

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1223. Diciembre 2021

Entrevistas

Ignacio Enguix

Director general de Grupo SANED

Tomás Cobo

Presidente de la Organización Médica Colegial

Enriqueta Felip

Presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica

ANIVERSARIO
GRUPO SANED: 40 AÑOS AL
SERVICIO DEL SECTOR SANITARIO



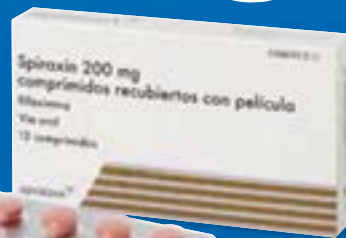
Presente y futuro de la IA en salud



SPIRAXIN

Rifaximina- α

Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS

EN PORTADA



Presente y futuro de la IA en salud

La simulación de procesos de inteligencia humana por parte de las máquinas ya es una realidad y empieza a ser una prioridad en materia de salud. La incansable búsqueda de la Medicina Personalizada pasa por el desarrollo de tecnologías que emplean el análisis predictivo de imágenes, el procesamiento del lenguaje natural o la realidad virtual. Unas herramientas cada vez más necesarias en el desarrollo de nuevos fármacos, su reposicionamiento, la predicción de enfermedades o la optimización de procedimientos diagnósticos y de prescripción.

22

40 ANIVERSARIO



Grupo SANED: 40 años al servicio del sector sanitario

6



Ignacio Enguix

Director general de Grupo SANED

8

ENTREVISTAS



Tomás Cobo

Presidente de la Organización Médica Colegial de España

30



Enriqueta Felip

Presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

36



Sagrario Celada

Directora de Enfermería de AP de Toledo (SESCAM) y vocal de la SEDAP de Castilla-La Mancha

46

SUMARIO

FORO DE EXPERTOS



Vicente Matas
Coordinador del Centro de Estudios del Sindicato de Médicos de Granada

16



Claves para el futuro de la industria farmacéutica

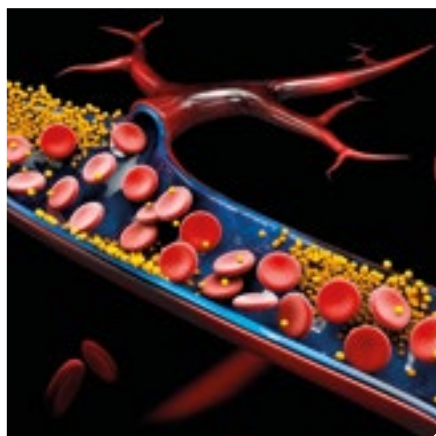
58

REPORTAJES



El desarrollo profesional del directivo, objetivo prioritario de SEDISA

42



Proyecto OPCAR

63



40 años de VIH: qué se ha conseguido y qué queda por hacer

52

OTROS TEMAS

Fue Noticia 70

Instantánea Médica 76

El Médico

EDITA:

saned.
GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

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, Isabel Sánchez Aguiar y Blanca Erce

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, N. Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Ángeles Huertas, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo, María García.

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, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

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

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

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 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. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



Disfruta de un renting completo y flexible
con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar,
con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | **900 82 20 82**
en: **www.amaseguros.com**

Servicio prestado por ALD Automotive



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 (Leganés) Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes, 16 Tel. 911 75 03 33 leganes@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

900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en



y en nuestra APP 



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



Grupo SANED: 40 años al servicio del sector sanitario

Cuatro décadas de información y formación médica continuada con la mirada puesta en la expansión del negocio en el ámbito internacional y en la incorporación de nuevos talentos



Hace ahora 40 años Jenaro Bascuas fundaba una empresa que se ha mantenido, crecido y evolucionado hasta convertirse en lo que es hoy: una consultora de referencia en el ámbito sanitario. Grupo SANED está de aniversario, consolidando su transformación de editorial médica, con cabeceras que son punteras en el sector como EL MÉDICO, EL MÉDICO INTERACTIVO, AULA de la FARMACIA, EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA y PORTAL ENFERMERÍA, a consultora sanitaria con proyectos 360. “Una apuesta decidida para cubrir todas las necesidades que requiere el colectivo sanitario”, tal como asegura su director general, Ignacio Enguix.

Grupo SANED nació en 1981 de la mano de la Revista EL MÉDICO. Cuatro décadas después se presenta como una compañía vanguardista y disruptiva capaz de acometer proyectos en tres ámbitos bien diferenciados, que son los tres pilares en los que se asienta: comunicación, investigación y

formación continuada. “Un modelo al que hemos llegado siendo capaces de cambiar de forma constante e incorporando aquellas innovaciones que podían ser de utilidad al colectivo al que nos dirigimos”, subraya Enguix.

Adelantarse a las transformaciones tecnológicas y del mercado, y estar a la vanguardia de la información son algunas de las claves a destacar. En ese sentido, hay que subrayar que Grupo SANED no se ha ido adaptando a las nuevas circunstancias del entorno, sino que ha sido “el motor del cambio”, manteniendo siempre el sello de calidad en todos sus proyectos. “Podemos presumir de ser una compañía con unos sólidos valores empresariales que ha ido siempre por delante de lo que se necesitaba en el sector”, asegura su director general.

Otra de las cualidades que son marca distintiva de Grupo SANED es su trabajo como aliado de sociedades científicas, ad-

ministraciones e industria farmacéutica para conseguir el éxito conjunto. Un trabajo que ha ido siempre acompañado por la implementación de las nuevas tecnologías, como eje transversal e integrador de los tres pilares en los que se asienta. De hecho, EL MÉDICO INTERACTIVO, fundada en 1996, fue la primera publicación digital en el entorno sanitario, una plataforma que hoy cuenta con más de dos millones de usuarios únicos. Y Meditex, que inició su andadura como el primer nodo de acceso a Internet para médicos.

SANED en cifras

Grupo SANED goza de buena salud y prueba de ello son los proyectos y servicios que tiene activos. En el ámbito de la comunicación, el buque insignia es la revista EL MÉDICO, una cabecera que se lleva publicando desde hace 40 años de forma ininterrumpida. Una publicación que ha ido evolucionando y que hoy recoge un aná-

JENARO BASCUAS, SU FUNDADOR



Jenaro Bascuas, fundador y presidente de Grupo SANED, fue también en los inicios de la compañía editor y director de la Revista EL MÉDICO. Trabajador incansable y líder innato fue un gran referente del periodismo sanitario. Jenaro Bascuas falleció en enero de 2014.

Licenciado por ICADE en Derecho y Económicas, inició su brillante trayectoria empresarial en el mundo de la comunicación sanitaria consolidando la fundación de la Revista EL MÉDICO, un año después, en 1982. A pesar del perfil de editorial médica al uso, Jenaro Bascuas impulsó el crecimiento y desarrollo de nuevas áreas de negocio dentro de la compañía, sin renunciar a su raíz de grupo de comunicación: "Nuestro grupo tiene la firme voluntad de mantener unas marcas en publicaciones a las cuales no vamos a renunciar nunca, porque consideramos que forman parte de nuestra contribución al sector sanitario", defendió siempre el fundador de Grupo SANED.

Jenaro Bascuas pronto vislumbró la necesidad de abrir nuevos caminos. De esta forma, comenzó su actividad en el sector de servicios dentro del ámbito médico-farmacéutico. Su capacidad para adelantarse a las necesidades de la comunicación le llevó, en la década de los 90, y ante la irrupción de las nuevas tecnologías y los primeros pasos de Internet, a la creación, dentro de la compañía, de una empresa especializada en servicios informáticos para el colectivo. Nació Meditex, aglutinador de prestaciones de internet para médicos.

En paralelo, se ponía en marcha el primer diario de información sanitaria on-line, EL MÉDICO INTERACTIVO. Esta, sin duda, fue otra de sus grandes apuestas en el mundo del periodismo sanitario. De esta forma, Bascuas colocaba a Grupo SANED a la cabeza de un campo en el que siempre ha mantenido el liderazgo.

Desde los primeros años, Grupo SANED contaba también con una división de organización de eventos y congresos, Edicomplet, que además asumiría la secretaría de un buen número de sociedades científicas.

No obstante, pese al crecimiento de todo el grupo, su fundador siempre defendió la importancia de la cabecera EL MÉDICO: "ha sido nuestra razón de ser en los orígenes, tanto en su formato escrito como en el electrónico, y ha sido la columna vertebral sobre la que se ha sustentado el edificio que hemos construido".

No cabe duda de que, en sus más de 30 años de trayectoria profesional, Jenaro Bascuas fue protagonista y parte activa de la evolución del entorno sanitario. Por todo ello, se convirtió en una figura de gran calado. Se ganó el respeto tanto de los líderes políticos y decisores, como de los profesionales, la industria farmacéutica, el mundo editorial y el sector servicios.

En la última entrevista que Bascuas realizaba para la Revista EL MÉDICO calificaba de positiva la evolución de la compañía: "A lo largo de estos años, y gracias a una enorme flexibilidad y rapidez en los cambios que requería el mercado, hemos ido superando con éxito las innumerables dificultades que tiene el sector", reconocía.

De su figura, Grupo SANED ha aprendido a tener siempre la mirada puesta en el futuro. Aunque veía con claridad las dificultades del sector, señalaba que "el futuro hay que afrontarlo con optimismo, serenidad, confianza en la situación y con una reflexión profunda de lo que hacer, procurando equivocarse poco. Futuro lo hay y lo habrá, y seguirá abierto a todos aquellos que actualicen su situación profesional y de empresa", citaba en una entrevista con motivo del 30 aniversario.

lisis pausado de la actualidad incorporando el punto de vista de los protagonistas. EL MÉDICO INTERACTIVO se centra en la actualidad sanitaria, AULA DE FARMACIA es una publicación diseñada para la formación del profesional de la oficina de farmacia, y PORTAL ENFERMERÍA, una plataforma donde tiene cabida la información que demanda este colectivo.

En lo que respecta a la formación, la compañía cuenta con una amplia trayectoria formativa no solo sobre aspectos clínicos sino también incorporando nuevos formatos, habilidades y perfiles, dirigidos a todos los colectivos sanitarios. En la actualidad, SANED llega a más de

10.000 alumnos con servicios que alcanzan los 500 *webinars* al año, 70 cursos formativos, dos másteres y una cátedra internacional con la Universidad Anáhuac México.

En investigación, realiza proyectos globales que cumplen con todos los requisitos médicos, éticos y legales, incorporando un componente divulgativo que permite un servicio global para el colectivo médico.

Expansión internacional y nuevos talentos

Como líneas de futuro, con la vista puesta en el 2025, el director general del Gru-

po apunta a la consolidación de la proyección internacional en Latinoamérica. En la actualidad, la consultora tiene una amplia presencia informativa y formativa en México, con una sede física. Y la idea es "expandirnos a otros países y abrir una nueva sede en Centroamérica", dice Enguix.

