pilar Garrido

Presidenta de FACME

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | EL MÉDICO



“Las sociedades científicas aportan conocimiento científico y técnico para la toma de decisiones estratégicas”

A finales del pasado mes de noviembre Pilar Garrido asumió la presidencia de FACME, en un año difícil donde las sociedades científicas tienen un papel destacado en el abordaje de la pandemia.

¿Cuáles son sus objetivos prioritarios en FACME?

Los objetivos prioritarios en este momento se apoyan en la consolidación de las líneas de trabajo en las que FACME viene trabajando desde hace tiempo. Pero, como es lógico, desde hace unos meses hay una línea muy sólida relacionada con la pandemia COVID-19 con una doble vertiente. Por un lado, aportar conocimiento en los problemas asociados a la propia patología y, por otro, colaborar en todas aquellas áreas no menos importantes, pero a las que se les ha prestado menos atención debido a las necesidades generadas por la COVID-19. La formación sanitaria ha sido otra línea de trabajo que creemos va a ser un eje fundamental en 2021.

¿Qué papel tienen y han tenido las SSCC en la pandemia de la COVID-19?

Las sociedades científicas tienen un papel clave. En la primera ola quizás pasó desapercibido a pesar de que, tal y como FACME puso de manifiesto en su informe, las sociedades científicas elaboraron más de un centenar de documentos. Esta información está disponible en la página web de FACME, constituyendo un extraordina-

FACME siempre ha defendido que es imprescindible contar e involucrar a los clínicos en la gestión

rio repositorio de información. En el momento actual, nuestra principal contribución está siendo aportar conocimiento científico y técnico para la toma de decisiones estratégicas y, a la vez, poner a disposición de las autoridades nuestras propuestas. Para ello, hemos creado un consejo asesor articulado en forma de grupos de trabajo, en el que participan las sociedades científicas con experiencia en cada uno de los temas.

¿Con qué herramientas cuentan para trabajar en este sentido?

FACME representa a más de 100.000 médicos agrupados en las sociedades científicas de sus áreas de interés. Por tanto,

todas las recomendaciones y sugerencias emanadas se basan en la mayor evidencia disponible y cuentan con un aval científico extraordinariamente sólido. Como adelantaba, hemos recopilado más de un centenar de iniciativas desarrolladas por las sociedades científicas para la homogeneizar las recomendaciones para la ciudadanía y prestar apoyo a las administraciones central y autonómicas.

¿Cómo están trabajando con la Administración?

Estamos trabajando de forma estrecha con las administraciones a través del consejo asesor, constituidos por el momento por 11 grupos de trabajo, que llevan a cabo su labor en áreas relacionadas con COVID, pero también en el mantenimiento de la atención médica a pacientes no COVID, prevención y medidas de Salud





¿Cómo trabajan para que se les tenga en cuenta en las decisiones de gestión?

Es importante visibilizar que el conocimiento científico técnico está en las sociedades científicas y que FACME es un interlocutor muy útil en aspectos transversales. A lo largo del último año hemos hecho un enorme esfuerzo de comunicación y hemos fomentado el contacto con representantes de las administraciones (nacional y autonómicas). Este trabajo ha empezado a dar sus frutos y esperamos que el año que ahora empieza consolide esta tendencia.

¿Qué tienen que aportar las SSCC a estas decisiones?

Todo el conocimiento científico-técnico reside en las sociedades científicas. Por tanto, las decisiones avaladas por ese conocimiento serán las mejores que se puedan tomar. Esa es nuestra mayor aportación.

¿Cuál es el papel de las SSCC en cuestiones relativas a prevención y Salud Pública?

Como en el resto de áreas, generar evidencia y contribuir a mejorar aspectos organizativos y estratégicos. Y para ello contamos con expertos en esta área dentro de nuestras sociedades.

La COVID-19 ha impulsado la telemedicina, ¿ha llegado para quedarse?

En la primera ola aprendimos que puede ser útil y contribuir a resolver determinados problemas. Por tanto, no hay duda de que ha venido para quedarse, pero es necesario establecer un marco regulatorio y definir en qué situaciones aporta valor, entre otros aspectos. En otras palabras, integrarla como una herramienta más

que añadir a la necesaria atención presencial.

¿Qué aporta a la asistencia?

Mantener un contacto con el paciente evitando desplazamientos puede ser útil en determinadas situaciones, pero no en otras. Por tanto, es un área en el que hay trabajar.

En este momento, es prioritario todo lo que tiene que ver con la pandemia, incluido el abordaje de los pacientes no COVID y el impacto en su atención

Y, ¿a la gestión clínica?

La gestión clínica es esencial, ahora más que nunca. FACME siempre ha defendido que es imprescindible contar e involucrar

a los clínicos en la gestión. Por ello, sin duda, será un tema sobre el que trabajaremos en el 2021.

¿Cómo se va a implicar FACME en la implantación de la transformación digital de los procesos?

La transformación digital es una realidad. Dentro de nuestro comité asesor hemos desarrollado también un grupo para “la transformación digital del sistema sanitario”. Trabajaremos para dar un asesoramiento a la administración en estos aspectos y confiamos en formar parte de las decisiones que tomen.

¿Qué grupos de trabajo son los más activos en FACME?

Por razones obvias, el que primero empezó a trabajar para poder aportar recomendaciones fue el grupo de vacunación. De hecho, antes de empezar la campaña ya habíamos tenido reuniones, tanto con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) como con la Dirección General de Salud Pública (DGSP) en las que los expertos designados por cada sociedad científica pudieron plantear preguntas y

Pública o apoyo a la investigación clínica. Este consejo asesor además vela para que se cuente con expertos designados por las sociedades científicas en los grupos evaluadores y decisores de las administraciones públicas.

¿Cuáles son las líneas prioritarias en la situación actual de la pandemia?

Defender que prevalezca el criterio científico en la toma de decisiones, que los comités de expertos sean transparentes y reconocidos por sus pares y que las decisiones sean homogéneas a igualdad de situación clínica o epidemiológica. Nos preocupan aspectos que requieren una atención inmediata, como la colaboración en aspectos relacionados con la vacunación, pero también hay que tener la mirada en el medio plazo, por ejemplo, en la atención a los pacientes no COVID.



aportar conocimiento. Creemos también que es muy importante contribuir informando a la ciudadanía en esta época de *fake news*. Por ello, en breve saldrán a la luz documentos sencillos elaborados por expertos que esperamos ayuden a la toma de decisiones informadas en determinados ámbitos relacionados con la vacunación.

¿Qué líneas quiere impulsar?

Además de los aspectos relacionados con la pandemia, FACME está trabajando en un documento sobre formación continuada para poner el valor el trabajo de las SSCC en ese ámbito. También hay otras áreas que nos gustaría desarrollar, pero de momento tendrán que esperar hasta que no sea necesario dedicar tantos recursos a la pandemia.

¿Qué proyecto o proyectos son prioritarios?

En este momento, es prioritario todo lo que tiene que ver con la pandemia, incluido el abordaje de los pacientes no COVID y el impacto en su atención.

Durante la pandemia, ¿cómo es la relación de FACME con la administración (Ministerio, consejerías)?

Buena; hemos sido muy pertinaces para que la Administración cuente con el criterio de las sociedades científicas y hemos tenido reuniones, tanto con el Ministerio como con algunas consejerías. Seguiremos teniéndolas en adelante. Las relaciones son buenas.

En cuanto a la formación, el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica en su apartado 47.2 señala que “se prohibirá financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria”. ¿Cómo se va a financiar la formación?

Es una buena pregunta. FACME está trabajando en un documento que visualice el enorme esfuerzo que realizan las sociedades científicas en formación, tanto continuada como especializada, y la cuantía económica que esto supone. Hasta el momento, la inversión en este tipo de formación que realiza el Sistema Nacional de Salud no cubre ni las mínimas necesidades formativas ni la de todos los profesionales.

¿Se debe trabajar de forma conjunta con industria en este aspecto?

Las sociedades científicas tienen entre sus fines contribuir a la mejor formación

de sus asociados y para ello colaboran con distintos agentes, incluidas las administraciones y la industria. Todo ello debe hacerse de forma transparente y bajo un marco regulatorio y legal adecuado.

¿Qué cambios pueden producirse en la postpandemia?

Lamentablemente no tenemos previsión de cuándo estaremos hablando de postpandemia, por lo que habrá que afrontar la situación de cada momento con la vista en el futuro, pero con la adaptación necesaria para dar respuesta

a esos momentos concretos.

¿Qué se ha aprendido del 2020?

Que la comunicación con la población es fundamental, que las decisiones deben ser homogéneas y apoyarse en razonamientos científico-técnicos, que es un error trabajar de espaldas a la profesión, que ha habido buenas prácticas y que deben conocerse para implementarse de forma generalizada o, por ejemplo, que es necesaria una planificación a medio y largo plazo para evitar que cualquier problema sobrevenido traspase las previsiones. Es el caso de la planificación de los recursos humanos ■

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



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*







ENTREVISTA

La
pandemia
ha supuesto un antes y un después en
Cirugía
y una oportunidad de mejora

Elena Martín Pérez

Presidenta electa de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | AEC



ENTREVISTA

Elena Martín Pérez

“La pandemia ha supuesto un antes y un después en Cirugía y una oportunidad de mejora”

Elena Martín Pérez es la presidenta electa de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y será también la primera mujer en llevar las riendas por un periodo de dos años, en concreto del año 2022 al 2024, de la organización de los cirujanos españoles. La Dra. Martín es jefa del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid y una apasionada de su especialidad.

La candidatura de Elena Martín, también profesora asociada de Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y hasta ahora vicepresidenta 1ª de la AEC, y su equipo apostaron en su campaña por una gestión de la sociedad médico-científica basada en el trabajo desinteresado y leal por los socios, y “por una asociación cercana a la población y en la que prime la transparencia, la innovación, la creatividad y la modernización. Porque para nosotros es un privilegio ser cirujanos y cirujanas”.

Entre los objetivos que se marca figura también la conciliación laboral-familiar para todo el colectivo, “porque se ha avanzado mucho, pero todavía queda mucho camino por recorrer”, sostiene, al tiempo que se refiere a que la pandemia por el virus SARS-COV2 ha supuesto un antes y un después en Cirugía y una oportunidad de modificar y mejorar los planes de actuación.

¿Hay más cirujanos que cirujanas? ¿Cuál es la relación actual de la profesión por sexos, teniendo en cuenta que



en Medicina en general casi el 60 por ciento son mujeres?

En el momento actual la Asociación Española de Cirujanos cuenta con 5.412 socios. De ellos, 3.870 son senior y 1.038 son junior. Aunque en los socios senior hay un porcentaje mayor de hombres (58 por ciento frente a un 42 por ciento de mujeres), en los socios más jóvenes, esta cifra se invierte y el 61 por ciento son mujeres frente a un 39 por ciento de hombres. Esto indica cómo ha ido cambiando el perfil en la profesión, ya que

ahora hay muchas mujeres cirujanas en los hospitales y previsiblemente irá aumentando en los próximos años.

Socialmente la Cirugía es vista como el “top médico” profesional. ¿Se refleja eso en la demanda que tienen de MIR nuevos?

Las plazas de Cirugía General y del Aparato Digestivo no son de las que más se solicitan y escogen entre los primeros números del MIR. El número con el que se ha elegido la plaza es muy variable. En el

año 2009 el número 1 fue solicitado para nuestra especialidad; en la última convocatoria de 2020, el primer número elegido para Cirugía General fue el 37. Pero en esta última convocatoria, de las primeras 750 plazas, se escogieron solo 15 de Cirugía General. Es una especialidad muy

completa y resolutive, muy dinámica, con diversas patologías, con trabajo multidisciplinar que implica a muchas especialidades, que voy a decir yo, que soy una absoluta apasionada de mi especialidad. Sin embargo, esto hace que sea una especialidad dura, en el sentido

de que es muy amplia, hay que estudiar mucho, las guardias son duras con muchas horas de trabajo extra, ya que las cirugías empiezan, pero no se sabe cuando terminarán. Además, se necesita un alto grado de resistencia a la frustración. Esto hace que muchas veces los futuros especialistas se planteen prioridades y expectativas vitales que hacen que no sea elegida entre los primeros puestos.

¿Tenemos tantos cirujanos como necesitamos?

En 2019, se llevó a cabo un informe sobre la "Estimación de la Oferta y Demanda de Médicos Especialistas. España 2018-2030" para el análisis de la situación existente con el fin de estimar las necesidades futuras del sistema por cada especialidad. Según este estudio, en el momento actual habría un déficit del 2,5 por ciento de especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, pero esta especialidad es una de las que tiene peor pronóstico de déficit de profesionales a corto y medio plazo, ya que las tendencias en 2024 y 2030 de la diferencia en porcentaje entre la oferta y demanda/necesidad de efectivos en la especialidad es superior al 10 por ciento. En este sentido, el

Ministerio de Sanidad ha ofertado para esta convocatoria MIR 7.989 plazas, de las cuales 227 corresponden a la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, que ha ido aumentando progresivamente en los últimos años, por ejemplo, en 2020 fue de 210.

La Cirugía General es una especialidad muy completa y resolutive, muy dinámica, con diversas patologías, y con trabajo multidisciplinar que implica a muchas especialidades

Ligada a la pregunta anterior, posiblemente en los grandes hospitales de las grandes metrópolis no haya carencia. ¿Ocurre también en los hospitales de pequeñas ciudades y/o en los comarcas?

Realmente también se ha puesto de manifiesto por las Comunidades Autónomas (CCAA) el problema de falta de disponibilidad de algunos tipos de especialistas en determinados puestos. En el informe citado, algunas CCAA indican dificultades para contratar especialistas en Cirugía General, pero en menor medida que otras especialidades como Medicina Familiar y Comunitaria o Pediatría. No obstante, desde la AEC queremos hacer un diagnóstico de la situación, analizando la estructura y organización de los servicios de Cirugía de todo el país, en cuanto a profesionales y recursos técnicos que los integran. Con esta información, además de la que podamos recabar de las CCAA, podremos detectar las necesidades de recursos humanos y técnicos, así como hacer una previsión de necesidades de cirujanos para los próximos años.

Cuando un cirujano accede a su plaza, hacia los 30 años, a la velocidad que avanza la tecnología, ¿cómo se encon-

traría 10 años después: obsoleto tal vez? ¿Tienen suficiente oferta por parte de la Administración para una actualización permanente? ¿O esto es un asunto que queda en manos de cada uno?

En nuestro país existen dificultades de financiación para la formación de los profesionales y para la puesta en marcha de proyectos. Existe una falta de financiación pública para la formación tanto de los especialistas en formación (MIR) como de los especialistas ya consolidados. Esto ha hecho que la financiación de la formación haya recaído en la ayuda en toda una serie de iniciativas por parte de la industria farmacéutica o de organizaciones como la AEC. La AEC, con el fin de potenciar la formación continuada de los cirujanos, ha destinado más de 240.000 euros a becas en el año 2020, incrementando progresivamente la dotación económica desde los años previos. Así, se destinan becas de formación para residentes y especialistas que sirvan de ayuda para estancias de formación en centros de Cirugía de reconocido prestigio, tanto nacionales como internacionales. También se destinan becas para proyectos de investigación para la realización de estudios multicéntricos en el campo de la Cirugía General y Aparato Digestivo. La actual crisis económica obligará inevitablemente a racionalizar el gasto y nos da una oportunidad para reinventar nuevas formas de aprendizaje, sobre todo a nivel de plata-

formas de formación virtual. Además, debemos trabajar en las políticas de transparencia con la industria farmacéutica, desde el punto de vista ético y de incompatibilidades, para que pueda existir una colaboración con las sociedades científicas y con los cirujanos en particular.

La Cirugía está ligada a la innovación tecnológica permanente. ¿Están los

Esta especialidad es una de las que tiene peor pronóstico de déficit de profesionales a corto y medio plazo



ENTREVISTA

Elena Martín Pérez

hospitales españoles a un nivel similar a países de nuestro entorno?

Creo que los hospitales españoles estamos a un nivel muy alto, no solo por los medios materiales que tenemos, sino sobre todo por disponer de cirujanos que son conocidos a nivel internacional que participan en foros, proyectos multicéntricos y líderes de opinión. Los cirujanos apostamos por la innovación. Lideramos la formación en Cirugía laparoscópica y apostamos por la formación en nuevas tecnologías como la Cirugía robótica, la Cirugía guiada por la imagen, conocimiento e implementación de impresión 3D, la inteligencia artificial o el 'big data', entre otras.

Una de las quejas que más se oyen en la calle es el largo período de espera para intervenciones, digamos que no sean urgentes. ¿Es cierto esto? ¿Qué medidas proponen para reducir plazos de espera?

En España, según un informe sobre listas de espera realizado por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud (SNS), a junio de 2020 más del 33 por ciento de pacientes que están pendientes de ser operados, llevan más de seis meses en lista de espera, con tiempo medio de 170 días. Realmente esto ha empeorado comparado con los datos del año 2019 donde estos datos eran de un 16 por ciento y 115 días respectivamente. Esto, además es diferente entre CCAA con oscilaciones en el porcentaje de pacientes con más de 6 meses en lista de espera que van del 1 al 64 por ciento. Debemos establecer un plan que permita reducir las listas de espera de estos procedimientos quirúrgicos que no son oncológicos ni urgentes. Creo que lo principal es establecer una priorización

de los procedimientos a realizar en primer lugar y con más premura, según la repercusión que esta demora pueda influir en cada paciente en particular dependiendo de la patología y de sus condiciones. Algunas de las medidas propuestas serían establecer turnos de cirujanos

los fines de semana, planificando jornadas extra con cirugías de tarde e incluso establecer conciertos con la Medicina privada.

¿Podríamos dividir la respuesta a la pregunta anterior en un antes y después del 14 de marzo?