Otra apuesta de futuro tiene que ver con la incorporación de nuevos talentos, perfiles con nuevas habilidades que puedan combinarse con la experiencia del equipo actual y poder enriquecer la totalidad de los proyectos. En palabras de su director: "Para nosotros son muy importantes las personas, si Grupo SANED es extraordinario es gracias a la gente que lo conforma" ■



Grupo **SANED**
es sinónimo
de **calidad**
en **información**
y **formación**
sanitaria

Ignacio Enguix

Director general de Grupo SANED

Texto | Mónica M. Bernardo Fotos | Luis Domingo



“Grupo SANED es sinónimo de calidad en información y formación sanitaria”

Se cumplen cuatro décadas del nacimiento de Grupo SANED, la consultora disruptiva y vanguardista de referencia en el ámbito sanitario. Nació como editorial médica de la mano de la Revista EL MÉDICO, su buque insignia, y desde entonces ha ido evolucionando hasta convertirse en un proyecto de éxito que combina comunicación, investigación y formación continuada. Grupo SANED cumple 40 años con la mirada puesta en la expansión del negocio en el ámbito nacional e internacional y en la incorporación de nuevos talentos. Para conocer esa evolución, así como las líneas de futuro que proyectarán el crecimiento de la compañía, entrevistamos a su director general, Ignacio Enguix.

¿Cuál es el secreto para que la compañía se haya mantenido 40 años y, además, haya crecido?

El secreto radica en estar cambiando constantemente. Desde 1981, con el nacimiento de la Revista EL MÉDICO, hasta el modelo consultivo que tenemos actualmente, hemos estado siempre cambiando e incorporando novedades. No hablamos de irse adaptando a las nuevas circunstancias, sino de ser el motor del cambio. En SANED podemos presumir de haber ido siempre un pasito por delante de lo que necesitaba el colectivo sanitario con nuevos productos y servicios para satisfacer sus demandas de comunicación, formación o investigación.

¿Cuáles son los pilares fundamentales en los que se asienta el Grupo?

Tenemos tres pilares fundamentales. El primero es la comunicación orientada al colectivo sanitario donde contamos con EL MÉDICO, referencia en el sector, así como con AULA DE FARMACIA, EL PERIÓDI-

CO DE LA FARMACIA y PORTAL ENFERMERÍA, un abanico de publicaciones destinadas a dotar al colectivo sanitario de toda la información de cada nicho específico. La formación es el segundo pilar en el que llevamos trabajando también desde 1981. Desarrollamos una formación continuada que ha ido evolucionando con el tiempo. Desde aquel ‘Paciente virtual’ con el que empezamos hasta las producciones audiovisuales que hoy ofrecemos, pasando por el uso de nuevas herramientas como el *storytelling* o la educación en habilidades transversales en el sector de la salud. El tercer pilar es la investigación, un área en la que somos capaces de desarrollar proyectos que cumplen con el máximo rigor científico. También contamos con un activo muy importante que es Medynet, nuestra red de acceso a internet para médicos, que da soporte transversalmente a los tres pilares. En la actualidad, más de 200.000 profesionales sanitarios forman parte de esta red que nutre todos los proyectos de consultoría que ponemos en marcha y que amplificamos con nuestros medios de comunicación.

¿En qué momento se encuentra hoy la compañía?

Estamos en un momento muy dulce porque hemos conseguido consolidar todo el proceso de transformación que empezamos en el año 2018. Fue entonces cuando iniciamos nuestro modelo consultivo para diseñar, crear y ejecutar proyectos globales a partir de una estrategia. Partimos de un objetivo común y diseñamos un plan de desarrollo, junto al colectivo sanitario o a la industria farmacéutica, para lo-

gar un éxito compartido como verdaderos aliados. Esta consolidación ha venido también de la mano de nuestra apuesta por la expansión internacional y que ha contribuido al crecimiento continuado de los últimos años. En líneas generales, podemos decir que Grupo SANED goza de una buena salud.

La pandemia de la COVID ha supuesto un revés empresarial para muchas compañías, ¿cómo ha afrontado el Grupo esta situación?

Gracias a nuestro modelo y las herramientas con las que ya contábamos pudimos reaccionar desde el principio. A las 48 horas ya habíamos tomado medidas con nuestros trabajadores. A los 15 días ya teníamos alternativas para poder dar continuidad a los proyectos que teníamos en marcha y que requerían presencialidad. Y al mes contábamos con nuevos productos y

servicios para satisfacer las nuevas necesidades que se le planteaban al colectivo sanitario. Por tanto, lejos de haber sido unos años duros, más allá de la propia pandemia, Grupo SANED ha sabido implantar nuevas soluciones empresariales que nos han permitido crecer tanto en el negocio, como geográficamente y también en personal.

Háblanos de esa expansión internacional por Latinoamérica.

Actualmente, SANED está presente en México, donde tenemos una sede física desde hace siete años. Además, desarrollamos nuestro negocio en otros ocho países de Latinoamérica, donde hemos teni-



do una importante expansión a lo largo del año 2020. Los buenos resultados nos han puesto sobre la mesa la posibilidad de tener otra sede física en Centroamérica; incluso, me gustaría pensar que, en cinco años, podríamos explorar el mercado norteamericano. Por tanto, en unos años tendremos una presencia importante en todo el continente americano. De hecho, el tráfico de nuestras webs es en Latinoamérica similar al nacional y, aunque en investigación vamos más despacio, en el campo de la formación estamos muy bien introducidos. Me animo a pensar que en 10 años podremos tener negocios parejos en ambos continentes.

Centrándonos en el talento humano, ¿qué peso tienen las personas en Grupo SANED?

Una compañía es la suma de las personas que la componen. Si Grupo SANED es extraordinario es gracias a las personas que lo forman. Somos un equipo que conjuga la experiencia de las personas que llevamos muchos años en la compañía con el nuevo talento que se acaba de incorporar y que aporta nuevas habilidades. Contamos, además, con perfiles muy diversos: médicos, farmacéuticos, periodistas, informáticos... que enriquecen mucho los proyectos y que hacen que sea muy diver-

tido trabajar. Un día estás en un proyecto de investigación, otro dando una formación y otro supervisando una película. Tampoco me quiero olvidar de las políticas de conciliación que tenemos implantadas desde hace 10 años. En SANED, las personas son muy importantes y queremos cuidarlas, por ello ofrecemos muchas facilidades para conciliar y para que la gente se sienta a gusto.

¿Qué diferencia a SANED de otras propuestas?

SANED es un sello de calidad. Hoy, cualquier colectivo sanitario sabe que los



productos o servicios que le van a llegar de SANED van a ser garantía de calidad. La principal diferencia con otras propuestas es que nosotros somos un aliado de la sociedad científica, de la institución o de la industria farmacéutica con la que trabajamos. Mantenemos el espíritu de nuestro *claim*: 'Tu éxito es nuestro éxito'. Si algo nos caracteriza es que trabajamos por un objetivo común donde la ejecución del proyecto, pese a buscar siempre la calidad en su desarrollo, pasa a un segundo plano. Hace muchos años que abandonamos el binomio cliente-proveedor. En SANED somos aliados que buscamos el éxito conjunto y la excelencia en la ejecución.

¿Cómo han ido cambiando las necesidades de formación en el sector y cómo Grupo SANED les ha ido dando respuesta?

Nosotros empezamos a hacer formación médica continuada en el año 1981. Desde siempre hemos dado cobertura a las necesidades de médicos y farmacéuticos en el campo educativo y hemos ido anticipándonos a la demanda. En ese sentido, no solo llevamos 40 años ofreciendo formación clínica, sino que -desde hace 15- introdujimos los cursos de habilidades transversales para diferentes instituciones: sociedades científicas, universidades, asociaciones... También hemos ido incorporando a las formaciones diferentes perfiles profesionales como abogados, psicólogos, informáticos... Si lo tuviéramos que resumir en cifras, a día de hoy realizamos en torno a 500 *webinars*, 70 cursos formativos, dos masters y también tenemos una cátedra internacional con la Universidad Anáhuac México. En total, llegamos a más de 10.000 alumnos.

En este sentido, ¿qué han supuesto las nuevas tecnologías para el Grupo?

La tecnología es una parte fundamental en SANED, siempre hemos estado soportados por ella y nuestra idea es ir por de-

lante. De hecho, el primer medio digital del sector fue EL MÉDICO INTERACTIVO, en 1996. Una plataforma informativa que hoy cuenta con dos millones de usuarios únicos al mes. Por otro lado, la red Medynet fue la primera red digital de profesionales sanitarios. Hoy son 200.000 los médicos que forman parte de ella y en la que contamos con 170.000 direcciones de correo electrónico (130.000 con autorización expresa) a los que acceder para los diversos proyectos. Con la pandemia, las empresas han tenido que adaptarse a las transmisiones en directo vía *streaming* mientras que nosotros contamos con un plató desde 2017. Por lo tanto, a medida que avanza la tecnología nosotros la vamos incorporando para poder adelantarnos a las necesidades del colectivo sanitario.

En el área de la comunicación, ¿qué destacarías de la compañía?

La Revista EL MÉDICO que es un auténtico referente del sector. Es la publicación de divulgación sanitaria más antigua (40 años ininterrumpidos) y la más importante de este país. No hay administración, institución o sociedad en la que no esté la revista, es un sello más de calidad. Como comentábamos antes, también nos hemos ido adaptando según ha cambiado la manera de consumir la información, por eso, en el año 96 sacamos la versión online de la revista: EL MÉDICO Edición Electrónica, los orígenes de lo que hoy es EL MÉDICO INTERACTIVO, donde se recoge la actualidad más inmediata del sector. El análisis más sosegado desde diferentes puntos de vista se incluye en la versión en papel. AULA DE LA FARMACIA está totalmente orientada a la formación del farmacéutico de oficina de farmacia; EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA, creado para divulgar a público general, y que ya nació con una ti-

rada de 300.000 ejemplares; y el PORTAL ENFERMERÍA. En definitiva, tenemos todos los ámbitos cubiertos y ahora queremos crecer en las áreas de odontología y veterinaria, en las que tenemos nuevas proyecciones de negocio.

¿Y en la línea de investigación?

Desde que apostamos por la investigación, en Grupo SANED hemos sabido crear proyectos capaces de cumplir con todos los requisitos de un departamento médico y todos los aspectos éticos legales necesarios. Como añadido, aprovechamos todo el proceso de valor que se va generando con el proyecto junto con los resultados para publicarlos con el impacto y la velocidad que puede requerir un departamento de marketing. Son proyectos 360, que una empresa tradicional puede tardar seis meses en poner en marcha mientras que Grupo SANED tiene la capacidad, desde hace ya 15 años, de acometerlos en 45 días. Con nuestra transformación en consultoría de salud, en 2018, hemos ido creando diferentes líneas de negocio complementarias que, hoy, podemos decir que están completamente consolidadas.

¿Cuál es el futuro que se plantea Grupo SANED a corto y medio plazo?

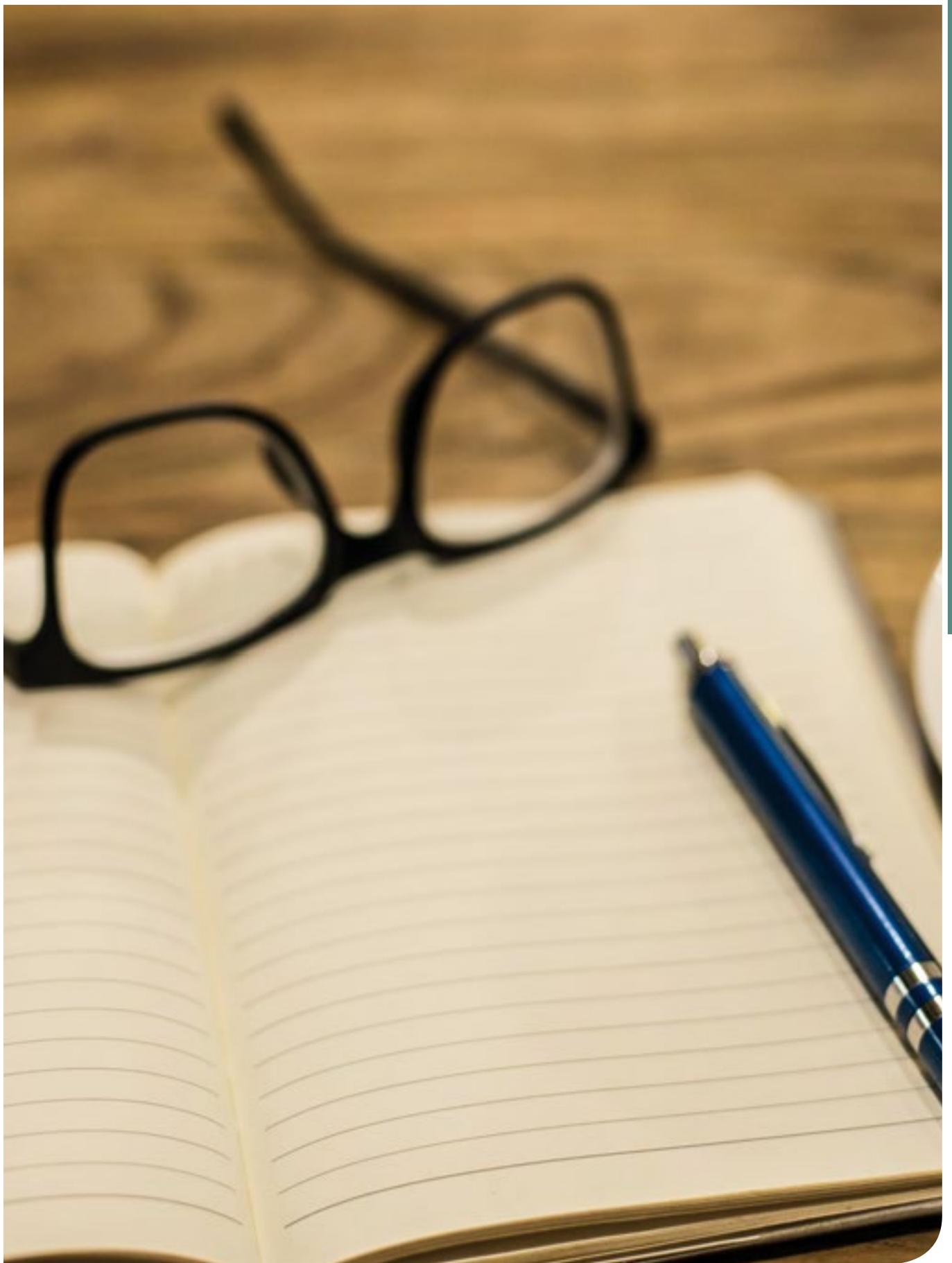
Seguir siendo motor del cambio. Igual que hemos sido pioneros en muchas cosas, buscaremos nuevas formas de informar y formar al colectivo sanitario. Para alcanzar esta meta, nos planteamos un horizonte para 2025 que incluye: la ampliación del mercado en las áreas de odontología y veterinaria de forma proactiva; la expansión geográfica por Latinoamérica; y, a nivel interno, la incorporación de nuevo talento con talentos nuevos que garanticen el relevo generacional de los actuales directivos ■

Formación • Comunicación • Investigación



saned. **40**
GRUPO años contigo

tu
éxito
es
nuestro
éxito





FORO DE EXPERTOS

La mirada

maestra de la
actualidad



Jubilación flexible y justa para una profesión de riesgo

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

Por los motivos que desarrollaremos más adelante de forma resumida, en el año 2011 se elaboró en Granada un amplio Informe-Propuesta sobre la jubilación del personal facultativo de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud que, por la actualidad del tema, entendimos hace unas semanas que merecía la pena publicarlo de nuevo, teniendo en cuenta que, aunque en lo básico sigue vigente, fue realizado hace diez años. El informe está publicado y se puede descargar completo en PDF en la web del Sindicato Médico (<https://simeg.org/wp/wp-content/uploads/2021/10/Propuesta-Jubilacion-2011.pdf>) para quien esté interesado.

Entendemos desde el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada que la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), como organización que aglutina la mayor representatividad laboral del colectivo médico de nuestro país, y considerando que las características pasadas, actuales y de futuro que definen el ejercicio de la Medicina en nuestro Estado justifican la reiterada petición de esta organización de un régimen especial y flexible de jubilación voluntaria del médico entre los 60 y los 70 años, sin penalización sobre la cotización realizada, y que por los mismos motivos debe ser declarada como profesión de riesgo.

Extraordinarias exigencias de formación

En nuestro país, llegar a ser médico significa recorrer un largo y exigente camino formativo que no admite, desde ningún punto de vista, comparación alguna con el resto de las profesiones derivadas de titulaciones universitarias. Se necesita una nota extraordinaria para acceder a la facultad, seis años de estudios universitarios (360 créditos grado 3 MECES Máster), un año para preparar el MIR y cuatro o cinco años de formación especializada en los hospitales o centros de salud. En resumen, tras un mínimo de 11 o 12 años de intensa, exigente y competitiva dedicación formativa, pue-

de presentarse en sociedad el médico como un profesional reconocido y legalmente habilitado para ejercer la Medicina, rondando los treinta años de edad, transcurrido más de un tercio de su esperanza de vida y que acorta la posible duración de carrera laboral y, por tanto, los años que pueden cotizar a la Seguridad Social.

Además, el proceso formativo de un médico es una obligación legal y deontológica, que se extiende a lo largo de toda su vida laboral, pues más allá de la licenciatura/grado y la especialización postgrado está la formación continuada de actualización profesional de carácter periódico y duración ilimitada.

Esta exigencia inicial y continuada de formación tan extensa, exigente e intensa es una primera característica de la profesión médica que no se tiene en cuenta a la hora de las retribuciones y de cara a la jubilación.

Jubilación voluntaria y flexible

El objetivo del informe-propuesta es plantear la necesidad de un régimen flexible de



Vicente Matas Aguilera

Planteamos la posibilidad de prolongar, voluntariamente, la edad de jubilación de los facultativos sanitarios hasta los 70 años de edad

jubilación, entre los 60-70 años, para todos los facultativos sanitarios que trabajan por cuenta ajena, con adaptación al ámbito del personal sanitario, de las jubilaciones parciales y anticipadas ya previstas en la ley de medidas en materia de Seguridad Social.

En primer lugar, planteamos la posibilidad de prolongar, voluntariamente, la edad de jubilación

de los facultativos sanitarios hasta los 70 años de edad, en consonancia con las actuales tendencias europeas, siempre que las condiciones físicas y psíquicas lo permitan y con los incentivos legalmente previstos.

En segundo lugar, queremos extrapolar al personal facultativo sanitario estatutario y



al personal facultativo sanitario laboral, la jubilación anticipada de clases pasivas del Estado, actualmente aplicable a personal acogido a las mutualidades que les permite jubilarse voluntariamente desde los 60 años, con 30 cotizados y sin penalización sobre la pensión que les corresponde por sus cotizaciones.

Sin duda, habrá un importante contingente de médicos que, de poder flexibilizar las condiciones de su jubilación, optarían por una jubilación parcial y podrían suponer un importante activo del sistema, especialmente, en épocas de escasez de recursos humanos, como la que se avecinaba hace diez años y que hoy es una realidad en nuestro país con la jubilación de las promociones más numerosas de facultativos y que continuará otros diez o doce años.

Existen, pues, razones más que suficientes que justifican la necesidad de un régimen especial de Seguridad Social para los facultativos especialistas sanitarios.

Es preciso, por tanto, flexibilizar la edad de jubilación voluntaria entre 60 y 70 años introduciendo la posibilidad de jubilación parcial y un tratamiento justo con las jubilaciones de unos profesionales que han aportado mucho al sistema, tanto en tiempo como en formación, responsabilidad y penosidad.

Conviene recordar que la OIT recomienda, desde hace más de treinta años, la adopción de un sistema flexible que facilite la elección individual de la edad de jubilación en función de las circunstancias económicas y profesionales de los perceptores.

Es necesario computar el tiempo de trabajo de forma que se tenga en cuenta el exceso de jornada que realizan los facultativos sanitarios con las guardias, introduciendo ín-

dices correctores que permitan acceder a la jubilación a partir de los 60 años. La carga laboral tan grande en horas que desarrollan los médicos, traducida a años reflejaría mejor la jornada real realizada y contribuiría a un reconocimiento más justo y racional.

Existen razones más que suficientes que justifican la necesidad de un régimen especial de Seguridad Social para los facultativos especialistas sanitarios

La mayoría de los médicos, además, al jubilarse pierden una importante cantidad con relación a la pensión por la que han cotizado, al estar afectados por el límite de la pen-

sión máxima, y pierden mucho más con relación a sus retribuciones en activo que con las guardias superan ampliamente el tope de cotización y, por tanto, en esos casos, las guardias ni cotizan ni computan a la hora de calcular la pensión.

Es injusto que ahora los médicos pierdan de media unos 500 euros al mes con relación a



la pensión que les corresponde y por la que han cotizado al aplicar el tope de pensión máxima, introducido en la crisis de los años setenta. Para no perder tanto poder adquisitivo, al jubilarse solo les queda contratar un plan de pensiones privado y ahorrar, que precisamente se han limitado a un máximo de aportaciones de 2.000 euros este año y 1.500 el próximo año.