La pandemia provocada por el virus SARS-COV2 ha supuesto un antes y un después en Cirugía y una oportunidad de modificar y mejorar los planes de actuación. Evidentemente, la pandemia ha hecho que muchos procedimientos se hayan suspendido sobre todo de la patología benigna no urgente. Esto ha hecho que aumenten las listas de espera y es algo en lo que tenemos que dirigir nuestros esfuerzos. La pandemia ha afectado considerablemente la actividad quirúrgica de nuestro país. La situación fue diferente según las CCAA y, dentro de ellas, las ciudades y los hospitales. En algunas zonas, prácticamente todas las intervenciones se suspendieron incluso a los pacientes oncológicos y se dedicaron prácticamente todos los recursos materiales y humanos al tratamiento de esta enfermedad. Los cirujanos dejamos los quirófanos y tuvimos que redefinir nuestro papel, pasamos también a primera línea, integrándonos en equipos multidisciplinares, en Urgencias, salas

COVID y de reanimación para ayudar al resto de especialidades médicas en el tratamiento de los pacientes COVID-19.

¿Han colaborado con otras especialidades?

Sí. Hemos tenido que trabajar colaborando en equipo con nuestros propios compañeros cirujanos y con los de otras especialidades para establecer planes de programación de quirófanos para reanudar la cirugía minimizando el riesgo de infección a los pacientes y profesionales, y reintroduciendo así lo programado de forma escalonada, con circuitos seguros y cribado de pacientes previo al procedimiento quirúrgico. La toma de decisiones sobre qué tipo de Cirugías programar cambiaba de forma rápida, en un escenario lleno de incertidumbres en función de la ocupación de recursos asistenciales por pacientes COVID y con una escasa evidencia científica. Con el fin de disminuir el riesgo de contagio por coronavirus, se suspendieron las consultas externas presenciales y ahora hemos visto como se pueden emplear nuevas tecnologías como las consultas telemáticas que pueden usarse para mejorar la asistencia a nuestros pacientes.

¿Qué medidas propondría usted para que esta larga lista de operaciones de Cirugía menor se redujese a términos de semanas, no de meses?

Cirugía menor se redujese a términos de semanas, no de meses?

En primer lugar, hay que hacer un análisis de la situación en la que estamos en estos momentos, de los pacientes y patología en lista de espera

Un objetivo importante de nuestro programa es consolidar el papel de la AEC como una sociedad científica de referencia para el Ministerio y las autoridades sanitarias de las comunidades

y de la evolución de la pandemia en cada zona. Debemos establecer un plan de acción en el que se incluya la priorización de los procedimientos, valorando la repercusión de la demora según la patología y

las condiciones del paciente y la necesidad de inversión económica necesaria. Como resultado de este análisis, el plan debe contemplar ampliar la capacidad propia de cada hospital en particular mediante cirugía los fines de semana, de tarde e incluso establecer conciertos con hospitales privados.

**¿Cree que el descenso en la actividad quirúrgica por la pandemia puede tener repercusión en la salud pública?
¿Cómo podría ahora paliarse?**

Por una parte, tenemos los pacientes oncológicos y, por otra, pacientes con patología benigna. Durante la pandemia, tuvimos que aplazar las cirugías 4-6 semanas o más en los pacientes oncológicos. Afortunadamente durante el momento más duro, se continuaron llevando a cabo los comités oncológicos multidisciplinares y se pautaron ciclos adicionales de quimioterapia en pacientes oncológicos donde no era posible operar. Un metaanálisis reciente de 34 estudios publicado en la revista *British Medical Journal* con más de un millón de pacientes oncológicos observó que por cada cuatro semanas de demora en la cirugía aumenta la mortalidad del 6 al 8 por ciento. Incluso el retraso en la quimioterapia adyuvante en cáncer de colon se asoció con un 13 por ciento de mortalidad.

¿Y las patologías benignas también sufrieron importantes demoras?

Sí. Ello ha hecho que en algunos casos aumenten las complicaciones secundarias a las mismas. Por ejemplo, una encuesta nacional sobre el tratamiento de la colelitiasis en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19, observó que el 96,7 por ciento de los centros suspendieron las colecistectomías electivas, y en el caso de colecistitis aguda no complicada se optó por tratamiento conservador en vez de cirugía. En estas patologías benignas, es necesario que diseñemos una estrategia adecuada para recuperar la actividad quirúrgica ordinaria con el fin de



disminuir no sólo los pacientes pendientes de operarse, sino también las complicaciones derivadas del retraso de la intervención y su repercusión en el estado de salud de la población.

Por último, desde la Sociedad Científica que presidirá dentro de dos años, ¿cuáles son los objetivos programáticos que se marcan?

Un objetivo importante de nuestro programa es consolidar el papel de la AEC como una sociedad científica de referencia para el Ministerio y las autoridades sanitarias de las comunidades. Creemos que la AEC debe ser un órgano de representación de los cirujanos españoles, como interlocutor con las instituciones sanitarias públicas, las sociedades científicas y otros agentes sociales. Debe participar de forma activa en la toma de decisiones de nuestra profesión y garantizar la defensa de los intereses de la AEC y de sus socios ante la Administración. Uno de los ejes principales de nuestro programa es el socio como ob-

jetivo primordial de la AEC y por ello debemos promover la formación, a través de la ampliación de la oferta de formación existente con cursos online, becas para estancias formativas y formación de los socios en técnicas quirúrgicas innovadoras, entre otros. Otro de los objetivos fundamentales es el apoyo y la promoción de la investigación, facilitando la investigación colaborativa a través de proyectos multicéntricos y registros financiados por la AEC, estableciendo estándares de calidad y auditoría de resultados. Otro de los objetivos es conseguir una mayor apertura y visibilidad de la AEC en la sociedad. Queremos impulsar la relación con otras sociedades e instituciones y establecer contactos con asociaciones de pacientes, elaborar documentos de información fiable y científicamente contrastada y llevar a cabo una labor de divulgación educativa sobre patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico. Asimismo, es importante impulsar la relación con otras sociedades e instituciones y fomentar los programas de cooperación humanitaria ■



Necesitamos
infraestructuras
y
herramientas
de coordinación efectivas y eficientes,
y flexibilidad, que permitan
acciones rápidas, efectivas y eficientes

José Soto Bonel

Presidente de SEDISA

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | EL MÉDICO



“Necesitamos infraestructuras y herramientas de coordinación efectivas y eficientes, y flexibilidad, que permitan acciones rápidas, efectivas y eficientes”

José Soto llega a la presidencia de la Sociedad Española de Directivos de la Salud con el objetivo de seguir trabajando en la profesionalización de la gestión sanitaria con una marcada visión de liderazgo, capacidad de innovación y compromiso con los pacientes.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la nueva junta directiva?

Nuestra misión es promover el avance en el desarrollo profesional de la formación y profesionalización de la gestión sanitaria, como factores clave del reconocimiento social y profesional de la excelencia del directivo de la salud. Para ello, queremos seguir desarrollando una organización activa y participativa, con marcada visión de liderazgo, con capacidad de innovación, orientada al compromiso con los directivos de la salud, la sociedad y los pacientes, la salud y la Sanidad. Todo bajo los valores de transparencia y eficiencia, ética profesional, calidad y mejora continua, respeto e independencia, cohesión y trabajo en equipo y experiencia y liderazgo.

¿Con qué herramientas cuentan para implementarlos?

Las principales herramientas son el liderazgo, el compromiso y el plan estratégico basado en los objetivos estratégicos recogidos en el programa de la candidatura que presentamos en las elecciones a junta directiva de SEDISA. En total, contamos con ocho líneas de trabajo que, en la actualidad, estamos desarrollando y con-

cretando en proyectos: liderazgo participativo, profesionalidad vs profesionalización, honestidad y transparencia, desarrollo profesional, innovación e integración, compromiso con el socio, compromiso con la sociedad y los pacientes, y compromiso con la Sanidad y la salud.

Los directivos estamos entrenados para gestionar y tomar decisiones en situaciones críticas. Esto ha facilitado la gestión de la pandemia en su primera fase

¿Cómo están trabajando en liderazgo participativo?

Para concretar la línea de trabajo del liderazgo participativo estamos poniendo en marcha diversos comités y grupos de trabajo, como el comité asesor, que aunarà la visión de expertos que harán que SEDISA siga liderando el sector y que estará constituido por los referentes de la sociedad y referentes de las comunidades autónomas. También contamos con el comité estratégico, que tratará de dar respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés (industria, organismos institucionales, sociedades científicas, empresas o partners aliados, etcétera) y con el comité de coordinación interautonómico, con el fin de desarrollar la articulación autonómica total, con coordinación entre ellas y estatutos de funcionamiento. Además, tenemos una comisión mixta, que asegurará la coordinación e interrelación entre SEDISA y la Fundación SEDISA, y la comisión internacional, para el impulso de so-

ciudades de directivos en países donde estas no existen. Una herramienta global será la creación y desarrollo de 19 agrupaciones territoriales de nuestra sociedad, correspondientes a las 17 comunidades autónomas y a las dos ciudades autónomas.

En una entrevista previa comentó que uno de los problemas más acuciantes a los que se tienen que enfrentar los directivos de salud es la asignación eficiente de recursos, con gestión basada en el valor. ¿Qué se puede hacer desde SEDISA en este sentido?

Efectivamente, este punto tiene dos prioridades: invertir en lo realmente eficiente y que aporte valor y gestionar, desde todos los puntos de vista, teniendo en cuenta ambos factores: eficiencia y valor.



SEDISA está trabajando para poner en marcha el Observatorio SEDISA de la Gestión Basada en Valor, un proyecto estratégico a medio-largo plazo, desde el que se trabajará para definir los pilares de la gestión basada en valor y se realizarán posicionamientos sobre los diferentes temas tratados, que podrán dar lugar al desarrollo de proyectos *ad hoc* que den respuesta a los retos detectados. Como punto de partida, los pilares conceptuales de la gestión basada en valor, en el marco del Observatorio SEDISA, son los indicadores de gestión sanitaria, los resultados en salud, la compra pública como motor de la eficiencia, y la integridad, el buen gobierno, la innovación y valor en la gestión y el *Data Analytics* y los sistemas informativos.

¿Qué papel tienen los pacientes en la gestión? ¿Se les tiene en cuenta y se les escucha desde los puestos directivos?

En esa gestión basada en valor es fundamental contar con la opinión, expectati-

vas y satisfacción de los pacientes. Para ello, su participación el valor -no solo aportado a los usuarios del sistema sanitario sino también percibido por estos- es clave en dicha gestión. Para ello, aunque aún poco a poco, los directivos de la salud están incorporando la participación de pacientes de alguna u otra forma al proceso de toma de decisiones en las organizaciones sanitarias. Desde hace años, desde SEDISA se está incorporando la participación de las organizaciones de pacientes en los proyectos que se llevan a cabo, con el fin de recoger su necesario y fundamental punto de vista.

¿Qué relevancia está cobrando la asistencia sociosanitaria?

La coordinación e integración de los servicios sanitarios y sociales es una necesidad y un reto para nuestro sistema sanitario desde hace muchos años. De hecho, seguramente, si esta integración hubiera sido un hecho, la gestión y atención sanitaria de la COVID-19 en centros sociosanitarios, como las residencias de ancianos, hubiera sido más eficiente. Prevenir y asistir las condiciones de salud que pueden deteriorar la situación social y, al revés, prevenir y atender las condiciones sociales que pueden empeorar la salud, prevenir las situaciones de dependencia y fragilidad, y potenciar las capacidades personales y sociales para alcanzar el bienestar y afrontar la vida cotidiana son solo algunos de los objetivos de la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. No obstante, esta cuenta con diferentes barreras, entre las que destacan la falta de presupuestos conjuntos, de estructuras y equipos de gestión integrados. Dichas estructuras deben contar con equipos profesionales interdisciplinarios y de base comunitaria, constituidos por profesionales de Atención Primaria y de los

servicios sociales comunitarios o de atención básica.

¿Cómo se debe trabajar en esta línea?

Se trata de una línea clave en el presente y futuro de nuestro sistema sanitario. Por eso, se debe contar con una estrategia definida

SEDISA cuenta con ocho líneas de trabajo para mejorar la profesionalización de la gestión sanitaria

que determine los principios y medidas básicas y mínimas en todas las comunidades autónomas. Entre las medidas principales, destacan la designación

de presupuestos conjuntos para sendos servicios, desarrollar equipos de gestión integrados, constituidos por profesionales de Atención Primaria y de los servicios sociales comunitarios o de atención básica, definir indicadores e impulsar instrumentos de valoración, determinar el rol de los profesionales que forman parte de los equipos de gestión integrada y la integración de las historias clínicas y sociales.

¿Qué tienen que decir los directivos de la salud en la asistencia sociosanitaria?

Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, la coordinación e integración de ambos servicios es fundamental, puesto que aporta calidad asistencial y eficiencia al sistema sanitario.

¿Qué ha cambiado en la gestión y dirección sanitaria tras la COVID-19?

Las organizaciones sanitarias han demostrado una flexibilidad en la gestión que nunca se había visto, tanto en la reorganización de equipos como de procesos. Hemos aprendido que la incorporación de la innovación en la gestión es posible y aporta calidad y eficiencia en el funcionamiento y en los resultados y, más que nunca, ha quedado de manifiesto que la profesionalización de los directivos de la salud y de la gestión sanitaria es fundamental.





¿Qué fortalezas ha tenido y tiene la gestión para trabajar en estas situaciones?

Los directivos estamos entrenados para gestionar y tomar decisiones en situaciones críticas. Esto ha facilitado la gestión de la pandemia en su primera fase. No obstante, en la actualidad, la situación, si cabe, es aún más complicada con el número de contagios en ascenso y/o mantenido y teniendo que volver a la atención sanitaria no COVID-19, garantizando la seguridad de pacientes y profesionales, y con profesionales desgastados a consecuencia de la pandemia. En este punto, entran en juego las competencias técnicas necesarias para gestionar y planificar y las habilidades directivas transversales, ambas verdaderas fortalezas de la gestión. Una de las mayores fortalezas es el compromiso de los directivos de la salud con los profesionales, los pacientes y la sociedad, el sistema sanitario y, en definitiva, con la salud.

¿Qué es lo que ha fallado?

Contamos con un gran sistema sanitario pero que, sin duda, tiene importantes deficiencias y retos. Necesitamos infraestructuras y herramientas de coordinación efectivas y eficientes, y flexibilidad, que permitan acciones rápidas, efectivas y eficientes. Estas infraestructuras y herramientas deben fundamentarse en la coordinación por encima de intereses localizados y unilaterales, pero también desde la autogestión y el buen gobierno de las organizaciones sanitarias. Y donde la Salud Pública debe estar muy presente y de forma estratégica.

¿Qué aspectos hay que tener en cuenta en la toma de decisiones?

Es necesario establecer una gestión y planificación sanitarias basadas en el conocimiento que aportan los datos. Esto es más necesario que nunca en una crisis sanitaria, en la que la toma de decisiones se debe fundamentar en el análisis de datos y, para ello, es imprescindible tener sistemas informáticos sólidos y la interoperabilidad desde una perspectiva extensa;

es decir, entre hospitales y centros de Atención Primaria, entre hospitales de una misma comunidad autónoma, entre comunidades autónomas y tanto en el ámbito de la Sanidad pública como la privada. Otro punto importante en el que trabajar es, sin duda,

la integración entre niveles asistenciales y entre servicios sociosanitarios.

¿Cómo se volverá a la normalidad? (si es que se vuelve)

La vuelta a la normalidad -o a la nueva normalidad- será muy complicada. Es más, me atrevería a decir que no podremos hablar de normalidad en el sentido de la situación en la que nos encontrábamos hace un año. Y es que, los retos que estaban ya presentes en el sistema se han visto agravados por la crisis. La deuda pública incrementada, la falta de coordinación entre niveles asistenciales y con los servicios sociosanitarios como una prioridad, y el desgaste de los profesionales sanitarios hacen que la transformación y la evolución del sistema sanitario sean, más que nunca, una necesidad. Esta transformación, desde la perspectiva de la gestión sanitaria debe girar, a través de un enfoque global y estratégico, en torno al buen gobierno de las organizaciones sanitarias, políticas de incentivación profesional y retención del talento, el refuerzo de la Atención Primaria y Comunitaria a través de aportación de recursos,

el desarrollo de la Salud Pública, el fomento de la investigación, la evolución hacia la transformación digital, la coordinación e integración de los servicios sanitarios y sociales, la política farmacéutica a favor de la incorporación de la innovación y el acceso equitativo a esta, la financiación sanitaria y la evolución del modelo de atención sanitaria, adaptado a las necesidades reales de los pacientes.

¿Es necesario mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales?

Sí, sin duda. El primer paso para ello es reforzar el papel de la Atención Primaria en atención a la cronicidad, diagnóstico, continuidad asistencial, educación para la salud y Medicina Preventiva. Asimismo, es clave implementar vías de coordinación reales entre niveles asistenciales y organizar los procesos asistenciales en torno al paciente, por encima de las organizaciones sanitarias y huyendo del hospitalocentrismo.

¿Cómo se va a manejar la posible falta de recursos ante una posible nueva crisis económica?

Es prioritario que se haga más hincapié en la eficiencia, empezando por la evaluación de procesos, métodos... para eliminar bolsas de ineficiencia y para reinvertir en lo que de verdad aporta calidad y eficiencia al sistema sanitario ■

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





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.