Medicina, profesión de riesgo

Los riesgos de salud (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales) de quienes trabajan en el ámbito asistencial de la Sanidad, constituyen un tema que cada vez cobra mayor importancia en los países avanzados.

También es preciso recordar que el contacto permanente con el dolor y el sufrimiento humano, junto con los demás riesgos, conduce a cifras preocupantes de *burnout* entre los médicos y que se han agravado con la pandemia de COVID, como ha quedado de manifiesto en el IX Congreso del PAIME, celebrado en el Colegio de Médicos de Cádiz, organizado por la Fundación para la Protección Social de la OMC.

La sociedad exige al médico jornadas laborales muy superiores a las de cualquier otro trabajador. En la actualidad y desde la entrada en vigor del Estatuto Marco, en nuestro país, al médico se le exigen 48 horas semanales en cómputo semestral. Este exceso de jornada, de casi 800 horas al año de media, tiene que realizarse, obviamente, fuera de la jornada ordinaria, llevándose a cabo en horarios especialmente penosos, horas nocturnas (63 por ciento) y en días festivos, sábados y domingos (36 por ciento). Esta jornada, en su mayor parte, está ocupada por funciones casi exclusivamente asistenciales. Además, con los contratos por días y horas muchos médicos

han realizado jornadas de 24 horas y solo han cotizado por un día. De esta forma, les será imposible llegar a los 38 años y medio para tener derecho a la pensión máxima, que se les exigirá muy pronto.

Que las condiciones del trabajo repercuten en la salud de los trabajadores es algo obvio, en el caso de los médicos, por el exceso de jornada de las guardias, por el trabajo nocturno, con su correspondiente déficit de sueño, y por el trabajo a turnos. La consecuencia más evidente del trabajo a turnos y, principalmente, del nocturno es la somnolencia diurna, que repercute en la actividad profesional, con acumulación de errores, dificultad para mantener la atención, para percibir correctamente la información y/o dificultad para actuar con rapidez.

La medida más habitual para disminuir las negativas consecuencias del trabajo a turnos y el nocturno en los trabajadores expuestos consiste en reducir el tiempo total de trabajo en el personal sometido a los mismos. Sin embargo, en el caso del personal facultativo sanitario, la realidad es que no sólo no se disminuye su jornada laboral, sino que esta, como ya hemos señalado, se ve incrementada en un importante número de horas al año, como consecuencia de las guardias. Sería preciso establecer mecanismos para la calificación de la patología relacionada con los turnos como enfermedad profesional.

Los médicos en su trabajo están expuestos al estrés, que se caracteriza por la vivencia de una situación que el individuo no puede controlar, que le supera, como una emoción dolorosa, como una sensación de angustia, como un miedo al futuro. Estos sentimientos dan lugar a una serie de consecuencias psíquicas y sociales que no deberían ser ignoradas en un pro-

fesional que tiene bajo su responsabilidad la salud de los demás.

Por otro lado, estudios realizados en hospitales de EE. UU. han demostrado que los turnos continuados de más de 24 horas triplicaban el número de médicos agotados o “zombis”. Después de 24 horas sin dormir, el estado mental es el equivalente al de una persona que supera el límite permitido de alcoholemia, lo que “es una buena estimación de las consecuencias que podría tener la falta crónica de sueño en el mundo real”. En otras profesiones, como en el caso de los conductores de autobuses, hay descansos obligatorios establecidos para evitar el riesgo, no solo para el trabajador, sino, lo más importante, para los ciudadanos.

La falta acumulada de sueño durante días y semanas empeora la capacidad cognitiva de una persona en un proceso que tal vez sea irreversible. A este respecto, conviene recordar que el trabajo de las guardias médicas ha evolucionado mucho, habiendo pasado de ser una situación de “expectativa de trabajo” a una situación de “trabajo a destajo”, con lo que la posibilidad de descanso durante la guardia se ha visto seriamente disminuida.

Excesos de jornada

La profesión de facultativo sanitario con exposición a agentes biológicos, físicos y sustancias químicas; la carga mental del trabajo realizado y los factores estresantes; y, sobre todo, las jornadas extenuantes que en ella se dan, la convierten, sin duda, en penosa y justifica la consideración de profesión de riesgo. Además, los excesos de jornada realizados a lo largo de la vida laboral, con las guardias, que recordemos son obligatorias, implican que con 30 años de ejercicio un médico ha realizado por término medio el trabajo equivalente a 40 o 45 años de jornada ordinaria.

Este tiempo trabajado, en la gran mayoría de los casos, no se cotiza en la Seguridad Social y, lo que es peor, no computa como

tiempo trabajado porque, aunque cotizara, no supondría una mejor pensión al existir el tope máximo de las pensiones. Es urgente un coeficiente corrector para computar este esfuerzo adicional y obligatorio.

Sin embargo, se da la circunstancia de que las guardias sí computan en el IRPF y ello hace que se incremente su porcentaje en cuatro o cinco puntos sobre el total de la nómina, con lo que el importe bruto de las guardias va directamente a hacienda, en la mayoría de los casos hasta el 45 por ciento y más, pues varía por CC. AA. y al médico le llega muy poco más del 50 por ciento. En resumen, aportan mucho esfuerzo con las guardias en impuestos directos y no les beneficia en su pensión.

Planificación de recursos humanos en Sanidad

Como ya hemos visto, para formar un médico especialista son necesarios 11 o 12 años tras el bachillerato, por lo que las planificaciones deben hacerse a medio y largo plazo para que no tengamos miles y miles de médicos parados para trabajar con contratos basura uno o dos meses al año, como pasaba en los años ochenta y noventa, o tener falta de médicos de algunas especialidades, como sucede ahora, y muchas plazas sin poder ser cubiertas, con lo que implica de sobrecarga del resto de médicos y las listas de esperas y demoras en la asistencia que soportan los pacientes. Hay que planificar las necesidades del SNS, del resto de administraciones y de la Sanidad privada en la que también trabajan un importante número de médicos especialistas.

Las previsiones de jubilaciones de médicos para la próxima década, es decir, el número de colegiados en activo que hoy tienen 55 años o más son alrededor de 80.000, lo que supone más de un tercio de los médicos colegiados en la actualidad. Ya lo advertimos en el informe de hace diez años, pues se conocía que, en 2009, los médicos entre 45 y 54 años eran aproximadamente 71.000.





No se nos hizo caso. Al contrario, el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud de las CC. AA. no fueron capaces de tomar las medidas oportunas para hacer frente a este reto puntual y lo que hicieron fue reducir el número de plazas MIR a partir del año 2011 y 2014 a la vez que, desde años antes, aumentaban el número de facultades de Medicina y nuevos médicos.

Dos graves errores, ahora estamos con un incremento muy

importante de jubilaciones y faltan médicos especialistas de varias especialidades y, además, hay miles de médicos egresados de las facultades de Medicina que no se pueden especializar (es obligatorio para ejercer en la Sanidad Pública) y pasados estos años diez o doce años sobran médicos especialistas en España de nuevo, miles de parados para trabajar dos meses en verano, esa no es la solución, pues los médicos que ahora tienen entre 45 y 54 años son muchos menos, unos 47.000, y cuando se comiencen a jubilar nuestros nuevos especialistas posiblemente no encontraran trabajo.

Los importantes incrementos de plazas MIR de las dos últimas convocatorias y de

la actual llegan tarde, pues estos especialistas terminarán entre los años 2024 y 2027, y los más 7.500 nuevos alumnos que este año comienzan sus estudios en nuestras facultades de Medicina, cuando sean

especialistas en los años 2032 y 2033, pueden encontrarse con un número de jubilaciones de médicos muy inferiores y quizás tengan dificultades para encontrar trabajo.

Hay que tener en cuenta, además, que muchos médicos es-

pecialistas, muy bien formados en nuestros centros, cada año emigran a países de nuestro entorno que les ofrecen condiciones retributivas, laborales y de estabilidad mucho mejores que las que les ofrecen nuestros Servicios de Salud. Ahora es necesaria una apuesta decidida por mejorar las condiciones y la estabilidad para conseguir que nuestros nuevos especialistas se queden a trabajar en España, los necesitamos.

Conclusiones

La profesión médica presenta unas características muy específicas en cuanto a exigencias de formación, tanto inicial como

continuada, se enfrenta a unos riesgos importantes biológicos, físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales; y tiene por obligación realizar unas jornadas muy amplias con las guardias, que generalmente no se computan como tiempo trabajado.

Los facultativos, además, están sometidos en su trabajo diario a importantes sobrecargas laborales y estrés, junto con horarios nocturnos y trabajo a turnos que le provocan consecuencias psíquicas, físicas y de conciliación familiar y social.

Por todo ello, la profesión médica debe ser declarada profesión de riesgo, deben establecerse coeficientes correctores por la realización del importante número de guardias y la jubilación debe ser flexible y voluntaria entre los 60 y 70 años, sin merma ni penalización con relación a las cotizaciones realizadas, y debe establecerse la posibilidad de jubilación parcial para los facultativos que voluntariamente lo soliciten.

También es necesario planificar a medio y largo plazo las necesidades de médicos especialistas en España, tanto de la Sanidad Pública como privada, pues son necesarios entre 11 y 12 años para su formación. Es urgente mejorar las condiciones laborales, retributivas y ofrecer estabilidad a los nuevos especialistas para que no emigren y se marchen de España, pues los necesitamos ■

Nosotros tenemos la experiencia y...

Juntos
descubriremos
el
camino



¿Estar sano sin importar la edad?

En Viatris, sabemos que usted valora mucho la salud. Por eso nos comprometemos a que los medicamentos en los que confía estén disponibles.

Para más información, visite viatris.com



VIATRIS

Everywhere health matters





Presente y futuro

de la

IA

en

salud

La simulación de procesos de inteligencia humana por parte de las máquinas ya es una realidad y empieza a ser una prioridad en materia de salud. La incansable búsqueda de la Medicina Personalizada pasa por el desarrollo de tecnologías que emplean el análisis predictivo de imágenes, el procesamiento del lenguaje natural o la realidad virtual. Unas herramientas cada vez más necesarias en el desarrollo de nuevos fármacos, su reposicionamiento, la predicción de enfermedades o la optimización de procedimientos diagnósticos y de prescripción.

Texto | Mónica M. Bernardo



REPORTAJE DE PORTADA

Presente y futuro de la IA en salud

Hablar de la Medicina del futuro supone hablar de tecnología, dado que ineludiblemente Medicina e Inteligencia Artificial (IA) van a ir de la mano desde el momento en el que hablamos de la digitalización de los procesos. La complejidad y el aumento de datos que se utilizan en la asistencia médica hacen que esta tecnología tenga muchas y numerosas aplicaciones, especialmente, en la toma de decisiones clínicas.

Pero no solo, ya que contamos con ejemplos de diferentes tipos de IA empleados para hacer diagnósticos, establecer tratamientos o mejorar la participación y adherencia de los pacientes que han demostrado que pueden funcionar igual o mejor que con la intervención humana. En este escenario, la actual pandemia ha supuesto un impulso en el desarrollo de la IA al tiempo que la salud digital es la que está ayudando a construir la realidad post-COVID. Sin embargo, su aplicación no está exenta de dificultades que tienen que ver con la ética en su uso y la seguridad en su funcionalidad.

Los inicios de la IA se remontan a los años 50, cuando Alan Turing, considerado el padre de la inteligencia artificial, escribiera sobre 'Computing machinery and intelligence' en la revista *Mind*. Desde entonces, su uso en las ciencias de la salud ha sido de lo más fructífero. El sistema pionero en este uso fue el MYCIN, de la Universidad de Stanford (EE.UU.), desarrollado para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades bacterianas. A partir de ahí se ha evolucionado teniendo por delante el potencial de transformar muchos aspectos de la atención del paciente.

Para explicar algunas de las aplicaciones que ya están funcionando en el campo de la salud, hay que puntualizar que la inteli-

gencia artificial no es una tecnología como tal, sino un conjunto de tecnologías o sistemas computacionales artificiales capaces de tener un comportamiento inteligente.

Máquinas inteligentes o *machine learning*

La automatización de los procesos mediante el uso de robots para que realicen tareas humanas es uno de los campos más desarrollados en salud. Para ello, no solo se utiliza la IA, sino que se va un paso más allá con el *machine learning* o aprendizaje automático.

La automatización de los procesos mediante el uso de robots para que realicen tareas humanas es uno de los campos más desarrollados en salud

Se basa en el empleo de máquinas capaces de aprender de la experiencia de su propio funcionamiento para el desarrollo y optimización de las tareas que se le han asignado. Y lo hacen procesando y

encontrando patrones en grandes conjuntos de datos de forma independiente que permiten mejorar su precisión de predicción. Una innovación que puede conducir a estrategias de atención más efectivas y holísticas que mejoren los resultados de salud en los pacientes.

Aprendizaje profundo

El aprendizaje profundo o *deep learning* es una de las formas más comunes de IA y su uso más frecuente en salud se centra en la Medicina de precisión, ya que predice qué protocolos de tratamiento pueden tener más éxito en un paciente en función de sus circunstancias y las terapias disponibles. Es una tecnología muy empleada en Radiología y Oncología para detectar lesiones potencialmente cancerígenas.

La velocidad de procesamiento y la infraestructura en la nube permiten que las aplicaciones de aprendizaje automático detecten anomalías en imágenes, más allá de lo

que el ojo humano puede ver por muy experimentado que esté, lo que ayuda a diagnosticar y tratar enfermedades. Se calcula que cualquier sistema de IA, para poder llegar a hacer predicciones, debe examinar, de entrada, al menos dos millones de datos.

Es un modelo que se ha utilizado para diagnosticar más de una veintena de afecciones de la piel, detección de retinopatías diabéticas, así como de tumores de mama metastásicos; predecir si un cáncer de próstata será agresivo o si es maligno uno en el pulmón. A juicio de Andrés Visus, profesor de ESIS, estamos ante la actividad más importante de la IA, ya que identifica, diagnostica y predice con una exactitud mucho mayor que la humana.

Dispositivos que escuchan como médicos

Otras de las tecnologías en las que grandes compañías como Amazon o Google han realizado grandes inversiones es en el campo de la procesamiento del lenguaje natural o NLP por sus siglas en inglés. Incluye aplicaciones como reconocimiento de voz, traducción y análisis de texto; y otros objetivos relacionados con el lenguaje con dos enfoques básicos: NLP estadístico y semántico.

En salud, esta tecnología se emplea en la creación, comprensión y clasificación de documentación clínica (notas, informes...) e investigaciones publicadas. También para transcribir interacciones de los pacientes a través de asistentes de voz como Alexa. Ya se pueden encontrar estos dispositivos en los centros médicos para tomar nota de las peticiones de los pacientes y ubicarlos en la especialidad correspondiente o para la realización de otras tareas administrativas.

Realidad virtual en salud

Entre otras nuevas tecnologías que también se están aplicando a la salud está la realidad virtual. Surgió a primeros de los

años 90, con la aparición de los videojuegos, y en Medicina ya cuenta con numerosos proyectos. Según un informe de Goldman Sachs, los proyectos de realidad virtual en salud facturarán los 5.000 millones de euros en el próximo lustro.

Desde la Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) reconocen que se trata de una tecnología empleada en muchos hospitales para la formación y el entrenamiento de los profesionales sanitarios en materias de prevención y realización de diferentes procedimientos a partir de sistemas de simulación. Otras aplicaciones se centran en su uso con pacientes que presentan estrés postraumático, para el control del dolor o, incluso, el diagnóstico de patologías como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Pese a ser una técnica muy utilizada y que ofrece una infinidad de aplicaciones, desde AIES reconocen que es necesario realizar más estudios que validen sus beneficios en el campo sanitario.

IA en la práctica clínica oncológica

Ahondando en la aplicación práctica de estas tecnologías en las diferentes disciplinas médicas, el Grupo de Radiómica del Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) ha desarrollado un nuevo modelo radiómico basado en la aplicación de modelos de IA en las imágenes de tomografía computarizada previa al tratamiento. De esta manera, consiguen identificar qué pacientes con tumores serán respondedores a la inmunoterapia. En palabras de la investigadora principal, Raquel Pérez-López, esta tecnología permite extraer información "infinitamente mayor que la que se obtiene solo con la observación de un especialista".

Para la genómica en el campo de la Oncología de precisión, esta tecnología se está mostrando de gran utilidad, ya que cada tumor es único y no siempre se ajustan a





REPORTAJE DE PORTADA

Presente y futuro de la IA en salud

un protocolo común. Con técnicas de IA se pueden desarrollar tratamientos y diagnósticos totalmente personalizados.

Los procesos de secuenciación masiva en esta especialidad cuentan con la ventaja de poder desarrollar terapias personalizadas más eficaces y menos tóxicas. El problema surge a la hora de analizar la gran cantidad de datos salientes y variables, un ámbito en el que tanto el *machine learning* como el *deep learning* son capaces de automatizar su procesamiento y sacar conclusiones del análisis de los mismos, utilizando modelos computacionales como las redes neuronales artificiales. Así lo resume el oncólogo Jesús García-Foncillas en la monografía “Inteligencia Artifi-

cial en el campo de la Salud”, editada por la Fundación Merck Salud.

Las plataformas de secuenciación masiva y los algoritmos diseñados para detectar e interpretar las variantes tumorales están diseñadas para elegir el fármaco y el tratamiento más indicado en cada caso. No obstante, para ello, las herramientas predictivas han de contar con grandes cantidades de datos de pacientes con seguimiento clínico que permitan el entrenamiento de los modelos.

Detección de alzhéimer o párkinson

En ese mismo sentido, en el campo de la Neurología, son muchos los proyectos

de IA que están orientados al diagnóstico de las enfermedades. Conocer qué personas pueden desarrollar ciertas enfermedades neurológicas mediante el uso del aprendizaje automático que analiza las imágenes obtenidas por resonancia magnética. O bien, modelos basados en el uso de biomarcadores que actúan como indicadores de la enfermedad que se utilizan en el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL) o la enfermedad de Alzheimer.

En el caso del párkinson, pese a que se trata de una dolencia más compleja de diagnosticar, en especial, en las fases tempranas, existen programas que utilizan la IA orientados al análisis de las alteraciones de la voz o hipofonía. Incluso existen algoritmos de clasificación diseñados para discriminar positivamente a las personas con esta patología frente a otras con síntomas similares, como es el caso de la parálisis supranuclear progresiva (PSP).

Con técnicas de IA se pueden desarrollar tratamientos y diagnósticos totalmente personalizados en el campo de la Oncología de precisión



Prevenir la recurrencia del ictus

En la Universidad Vall d'Hebron, recientemente, están trabajando en el uso de la IA para identificar los factores más importantes del ictus con el fin de prevenir la recurrencia de los accidentes cerebrovasculares a los tres y 12 meses a nivel individual. Conocer este riesgo tiene un gran valor clínico para médicos y pacientes, ya que pueden centrarse en la prevención del mismo y en la respuesta rápida a la enfermedad.

También se está trabajando en modelos de aprendizaje automático en el manejo de la epilepsia, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o las cefaleas. Y, al igual que en otros campos de la salud, esta tecnología mira hacia la Medicina Personalizada con proyectos que usan grandes bases de datos y *machine learning* para generar un modelo matemático que permita predecir las terapias que mejor van a funcionar en un determinado paciente.

Aplicaciones en otras especialidades

Pero la IA no es exclusiva de la Neurología o la Oncología, sino que también se han desarrollado algoritmos verificados para su uso en Dermatología y Gastroenterología. Y hay equipos en el área cardiovascular trabajando en la discriminación de miocardiopatías individuales, en el diagnóstico precoz de la fibrilación auricular, las insuficiencias cardíacas y las valvulopatías. De hecho, el *machine learning* puede ser esencial en la evaluación pronóstica de las enfermedades cardiovasculares y determinar el riesgo de nuevos eventos con mucha precisión.

En el campo de la reproducción asistida se han dado los primeros pasos para crear algoritmos que permitieran determinar, mediante criterios objetivos previamente definidos, cuál es el mejor embrión para transferir y el que tenga mayor probabilidad de embarazo.

¿QUÉ HA SUPUESTO LA COVID-19 PARA LA IA Y VICEVERSA?

La pandemia propiciada por el SARS-CoV-2 ha supuesto un impulso para la inteligencia artificial al poner sobre la mesa la necesidad de lograr resultados en tiempo récord: la vacuna, métodos de diagnóstico y tratamiento, etcétera. Por otro lado, la propia pandemia, a su vez, podríamos decir que fue predicha por un sistema de IA. Lo hizo la compañía Blue-Dot que emplea el *machine learning* para detectar brotes de enfermedades infecciosas, alertando sobre el inusual aumento de casos de neumonía en Wuhan, China; aunque, en este caso, la predicción no sirvió de mucho.

Sin embargo, los datos acumulados de pacientes infectados por COVID-19 de cuatro nacionalidades han servido para el proyecto Big COVIData que ha utilizado una metodología de análisis basada en inteligencia artificial. Se trata del primer estudio internacional, impulsado por Savana, que aplica *Big Data*, el aprendizaje automático y el procesamiento natural del lenguaje para definir las características clínicas y los factores predictivos de la evolución de los pacientes.

Para el doctor Ignacio Hernández Medrano, director médico y fundador de esta compañía, "tendemos a pensar que el *machine learning* en Medicina nos ayuda a clasificar para el diagnóstico y cribado de pacientes, pero también nos ayuda a predecir y a anticiparnos, a estratificar el riesgo con una precisión que, de otro modo, no podríamos hacer", argumenta.