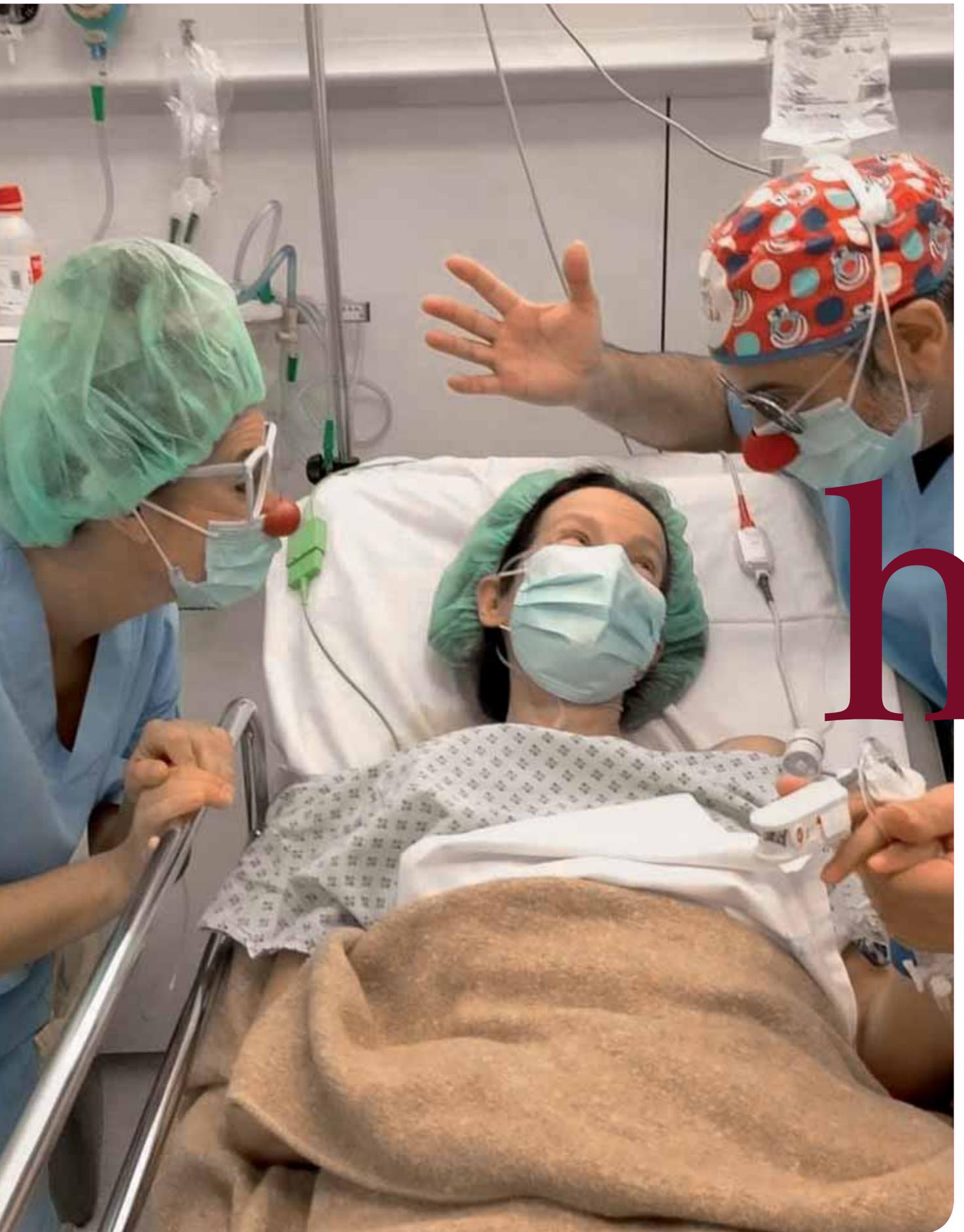
19.595 consultas médicas y de información al paciente gestionadas para ofrecer apoyo.

105.205 socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.

1 hombre, Josep Carreras
30 años de lucha #imparablescontralaleucemia

Gracias. Entra en www.imparables.org





h



El buen
umor
le sienta bien
a la
salud

Texto  Antonio Morente Fotos  EL MÉDICO/Pallapupas



REPORTAJE

El buen humor le sienta bien a la salud

Pocas cuestiones generan mayor consenso como que a todos nos gusta estar de buen humor. En teoría es el estado ideal de una persona, un reflejo de que las cosas van bien. Se da por hecho que, además, ayuda a afrontar cualquier circunstancia con más posibilidades de éxito, al asociarse con un factor tan determinante como el del optimismo. Pero, ¿esto es así también en el terreno de la salud? ¿Realmente derrochar buen humor ayuda a los pacientes a combatir los problemas o incluso reduce las posibilidades de enfermar? Y si es así, ¿debería convertirse en una herramienta de referencia para los profesionales sanitarios en su práctica diaria?

La cuestión del humor tiene una importante carga de estudios teóricos a sus espaldas, coincidentes en que se trata de una cualidad inherente y propia del ser humano y una de sus fortalezas, además de un elemento que genera bienestar. Y todos abundan en que afrontar una enfermedad con sentido del humor y una actitud positiva redundan en beneficios para el paciente, pese a lo cual tanto los sistemas sanitarios como los propios profesionales, salvo excepciones, se resisten a utilizarlo como un recurso que les pueda resultar útil. De hecho, incluso los propios pacientes pueden llegar a reaccionar de una manera negativa. ¿Qué es lo que falla entonces para que se produzca esta aparente contradicción?

“Al sentido del humor, como rasgo de la personalidad, se le atribuyen numerosos beneficios psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión), físicos (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y sociales (mejoras en la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social)”, apunta la doctora Bibiana Navarro Matillas, psicóloga y profesora colaboradora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Pese a ello, “las investigaciones en el joven campo de los estudios del humor han proporcionado un cierto apoyo empírico a algunas de estas afirmaciones, aunque aún existen muchas incógnitas y contradicciones en la literatura”.

Cuando los profesionales sanitarios desarrollan la empatía, la escucha activa y optan por actitudes positivas “se facilita la comprensión de los pacientes”

Y eso sin complicar aún más la cuestión poniendo sobre la mesa las varias corrientes que se postulan, como la risoterapia, la risaterapia, el yoga de la risa o la gelotología o ciencia de la risa. De hecho, y puestos a puntualizar, Navarro Matillas subraya que hay dos tipos fundamentales de risa, “la del cuerpo, que viene de adentro y es posible provocar, y la de la mente, que procede de afuera del ambiente”.

El caso es que, al margen de corrientes e interpretaciones, nadie pone en duda que el buen humor es beneficioso para la salud, algo que no es precisamente nuevo. Por no remontarnos más allá y quedarnos con los clásicos, la propia palabra humor nos lleva a la Grecia clásica de Hipócrates y al equilibrio de los cuatro humores para explicar el estado de salud de una persona, una teoría vigente durante siglos y que, ya en la Roma del siglo II después de Cristo, desarrolló Galeno para establecer una conexión directa entre el carácter taciturno y la enfermedad física.

Sin buen humor hay más riesgos

El doctor Jaime Sanz Ortiz, autor del estudio de referencia ‘El humor como valor terapéutico’, lo tiene claro: “La carencia de sentido del humor es un factor de riesgo para enfermar, y dando la vuelta al argumento nos damos cuenta de que su presencia es una medicina de gran utilidad”. De hecho, lo considera una herramienta básica para combatir las situacio-

nes estresantes, algo clave si recordamos que “es probable que el estrés sea la causa principal de enfermedad en nuestra vida diaria”.

Navarro Matillas, por su parte, hace un recorrido por las principales investigaciones que han analizado el vínculo entre humor y salud, en las que se recoge por ejemplo que “la risa estimula el sistema inmunológico, una compensación en función de los efectos inmunosupresores de estrés”. El humor, asimismo, “estimula la liberación de endorfina, que además de ser un analgésico natural, es una hormona que brinda una sensación de bienestar



El impacto en la salud del buen humor, la risa y la carcajada

y también favorece la producción de inmunoglobulina A”, a lo que se une que “afrentar la vida con optimismo permite alcanzar mayor longevidad”.

En definitiva, que todo parecen beneficios, porque además es un recurso sin efectos secundarios y barato, aunque como punto de partida también hay que tener claro que es un complemento, una ayuda para afrontar los problemas de salud. Por muy poderoso que pueda llegar a ser, el buen humor nunca va a sustituir a una terapia o técnica clínica, en todo caso servirá como refuerzo y como una herramienta en la que el paciente pueda apoyarse para su recuperación.

“Los profesionales sanitarios pueden interferir en el humor de los pacientes más de lo que creen”, reflexiona Navarro Matillas: cuando desarrollan la empatía, la escucha activa y optan por actitudes optimistas y positivas “se facilita la comprensión de los pacientes y tienden a estar más relajados



La doctora Bibiana Navarro Matillas, psicóloga y profesora colaboradora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), tiene claro que los efectos del buen humor “son múltiples, positivos y recomendables”. Su impacto, y el de su manifestación más común como es la risa, lo concentra en tres campos, el físico, el psicológico y el social.

Efectos físicos

- **Músculo esquelético.** Con cada carcajada se ponen en marcha cerca de 400 músculos, incluidos algunos del estómago que sólo se pueden ejercitar con la risa. Aumenta la flexión muscular y tonifica. Ayuda también a adelgazar, reactivando el sistema linfático.
- **Respiratorio.** Entra el doble de aire en los pulmones, lo que mejora la respiración y aumenta la oxigenación de los tejidos.
- **Circulatorio.** Es capaz de incrementar la velocidad de la sangre y limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol. Previene el infarto debido al movimiento interno que produce el diafragma, fortaleciendo además al corazón y los pulmones.
- **Digestión y eliminación.** El diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión y evita el estreñimiento. La vibración del hígado favorece la secreción de jugos gástricos y saliva ayudando a la digestión. Quema calorías.
- **Analgésico.** Durante el acto de reír se liberan endorfinas, por lo que cinco o seis minutos de risa actúan como analgésico.
- **Inmunológico.** Aumentan las proteínas que combaten las infecciones gamma. Fortalece el sistema inmunitario aumentando las IgA y las células T.
- **Masaje.** La columna vertebral se estira.
- **Limpieza.** Se lubrican y limpian los ojos con lágrimas. La carcajada hace vibrar la cabeza y se despejan la nariz y el oído. Las vibraciones a nivel abdominal favorecen la eliminación de sustancias tóxicas. Además, se consigue limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol.
- **Sueño.** Las carcajadas generan una sana fatiga que ayuda a mejorar el insomnio permitiendo el descanso físico e intelectual.
- **Rejuvenecedor.** Tiene efecto tonificante y antiarrugas al estirar y estimular los músculos faciales.

Efectos psicológicos

- Reduce el nivel de cortisol en sangre y aumenta la inmunología, eleva el umbral de tolerancia al dolor, incrementa el ritmo cardíaco y masajea los órganos internos.
- Relaja el sistema nervioso parasimpático, disminuye la contracción de músculos blandos, reduce tensión y estrés.
- El aflojamiento muscular produce mayor salivación, secreción lagrimal, micción incontrolada (mearse de risa).
- La actividad reducida del sistema nervioso simpático relaja la rigidez corporal, pérdida de postura erecta (revolcarse de risa).
- Se favorecen procesos de digestión y eliminación, se normaliza la presión sanguínea, se dilatan alvéolos pulmonares tres veces más que con la respiración normal, se triplica la cantidad de aire bombeada por pulmones.
- Se secretan ciertas endorfinas que son drogas naturales que producen euforia y tienen efectos tranquilizantes y analgésicos, con lo cual hay sensación de bienestar y satisfacción. Elimina la angustia y la ansiedad, aumenta la autoestima, aligera el espíritu, estimula la imaginación, aclara la percepción (de uno mismo y del entorno). Disminuyen preocupaciones y miedos.





REPORTAJE

El buen humor le sienta bien a la salud



- Alivia la depresión. Se produce una disminución del cortisol, ayudando a la prevención, mejora y/o curación de los problemas ocasionados por las cargas mentales. Permite ser más receptivo y ver el lado positivo de las cosas.
- Mejora de autoestima.
- Ayuda a mejorar la imaginación, intuición y creatividad.
- Proceso de regresión. Es decir, se produce un retroceso a un nivel anterior de funcionamiento mental o emocional, generalmente como un mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa.
- Exteriorización de emociones y sentimientos.

Efectos sociales

- Aumenta las relaciones interpersonales, mejorando las habilidades de comunicación. Desinhibe y aleja la timidez.
- Facilitación de situaciones sociales incómodas.
- Ayuda a cambiar el clima organizacional y el ambiente hospitalario.

y confiados”. Aunque esto también tiene su reverso, ya que “la ansiedad en el profesional genera también ansiedad en el paciente y su grupo familiar”.

Cómo y cuándo aplicarlo

Llegados a este punto hay coincidencia en que el buen humor ayuda, así que, si se decide hacer uso de él, el siguiente paso es saber cómo y cuándo aplicarlo. Aquí es fundamental tirar de sentido común y hacer uso de la propia intuición profesional, valorando ante todo la receptividad del propio paciente: todo depende de su disponibilidad (que puede variar de un día para otro), del momento adecuado e incluso del tipo de humor al que se recurre. No saber calibrar estos factores podría tener hasta un efecto contraproducente, generando una tensión innecesaria en la relación médico-paciente.

Entonces, y teniendo en cuenta estas precauciones, ¿es recomendable introducir el humor en la consulta? “Sin duda”, responde el presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España, José Pablo Lara Muñoz, que es a su vez decano de la de Málaga. “La relación médico-paciente es la esencia de la Medicina, algo que se puede afirmar también de otras profesiones sanitarias. Debe-

mos mostrar nuestro buen humor, es decir, debemos mostrarnos alegres y complacientes como una manifestación principal de la empatía con las personas enfermas que perciben, aprecian y valoran esa disposición nuestra”. Eso sí, y volviendo a la cuestión del sentido común, “lógicamente dependerá del grado de conocimiento y confianza que tengamos, como ocurre en todos los ámbitos”.

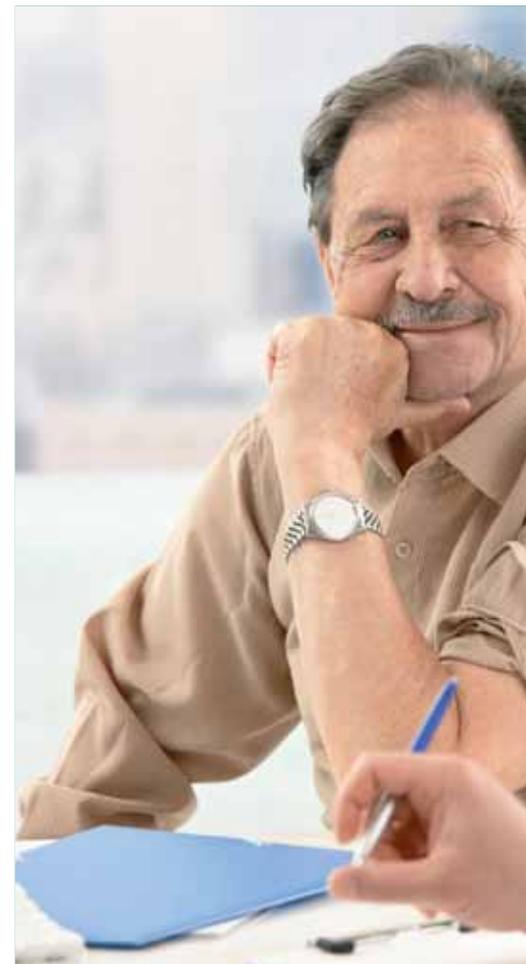
Teniendo en cuenta todos estos factores, los estudios señalan que, aunque el humor ayuda al día a día de cualquier paciente, su utilización estaría especialmente indicada en psicoterapia y en tratamientos oncológicos y paliativos. Pero si hay un campo con el que esta práctica se relaciona más, y en el que de hecho se emplea con frecuencia, es la Pediatría. Socialmente se acepta e incluso se incentiva que los niños se beneficien de un entorno sanitario más relajado, optimista e incluso alegre, en un intento de hacerles más llevadera y menos traumática la lucha contra una enfermedad.

En este contexto está ampliamente reconocida la figura del payaso de hospital, cuya presencia es cada vez más frecuente en estos centros de la mano de asociaciones o entidades como Clownrisas, Fundación Theodora, La Sonrisa Médica, Payasos sin

Fronteras, PayaSOSpítal o Pallapupas, por poner algunos ejemplos. Ellos representan la continuidad de una actividad que se remonta como mínimo a tiempos de Hipócrates, entre los siglos V y IV antes de Cristo, cuando se tiene constancia de actuaciones de cómicos y músicos para mejorar el humor de los pacientes, un testigo que en el siglo XIX cogieron los Fratellini Brothers en Francia para ayudar a los niños y que tiene uno de sus máximos exponentes en The Big Apple Circus Clown Care, que en 1986 pone en marcha Michael Christensen para preparar a payasos profesionales de cara a trabajar en centros sanitarios.

El humor, un agente de salud

En España, uno de los colectivos de referencia es Pallapupas, cuya fundadora, Angie Rosales, tiene muy claro que el



humor es “absolutamente un agente y una estrategia de salud” y esgrime que las dudas al respecto tienen a su juicio un error de partida porque son fruto de “la desviación de entender la salud como ausencia de enfermedad, y es mucho más”. Para refrendar esta afirmación, recuerda que, aplicando los parámetros de lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera salud, “hay muchas personas que desde el punto de vista biológico no tienen nada” pero que aun así no se puede considerar que estén sanas.

“Tenemos una visión muy biológica de la salud”, apostilla, que no tiene en cuenta “aspectos intangibles” muy conectados con las emociones. “Existe evidencia científica de que el humor mejora la salud, pero chocamos con una cuestión cultural: hemos sido educados para estar serios y muy pre-



Consejos para introducir el humor en la consulta

“Estas habilidades relacionadas con el campo de la afectividad de las personas son innatas, aunque existe la posibilidad de aprenderlas a través de la formación y del ejercicio”, postula la doctora Bibiana Navarro, para quien “las pautas para fomentar el optimismo a los pacientes se inician en el propio equipo de salud”.

Para ello, aporta las siguientes recomendaciones:

- Incluir la risa como actividad profesional, para favorecer la pronta recuperación de los pacientes.
- Demostrar que la alegría y la curiosidad son elementos que nos revitalizan.
- Establecer una relación de empatía con el paciente y su familia para lograr un entorno de confianza en donde reine la comprensión en la relación terapéutica. Crear un ambiente distendido y amable entre los profesionales, familiares y enfermos. Hacer ver que las expresiones de alegría no estén reñidas con el ámbito hospitalario y se puedan incluir en el proceso de la salud y de la enfermedad. Transmitirles que el reír y el tener humor va a aumentar su calidad de vida.
- Resolver dudas desde lo positivo, desmitificando falsas creencias respecto a la enfermedad.
- Ayudar al eje paciente/familia a identificar las preocupaciones del proceso. Asegurar que la ansiedad y el miedo no superan los umbrales tolerables, proporcionando un entorno positivo en donde tenga cabida la alegría y la diversión.
- Reforzar los progresos conseguidos.
- Animar a que realicen cosas que resulten agradables (escuchar música, ver películas, dieta equilibrada, masajes...).
- Evitar actitudes negativas que generen sentimientos de culpa.
- Enseñar técnicas de respiración profunda y relajación.
- Facilitar y utilizar actitudes de escucha activa que permitan al paciente sentirse respetado y valorado, como la empatía, respeto cálido, autenticidad y aceptación incondicional.
- Utilizar la intuición y la sensibilidad.
- Aprender a reírnos de nosotros mismos.

ocupados cuando tenemos problemas”. Así que cualquier acción que no se ajuste a este principio supone “un choque cultural”.