Resultados del Big COVIData

El Big COVIData es uno de los estudios más amplios realizados hasta el momento y ha aportado datos muy relevantes sobre el impacto de esta infección en distintos grupos de población con enfermedades respiratorias crónicas.

Además, gracias al estudio, se han logrado identificar las características del perfil de un enfermo de COVID-19 candidato a ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), una vez diagnosticado como positivo. "Podemos predecir qué enfermo va a acabar en la UCI desde el momento en el que llamaba al centro de salud", indica el doctor José Luis Izquierdo, jefe de Neumología del Hospital de Guadalajara y uno de los especialistas que ha participado en el estudio.

Medrano, quien también es neurólogo y subdirector del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), destaca que la ventaja que ha aportado el Big COVIData es que el ensayo clínico tiene una buena eficacia, pero con una mala validez externa, ya que no siempre consigue reflejar la realidad sanitaria de la población.

Fortalezas del uso de IA

En ese sentido, la IA puede aportar ventajas adicionales que se han quedado demostradas con el proyecto Big COVIData. Medrano refiere tres fortalezas principales: la rapidez de análisis de una gran cantidad de datos de manera casi inmediata, la reutilización de la evidencia científica generada por los clínicos y la detección y asociación de variables exploratorias, abriendo nuevas líneas de trabajo.





REPORTAJE DE PORTADA

Presente y futuro de la IA en salud



El proyecto está abierto a una siguiente fase de investigación donde se pretende avanzar en el conocimiento clínico global y el desarrollo de tratamientos efectivos contra el coronavirus, haciendo uso de nuevas herramientas tecnológicas.

Otras aplicaciones

Asimismo, cuatro hospitales públicos madrileños gestionados por Quirónsalud –los hospitales universitarios Fundación Jiménez Díaz, el Rey Juan Carlos, el Infanta Elena y el General de Villalba– han implantado un método basado en IA que permite pronosticar en tiempo real la progresión de muchos pacientes afectados por COVID-19. Una herramienta que, además de mejorar los resultados clínicos agilizando la actuación médica, permite optimizar la eficiencia al poder prever los recursos que el centro va a necesitar.

Otro proyecto es BIGSALUD2, desarrollado por el Instituto Tecnológico de Informática (ITI), en el que investigan cómo detectar COVID-19 a través de la imagen médica de tórax mediante la inteligencia artificial.

Armonización y uso de los datos

En todos estos proyectos, se hace necesario pensar en el uso de grandes bases de datos médicos personales y la necesidad de anonimización, armonización y de plataformas computacionales consensuadas para procesarlos, el *Big Data*. El doctor Xosé Ramón García Bustelo propone, en la monografía anteriormente mencionada, el uso de sistemas en la nube y supercomputación que permitan el almacenamiento seguro y procesado de la información de forma eficiente.

Sin embargo, esto que *a priori* puede parecer sencillo cuenta con serias complicaciones en la práctica, ya que habrá que establecer fórmulas que permitan compartir información entre investigadores y empresas de manera pública. Además, será necesaria una regulación y un cambio normativo para acceder a estos datos que pueden contener referencias genéticas de la identidad de los pacientes.

Los problemas éticos

En este sentido, la implantación de esta tecnología debe enfrentarse también a la resolución de los problemas éticos que puede plantear. Fernando Abellán-García, director de Derecho Sanitario Asesores, subraya que hay que insistir en asegurar que se respeten los derechos y valores de los ciudadanos.

Con técnicas de IA se pueden desarrollar tratamientos y diagnósticos totalmente personalizados en el campo de la Oncología de precisión

En este sentido, la implantación de esta tecnología debe enfrentarse también a la resolución de los problemas éticos que puede plantear. Fernando Abellán-García, director de Derecho Sanitario Asesores, subraya que hay que insistir en asegurar que se respeten los derechos y valores de los ciudadanos.

El actual contexto de la pandemia ha disparado la utilización de los servicios de videoconsulta, “lo que hace necesario que se creen nuevos protocolos de actuación que tengan en cuenta

el respeto a la dignidad personal”, indica. Asimismo, los sistemas y procesos de trabajo deben garantizar la supervisión y el control humanos, permitiendo que las personas puedan adoptar determinadas decisiones vitales por su propia cuenta y no depender de las máquinas, alega el experto.

Abellán-García concluye que la normativa sobre daños por productos defectuosos y la regulación en materia de responsabilidad civil resultan insuficientes para garantizar la adecuada cobertura de la responsabilidad por los daños que se causen a los pacientes a raíz de la asistencia sanitaria mediante sistemas de IA. “En este sentido, como apunta la Comisión Europea, el legislador europeo y nacional deberán afrontar modificaciones para contemplar esta nueva realidad”.

Por su parte, Federico de Montalvo, presidente del Comité de Bioética de España, ha subrayado que estamos preparados jurídicamente para afrontar los riesgos que pueden suscitar las nuevas tecnologías, como, por ejemplo, la ciberseguridad. Y señala un marco de gobernanza que implique a la industria, a los poderes públicos y a los pacientes”.

Complejidad de implantación

En cuanto a su implantación en el Sistema Nacional de Salud (SNS), a juicio del doctor Jaime del Barrio, presidente de la Asociación Salud Digital (ASD), la escasez de recursos humanos especializados en el uso de estas tecnologías y los riesgos técnicos para su implantación en la Medicina actual son las principales barreras a las que se enfrenta la IA en su implantación.

“Las soluciones basadas en IA –explican– juegan un papel crucial en la organización de los sistemas sanitarios modernos y exponen su máximo potencial en tiempos de crisis”, por lo que se necesita de una infraestructura que conecte todas las partes del sistema, facilite la interoperabilidad y permita el flujo de datos clínicos, asegura.

Del Barrio subraya que no hay que olvidar que incorporar la IA a la asistencia sanitaria supone introducir aplicaciones nuevas que afectan a los procesos de la atención al paciente y que no deben afectar al servicio. Podrán mejorar, optimizar, integrar o



automatizar, pero no afectar negativamente o interrumpir el servicio.

“Un amplio número de soluciones de IA viene dado por la codificación de guías y protocolos clínicos existentes a través de un sistema previamente establecido. A partir de ahí, podemos iniciar un camino desde el que pueden avanzar los modelos posteriores al tiempo que aprenden de los datos que van obteniendo”, señala.

Seguridad en la funcionalidad

Lo cierto es que la IA está cada vez más presente en nuestras vidas y, a medida que aumente su uso, dependeremos más de ella, por lo que es esencial un buen manejo de esta tecnología. Su funcionalidad y su seguridad son

aspectos esenciales a tener en cuenta, en especial, en el campo sanitario.

Un uso incorrecto puede llevar a que se emplee justamente para todo lo contrario para lo que ha sido diseñada, una idea que asusta solo de pensarla. Por poner un ejemplo,

El machine learning puede ser esencial en la evaluación pronóstica de las enfermedades cardiovasculares y determinar el riesgo de nuevos eventos con mucha precisión

se podría diseñar un algoritmo de visión artificial que procese datos para conocer su propio funcionamiento. Es lo que se denomina ‘muestra antagónica’ y, además, permite que sea manipulable. A partir de ahí, sería fácil crear patrones erróneos para

dominar la IA con el fin de que detecte algo que no existe o haga algo que no debe.

Para Amparo Alonso Betanzos, presidenta de la Asociación Española para la Inteligencia Artificial (AEPIA), lo primero que

debemos hacer es cuestionarnos qué tipo de sistema inteligente queremos en Medicina. Respondiendo a su propia pregunta, señala que “debe empoderar a los clínicos, permitir aumentar la rapidez y la calidad de la atención y reducir los costes”. Sin olvidar que esta tecnología tendría que servir para incrementar el tiempo de calidad que los clínicos dedican a la atención de sus pacientes.

Para ello, se necesita de un cambio tecnológico en los hospitales, además de un cambio cultural y social que asegure una implantación positiva de la tecnología en los profesionales y en los pacientes. Pero también es necesario avanzar en temas de confidencialidad y privacidad en el uso de los datos. “Debemos enfocar el desarrollo de los sistemas de IA desde una perspectiva multidisciplinar y con un alineamiento claro con los aspectos éticos, legales y sociales”, resume Alonso Betanzos ■



Nuestra prioridad
en la **reforma sanitaria**
pasa por reforzar el
primer nivel
asistencial
y acabar con la
precariedad laboral

Tomás Cobo Castro

Presidente de la Organización Médica Colegial de España

Texto | Mónica M. Bernardo Fotos | OMC y EL MÉDICO



ENTREVISTA Tomás Cobo Castro

“Nuestra prioridad en la reforma sanitaria pasa por

reforzar el primer nivel asistencial y acabar con la precariedad laboral”

La actual situación del Sistema Nacional de Salud, empeorada por el duro impacto de la pandemia de la COVID, ha puesto sobre la mesa la urgente necesidad de reformular el modelo sanitario y reforzar aquellos aspectos de los que más adolece. En este escenario, no cabe duda de que los profesionales sanitarios, en su conjunto, y los médicos, en particular, deben jugar un papel protagonista para mejorar su eficacia y eficiencia. Para conocer cuáles son sus principales necesidades, sus demandas y sus propuestas para la reformulación de un modelo que garantice la asistencia de calidad y la sostenibilidad del sistema, en EL MÉDICO hemos hablado con el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), el doctor Tomás Cobo Castro.

Estamos en plena reconstrucción del Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles deben ser los ejes de actuación que se deben seguir para fortalecer el sistema y mejorar la situación de los médicos españoles?

Es urgente abordar distintos escenarios para reflotar nuestro sistema sanitario. Me gustaría empezar hablando de la Atención Primaria (AP), puerta de acceso a la atención sanitaria y que desde hace años sufre un deterioro y una deriva que la han llevado a una situación actual de extrema debilidad. Es necesario reforzar el primer nivel asistencial y efectuar los cambios que ya han sido trasladados a las administraciones por el Foro Nacional de Médicos de Atención Primaria y que abarcan los puntos incluidos en un decálogo que ha sido, además, recientemente revisado por este Foro. Una financiación suficiente y plantillas adecuadas son un buen punto de partida para que nuestra AP pueda empezar a recuperarse. Y no hablamos solo de incrementar la partida presupuestaria para esta especialidad, sino también para la Sanidad en su conjunto, hasta alcanzar el siete por ciento del PIB. También, es importante eliminar la precariedad, que afecta a un altísimo porcentaje de profesionales, la alta tasa de temporalidad de los contratos o las diferencias entre salarios y condiciones laborales entre sistemas de salud dentro de un mismo país. Los salarios, en España, están por debajo de los de nuestros co-

legas en Europa. En este sentido, desde la Organización Médica Colegial apostamos por una co-gobernanza liderada por el Ministerio de Sanidad y vehiculizada a través del Consejo Interterritorial. Y otro aspecto fundamental es el abordaje del progresivo distanciamiento que se ha producido entre la Atención Primaria y la Hospitalaria. Urge crear sinergias que les hagan converger.