¿Y cómo se combaten estos prejuicios? “Con perseverancia, evidencia científica y entrando en espacios donde es impensable actuar con humor, como en el final de la vida”, a lo que Rosales une la necesidad de “hacer aliado al personal sanitario, que cada vez cree más en esta herramienta”. En cuanto a los pacientes, no tiene dudas sobre que “te importan tres pitos las convenciones sociales si ves que, con la actuación de un payaso, tu hijo no se asusta tanto en un hospital”.

Eso sí, “cada uno tiene que conocer su rol, una enfermera por ejemplo no tiene que hacer de payasa”. Por eso, defiende que el trabajo de un payaso de hospital “tiene que ser profesional”, de hecho, los Pallapupas “son payasos profesionales a los que formamos para que sepan lo que tienen que hacer en un hospital”. Y lo principal, remarca, es escuchar para saber si es el momento o no: “cuando no toca, no te vamos a hacer reír”.

Menos estrés y mejor ambiente

Desde Pallapupas se están impulsando los Estudios VIDA para evaluar el impacto



Un poco de historia de la relación humor-salud

A través de los tiempos, los antropólogos nunca han encontrado una cultura o una sociedad que estuviera completamente desprovista de humor”, apunta Cristina Sánchez Sánchez en su estudio ‘La importancia del humor en la salud’, en el que subraya que “diferentes corrientes filosóficas conocen desde hace siglos la importancia de la risa y el sentido del humor”. Como prueba de ello, pone varios ejemplos, como que hace más de 4.000 años había en el antiguo imperio chino templos donde las personas se reunían para reírse con la finalidad de equilibrar la salud, o que en la India existen templos sagrados donde se practica la risa. “En otras culturas antiguas existía la figura del ‘payaso sagrado’ o ‘doctor payaso’, un hechicero vestido y maquillado que ejecutaba el poder terapéutico de la risa para curar a los guerreros enfermos”.

En la Biblia tenemos para quedarnos con lo que queramos, pues si en el Eclesiastés aparece aquello de “más vale sufrir que reír, pues dolor por fuera cura por dentro”, en los Proverbios encontramos la otra cara de la moneda: “Cuando el corazón está alegre, la vida es más larga... pues un corazón lleno de alegría cura como una medicina, por contra un espíritu triste seca los huesos”.

Pasando de puntillas por Hipócrates y Galeno, que tanta importancia daban a los humores, en la Edad Media el cirujano H. de Mondeville mencionaba que la alegría era indispen-

sable para recuperar a los pacientes, cuyas vidas debían dirigirse a conseguir la felicidad. Ya en el siglo XV, el filósofo Luis Vives señala la buena incidencia de la risa en la salud, mientras que “en el XVI François Rabelais, pionero de la risoterapia, aconsejaba a muchos de sus pacientes la risa como método de curación y alivio de los sufrimientos”.

Desde entonces, se han sucedido los textos de psiquiatría (William Battie, Robert Burton...) que apoyan la risa como medida terapéutica. Cristina Sánchez recuerda asimismo que el filósofo Immanuel Kant “pensaba que la risa es un fenómeno psicossomático; algunas ideas mentales producen una respuesta corporal (la risa) que tiene un efecto fisiológico benéfico”, mientras que Sigmund Freud “atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa”.

En la primera mitad del siglo XX, James Sully publicó un libro sobre la risa ensalzando los beneficios fisiológicos de la misma, y ya en 1928 el médico estadounidense James J. Walsh “sugiere que el efecto saludable de la risa derivaría primariamente de un efecto mecánico y estimulante sobre los órganos internos del cuerpo, aunque también concede importancia a factores psicológicos y de actitud”. Ya en tiempos actuales se ha profundizado en los estudios que conectan salud y humor, y con el popular doctor Patch Adams a la cabeza “comenzó a utilizarse la técnica de la terapia de la risa en hospitales de todo el mundo”.

de la actividad de los payasos de hospital, con la novedad de que uno de estos estudios se centra en pacientes adultos oncológicos, ya que la mayoría de estas inves-

tigaciones pivotan alrededor de la población infantil o, en el caso de los adultos, en personas con edad muy avanzada, pacientes psiquiátricos y padres de niños hospitalizados. El estudio, dirigido por la doctora Anna Casellas-Grau, coordinadora del Observatorio de Atención Psicosocial en Cáncer del Instituto Catalán de Oncología (ICO) y publicado en la revista Arts & Health, incide en que los payasos de hospital ayudan a reducir el estrés y otros síntomas psico-

lógicos en los pacientes oncológicos y sus familiares, además de mejorar el ambiente laboral en el centro.

Existen evidencias científicas de que la felicidad se asocia a mayor esperanza y calidad de vida

que se obtuvieron mejores resultados en campos como la ansiedad, el aburrimiento, el bienestar y las ganas de reír. Es decir, que el humor además conlleva beneficios para el personal sanitario, algo que también corroboran otros estudios, que inciden sobre todo en que ayuda a manejar el estrés, hace más agradable el

entorno laboral, relaja tensiones y facilita el trabajo al mejorar la relación con el paciente.

La opinión, concluye la autora, es “altamente positiva” en enfermos y acompañantes, pero también en los propios profesionales, en los

Entonces, si el humor es una herramienta aparentemente tan útil en salud, ¿habría que incluirla en los planes de estudio para formar mejor a los profesionales? “Es un ‘valor’ que debemos transmitir de forma continua”, apunta José Pablo Lara Muñoz, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España, para quien, “en definitiva, estamos hablando de relaciones personales. Todos podemos mejorar nuestro modo de relacionarnos con los demás, podemos ‘mejorar nuestro humor’ y mejorará el servicio que prestamos a los demás. Y se puede aprender y practicar, como todo”. Por ello, admite

que “quizá deberíamos prestarle más atención a este aspecto, como un componente importante de la comunicación, que es una de las competencias transversales en las que queremos formar del mejor modo posible a los médicos del futuro”.

Y es que, a su juicio, “existen evidencias científicas de que la felicidad se asocia a mayor esperanza y calidad de vida y de que la tristeza no es sólo una consecuencia de la falta de salud, sino que puede ser en sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades”. Desde este punto de vista, “sin duda nos ‘interesa’ tener buen humor, y para tenerlo, es fundamental mantener un estilo de vida saludable”.

Un mejor estilo de vida

De hecho, hay estudios que conectan directamente buen humor y un adecuado estilo de vida. Por ejemplo, el informe ‘Esperanza y optimismo’ de la Fundación John Templeton repasa varias investigaciones al respecto y postula que “los optimistas tienden a comer de manera más saludable (es decir, a comer más frutas y verduras), a consumir alcohol con moderación, también tienen menos probabilidades de fumar, tienden a buscar información sobre cómo mejorar su salud y tienden a realizar más actividad física”.

Pero ojo, que no es oro todo lo que reluce. El mismo informe alerta de que “las ilusiones positivas también crean problemas en determinados contextos de salud”, y pone el ejemplo de que, según algunos investigadores, “los fumadores individuales generalmente creen que sus posibilidades de contraer cáncer de pulmón son menores que los de otros fumadores”, ya que “la adicción puede afectar las tendencias de los fumadores a hacer predicciones racionales sobre los riesgos de fumar”. Otro trabajo que analizó el comportamiento de los universitarios durante un brote de influenza descubrió que “los estudiantes con sesgos optimistas tenían menos probabilidad

des de tomar medidas para evitar contraer enfermedades”.

Frente a estos ‘lunares’, otros autores en cambio aseguran que la risa, la felicidad y el buen humor no sólo son un pilar para mantener la salud, sino que también ayudan a recuperarla. Así, reírse con frecuencia aportaría los mismos efectos positivos que dos horas de ejercicio físico, y sólo un minuto de risa diario vendría a equivaler a 45 minutos de relajación. De hecho, un conocido estudio, el que llevó a cabo el doctor Norman Cousins describiendo los efectos de la risa en la curación de su propia enfermedad (artritis espinal), concluía que 10 minutos de risa le liberaban de dos horas de dolor.

Demasiada seriedad

Pero por muchos datos que respalden los beneficios del buen humor, lo cierto es que cuesta dar el paso y abrazarlo de manera masiva como una herramienta terapéutica. El porqué se explica sobre todo por lo que cuesta cambiar lo que se consi-

dera el paradigma del tratamiento de un paciente, tradicionalmente muy biologista, aunque otros autores, como el doctor Jaime Sanz Ortiz, apuntan otro matiz: “Durante los últimos siglos los médicos se han formado para practicar la medicina como una ‘ciencia seria’ y como un arte de ‘curar’”, una visión más bien rígida en la que hay poco sitio para el humor.

Por mucho que se insista en que “reír es un bien para la salud del cuerpo y el espíritu”, al final “cuando uno se siente enfermo o tiene algún dolor es evidente que no está para risas”. “La seriedad del rostro fue la imagen defendida secularmente por el cristianismo”, incide Sanz Ortiz, quien recuerda en este sentido la contundente frase del Eclesiastés: “Más vale sufrir que reír, pues dolor por fuera cura por dentro”. Una conclusión que comparte Angie Rosales, fundadora de Pallapapas, quien insiste en la idea del choque cultural que supone integrar el humor en según qué procesos, lo que evidencia la contradicción de la sociedad española, “somos dicharacheros, sociables y nos





REPORTAJE

El buen humor le sienta bien a la salud

gusta estar en la calle, pero tenemos un pasado muy religioso” que impone que determinadas situaciones hay que vivirlas de manera muy seria.

“Nos falta cultura del humor, todos somos muy graciosos de puertas para fuera, pero nos falta integrar la cultura del humor en nuestra vida”, reitera. Y en cierto modo, coincide con María Isabel Riezu Ochoa, que en otro estudio de referencia en España

(‘Humor terapéutico. El Humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos’) apunta que esta aparente contradicción se resuelve aplicando el principio de que “el auténtico humor toma las cosas en serio”. En este sentido, recuerda lo que defiende Platón en sus leyes: “Digo que las cosas humanas no son dignas de ser tomadas en serio, y sin embargo es preciso ejercerlas seriamente, quiero decir que sólo lo serio debe tomarse en serio, lo no serio, no”.

“El humor, en general, es una herramienta poco utilizada y bastante desconocida”, reconoce desde la EASP Bibiana Navarro, quien no obstante llama la atención sobre que “en Europa y en España empiezan a proliferar algunas iniciativas relacionadas con el estudio y la aplicación del humor. En este sentido, apunta a los encuentros que sobre la cuestión impulsa la Fundación General de la Universidad de Alcalá de Henares o a que ya existen cursos universitarios en España sobre temas como el humor gráfico, el terapéutico o en la comunicación.

Más que palabras

En esta línea, por ejemplo, se enmarca la asignatura optativa que Pallapupas ha desarrollado para la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, ‘Nuevas

herramientas para la intervención hospitalaria’. “Lo importante de la asignatura es hacer comprender que la comunicación va más allá de la palabra”, apunta Angie Rosales, que tiene claro que “el humor se puede entrenar”.

Al fin y al cabo, tal y como lo define la Asociación de Humor Aplicado y Terapéutico (AATH por sus siglas en inglés), esta aplicación del humor viene a ser “cual-

quier intervención que promueve la salud y bienestar estimulando un descubrimiento, expresión o aprecio lúdico del absurdo o incongruencia de las situaciones vitales”. Y una apostilla importante para completar esta definición: esta técnica “puede mejorar la salud o utilizarse como un tratamiento complementario de la enfermedad para propiciar la salud o afrontamiento, ya sea a nivel físico, emocional, cognitivo, social o espiritual”.

La cuestión, de esta manera, pasaría por utilizar las herramientas humorísticas que ya existen para ayudar a los profesionales y diseñar nuevas vías, para lo que hace falta una mayor investigación sobre su complejidad cultural y social en la que colaboren disciplinas como las ciencias de la comunicación, la sociología, la psicología, la sociología e incluso la lingüística. Esto permitiría, además, determinar con mayor precisión el efecto real que, durante un tratamiento, el humor ejerce en el paciente y en el personal sanitario.

Y es que, como recuerda Bibiana Navarro, “no todos los estudios apoyan la tesis de un efecto terapéutico” del humor, “y en cualquier caso no está claro cuál es el mecanismo preciso que produce los hipotéticos beneficios”. Desde su punto de vista, “es probable que el humor, y especialmente el humor positivo, tenga efectos

beneficiosos para la salud, pero aún está por demostrarse con seguridad cuáles son, de qué manera actúan, en qué casos se producen, cuál es su peso, su extensión y sus límites”.

Un papel importante

En definitiva, que queda mucho por recorrer, porque, aunque “el humor sin duda puede desempeñar un papel importante en el proceso terapéutico, por ahora sólo están confirmados algunos efectos más bien localizados, a corto plazo y preventivos o paliativos”, como la tolerancia al dolor, la reducción del estrés o el afrontamiento y una visión más positiva de la enfermedad. “Es posible, e incluso probable, que se confirme también la relación entre sentido del humor y salud, pero las últimas investigaciones sugieren que los beneficios quizás dependan del signo (positivo o negativo) del sentido del humor, y/o de su interacción con otros aspectos de la personalidad, como el valor que la persona da a la vida”.

En última instancia, lo más práctico es hacer lo mismo que el presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España, José Pablo Lara Muñoz, quien recuerda cómo define la RAE el buen humor (“propensión más o menos duradera a mostrarse alegre y complaciente”) para hacerse un par de preguntas muy básicas: “¿Quién no quiere estar alegre? ¿Quién no busca la felicidad en su vida?”. “Puede parecer paradójico”, continúa, pero “hay personas con muy mala salud, incluso enfermos terminales, que no están tristes y otras con una salud envidiable que sí lo están. Depende de lo que la felicidad signifique para cada persona (que es única) y sus circunstancias”. Por ello, concluye, “no puedo estar más de acuerdo con sir William Osler cuando afirmó: “Ser buen médico significa poseer conocimientos y cuatro ‘h’: humildad, honestidad, humanidad y humor”. Eso, subraya, “es fundamental cuando se está junto a personas que sufren” ■



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en

Lyceum

Lyceum nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

Lyceum

www.lyceum.es



saned.

GRUPO

www.gruposaned.com



La pandemia

está mostrando la necesidad
de una nueva estructura organizativa

en

AP

María del Mar Sureda Barbosa

Subdirectora de la GAP de Mallorca y vocal de la SEDAP

Texto  Nekane Lauzirika

Fotos  SEDAP



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

María del Mar Sureda Barbosa

María del Mar Sureda Barbosa es coordinadora médica de Equipos de Atención Primaria (EAP) del Sector Sanitario Migjorn y subdirectora de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Mallorca. También es vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), cuya Junta Directiva fue recientemente renovada. En la entrevista para la Revista EL MÉDICO habla sobre los ajustes de la AP ante sus nuevos roles y de la reubicación necesaria en tiempos de la COVID-19, en general, y de cómo se ha llevado a cabo en Baleares. Su aventura en gestión es muy reciente, “y fruto de la proposición del equipo directivo de nuestra actual gerencia, que apostó por directores muy “de calle” para “re-evolucionar” la AP desde abajo”. “Soy cualquier cosa menos convencional. Me gustan los cambios y la innovación y estoy convencida de que vienen muchos y muy buenos”, añade.

“La pandemia está mostrando la necesidad de una nueva estructura organizativa en AP”

Durante la pandemia, los centros de primaria nunca se cerraron. Es cierto que tuvieron que reorientar su actividad asistencial y sobre todo reordenarla. No era posible permitir aglomeraciones de personas, muchas de ellas que acudían en busca de ayuda por posible infección por COVID-19, y convertir los centros de salud en potenciales focos de contagio”, subraya a la Revista EL MÉDICO, la directiva de AP en Mallorca. “Soy básicamente médico de familia desde hace 23 años; he tenido la suerte de ejercer en la misma plaza todo este tiempo, por lo que tengo un perfil profesional marcadamente asistencial. Es a lo que me he dedicado siempre combinándolo con la coordinación de

mi equipo de AP”, señala con satisfacción.

Lo que hicieron en Mallorca, y en otras comunidades durante el estado de alarma, fue invertir en flujos de demanda, evitando la atención presencial espontánea, la más habitual hasta esa fecha, sustituyéndola por la atención telefónica, que nos era útil para discriminar cómo, cuándo y de qué forma podíamos resolver las demandas de nuestros pacientes, minimizando el riesgo de contagio. “Pero nunca cesamos la actividad. De hecho, nuestros registros detectan importantes aumentos de atención domiciliaria, principalmente por parte de enfermería”.



¿Cómo se ha readaptado la AP a estos cambios?

Cabe recordar las tensiones que sufría todo el conjunto de la AP nacional en el momento pre-pandémico, deseosa y necesitada de reinventarse y reubicarse. En la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAPM) estábamos trabajando en lo que llamamos la re-evolución de la AP, donde poníamos el foco principal en el pleno desarrollo de todos los roles profesionales, que deberíamos llevar a su máximo techo competencial. En aquel momento pensábamos que conseguir que nuestros profesionales aceptasen este “despegue” iba a llevarnos unos cuantos años, además de la inversión de múltiples recursos formativos y económicos. En Mallorca, al igual que en otras comunidades autónomas, tenemos dificultades para cubrir nuestras necesidades de plantilla médica, tanto en adultos como en Pediatría. No podíamos seguir utilizando al médico como “filtro” de toda la demanda que se presentaba en AP, sino que se trataba en cierto modo de actuar a la inversa.

¿Por ejemplo?

Nos preguntamos si era necesario que fuera el médico de familia quien remitiera a un paciente al trabajador social, tras clarificar en consulta que ese era el profesional más adecuado para resolver su problema. Nos preguntamos también si no sería más correcto para el paciente que otro estamento pudiera aclarar su motivo de la demanda. Y que fuera directamente remitido al trabajador social. De este modo, pensamos que las consultas médicas no se verían saturadas por todo el grueso de la demanda, si no sólo por lo que realmente este profesional pudiera resolver.

¿Consiguieron ajustar las tareas de los profesionales a su capacitación?

Cuando estalló la pandemia habíamos conseguido concluir la mitad de las visi-

tas de los 45 centros de salud que componen la GAPM. En ellas se convocaba al equipo al completo, junto con el gerente, las directoras y subdirectoras médicas y de enfermería. Mediante dinámicas participativas, explorábamos el sentir de los equipos, y constatábamos la necesidad

sentida y expresada por muchos profesionales de ajustar sus tareas a su capacitación. Uno de los ejemplos más ilustrativos nos lo dio una Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), recientemente incorporada a AP, que lamentaba su pérdida de rol respecto a sus actividades hospitalarias, donde realizaba tareas más cercanas a su preparación académica. En AP se sentía una mera “moza de almacén”. La aparición de la pandemia aceleró y reajustó todos estos planes, impulsando específicamente el trabajo compartido y el sentimiento de equipo, en el que todos los integrantes de este remaban en la misma dirección

de AP, que lamentaba su pérdida de rol respecto a sus actividades hospitalarias, donde realizaba tareas más cercanas a su preparación académica. En AP se sentía una mera “moza de almacén”. La aparición de la pandemia aceleró y reajustó todos estos planes, impulsando específicamente el trabajo compartido y el sentimiento de equipo, en el que todos los integrantes de este remaban en la misma dirección, con un objetivo común: resolver las necesidades asistenciales de su población, pero minimizando los riesgos.

¿Esa resituación de la AP también es reconocida por la Administración? ¿Y los propios médicos y directivos de Atención Primaria?

En nuestra comunidad autónoma sin ninguna duda. Tenemos la suerte de que el president del Parlament de les Illes Balears, Vicenç Thomàs Mulet, es médico de familia, con muchos años de ejercicio previos a su dedicación política. La consellera de Salut, Patricia Gómez, es enfermera de AP, muy sensibilizada con la atención comunitaria. Su número 2, María Antònia Font, directora general de Salut Pública, fue la directora de enfermería de AP en la pasada legislatura y Juli Fuster, el actual director general del Servei de Salut de les

Illes Balears, es médico de familia y ha desarrollado su actividad asistencial en diferentes Equipos de Atención Primaria (EAP) de Mallorca. Todos ellos son firmes impulsores del modelo de AP, por lo que su apoyo es importante, en proporción a la gran responsabilidad que supone estar a la

La pandemia aceleró e impulsó específicamente el trabajo compartido y el sentimiento de equipo, en el que todos los integrantes de este remaban en la misma dirección

altura de este reto como integrantes de la GAPM. Los equipos directivos de los CS, los médicos de AP (MAP) y, en general, todos los profesionales reconocen la necesidad de un cambio organizativo, que les permita “volver a sentirse médicos”, como nos han comunicado repetidamente.

¿En qué aspectos profesionales debería manifestarse este reconocimiento a los sanitarios del primer nivel?

Desde que formo parte de la GAPM he tenido conocimiento de diversas actuaciones dirigidas a la mejora de las condiciones de nuestro ámbito laboral para todos los profesionales, no sólo las retributivas, sino también la mejora de ratios de población atendida, atención continuada y planes para mantener el atractivo de seguir ejerciendo como MAP en activo, llegada la hora de la jubilación. La pandemia ha retrasado o modificado el desarrollo de estos planes, pero mantenemos el compromiso. Sabemos también que las posibilidades formativas son un potente elemento motivador y dinamizador, por lo que mantenemos abiertas diversas líneas en este sentido. La GAPM ha desarrollado el Aula Permanente de Ecografía, donde se imparten cursos para todos los profesionales de AP que lo deseen, sin costes adicionales, incluido en los planes de formación médica continuada (FMC). Recientemente están asistiendo profesionales de diversos servicios hospitalarios, que son formados por MAP muy capacitados en ecografía clínica.



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

María del Mar Sureda Barbosa

¿Por fin está calando que lo que funciona son equipos de profesionales multidisciplinares para prevenir?

Por descontado, esta necesidad era obvia y había iniciado su desarrollo en Baleares desde la anterior legislatura, tras la integración de la Enfermería Gestora de Casos (EGCC) en

los EAP para impulsar la Estrategia de la Cronicidad. La gran labor de estos profesionales en la dinámica de los equipos ha quedado plenamente manifestada durante la pandemia,

dado que eran ellos quienes mantenían el control de los pacientes crónicos confinados en sus domicilios, realizando llamadas y visitas periódicas a los mismos, en coordinación con médicos, enfermeras y trabajadores sociales. 2020 se estrenó celebrando el Año Internacional de la Enfermería y la Matrona, movimiento conocido como Nursing Now, en el que se buscaba lograr el reconocimiento que ambas profesiones merecen, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y

el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Se programaron diversas actividades para facilitar este impulso, que debieron ser anuladas por la pandemia por COVID-19.

¿Se ha reconocido el papel de la enfermería en la pandemia?

Totalmente. La profesión enfermera ha sido la gran protagonista de muchas de las etapas necesarias para el control de esta enfermedad y su diseminación.

Desde el inicio, cuya fue gran parte de la atención telefónica al paciente respiratorio en nuestra comunidad autónoma, además del rastreo y seguimiento de casos, la atención domiciliaria y ahora la campaña de vacunación por SARS-CoV-2, actualmente en fase de implementación. Personalmente, opino que el objetivo de conseguir el reconocimiento de la enfermería se ha logrado con creces y que es hora de consolidar definitivamente esta capacitación. Están en desarrollo los protocolos de actuación

de enfermería en urgencias de AP, conjuntamente con los MAP cuando sea necesaria la presencia de este, pero buscando la autonomía de la enfermería en la toma de decisiones.

¿Qué ajustes específicos han tenido que hacer, acelerados por la necesidad que ha creado la pandemia?

El tema de la gestión los recursos humanos (RRHH) ha adquirido especial relevancia. Los equipos asistenciales tuvieron que dividir su actividad en dos circuitos, respiratorio y no respiratorio, aunque la COVID 19 afectase a muchos otros órganos y sistemas. Muchos profesionales no podían estar en primera línea atendiendo COVID por su especial vulnerabilidad, lo que ha condicionado el reajuste de las plantillas. La GAPM fue el embrión impulsor de la Central de Coordinación COVID-19 (CC-COVID) que actualmente presta apoyo a todas las Islas Baleares, iniciando su andadura con personal de AP especialmente capacitado para ello. Desde allí se coordina la atención al paciente afecto de COVID, englobando la atención en domicilio mediante las Unidades Volantes de Atención al Coronavirus (UVAC), ambulancias de dos categorías:

En esta nueva ola echamos en falta un ápice de sentido común. No debiera ser necesario que las autoridades tengan que acotar y acotar actividades

PROYECTO PARA DESBUROCRATIZAR

Se calcula que los MAP dedican un 30 por ciento de su tiempo a actividades burocráticas, cuyo origen es múltiple, muchas veces remitidas desde otros ámbitos asistenciales y no siempre motivadas por problemas de salud. Muchas de estas tareas pueden ser asumidas por personal no sanitario de los CS, y otras ni siquiera pertenecen al EAP. Es fundamental el trabajo en equipo durante todo este proceso.

Con el objetivo del aumento de eficiencia en las admisiones de los CS se crearán las Unidades de Gestión Administrativa (UGA), nom-

brando referentes por microequipos que resolverán todos los trámites que puedan ser solventados desde su estamento. Derivarán a la entidad correspondiente las solicitudes de los usuarios que no estén incluidas en la cartera de servicios de AP.

Paralelamente, en cada hospital de referencia se crea la figura del Gestor Hospitalario (GH), que mantiene comunicación fluida con las UGA de AP ejerciendo de enlace entre ambos niveles para la resolución de las cuestiones burocráticas hospitalarias que debieran haberse resuelto allí mismo. La GH recoge el inciden-

te y retorna la tarea por cumplimentar al servicio responsable de su resolución. Estas tareas abarcan recetas, tramitación de ambulancias y emisión de partes de Incapacidad Temporal (IT), entre otras.

El proyecto es amplio y excede los límites de esta entrevista, pero describe el procedimiento y circuitos de actuación en la gestión de los procesos administrativos más frecuentes de los CS, estableciendo una formación uniforme entre los profesionales de las UGA, capaces de dar respuesta satisfactoria a un elevado porcentaje de las demandas.

básica (con conductor y enfermero) o avanzada (conductor, enfermero y médico). También están allí las unidades de rastreo y de información a la población, como Infocovid, Educovid e Infocovid Pediátrico, compuestas actualmente por médicos, enfermeros, militares, psicólogos, TCAE, técnicos de laboratorio, fisioterapeutas...múltiples categorías profesionales hasta un total de 400 personas que trabajan de lunes a domingo de ocho de la mañana a ocho de la tarde, realizando atención telefónica. En ellas se han reubicado profesionales que no podían atender pacientes de modo presencial en los CS por su vulnerabilidad a la COVID-19.

¿Han acudido también a otros sanitarios?

Sí. Otros profesionales forman parte de las COVID Exprés, especializadas en la rápida realización de test diagnósticos tipo PCR y test de antígenos, con varios puntos fijos y diversas unidades móviles. Son estos dispositivos los que se encargan de realizar los cribados poblacionales masivos, como los que han tenido lugar en varios pueblos y ciudades de todas las islas. También se han desarrollado las unidades de atención pediátrica, las conocidas como KIDcovid. En ellas se realiza la atención de niños de 3 a 14 años sintomáticos por parte de pediatras de AP y de servicios hospitalarios, seguidas de PCR inmediata si fuera necesario. El servicio de enfermería, experto en pediatría, realizará próximamente las PCR en niños de 0 a 3 años. Todos estos dispositivos paralelos liberan parcialmente a los CS de la atención a la COVID-19, pudiendo centrarse principalmente en la atención al paciente no COVID, cuya patología no puede ser demorada por más tiempo, tras 9 meses de pandemia.

Los cambios que llegaron, ¿lo han hecho para quedarse?

Muchos de ellos sí. Personalmente, no creo que volvámos a atender pacientes sin mascarillas o que volvámos a minimi-

zar de nuevo los riesgos de contagio en nuestro entorno laboral o social. Será difícil que prescindamos también de las mamparas. Además, la priorización de las actividades asistenciales era claramente necesaria. La accesibilidad a los centros de salud no debería confundirse con su consideración como lugares de encuentro social. La atención telefónica es útil en la medida que puede resolver muchos actos administrativos en los que antes se requería presencialidad por parte del mismo sistema organizativo. Ha sido necesario

repensar todo el conjunto de actividades que venimos desarrollando y buscar alternativas que puedan facilitar su resolución sin la presencia del paciente, sobre todo en todas aquellas que no requieran una exploración clínica, acto a todas luces insustituible.

¿Qué papel ha jugado la enfermería y las TCAE, en las que han contratado técnicos de emergencias y técnicos de laboratorio para hacer PCR?

Ya hemos comentado el importante papel que ha tenido la profesión enfermera durante toda la pandemia, lo que ha motivado su aumento de contratación y el agotamiento de las bolsas de personal de esta categoría, por lo que hubo que captar otros profesionales capaces de llevar a cabo parte de estas tareas, aunque fuese bajo supervisión y con el entrenamiento adecuado, ahondando en la idea ya comentada de la potenciación de roles. Los técnicos de laboratorio son profesionales capacitados para la recogida y preparación de muestras biológicas humanas, además de su interpretación, contribuyendo al diagnóstico, por lo que fueron incorporados a los equipos de toma de muestras. Los técnicos de emergencias

sanitarias (TES) forman parte de los equipos de las ambulancias y por su formación atienden y acompañan pacientes y familiares en hospitales y centros sanitarios, por lo que han podido ser integrados en los equipos de rastreo. En ambos

casos se forman grupos de profesionales “burbuja” que son supervisados por una enfermera experta en las tareas a desarrollar.

¿Cuáles son los nuevos roles administrativos que denominan gestores sanitarios?

Los profesionales administrativos de los CS son parte fundamental de los EAP. Una AP moderna y eficaz necesita permitir la evolución de este perfil profesional, desde el aspecto funcional tradicional a un trabajador autónomo, competente y mucho más capacitado en la toma de decisiones. Trabajar en la Sanidad pública no debe ser equivalente a hacerlo en otros departamentos administrativos, como Hacienda o Economía, por lo menos en aquellas ubicaciones responsables de la atención directa a pacientes.

Para el buen funcionamiento de los centros de AP, según se ha dejado patente en la pandemia, todos los actores son claves. Desde la dirección hasta el celador, pasando por los técnicos de laboratorio, la enfermería...

La pandemia ha puesto de manifiesto la necesaria colaboración de todos y cada uno, desmontando organizaciones piramidales y jerárquicas que quedaron obsoletas en los primeros días, al hacerse necesaria una mayor agilidad organizativa, y, por ende, más resolutiva. Todos han resultado relevantes, poniendo de manifiesto la importancia de los equipos multidisciplinares, que comparten tareas comunes.

Me parece satisfactorio que la enfermería prescriba ciertos medicamentos siempre que haya la debida formación y sean procesos que el profesional de enfermería conozca



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

María del Mar Sureda Barbosa

Los profesionales sanitarios españoles están bien considerados y son demandados en otros países europeos. Así que muchos de ellos hacen las maletas. ¿Por qué no se les retiene aquí? ¿es sólo cuestión económica? ¿de atención a su formación continua?

La anterior crisis y sus recortes dejaron una Sanidad pública adelgazada y con poca capacidad para atender debidamente a la población. AP fue durante mucho tiempo la hermana pobre del sistema,

lo que condicionó un importante empeoramiento de las condiciones laborales. Muchos de los profesionales que trabajaban como sustitutos habituales tuvieron que buscar otros horizontes al desaparecer su ocupación principal. Recuperar derechos perdidos y devolver retribuciones al estado previo al 2009 está costando mucho. Los funcionarios seguimos manteniendo el recorte del 5 por ciento de nuestros sueldos. La solución debe pasar por aumentar el atractivo de las diferentes profesiones sanitarias, con horarios flexibles que faciliten la conciliación familiar, el reconocimiento a la formación continuada y a las horas de guardia, que deben ser reconocidas como horas de experiencia y valoradas en dichas medidas, cargas laborales realistas y responsables, que permitan un ritmo de trabajo racional, y todo ello en un marco retributivo acorde con las potencialidades alcanzadas y procurando mantener la motivación de las plantillas. Es todo un reto.

Escuchamos denuncias sobre sus contratos precarios, con horarios intermitentes, en condiciones inadecuadas... ¿cuál es la situación? ¿por qué no se corrige esta sobrecarga laboral?

Es consecuencia de un estilo de gestión económica antiguo que no ha potenciado

la calidad asistencial como un valor a mantener. Actualmente no es posible continuar con estos sistemas porque los profesionales huyen a otras áreas donde son mejor recibidos. También la pandemia ha obligado a doblar turnos cuando las condiciones o la ausencia de profesionales lo ha provocado. Trabajar en la mejora de

No creo que volvamos a atender pacientes sin mascarillas o que volvamos a minimizar de nuevo los riesgos de contagio en nuestro entorno laboral o social

las categorías profesionales, en aras de estabilizar a los profesionales y reducir al máximo la temporalidad.

¿Cómo recuerdan los momentos en los que los elementos EPI de protección ante el contagio de la COVID eran escasos o directamente no había?

Recuerdo con dolor las fases iniciales de la pandemia, con todo el desconocimiento que teníamos. La escasez de material se unía a la desazón que suponía enfrentarse a un enemigo desconocido. Hubo que recurrir a soluciones que eran inimaginables sólo unas semanas antes. Ha supuesto todo un aprendizaje respecto a lo que puede ser realmente importante para un país. Me parece muy adecuada la decisión de crear una reserva de material sanitario para que no vuelvan a repetirse situaciones similares en un futuro. Podrían darse desabastecimientos puntuales, o reparaciones de difícil solución, pero considero que la gestión de recursos y medios que se hace en esta CA es muy adecuada.

En esta segunda (o tercera) ola de la pandemia, ¿los sanitarios echan en falta los aplausos de las ocho de la noche en los balcones? ¿o echan más en falta otras cosas?

Desde el inicio de la pandemia sentimos cercana a la población y contamos con su aliento y apoyo. Esos aplausos nos acompañarán durante años. Echamos en falta un ápice de sentido común. No debiera ser necesario que las autoridades tengan que acotar y acotar actividades, negocios, comercios...para contener lo que a estas alturas resulta obvio: no se puede mantener la vida social de la pre-pandemia. No es necesario ni pertinente por ahora quedar con esos amigos a los que hace tanto que no ves...el concepto burbuja parece haberlo entendido poca gente.

¿Qué opinión le merece la capacidad de prescripción de ciertos medicamentos por parte de personal de enfermería? ¿Tendría que ampliarse?

Me parece muy satisfactoria siempre que haya la debida formación y sean procesos que el profesional de enfermería conozca y se sienta cómodo confiando en su propio criterio. El ambiente debe favorecer la fácil consulta y resolución de dudas si las hubiera.

Tanto los médicos de AP como los profesionales de enfermería, ¿tienen suficiente acceso a una formación continuada o es una demanda sin respuesta?

La formación continuada ha sufrido un revulsivo tras el paso de la pandemia y pienso que las reuniones presenciales se verán seriamente disminuidas, en contraposición con el auge adquirido por todo lo que sea formación on-line, lo que va a posibilitar la realización y el acceso al material formativo. El reto es posibilitar que estas tareas puedan llevarse a cabo en horario laboral o que se consigan mecanismos de compensación de las horas invertidas en mantenerse al día.

¿Hay demasiada distancia profesional y de reconocimiento entre los profesionales de AP y de los hospitales?