En su toma de posesión, hace tan solo unos meses, habló de la necesidad de un gran pacto sanitario con visión de futuro. Háblenos sobre ello.

Para diseñar todas las medidas que apuntaba y otras tantas, es fundamental el Pacto por la Sanidad que la profesión médica lleva demandando desde hace años y que proviene de una reforma profunda y técnica; que sea consensuado con los profesionales, que cuente con el aval de todas las fuerzas políticas alejado de intereses, que no suponga parches, sino que tenga visión de futuro, y que esté enmarcado en un contexto europeo. Aunque lo iremos desgranando, se podría resumir en un incremento de la financiación sanitaria, atender la delicada situación de precariedad laboral, que

afecta hasta al 50 por ciento de los profesionales; y equiparar los salarios de los médicos españoles a los del entorno europeo. Otros puntos son facilitar el tiempo que los profesionales podemos dedicar a nuestra formación y a la investigación; reforzar la Atención Primaria de forma real con plantillas suficientes y financiación adecuada; y modernizar el modelo de atención socio-sanitaria –cuya debilidad ha quedado en evidencia durante la pandemia–. Y tampoco nos podemos olvidar de consultar a la profesión médica para la redacción y elaboración de leyes que afectan a la práctica clínica y generar todos esos acuerdos que tengan como único fin el mantenimiento de nuestro modelo sanitario actual público y basado en la equidad, igualdad, calidad y solidaridad.

Ahondando un poco más, ¿cuáles son las prioridades que se ha planteado llevar a cabo, a corto y largo plazo, desde la OMC durante su mandato?

Mi principal prioridad es que la institución sea lo más útil posible para los médicos y las médicas, en todos los ámbitos que afectan al ejercicio profesional y al día a día de nuestros compañeros; y esto exige, efectivamente, acciones a corto y largo plazo. De momento, ya estamos inmersos en un plan de digitalización que agilice trámites, procedimientos y que nos haga adaptarnos a las necesidades presentes y futuras de la profesión y que están, sin duda alguna, ligadas a una modernización de una institución que debe evolucionar al ritmo de la propia sociedad. Durante mi mandato, me gustaría que fuésemos lo

Una financiación suficiente y plantillas adecuadas son un buen punto de partida para que nuestra AP pueda empezar a recuperarse

más útiles posible para los compañeros y las compañeras en formación médica, una exigencia y responsabilidad que tenemos a lo largo de toda nuestra vida profesional. Para ello, desde las instituciones tenemos que trabajar potenciando e impulsando todas las acciones formativas que se desarrollan en los 52 Colegios de Médicos de España, incluyendo competencias transversales y los conocimientos y habilidades propios de cada especialidad. Y dentro de la formación, también tenemos que enfocar nuestros esfuerzos a la acreditación libre de conflicto de intereses y en el contexto internacional. Igualmente, planteo que seamos útiles desde nuestra Fundación para la Protección Social; es decir, que sigamos identificando las necesidades de los compañeros en situación de vulnerabilidad económica o emocional y cubrir esa demanda, ayudando a nuestros propios compañeros como esencia de nuestra profesión. Y, desde la Fundación para la Cooperación Internacional, les facilitemos seguridad, herramientas y contactos a los médicos cooperantes y voluntarios que necesitan para que su acción en el terreno sea efectiva. En este sentido, me gustaría destacar la iniciativa de la Facultad de Medicina Panafriicana, por y para África, para el cuidado de la salud en el entorno rural. Y, por supuesto, me gustaría seguir trabajando en solucionar temas que preocupan a la profesión, como las agresiones a médicos, que lejos de descender aumentan cada año en nuestro país. También hay que continuar con una vigilancia activa en contra de las pseudociencias, el intrusismo y las sectas sanitarias, para proteger a los ciudadanos; construir la igualdad real que nos demanda la sociedad y la creciente

Que tengamos a un 50 por ciento de compañeros que padecen el síndrome del trabajador quemado o *burnout* y que un 33 por ciento de compañeros admita que se jubilaría, si pudiera hacerlo, es el resultado de años de deriva



feminización de nuestra profesión; revisar nuestro Código Deontológico y fomentar la proyección internacional de la profesión médica española, en los organismos internacionales que representan a los médicos. Todo esto, sin olvidar que –como institución– debemos caminar en una línea de colaboración con las Administraciones para reformar nuestro modelo sanitario y garantizar su sostenibilidad, tal y como está concebido. E insistir en las necesidades de

los propios profesionales, especialmente las relativas a reducir una precariedad laboral y equiparar los salarios a los de los médicos europeos e, incluso, igualarlos dentro del mismo Sistema Nacional de Salud, evitando situaciones discriminatorias en las que un médico tiene un salario distinto al de otro médico por el mismo trabajo dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que ejerza.

Centrándonos en la situación concreta de los médicos en España, ¿estamos mejor que hace años o seguimos arrastrando los errores de los últimos años?

Que tengamos a un 50 por ciento de compañeros que padecen el síndrome del trabajador quemado o *burnout* y que



ENTREVISTA Tomás Cobo Castro

un 33 por ciento de compañeros admita que se jubilaría, si pudiera hacerlo, es el resultado de años de deriva. Más de 5.000 agresiones a médicos comunicadas a los Colegios de Médicos durante los últimos 10 años, y en aumento, es consecuencia de años. Profesionales sumidos en el agotamiento físico y mental, sometidos a graves situaciones de estrés por la sobrecarga asistencial evidencia años de falta de inversión y de acciones para la mejora de su situación. Y una pandemia de dimensiones extraordinarias. Todo ello, no ha hecho más que agravar todas las carencias que ya arrastraba nuestro sistema sanitario desde hace años y esos errores a los que hace referencia. La consecuencia es, como he dicho, que los médicos estemos hartos.

La pandemia ha hecho mucha mella en los médicos. De hecho, el programa PAI-

ME refleja que el 37 por ciento de los médicos ha tenido problemas de salud mental y otras adicciones. ¿Qué soluciones se deben poner en marcha para apoyar más y mejor a los médicos?

En efecto, la pandemia ha impactado en los médicos y los casos tratados en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, PAIME, de nuestra Fundación para la Protección Social a Médicos, han aumentado en un 37 por ciento, como hemos tratado recientemente en el último Congreso PAIME celebrado en Cádiz. Nos preocupa, especialmente, la incidencia creciente de casos entre los médicos jóvenes menores de 30

En nuestra profesión, la formación médica continuada es necesaria para la mejora continua de nuestros conocimientos y habilidades y, además, es un deber deontológico

años. Como parte de la solución, se debería prestar atención a la situación que viven los médicos y enfocarnos en prevenir este tipo de situaciones dramáticas en las que los profesionales caen en adicciones o problemas mentales. Otras medidas las he apuntado antes y tienen que ver con eliminar la precariedad, la temporalidad y la inestabilidad que afecta a los profesionales más jóvenes y a los MIR. Son situaciones que les genera situaciones de incertidumbre, de falta de oportunidades y de futuro o de proyección profesional en nuestro país. En

ese sentido, hay que estructurar plantillas adecuadas y ofrecer los recursos suficientes para que los médicos podamos hacer nuestro trabajo en un contexto laboral óptimo. La Administración ha de facilitar nuestro tiempo para la formación continuada y para la investigación, que contemos con programas de atención a la salud mental de los profesionales y que se vigilen las especialidades que se ha visto que son más vulnerables: Anestesiología, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría o Psiquiatría.

En lugar de mejora, la pandemia también ha traído un empeoramiento de la situación laboral profesional con contratos exprés. ¿Cuál es la receta para cambiar la situación?

En primer lugar, hay que revertir esa precariedad contractual, sobre todo, en las especialidades más afectadas como la Medicina Familiar. Es imposible conocer a la familia o a la comunidad con contratos de días o de horas. En este punto, me gustaría señalar que estamos hondamente preocupados por la restricción de contratos a muchos profesionales que fueron contratados durante la pandemia y que, ahora, no son renovados.



En lo que se refiere a la formación médica continuada tan necesaria en Medicina, ¿qué necesidades tiene la profesión?

En nuestra profesión, la formación médica continuada es necesaria para la mejora continua de nuestros conocimientos y habilidades y, además, es un deber deontológico. Así lo recoge el artículo 7 de nuestro Código Deontológico, indica que “la formación continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional”. Pero, paradójicamente, el tiempo del que disponemos para ello es de cinco días al año, lo que es, claramente insuficiente. Necesitamos tener más tiempo para poder dedicarlo a esa formación que no tiene que centrarse solo en los conocimientos específicos de cada especialidad que, ahora, está en manos de las sociedades científicas. Sino que deben incluirse competencias transversales, como la ética médica, la comunicación, los valores del profesionalismo, etcétera, una tarea que, en este caso, corresponde a los colegios de médicos.

En ese sentido, ¿qué va a aportar el reconocimiento profesional con créditos europeos?

Efectivamente, hace unos días, hemos firmado un convenio con la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) y el Ministerio de Sanidad y hemos presentado el proceso de acreditación de actividades de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) con créditos europeos de Formación Médica Continuada (FMC). Cuando hablamos de formación, también tenemos que hablar de su acreditación. Esta acreditación se va a hacer a través de SEAFORMEC que es la entidad médica española acreditadora para el DPC y la FMC. Esto quiere decir que, desde el 2 de noviembre, médicos y especialistas en Ciencias de la Salud pueden reconocer actividades de DPC que no están consideradas actividades estándar de Formación Médica Continuada, lo que supone un gran avance. Este reconocimiento es una gran oportu-

nidad para los profesionales, dado que promueve la acreditación de forma rápida, fácil, económica y en español, a través de la plataforma de SEAFORMEC. Con este sistema se internacionaliza la acreditación de las actividades formativas que se desarrollan en entornos pequeños como centros de salud o Colegios de Médicos en cualquier lugar de Europa. Esto ayudará a los médicos a progresar en su carrera profesional.

En la actualidad, la formación de los médicos no sería viable sin la colaboración de la industria farmacéutica. ¿Comparar código deontológico para desarrollar esa labor sin que existan injerencias?

La colaboración de la industria farmacéutica en la formación médica continuada a lo largo de los últimos 30 años es innegable. Es nuestro deber reforzar, sin ninguna duda, nuestra colaboración, pero basándonos en que esté libre de cualquier conflicto de intereses y en el marco de nuestro Código de Deontología Médica y del Código de Buenas Prácticas de la industria. Una vez más, apelo a la colaboración y a que identifiquemos, juntos, los problemas que ha habido en el pasado, creando sinergias para solucionarlos en beneficio de todos nuestros colegiados y de la sociedad.