Cada vez menos. La pandemia también ha puesto de manifiesto la tan conocida necesidad de tender puentes. El desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y su implementación en todos los niveles asistenciales pueden acabar con años de distanciamiento. Trabajamos para facilitar esta comunicación, tanto entre niveles como entre pacientes y profesionales, mediante la incorporación de las llamadas por Internet Protocol (IP), y completando la dotación de ordenadores capaces de mantener videollamadas, sistemas de videoconferencia corporativos que permitan la comunicación directa con el hospital... ¿Podemos imaginar lo que sería una sesión clínica hospitalaria en conexión simultánea con todos los CS de su sector? Se nos abre un mundo increíble que puede cambiar los usos y costumbres de todos, acercando ambas realidades.

Son muchos los que piensan que la pandemia del nuevo coronavirus ha en-

contrado uno de los agujeros de nuestro escudo sanitario en la enfermería. ¿Cree que es así?

No creo que la enfermería actual constituya un agujero en modo alguno, si acaso pudiera serlo la escasa consideración en la que se había mantenido este perfil profesional, con serias dificultades para alcanzar previamente su techo competencial. Por lo que conviene que la tarea iniciada no retroceda cuando termine la pandemia.

Más del 80 por ciento del personal médico son mujeres. ¿Es adecuado? ¿sería conveniente equilibrarlo?

Debemos apostar por el mérito y la capacidad. Así como se feminiza la profesión médica, aumenta el número de hombres que se deciden a estudiar enfermería, porque también se abandonan prejuicios sexistas pertenecientes a otras épocas. Lo que es conveniente

equilibrar es la conciliación familiar, derecho al que tienen tanto hombres como mujeres, y avanzar en la senda de la igualdad entre géneros, especialmente en lo que corresponde al reparto de las tareas domésticas. Elige un trabajo que te guste y no tendrás que trabajar ni un día de tu vida, decía Confucio. Permítanos que cada persona elija el trabajo que le guste y pueda desarrollarlo al máximo en nuestras organizaciones ■

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







Todos vamos a
aprender
algo
de esta situación
atípica

Rodrigo Gribble

General manager y corporate vice president en Novo Nordisk España

Texto y fotos | Eva Fariña



“Todos vamos a aprender algo de esta situación atípica”

“Reconozco que para mí 2020 ha sido el año más atípico que hayamos vivido como líderes de equipos. He aprendido muchas cosas y cambiado el orden de las prioridades durante este año y creo que nos van a servir para afrontar con más fuerza este 2021, que será un año mucho mejor”. Han sido las palabras de aliento de Rodrigo Gribble, *general manager y corporate vice president* en Novo Nordisk España. Y, desde diciembre de 2020, es el nuevo presidente de la Fundación para la Diabetes Novo Nordisk.

¿Cuáles serán las principales consecuencias de la crisis provocada por la COVID-19?

Si nos ceñimos a los aspectos puramente económicos, en España es preocupante el incremento de la tasa de desempleo, así como el déficit económico que ya estamos observando y que el Gobierno estima que

será de alrededor del -10,3 por ciento del PIB en 2020, equivalente a 115.000 millones de euros; aunque hay otras estimaciones, como el AIREF que lo amplía hasta un -14 por ciento del PIB. Salir de estos escenarios será en parte gracias a la industria y a cada una de las personas participan-

tes en el tejido empresarial, y al pequeño y mediano comercio. Mi opinión es que en España hemos actuado de la mejor forma posible, con buena voluntad y con alto compromiso de muchas personas. A veces se hacen comparativas entre países, pero las situaciones son tan distintas que es difícil comparar. Hoy en día parece que empezamos a ver la luz, porque llega la vacuna, y esperemos que esto facilite la recuperación del país y de la economía. Por primera vez, se ha visto claramente la relación directa que hay entre gozar de buena salud y que impacta altamente en la economía.

Hemos visto que quien se confía, lo paga. ¿Qué actitud debemos tomar? ¿Debemos estar siempre en guardia?

En aras de la responsabilidad, todos debemos ser precavidos, pero tampoco podemos quedarnos quietos. Es posible que, en el medio largo plazo, hayamos de enfrentarnos a situaciones similares y lo importante es saber ges-

tionar dichas circunstancias adecuadamente. La lectura que podemos sacar es que hemos de ser valientes y seguir adelante.

¿Qué conclusión podemos sacar en el ámbito sanitario, en general?

Mis conclusiones son que el sector salud ha respondido con compromiso y entrega pese a sufrir una infrafinanciación histórica y un modelo de financiación que no le ha permitido tener la liquidez y flexibilidad financiera para poder realizar inversiones para cubrir esta sobredemanda tan inesperada. El impacto que tiene y tendrá esta pandemia no depende solo del comportamiento del virus y de la epidemiología, sino también de factores claves como las respuestas de gobiernos (no solo locales sino mundiales), el comportamiento de la población y el de las propias orga-

nizaciones. Como líder de una organización como Novo Nordisk, nuestra responsabilidad es estar cerca de los gobiernos, de los pacientes y de la sociedad. Por ello, asegurarnos de tener el suministro de productos básicos, equipamiento de los profesionales, así como la logística, para que no haya problemas de abastecimiento de productos como los medicamentos y los productos sanitarios, es algo en lo que estamos focalizados. Y de aquí podemos extraer aprendizajes para Europa en este sentido. Pero enfocándome en el mío propio, el aprendizaje que me llevo es que desgraciadamente estas situaciones extremas pueden pasar y tenemos que estar preparados. Así, la planificación, los planes de contingencia y el diálogo fluido de los equipos nos puede ayudar, tanto a nivel regional como nacional.

¿Cómo valora la respuesta de los profesionales sanitarios?

La labor de los profesionales sanitarios sigue siendo realmente admirable. No tengo palabras para expresar lo que están y han tenido que vivir y gestionar. Creo que los profesionales sanitarios españoles, pese a que son los que tienen los salarios más bajos de la Unión Europea, han desempeñado una labor extraordinaria difícil de premiar. Muchos pensarán que lo hacen por vocación, pero yo he visto que lo hacen por verdadero amor a la conservación de la salud de la población y los ciudadanos. He podido estar cerca de muchos profesionales y los ves tirar de energía y valentía, de decisiones difíciles, de compromiso; es admirable. Conozco a muchos médicos que no estaban en activo, porque estaban trabajando en nuestra industria, y también se han volcado con los pacientes, especialmente durante el funcionamiento del Hospital de Campaña de IFEMA. Esas son actitudes admirables y ejemplares de las que tenemos que aprender de esta terrible situación. En general, los que componemos este sector hemos tenido una actitud admirable y espero que sigamos.



¿Y el papel de los políticos?

No juzgo a los políticos. No quisiera estar en su situación. Es fácil juzgar lo que hace el otro cuando no tienes tú la presión sobre esa decisión en tus espaldas. A veces, damos por sentado que es fácil esta tarea y que nosotros lo hubiéramos hecho mejor, pero hasta que no te toca hacerlo no eres consciente de la dimensión real de la complejidad. No tengo suficiente información de calidad para poder hacer un juicio que aporte valor en este sentido. Solo sé que es un buen momento para reflexionar sobre el modelo de financiación de la Sanidad y si estamos financiando, si el porcentaje que representa del PIB es el adecuado y es el que se merece, algo tan importante como la salud y que es motor de la economía. En 2020 se invirtió un 7,6 por ciento del PIB y paradójicamente para el 2021 se va a invertir un 6,9 por ciento.

¿Es posible encontrar un punto medio entre la normalidad y la lucha con el virus?

Ha sido un tema muy debatido durante 2020. Debemos equilibrar una cosa con la otra. En particular, creo que la primera ola fue muy dura, nadie sabíamos real-

mente la dimensión que esto tomaría y lo bien o mal preparados y equipados que estaríamos para afrontarla. Todos tuvimos que quedarnos en nuestras casas. Durante la segunda ola, las cosas parecían que estaban más controladas y estábamos reduciendo algunas de las incertidumbres que antes teníamos, y pudimos preservar un poco mejor el impacto en la economía. Y quizá ahora vemos cómo el virus avanza rápidamente y surgen nuevamente nuevas incertidumbres a las que solo el tiempo nos ayudara a solventar. Aun así, es necesario encontrar ese equilibrio.

En toda esta situación, ¿cómo valora el papel de la industria farmacéutica?

Durante el año 2020 como industria hemos estado a la altura de las circunstancias para ayudar a los pacientes y la sociedad. Hemos trabajado con el Gobierno y con las diversas instituciones para trabajar de la mano en aquello en donde pudiéramos generarles valor, desde el cuidado del paciente, la información, el suministro, etc. Hemos tenido que reinventarnos todos juntos para mantener la actividad y seguir tratando a los pacientes que lo necesitaban. En este 2021, la situación seguirá igual, por lo que debemos centrarnos todos en el paciente. En la parte eco-

nómica, nuestro papel es seguir trayendo innovación, seguir generando empleabilidad de calidad y seguir trabajando todos juntos para que la Sanidad mejore. Esto nos ayudará a generar empleo y a mantener la economía. Hemos podido desarrollar varias vacunas eficaces y diversos productos que minimizan mucho los efectos de la enfermedad. Avanzamos poco a poco, pero la labor de la industria ha sido muy destacada.

Desde Farmaindustria se ha fomentado la imagen del sector farmacéutico como socio aliado del sistema, ¿cree que la sociedad tiene un buen concepto de la industria?

La sociedad, en general, sí; pero es aún más palpable en la relación de trabajo que hemos desarrollado con la Administración pública y el compromiso demostrado en momentos como el que estamos viviendo. Esto ha contribuido a que dicha relación sea más fuerte de lo que ha sido nunca.

¿Cómo valora las iniciativas de riesgo compartido?

Estoy a favor de cualquier medida que facilite el acceso de la innovación a los



ENTREVISTA

Rodrigo Gribble

pacientes, eso va por delante. Cuando nosotros lanzamos un fármaco es porque contamos con la certeza, abalada por la ciencia, de que aporta valor. Todo este desarrollo en innovación es sufragado íntegramente con fondos propios, sin ningún tipo de ayuda pública y por años de trabajo en su desarrollo. Si queremos formalizar este tipo de modelos de compra, son soluciones muy viables, en las que tenemos que trabajar juntos. Para ello se necesita transparencia y una buena recolección de datos para generar evidencia en el día a día, y a veces tenemos que trabajar en poner los sistemas para que esto se dé. Considero que se trata de una buena solución, y espero que cada vez sigamos caminando juntos en esta dirección. Sin duda, tiene más sentido pagar por el resultado que produces y no por lo que dices que puedes llegar a producir, pero para ello hay que trabajar en el desarrollo tecnológico dentro de la Sanidad.

Durante estos meses se ha explicado a la sociedad en general el complicado proceso de desarrollo de un fármaco, así como el proceso de validación.

Sí, y lo valoro positivamente, porque nos permite que la población entienda mejor nuestra labor. Al final del día lo que más daño nos puede hacer es el desconocimiento. La COVID-19 nos ha permitido educar sobre nuestros procedimientos, el rigor y la recopilación de los casos adversos para asegurar el fármaco.

Cuando lleguen a España los fondos europeos, ¿cómo deberían emplearse?

La mejor forma de invertir los recursos será emplearlos para evolucionar, para for-

mar una mejor Sanidad, para reforzar la educación, para ayudar al pequeño empresario a reinventarse. De esta situación tenemos que aprender para mejorar y realizar nuestro trabajo cada vez mejor.

¿Cómo ha afrontado Novo Nordisk la crisis sanitaria por la COVID-19?

En mi caso, me incorporé en septiembre como líder de la organización, pero el primer reto ha sido asegurar la salud de los empleados, paralelamente asegurar el transporte y la llegada de recursos, que con el cierre de fronteras se complicó. Para poder salir rápido al paso se aseguraron los procedimientos, con el objetivo de que los pacientes tuvieran su tratamiento. Seguidamente, como compañía vimos la necesidad de acompañar al paciente crónico en momentos de aislamiento. Nuestra empresa se concienció y buscó estar cerca del paciente crónico que por el contexto de COVID paso a un segundo plano. El profesional sanitario estaba enfocado en la urgencia del COVID, y nos dimos cuenta de que, desde el respeto, ellos también necesitaban un acompañamiento. Hemos intentado actuar de la mejor manera posible, y ha sido duro para todos. Creo que la compañía ha aprendido, ha salido reforzada y hemos aportado valor. Nuestra Fundación, la Fundación para la Diabetes Novo Nordisk, también ha trabajado para asegurar que el paciente estuviera bien cuidado: desde alimentarse saludablemente hasta realizar ejercicio. Hemos desarrollado muchas iniciativas, pero yo recalco el valor de cada una de las personas que trabajan en la compañía. Cada una buscó la forma de aportar su grano de arena. Ha sido una experiencia dura pero muy humana, de la que con valentía y arrojo estamos saliendo adelante.

¿En algún momento la compañía ha tenido problemas de abastecimiento?

No. Desde el inicio nos aseguramos de garantizar el suministro al tiempo que construimos algunos stocks de seguridad.

¿Qué cambios o ajustes han tenido que realizar durante el último año?

Es un hecho que las cosas van a evolucionar, y que la tecnología cada vez juega un papel más importante. Afortunadamente, estábamos preparados, ya que como compañía disponemos de sistemas que nos permiten la comunicación tanto interna como externa con clientes y afiliados. Pero, en el futuro, la forma de contactar con los profesionales y la forma de trabajar con ellos también puede ser una alternativa, que se va a mantener en el tiempo. Y es ahí donde estamos enfocados. Debemos entender cómo cada uno de ellos quiere interactuar con nosotros y adaptarnos, para ofrecer la mejor solución para el profesional sanitario y, por tanto, para su paciente.

¿Y han recurrido más al teletrabajo?

La medida del teletrabajo lleva patente en la compañía desde hace tiempo. En concreto, cada uno de nuestros empleados puede trabajar dos días a la semana desde casa. El teletrabajo es una de las prácticas que ha salido reforzada y que vamos a mantener. Y sin duda, ha sido lo que nos ha permitido estar conectados, coordinados y seguros.

¿Cómo califica la política de recursos humanos de Novo Nordisk?

La diversidad es una de nuestras prioridades, está en nuestros indicadores. Yo soy muy partidario de entregar el trabajo a la persona más capaz, independientemente del género, etnia, cultura e ideología. Es algo que tratamos de medir, ya que nos ayuda a tomar las decisiones correctas, pero, afortunadamente, somos una empresa muy diversa. Es una de las conversaciones constantes y que tratamos de fo-

mentar, ya no solo a nivel de género, sino también en el ámbito étnico y cultural. Somos una compañía que apuesta mucho por los valores de las personas como medio fundamental para crecer. Nuestros trabajadores tienen un gran sentido del orgullo, de pertenencia y el sentido de propósito. La compañía da empleo a más de 250 empleados en España. A pesar de la crisis, nosotros vamos a salir bien, vamos a lanzar nuevos fármacos que nos llevarán a aumentar la plantilla en un 7 por ciento. De igual forma, vamos a poder seguir ayudando a nuestros pacientes, y no solo eso, sino que además potenciaremos la generación de empleo, lo cual va a ser muy necesario para este año y la situación que afrontamos como país.

¿Cuáles son los principales proyectos para este 2021?

Trabajamos con dos focos estratégicos: nuestra misión es seguir trabajando duro para erradicar la diabetes y otras enfermedades crónicas, por lo que seguiremos trabajando en ello. Tenemos fármacos que están aportando mucho valor como semaglutida, que se lanzó hace 14-16 meses y que todavía ha de seguir beneficiando a muchos pacientes con diabetes tipo 2. También tenemos otros lanzamientos en el área de la diabetes que queremos celebrar este 2021, como será el primer oral de arGLP-1 para pacientes tipo 2. Además, acabamos de realizar lanzamientos en el área de hemofilia, que todavía por la pandemia no hemos podido testar. Nuestras expectativas se basan en seguir trabajando en estas áreas. Como compañía, queremos seguir creciendo, ya que tenemos un portfolio de productos que realmente tienen que ayudar a muchos más pacientes.

Los pacientes con diabetes tipo 2 dicen que se sienten menos considerados que los de tipo 1. ¿También lo perciben así?

Desafortunadamente, todavía hay más de cinco millones de personas con diabetes

en España, por lo que tenemos mucho trabajo pendiente. En cuanto a los tipos 1 y 2, son distintos. El primero, al debutar a edades tan tempranas, e iniciar un tratamiento de manera temprana, hace que el paciente conviva y crezca más con la enfermedad y su tratamiento, por lo que les obliga a conocerse bien a ellos mismos y a su condición. En el caso de la diabetes tipo 2 que debuta a una edad más tardía, no se produce tanto aprendizaje, pero cada vez hay mejores tratamientos, como semaglutida, que ha demostrado beneficios en la reducción de glucosa, de peso y beneficios cardiovasculares. Hay muchas oportunidades todavía, y vamos por el buen camino. Cada vez hay más opciones terapéuticas mejores para todos nuestros pacientes, hay innovación, investigación, soluciones que van más allá del fármaco.

¿Cómo se puede conseguir el objetivo de reducir la incidencia de la diabetes?

Hay que trabajar en todos los aspectos, desde la prevención, que es fundamental. A veces no se le da la suficiente importancia, pero nosotros intentamos concienciar a la gente de que con hábitos de vida saludables se puede evitar el desarrollo de la enfermedad, en diabetes tipo 2. Por otro lado, es fundamental la identificación temprana, el diagnóstico y la adherencia al tratamiento. En diabetes

existe un seis por ciento de pacientes que aún no está diagnosticado. Por ejemplo, uno de los factores que sí presenta relación con la diabetes es la obesidad, ya que el 40 por ciento de personas con sobrepeso puede desarrollarla. Por tanto, debemos trabajar con estos pacientes desde el principio.

¿Todavía se minimiza el riesgo de la obesidad?

La obesidad se debe considerar como una enfermedad en sí misma; de hecho, en el plan de la Unión Europea ya se considera como una enfermedad. En consecuencia, la gente desarrolla una mayor conciencia y busca mejores tratamientos. Hoy en día ya estamos trabajando con estos pacientes y con las autoridades para ver cómo juntos podemos detectarla antes y buscar una solución para evitar las consecuencias devastadoras que tienen en el paciente. Sería ideal evitar la enfermedad sin usar fármacos, porque quiere decir que la prevención está funcionando, pero lamentablemente esto no es lo que está sucediendo, por lo que, si es necesario, nosotros contamos con liraglutida 3 mg, y seguimos trabajando en la investigación de otros fármacos en fase 2, y podrían llegar a España en los próximos 2-3 años para ayudar a estos pacientes.

Otra de las áreas de Novo Nordisk es la relacionada con los problemas del crecimiento.

Tenemos un desarrollo importante en la hormona de crecimiento. En la actualidad no tenemos ninguna novedad a corto plazo

en cuanto a fármacos, pero sí que podremos aportar innovación en los dispositivos en breve.

¿Y en el área de la hemofilia?

En el último año hemos lanzado dos fármacos, uno para

hemofilia A y otro para B. Los pacientes afectados por esta patología han de recibir un tratamiento continuo, muchos de ellos deben administrarse el fármaco de manera diaria. Las principales evoluciones en este campo se basan en que los pacientes ya no han de administrarse el medicamento diariamente, sino que lo pueden espaciar en el tiempo. En consecuencia, consiguen una mejora en la calidad de vida.

A pesar de la crisis, vamos a poder seguir ayudando a nuestros pacientes, y no solo eso, sino que además potenciaremos la generación de empleo



ENTREVISTA

Rodrigo Gribble

¿En qué situación general se encuentra la investigación de Novo Nordisk?

Durante estos meses ha sido complicado mantener el foco en los tratamientos en desarrollo. Tenemos más de 35 ensayos clínicos y más de 50 centros trabajando en investigaciones para fármacos que podrían alcanzar la fase 3 en los próximos años. Para nosotros, la pandemia ha sido un reto logísticamente, porque al estar los hospitales colapsados y no poder monitorizar a los pacientes como es necesario, sí hubo ciertas dificultades. La verdad, y lo digo con mucha satisfacción, es que los equipos han estado a la altura y se han reinventado. Han mantenido la comunicación para evitar su paralización. Y si bien la COVID ha causado cierto retraso en la monitorización de nuevos pacientes, hoy por hoy los procesos vuelven a fluir.

¿Qué novedades esperan conseguir en los próximos meses o años?

En la parte de investigación, las novedades han de venir por el camino de los procedimientos a la hora de desarrollar el trabajo, para asegurar que toda la gente pueda trabajar con las medidas pertinentes. El área de desarrollo es una de las que menos se ha visto afectada, al no estar en España. Se ha trabajado mucho en la búsqueda de nuevas soluciones. Realizamos nuestros ensayos a nivel internacional, pero contamos con más de 50 centros en España, y este país es fundamental, ya que garantiza el rigor de estas investigaciones, debido a su buena organización sanitaria.

¿Cómo ha afectado la situación a la formación sanitaria?

Durante un periodo determinado los médicos han estado enfocados en combatir la

enfermedad y ayudar a los pacientes. Por otro lado, las compañías hemos sido las encargadas de mantener a los sanitarios informados, hemos continuado con las formaciones. Esto es muy agotador, debemos encontrar un balance, en el que cada uno pueda escoger el canal por el que formarse. Los congresos también han evolucionado para adaptarse a las circunstancias.

¿En qué consisten los programas de liderazgo en Endocrinología?

Se trata de una serie de formaciones que ayuden a los endocrinólogos a prepararse para ser los gestores sanitarios del futuro. Este tipo de crisis sanitarias vuelve a poner en el debate la gestión por procesos y las unidades de gestión clínica. Hoy por hoy, el endocrino es el punto de contacto con diversas especialidades, y queremos ayudarle a poder gestionar, liderar e innovar en el manejo del tratamiento, así como ayudar al resto de profesionales a tratar al paciente. Por eso queremos ayudarles y seguiremos invirtiendo en su desarrollo y en el desarrollo de sus capacidades, ya que, en definitiva, será un gran beneficio para los pacientes y la salud de todos.

¿Cuál es el papel del médico de Atención Primaria en el abordaje de la diabetes?

El médico de Atención Primaria es el primer punto de encuentro con el paciente, y es también quien lo ve más regular y potencialmente de forma más prolongada en el tiempo. Para poder hacerlo de una forma adecuada, el facultativo necesita una adecuada formación y un continuo desarrollo. Será determinante para que el paciente sea tratado de la mejor manera posible. Para el médico de Atención Primaria es siempre un gran reto, ya que ha

de mantenerse actualizado ante múltiples enfermedades en el poco tiempo de que dispone.

En 2020 se ha hablado mucho del papel de la enfermería en el seguimiento del paciente con diabetes.

La relación que muchas enfermeras establecen con los pacientes es increíble, y eso para el paciente es muy reconfortante. La enfermera tiene un cuidado y un contacto directo con el paciente que hace que su labor sea fundamental. En muchas enfermedades crónicas, la enfermería tiene un papel fundamental. Le pongo un ejemplo simple, nosotros como otras empresas tenemos los GLP-1, que son fármacos inyectados, por lo que la enfermera necesita tomarse su tiempo para explicarle al paciente cómo tiene que administrárselo, ¡es una excelente labor! Y nuestro compromiso está en ayudar al personal de enfermería a que esta tarea sea aún más fácil. Pero, más allá de la educación y supervisión de cómo se ha de inyectar un fármaco, hay muchas otras cosas que realizan que son claves en el cuidado de los pacientes.

¿Qué proyectos destacaría de la Fundación para la Diabetes Novo Nordisk?

Apenas llevo un mes incorporado como presidente. Lo primero que hemos hecho ha sido revisar el trabajo realizado durante 2020 y ver los proyectos para el 2021. Los tres pilares fundamentales son el apoyo al médico para ayudarle en la investigación, la labor formativa del paciente y la sensibilización y educación sanitaria. Y lo que destacaría es la gran actitud humana que hay en el equipo y cómo está enfocado a ayudar profundamente a los pacientes y sus familiares para asegurar que el curso de su enfermedad sea más informada y más acompañada. Es una labor de responsabilidad no lucrativa hacia ellos, es una manera de demostrarle nuestra profunda entrega hacia ellos ■

NACE

PORTALenfermería

DE ACTUALIDAD INFORMATIVA
Y **FORMACIÓN** CONTINUADA



www.portalenfermeria.com

Search

formación
NOTICIAS
ACTUALIDAD
enfermería



Contacte con nosotros en: gruposaned@gruposaned.com



Retos de los

La eficacia y la seguridad son claves en la prevención del ictus. Conocer bien la fibrilación auricular y abordar de forma individualizada el riesgo cardioembólico y hemorrágico de cada paciente es fundamental en este proceso. El Proyecto IMPLÍCATE MÁS ofrece las herramientas necesarias para lograr estos objetivos.

profesionales sanitarios

que manejan a pacientes con
fibrilación auricular
para prevenir el

ictus

Texto | Redacción

Con la tercera edición del Proyecto IMPLÍCATE MÁS, Boehringer Ingelheim refuerza su compromiso con la salud cardiovascular mediante la formación de los profesionales implicados en la prevención primaria o secundaria del ictus y la mejora del manejo de las personas que lo hayan sufrido, a través de un curso de formación acreditado.

Contenido patrocinado por Boehringer Ingelheim



REPORTAJE/FORMACIÓN

Retos de los profesionales sanitarios que manejan a pacientes con fibrilación auricular para prevenir el ictus

La tercera edición del Proyecto IMPLÍCATE MÁS ya está en marcha. Como en las anteriores, tiene dos objetivos principales, por un lado, el de actualizar a los profesionales sanitarios en el abordaje y manejo del tratamiento de pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) a través de un curso de formación acreditado y, por otro lado, el de impulsar iniciativas relacionadas con la prevención primaria o secundaria del ictus y la mejora del manejo de las personas que lo hayan sufrido.

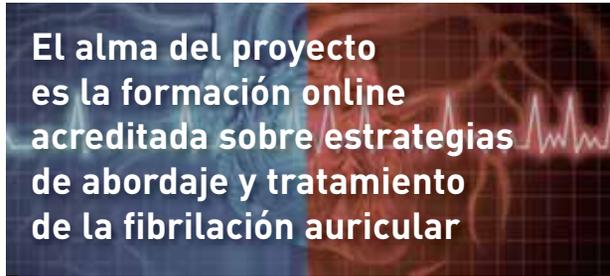
Una de las novedades de esta edición consiste en que se amplía el contenido formativo con bloque de casos clínicos prácticos. Estos casos versan sobre situaciones reales a las que se enfrentan día a día los profesionales sanitarios que atienden a pacientes anticoagulados. A través de estos casos se podrán conocer, valorar y analizar distintos aspectos de la práctica clínica que van desde el abordaje de pacientes que presentan fibrilación auricular (FA) y una valvulopatía hasta cómo realizar el cambio de un AVK a un ACOD en pacientes con FA no valvular, pasando por los pacientes anticoagulados que se van a someter a una intervención odontológica, así como pacientes que necesitan un procedimiento invasivo, como puede ser una endoscopia, una colonoscopia o una biopsia de próstata.

Módulos formativos

El alma del proyecto es la formación online acreditada sobre estrategias de abordaje y tratamiento de la fibrilación auricular. Dicha formación está distribuida a través de seis módulos formativos, cada uno de los cuales contiene una revisión actualizada que le sirve de guía del alumno, un kit de diapositivas, un caso clínico y un highlight locutado. De esta forma, cada participante puede demostrar los aprendizajes adquiridos a través del curso.

Beca Implícate Más

La Beca Implícate Más se otorgará a los proyectos que versen sobre prevención primaria o secundaria del ictus y la mejora del manejo de las personas que lo hayan sufrido.



El alma del proyecto es la formación online acreditada sobre estrategias de abordaje y tratamiento de la fibrilación auricular.

A dicha beca pueden optar las personas físicas y/o personas jurídicas sin ánimo de lucro que cuenten con un proyecto social en beneficio de la lucha contra el ictus. La beca estará dotada con tres premios de 8.000€, 5.000€ y 3.000€ para el primer, segundo y tercer proyecto finalista, respectivamente.

Como en anteriores ediciones, los participantes en la formación online podrán votar a través de la plataforma digital a tres proyectos sociales finalistas. Además, se permitirá la participación de la población general en la votación en el enlace https://www.anticoagulante.es/becas_implicate_mas_2020.

Sociedades implicadas

En el proyecto colaboran ocho sociedades científicas, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEN, SEMI, SEMES, SEC y SETH. A través de la formación ofrecida, los médicos de Atención Primaria, Medicina Interna, Hematología, Cardiología, Neurología, y Urgencias se podrán formar en el campo de la anticoagulación.

Isabel Egocheaga, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), destaca la importancia de la incorporación de casos clínicos en la tercera edición del proyecto Implícate Más. “En general, la aplicación de los conoci-

mientos teóricos a situaciones clínicas concretas ayuda a entender mejor qué y cómo actuar en la práctica diaria y afianza la teoría aprendida”.

Selección casos prácticos

De esta forma, en la selección de los casos se ha intentado recopilar todas las situaciones posibles ante las que el profesional se puede encontrar en la utilización de la anticoagulación oral y, en especial, de los anticoagulantes de acción directa. Desde el inicio hasta el cambio entre anticoagulantes o actitudes ante hemorragias o procedimientos quirúrgicos.

La especialista subraya que el principal reto de los profesionales es ser eficaces en la prevención del ictus y de la embolia sistémica, y serlo con la mayor seguridad posible. “Para alcanzar estos dos objetivos, eficacia y seguridad, es preciso conocer bien la fibrilación auricular y abordar, con claridad y de forma individualizada, el riesgo cardioembólico y hemorrágico de cada paciente. Sin embargo, aún más decisivo es conocer a fondo y con detalle las características de los anticoagulantes que debemos manejar para la prevención del ictus”, detalla Isabel Egocheaga.

Papel de Primaria

Además, añade que Atención Primaria debe asumir el control y seguimiento de los pacientes anticoagulados y también valorar la indicación e inicio de la anticoagulación. Este proceso debe hacerse en una actitud proactiva que permita alcanzar con éxito una anticoagulación de calidad con el tratamiento más adecuado para cada paciente. En su opinión, “la Atención Primaria permite una atención longitudinal, en este nivel asistencial es donde se pueden presentar muchas de las diferentes situaciones que se abordan en los casos clínicos. La fibrilación auricular es una enfermedad

PACIENTES PROFESIONALES CONTACTO NUEVO REGISTRO IDENTIFÍCATE

anticoagulante.es

IMPLÍCATE MÁS	IMPLÍCATE EN LA PRÁCTICA
5,45 créditos FMC*	3,02 créditos FMC*
17 créditos SEC	9,6 créditos SEC

AVAL DE 8 SOCIEDADES

*Formación Médica Continuada.

implicate+
TERCERA EDICIÓN

¡NOVEDAD: 25 CASOS PRÁCTICOS!

¡NUEVA EDICIÓN DEL CURSO IMPLÍCATE MÁS!

IMPLÍCATE MÁS

Accede a la tercera edición de Implicate Más, un curso online de especialización en estrategias de abordaje y tratamiento de la fibrilación auricular.

Como novedad, esta edición contará con implicate en la práctica, un bloque formativo de casos para resolver situaciones frecuentes de manejo del paciente anticoagulado además de la actualización del programa formativo teórico.

crónica y estos procesos forman parte de la actividad diaria de la Atención Primaria”.

Formación y coordinación

Por su parte, Francisco Marín, miembro de la Sociedad Española Cardiología (SEC), considera que es muy importante que mejore la formación sobre el tratamiento antitrombótico. En los últimos años se han publicado muchos estudios que responden a problemas concretos y escenarios clínicos complejos, como pueden ser los pacientes ancianos, con insuficiencia cardiaca, reversión urgente de la anticoagulación o en los pacientes sometidos a intervencionismo coronario. “De ahí que una formación detallada ofertando esta nueva información es de gran utilidad”, indica el cardiólogo.

En cuanto a cómo es la coordinación entre especializada y primaria en el ma-

nejo de los pacientes anticoagulados, Marín indica que cada vez es mejor, y sobre todo con la situación de la COVID-19, donde se han implementado fórmulas de mayor comunicación, como puede ser la interconsulta no presencial. Un mayor conocimiento del tratamiento antitrombótico puede facilitar crear protocolos locales de actuación en estos pacientes.

Un mayor conocimiento del tratamiento antitrombótico puede facilitar crear protocolos locales de actuación en estos pacientes

Comité Científico

En el Comité Científico del curso ha habido una comunicación muy fluida entre los diferentes miembros y la información del curso se ha comentado entre todos, atendiéndose a las sugerencias plantea-

das por cada una de las especialidades que forman parte del comité.

Hay que recordar que IMPLÍCATE MÁS cuenta con una evaluación teórica, donde el alumno podrá examinarse de las preguntas relativas a la actualización de los módulos teóricos: 5,45 créditos de la FMC y 17 créditos de la SEC.

En la evaluación práctica, IMPLÍCATE EN LA PRÁCTICA incorpora la evaluación sobre los casos prácticos para resolver situaciones frecuentes de manejo del paciente anticoagulado: 3,2 créditos de la FMC y 9,6 créditos de la SEC.

Se trata de una formación multidisciplinar que facilitará tener una perspectiva desde diferentes puntos de vista, y ayudará a abordar con suficiente profundidad cualquier problema clínico del tratamiento antitrombótico en estos pacientes ■



ac



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

13 de enero



SEMERGEN reclama recursos para atender la vacunación COVID en Primaria. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria criticaba “la falta de medidas y acciones por parte de las autoridades” y reclamaba “la aceleración del proceso de vacunación para poder detener esta pandemia cuanto antes”. Para ello, se requiere un aumento de las plantillas. La entidad que preside José Polo afirmaba que “las autoridades sanitarias tienen el deber y la obligación de garantizar los recursos económicos, de personal y organizativos apropiados para proceder a la vacunación de toda la población. Debe ser de la forma más rápida posible, con el único límite de la disponibilidad de vacunas, algo que no se está consiguiendo en estos momentos”, ha añadido ■

14 de enero

Jubilación del médico en 2021. El Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada presentaba un informe con datos actualizados de la jubilación del médico en 2021. Su responsable, Vicente Matas, apuntaba que el médico al jubilarse “perderá mucho con relación a lo que vienen cobrando en activo, sobre todo si aún realiza guardias”. Para un médico que en los últimos 24 años ha cotizado en el tope máximo, la base reguladora será de 3.111,07 euros, aproximadamente. Según el informe, la inmensa mayoría de los médicos cotiza por el tipo máximo en el régimen general para el grupo 1 (ingenieros y licenciados) que para el año 2021 es de 4.070,10 euros/mes. “Este año y el año pasado no la ha subido el Gobierno. Son 12 meses al año, ya que se prorratean



las extras. Sin embargo, existe una parte importante de la nómina, sobre todo si se hacen guardias, por la que no se cotiza y por tanto no genera derechos. Además, a la hora de cobrar la pensión existe un tope máximo de pensión en España que en el año 2021 es 2.707,49 euros brutos mensuales (14 pagas) en total 37.904,96 euros brutos anuales. El informe recoge las principales condiciones para acceder al régimen general de jubilación ordinaria por edad en 2021 ■

22 de enero

Cuatro candidatos a la presidencia de la OMC. La junta electoral proclamaba a los candidatos a la presidencia, tesorería y vicesecretaría general del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) de cara a las votaciones del 27 de febrero. Cuatro candidatos se presentaban a la Presidencia de la OMC: Seraffn Romero Aguit, especialista en Medicina Fa-



miliar y Comunitaria, colegiado en el Colegio de Médicos de Córdoba y actual presidente del CGCOM. Pablo Lázaro Ochaita: especialista en Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología y colegiado en el Colegio de Médicos de Madrid. Tomás Cobo Castro: especialista en Anestesiología y Reanimación, colegiado del Colegio de Médicos de Cantabria y actual vicepresidente primero del CGCOM. Luisa María González Pérez: especialista en Anestesiología y Reanimación, colegiada del Colegio de Médicos de Madrid y actual vicepresidenta de dicho colegio. A la Tesorería: Jerónimo A. Fernández Torrente, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, colegiado del Colegio de Médicos de Lugo y actual tesorero del CGCOM. Enrique Guilabert Pérez, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, colegiado y actual presidente del Colegio de Médicos de Segovia. Y a la vicesecretaría general: María Rosa Arroyo Castillo, especialista en Oftalmología, cole-

giada del Colegio de Médicos de A Coruña y actual vicesecretaria general del CGCOM. Concepción Pilar Ferrer Novella, especialista en Oftalmología, colegiada y actual presidenta del Colegio de Médicos de Zaragoza ■

26 de enero



Carolina Darias, confirmada como ministra de Sanidad. Carolina Darias era confirmada como ministra de Sanidad. Hasta el momento era titular de la cartera de Política Territorial. Sustituía en el cargo a Salvador Illa, quien comienza la campaña electoral como candidato del PSC a la Presidencia de la Generalitat de Cataluña. Darias es licenciada en Derecho por la Universidad de La Laguna (Tenerife), y pertenece al Cuerpo Superior de Administradores Generales de la Administración Pública de Canarias. Desde hace varios meses venía participando en las reuniones semanales del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ■

27 de enero

El Foro pide a Carolina Darias que “reconozca el protagonismo de la profesión médica en la toma de decisiones”. El Foro de la Profesión Médica daba la bienvenida a Carolina Darias como nueva ministra de Sanidad y mostraba su confianza en que “reconozca el protagonismo de la profesión médica en la toma de decisiones”. En un comunicado, el Foro recordaba las dos líneas de trabajo pendientes desde hace años: las políticas de recursos humanos y el continuo formativo y evaluativo de la profesión médica. “Son aspectos que esperamos poder abordar con la ministra en una pronta reunión, junto con la necesidad de relanzar los foros profesionales”, señalaban. Por su parte, la Confederación Estatal



de Sindicatos Médicos (CESM) criticaba que “el relevo al frente de Sanidad se ha producido en un momento crítico de la pandemia”. “Por tanto, es poco oportuno y deja en el aire los escasos contactos mantenidos con Salvador Illa, que pese a desembarcar en el Ministerio con un talante dialogante y las numerosas manos tendidas para colaborar en el abordaje de una situación inédita y muy difícil, hizo oídos sordos a cualquier propuesta de los expertos”, afirmaban. CESM apuntaba que, “puesto que una vez más el responsable de la cartera no es profesional sanitario, confía en que al menos se mantenga el equipo ministerial actual para poder dar continuidad al trabajo de los últimos meses” ■

Darias ofrece “diálogo, entendimiento y cooperación”. Carolina Darias prometía su cargo como ministra de Sanidad ante el Rey Felipe VI y Pedro Sánchez, presidente del Gobierno, y su nombramiento era publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) del 27 de enero de 2021. Tras su primer Consejo Interterritorial como ministra de Sanidad, un día después, Darias destacaba que las medidas que están poniendo en práctica las autonomías para frenar la transmisión del coronavirus están logrando “modificar la tendencia” de contagios. “Estamos ante una situación preocupante, pero hay un tímido descenso de la incidencia respecto al miércoles. Esta cifra refleja el impacto de las medidas en la tercera ola”. Ese día, 28 de enero, eran 30.726 los pacientes ingresados por Covid-19 en toda España y 4.608 en una UCI. La tasa de ocupación de camas ocupadas por coronavirus se situaba en el 24 por ciento y en las UCI en el 42,84 por ciento ■

NOTA: Cronología del 1 de enero al 1 de febrero de 2021.

Para ampliar informaciones, ver:

<http://www.elmedicointeractivo.com>



inst

La
antánea
médica

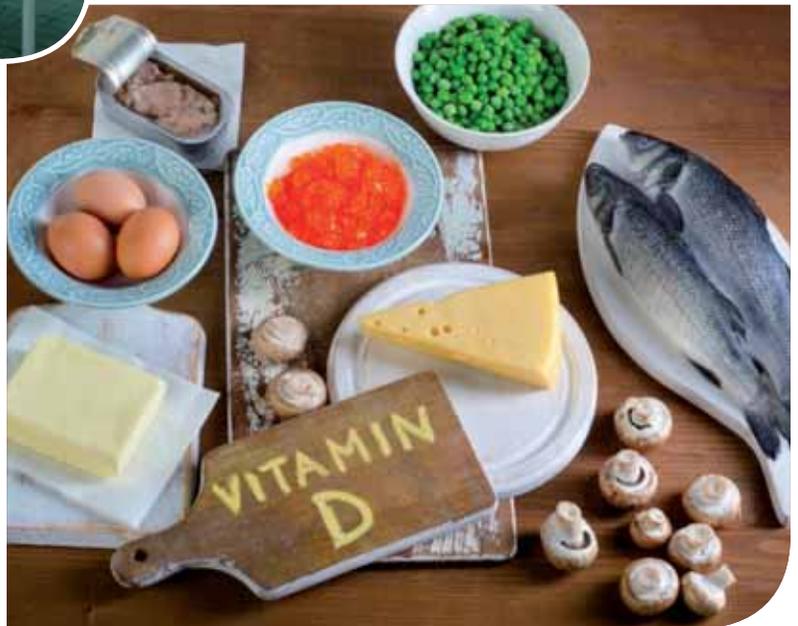


Expertos señalan que el frío favorece la efectividad en el tratamiento de varices

El jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, del Hospital Quirónsalud Marbella (Málaga), el doctor Rubén Rodríguez Carvajal, ha señalado los beneficios de las operaciones de eliminación de varices y arañas vasculares en las estaciones del año en las que se registran las temperaturas más bajas. "El clima afecta en la recuperación de este tipo de intervenciones. Nuestra experiencia demuestra que el calor ralentiza la recuperación mientras que el frío favorece la eficacia del tratamiento. Por otro lado, este tiempo invernal minimiza la pigmentación de la piel, provocada por el hematoma que suele aparecer tras la operación", ha detallado. Rodríguez Carvajal ha subrayado que los avances tecnológicos han aportado enormes beneficios al paciente ofreciendo un post operatorio confortable. "Hoy en día los tratamientos se caracterizan por ser poco agresivos ya que no requieren realizar grandes incisiones en el proceso de eliminación de las varices, como se ha hecho hasta la fecha en la cirugía convencional", ha explicado el especialista. Si bien esta alteración del aparato circulatorio se ha vinculado tradicionalmente a una etapa de la vida avanzada, el especialista ha advertido de la detección cada vez más frecuente en generaciones jóvenes. "Las varices pueden aparecer a lo largo de toda la vida, pero hay que subrayar que cada vez es más habitual recibir en consulta a pacientes, a partir de los 25 años normalmente, que ya empiezan a desarrollarlas", ha señalado Rodríguez Carvajal ■

Estudios evidencian que más del 50% de la población en España tiene carencia de vitamina D

Varios estudios españoles de prevalencia han evidenciado que más del 50 por ciento de la población en España tiene carencia de vitamina D, porcentaje que se eleva hasta el 80 por ciento en los ancianos o el 62 por ciento en las embarazadas. "Esto se puede deber al poco consumo de alimentos fortificados con vitamina D y tener la piel más oscura", ha dicho el endocrino de la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Ruber Internacional de Madrid, Juan Carlos Percovich. La vitamina D es



una prohormona que termina de crearse en la piel bajo la influencia de la luz solar. "Es así como el 7-dehidrocolesterol epidérmico (enzima que cataliza la producción de colesterol), se convierte en coledalciferol (o vitamina D3, es una forma de vitamina D), que a través de las proteínas transportadoras llega al hígado y se transforma finalmente en una verdadera hormona activa tras la acción de la 1-Alpha-hidroxilasa del riñón", ha explicado Percovich. Por otro lado, continúa este especialista, el tener una vitamina D en niveles adecuados ha demostrado muchas ventajas. "Disminuye las reagudizaciones en pacientes con asma y enfermedad obstructiva crónica (EPOC), reduce los marcadores de inflamación en pacientes con diabetes y protege el sistema cardiovascular. Además, influye positivamente en algunos tipos de cánceres y al encontrarse sus receptores en casi todas las células del sistema inmune, se hipotetiza sobre el papel preventivo en las enfermedades autoinmunes", ha explicado ■

Los españoles engordaron una media de 5,7 kg desde el inicio de la pandemia

Los españoles han engordado una media de 5,7 kilos desde que se inició la pandemia del coronavirus o, al menos, así lo ha evidenciado un estudio llevado a cabo por Ipsos entre el 23 de octubre y el 6 de noviembre y en el que se han analizado a ciudadanos de 30 países diferentes. A nivel general, un 31 por ciento de todos los encuestados de todo el mundo ha visto cómo ganaba kilos desde que la pandemia entró en sus vidas, con una media de 6,1 más, aunque un 10 por ciento ha conseguido perder peso. La ganancia de peso puede ser el motivo de que tres de cada 10 ciudadanos hayan hecho más ejercicio durante los últimos meses, si bien un 23 por ciento afirma haber dejado de hacerlo. En España se supera la media mundial en cuanto a ciudadanos que reconocen haber engordado desde marzo del año pasado, llegando a un 38 por ciento de la población, lo que sitúa en el sexto lugar del ranking mundial y a la cabeza de Europa, seguidos por Italia (35%) y Gran Bretaña (32%). En cuanto al ejercicio físico, y quizá empujados por ese auge que se vivió durante el confinamiento de hacer deporte en las casas con apoyo de las clases 'on line', un 24 por ciento reconoce que ha aumentado su actividad física. Ahora bien, son más lo que se han dejado vencer por la pereza o las dificultades para realizar deporte al aire libre, y un 27 por ciento reconoce que se mueve menos que antes de la llegada del virus. En este caso, los españoles están entre los europeos que más se han ejercitado durante estos meses, sólo superados por los ingleses ■



Se deben desarrollar acciones más efectivas y dirigidas a grupos de riesgo de contagio de hepatitis C

El equipo multidisciplinar constituido por representantes de los agentes involucrados en la eliminación de la hepatitis C en cada comunidad autónoma, reunido con motivo del proyecto 'Retomando la eliminación del virus de la hepatitis C' (REC), han destacado la necesidad de desarrollar acciones más efectivas y dirigidas a grupos de riesgo de contagio de hepatitis C. Estos grupos son los pacientes dentro del sistema, personas con adicción a drogas y los pacientes de psiquiatría. En España, se estima que entre el 3,9 y el 36,2 por ciento de la población vulnerable, están infectados por VHC, que el 53,3 por ciento de los usuarios de drogas inyectables tienen infección activa por VHC, y que entre un 45 por ciento y un 85 por ciento de los pacientes con VHC no están diagnosticados. Por este motivo, los expertos han resaltado la importancia de identificar los diferentes grupos de riesgo, tipología, características y barreras específicas, para el desarrollo de acciones dirigidas y más efectivas. Ante ello, se han planteado como soluciones a esta situación el desarrollo de estrategias de prevención, cribado y tratamiento específicas para cada grupo, así como la forma de poder ejecutar dichas propuestas en cada comunidad autónoma. España, ha venido trabajando de forma excelente en el campo de la VHC desde hace años y estaba en una situación muy favorable para alcanzar la eliminación de la hepatitis por virus C antes de la pandemia. Para mantener dicha posición es necesario retomar las actividades orientadas a la búsqueda proactiva de pacientes cuanto antes, y ese es el objetivo de este proyecto ■





Bruselas pide a los 27 acelerar la vacunación para que el 70% de los europeos esté inmunizado en verano



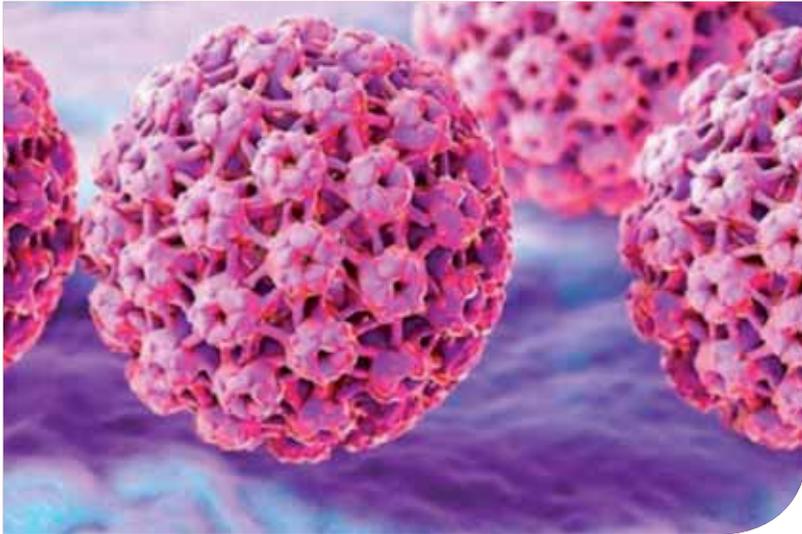
La Comisión Europea ha pedido a los gobiernos europeos que aceleren sus planes de vacunación para lograr que el 80% de las personas de más de 80 años y del personal sanitario esté inmunizado contra el coronavirus "como muy tarde en marzo" y que el 70% del conjunto de la población adulta lo esté a más tardar el próximo verano. Entre los retos que apunta la Comisión figura asimismo el de lograr un acuerdo antes de que acabe enero para el reconocimiento mutuo de certificados de vacunación para ayudar al seguimiento médico de cada persona inmunizada y permita supervisar mejor a escala europea la eficacia de la estrategia de vacunación. Con todo, Bruselas evita ir más allá y no toma partido sobre la posibilidad de crear un pasaporte que facilite los desplazamientos de quienes hayan sido ya vacunados, por la complejidad que implica desde el punto de vista legal y político y porque espera que este asunto sea explorado primero por los Estados miembro. También pedirá a los laboratorios que han desarrollado las vacunas que aumenten su capacidad de producción y ofrezcan un calendario "claro y transparente" para el reparto de las dosis compradas por los Veintisiete. En su paquete de orientaciones que espera que sea tenido en cuenta por los líderes de la UE, Bruselas llama también a las autoridades nacionales a desaconsejar los viajes considerados no esenciales, aunque insiste en que no cree en el cierre de fronteras interiores como medida eficaz contra la propagación del virus ■

El Comité de Emergencias de la OMS rechaza un pasaporte de vacunados de COVID-19 para poder viajar

El Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pedido a los países que no exijan pruebas de vacunación contra el COVID-19 para poder viajar "dado que todavía se desconocen las repercusiones de las vacunas en la reducción de la transmisión y que la disponibilidad actual de vacunas es demasiado limitada". "En estos momentos, pedimos que no se introduzcan requisitos de prueba de vacunación o inmunidad para los viajes internacionales como condición de entrada, ya que todavía existen importantes incógnitas en cuanto a la eficacia de la vacunación para reducir la transmisión y la limitada disponibilidad de vacunas. Estar vacunado no debería eximir a los viajeros internacionales de cumplir otras medidas de reducción del riesgo de los viajes", ha establecido el comité, que se reunió este jueves 14 de enero a petición del director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. De la misma forma, los expertos han aconsejado a los países que aplicaran medidas "coordinadas y basadas en pruebas científicas" para viajar con seguridad y que compartieran con la OMS las experiencias y las mejores prácticas aprendidas ■



Tener más de 10 parejas sexuales, asociado a una probabilidad 4,3 veces mayor de tener cáncer de orofaringe



El virus del papiloma humano (VPH) puede infectar la boca y la garganta y causar cánceres de orofaringe. Un nuevo estudio publicado en línea en 'CANCER', la revista revisada por pares de la Sociedad Estadounidense del Cáncer ha descubierto que tener más de 10 parejas sexuales orales se asoció con una probabilidad 4,3 veces mayor de tener cáncer de orofaringe relacionado con el VPH. El estudio también muestra que tener sexo oral a una edad más temprana y más parejas en un período de tiempo más corto (intensidad del sexo oral) se asoció con mayores probabilidades de tener cáncer de boca y garganta relacionado con el VPH. Además del momento y la intensidad del sexo oral, las personas que tenían parejas sexuales mayores cuando eran jóvenes y las que tenían parejas que tenían relaciones sexuales extramatrimoniales tenían más probabilidades de tener cáncer de orofaringe relacionado con el VPH. "Nuestro estudio se basa en investigaciones previas para demostrar que no es solo el número de parejas sexuales orales, sino también otros factores no apreciados previamente los que contribuyen al riesgo de exposición al VPH por vía oral y el posterior cáncer de orofaringe relacionado con el VPH", añade la doctora Drake ■

El uso de metformina reduce el riesgo de muerte en pacientes con COVID-19 y diabetes tipo 2

El uso de metformina reduce el riesgo de muerte en pacientes con COVID-19 y diabetes tipo 2, según ha puesto de manifiesto un estudio llevado a cabo por investigadores de la University of Alabama at Birmingham (Estados Unidos) y que ha sido publicado en la revista 'Frontiers in Endocrinology'. El estudio encontró que el 93 por ciento de las muertes ocurrieron en personas mayores de 50 años, y ser hombre o tener presión arterial alta se asoció con un riesgo de muerte significativamente elevado. La diabetes se asoció con un aumento espectacular de la mortalidad, con una razón de posibilidades de 3,62. En general, el 67 por ciento de las muertes en el estudio ocurrieron en diabéticos. La metformina redujo significativamente las probabilidades de morir, y la mortalidad del 11 por ciento para los usuarios de metformina no solo fue comparable a la de la población general positiva para COVID-19, sino que fue más baja que la mortalidad del 23 por ciento para los pacientes con diabetes



que no tomaban metformina. Estos resultados sugieren que, si bien la diabetes es un factor de riesgo independiente para la mortalidad relacionada con COVID-19, este riesgo se reduce drásticamente en personas que toman metformina, lo que aumenta la posibilidad de que pueda proporcionar un enfoque protector para los diabéticos ■



SPIRAXIN

Rifaximina- α

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración: Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. **Ancianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los ancianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifamicina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Sigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifamicina, rifaximina puede causar una coloración rojiza de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifamicina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibió las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiépilépticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la C_{max} y el $AUC_{0-\infty}$ de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes (> 1/10); Frecuentes (> 1/100 a < 1/10); Poco frecuentes (de > 1/1.000 a < 1/100); Raras (> 1/10.000 a < 1/1.000); Muy raras (< 1/10.000); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipoestesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presíncope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematoquecia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullidos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eccema, eritemas, prurito, púrpura, urticarias. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquiuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada 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: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma, S.p.A., Via Ragazzi del '99, n. 5 – 40133 Bologna. Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/iva:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2018