Nos mencionaba antes la necesidad de reforzar la Atención Primaria como principal vía de entrada de los pacientes al SNS. ¿Ha podido estudiar el Plan Integral de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid? ¿Qué valoración le merece?

Dada la urgencia por reflatar la Atención Primaria, cualquier plan de mejora es positivo. El plan presentado por la Comuni-

dad de Madrid incluye, entre otros puntos, acciones para aumentar la capacidad de decisión de los médicos en la gestión de las consultas, algo que es esencial. Además, apuesta por la creación de más plazas para los profesionales y contratos más estables, algo que valoramos muy positivamente. Esperamos que esta iniciativa sea verdaderamente ejecutiva y se lleve a la práctica, dando a la Atención Primaria el oxígeno que tanto necesita.

En la fase inicial de la pandemia, nuestro Sistema Nacional de Salud ha sido capaz, a pesar de la extrema dificultad, de adaptarse y soportar el fuerte impacto

Como máximo representante de los médicos españoles, háganos una radiografía de la Sanidad española frente a la de los países de nuestro entorno.

Si tenemos que sacar una lectura positiva de la pandemia, dentro de esta tragedia que ha situado a la humanidad al borde del abismo, me gustaría destacar dos cosas. Por un lado, que, en la fase inicial de la pandemia, nuestro Sistema Nacional de Salud ha sido capaz, a pesar de la extrema dificultad, de adaptarse y soportar el fuerte impacto. Hablo de la capacidad que hemos tenido de habilitar áreas para el cuidado de pacientes críticos en tiempo récord y la activa participación, colaboración y versatilidad de todas las especialidades médicas. En segundo lugar, en la fase de inmunización, actualmente España cuenta con alrededor de un 80 por ciento de población con la pauta de vacunación completa, lo que nos sitúa en el top de los países de Europa y del resto del mundo. Esto se debe, en gran parte, a nuestro modelo de sistema de salud universal, público y gratuito que, junto con la educación, es eje del Estado del Bienestar y pilar de la justicia social ■

Esta entrevista se realizó a principios del mes de noviembre, por lo que las cifras de la población vacunada con pauta completa son de dicho momento.





La **investigación**
es la mejor herramienta
para la **formación**
y una garantía
para los **pacientes**
con **cáncer**
y para la **sociedad**

Enriqueta Felip

Presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

Texto | Clara Simón Vázquez Fotos | FACME



“La investigación es la mejor herramienta para la formación y

una garantía para los pacientes con cáncer y para la sociedad”

Enriqueta Felip acaba de llegar a la presidencia de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Apuesta por seguir reforzando la formación y la investigación. Se declara defensora del trabajo en equipo, ya que es la única manera de seguir avanzando en mejores opciones para los pacientes y familias.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la Junta Directiva de SEOM?

Trabajaremos reforzando los programas existentes, pero también introduciendo iniciativas en sintonía con la rápida evolución de la Oncología. Así, queremos reforzar a SEOM como punto de encuentro para dar respuesta conjunta a las necesidades de los pacientes y familias. Posicionaremos a SEOM y a los pacientes en el centro de la Medicina de Precisión, no solo en el tratamiento sino también en la prevención y en el diagnóstico precoz. Además, trabajaremos para garantizar el acceso a estrategias de consejo genético, prevención, cribado, procedimientos diagnósticos y moleculares, acceso a fármacos oncológicos y cuidados paliativos.

¿Es prioritaria la formación?

En formación, vamos a promover programas educacionales en áreas emergentes como la Medicina Traslacional, inteligencia artificial y big data.

¿Cómo se articula la formación de sus asociados y de los médicos en formación?

La formación continuada para los profesionales implicados en el abordaje del cáncer es uno de los objetivos prioritarios de SEOM, que desarrolla numerosas iniciati-

vas tanto en formato presencial como online. Nuestro deber es garantizar la seguridad de los pacientes y los abordajes más actuales y eficaces, y nuestra responsabilidad es que los profesionales tengan una formación óptima y constante.

¿Qué se prioriza en la formación?

SEOM proporciona programas de formación priorizando elementos como excelencia, calidad e independencia para asegurar que los profesionales dispongan de herramientas que garanticen unos conocimientos actualizados y continuos para el ejercicio de su profesión. Uno de nuestros objetivos será reforzar también las iniciativas educativas de SEOM para pacientes y familias.

¿Cuáles son las actividades principales?

La principal actividad es el congreso anual, junto con el Máster SEOM, que se trata del primer máster en español en Oncología Médica. Además, SEOM ha desarrollado un campus virtual, un espacio que da cabida a webinars formativos de diferentes temas de interés y que pone a disposición de los socios de SEOM y de las Secciones y Grupos de Trabajo de SEOM. Destacaríamos las excelentes iniciativas de la Sección +MIR, que da soporte a los residentes, adjuntos jóvenes y tutores de residentes, ofreciendo formación específica, como la jornada de tutores de residentes y el curso sobre control de síntomas y terapia de soporte, que está dirigido a los residentes de los prime-

ros años e incluye una serie de capacitaciones y habilidades transversales muy relevantes.

¿Y la investigación?

Respecto a investigación, continuaremos apostando por el programa de Premios y Becas SEOM, dotándolo de todos los recursos posibles para fomentar la investigación en cáncer en España, fundamental para continuar avanzando. Consolidaremos a SEOM como punto de encuentro de los Grupos Cooperativos de Investigación en Cáncer y fomentaremos el diagnóstico y tratamiento multidisciplinar reforzando las alianzas con otras sociedades científicas. Queremos desempeñar un papel activo en el desarrollo, implementación y seguimiento de planes estratégicos en cáncer.

¿Qué relación hay entre la formación y la investigación?

Educación, una atención de excelencia e investigación son elementos claves para garantizar las mejores opciones para los pacientes. La investigación es imprescindible para lograr avances en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer que permitan alcanzar una mayor tasa de curaciones, una supervivencia más prolongada y una mejor calidad de vida de los pacientes oncológicos. La investigación es la mejor herramienta para nuestra formación y es una garantía para los pacientes con cáncer y para la sociedad.

La mayor parte de nuestros recursos los destinamos a la formación de los profesionales y a impulsar la investigación mediante la convocatoria anual de becas

¿Qué recursos destinan a estos objetivos?

La mayor parte de nuestros recursos los destinamos a la formación de los profesionales y a impulsar la investigación mediante la convocatoria anual de becas para la financiación de estancias de oncólogos médicos en centros de referencia internacionales, becas de intensificación y de retorno y becas para proyectos de investigación.

¿Qué papel tienen los Grupos Cooperativos en Investigación en Cáncer?

Los Grupos Cooperativos son clave para promover una investigación de excelencia que pueda responder a preguntas académicas de gran interés y con un abordaje multidisciplinar. Una colaboración estrecha con los Grupos Cooperativos es fundamental para SEOM y elaboramos de manera conjunta un dossier que aglutina la actividad investigadora y formativa de estos grupos. En el dossier más reciente se pone de manifiesto que en la última década los Grupos Cooperativos españoles han promovido más de 550 ensayos clínicos en los que se han incluido aproximadamente 60.000 pacientes y que han contribuido en avances muy relevantes en Oncología.

¿Qué papel tiene la investigación española en el campo de los ensayos clínicos?

Los oncólogos españoles tienen un papel clave y de liderazgo en la investigación clínica a nivel internacional. La excelente actividad en ensayos clínicos académicos e investigación traslacional está ligada a Grupos Cooperativos Españoles y a los programas del Instituto de Salud Carlos III. Además, existe una importante co-

Los oncólogos españoles tienen un papel clave y de liderazgo en la investigación clínica a nivel internacional

laboración entre los centros para favorecer el acceso de los pacientes a los ensayos clínicos disponibles y que amplíen sus opciones terapéuticas.

¿Cómo está organizado ese trabajo?

La limitación que tenemos en España es que este trabajo en red no está organizado a nivel administrativo, sino que depende de la implicación particular de cada uno de los profesionales que tratan a los pacientes. Es fundamental apoyar la investigación y el acceso a ensayos clínicos que suponen una oportunidad terapéutica para los pacientes y un alivio en el coste de los fármacos para el sistema sanitario. Tenemos el

reto de una reestructuración institucional muy clara en ese sentido.

¿Dónde se centran las nuevas vías de investigación?

Existen diferentes grupos de investigación, cada uno de ellos especializado en el abordaje de diferentes áreas en el campo de la Oncología. Destacaría la búsqueda de nuevas alteraciones moleculares oncogénicas responsables del tumor para poder realizar tratamientos dirigidos, así como la identificación de mecanismos moleculares de resistencia que permitan optimizar y avanzar en un tratamiento individualizado. Hay una investigación muy activa en ahondar en un mayor conocimiento sobre los mecanismos de acción antitumoral de la inmunoterapia, nuevas combinaciones y nuevas estrategias (terapia celular adoptiva). Otra línea relevante es la monitorización de la enfer-





medad con técnicas como la biopsia líquida y la posible implicación y detección de la enfermedad mínima residual tras los tratamientos radicales. Por último, comentar la investigación que aborda un posible manejo individualizado en prevención y diagnóstico precoz del cáncer.

¿Cuál es la participación de los grupos españoles en la investigación internacional?

A pesar de las limitadas ayudas en la investigación, los científicos españoles tienen un alto reconocimiento en el ámbito internacional con un importante trabajo colaborativo con otros grupos de investigación en otros países. Esto se identifica con la participación de grupos españoles en importantes proyectos internacionales, así como en presentaciones y publicaciones de alto nivel científico.

¿Qué relación tienen con las sociedades europeas e internacionales?

SEOM tiene excelentes relaciones de colaboración con las sociedades internacionales. Es importante destacar que oncólogos españoles ocupan posiciones de liderazgo en sociedades científicas internacionales, lo que facilita una excelente relación e iniciativas conjuntas. Seguiremos trabajando para reforzar la presencia internacional de SEOM, tanto en Europa, intensificando sinergias con ESMO, como en Portugal e Hispanoamérica.

¿Goza de buena salud la Oncología española?

La Oncología española goza de buena salud en lo que respecta a una atención y cuidado de excelencia de los pacientes,

nos encontramos a la vanguardia de la Oncología y hay una gran actividad investigadora, que permite que nuestros pacientes reciban los tratamientos más innovadores. Sin embargo, esto es a expensas de un enorme esfuerzo por parte de los profesionales, ya que, en muchos, casos las plantillas de Oncología Médica están infradimensionadas y tenemos algunas situaciones de precariedad laboral. Además, hay algunos aspectos que se deberían mejorar, puesto que necesitamos

En muchos casos, las plantillas de Oncología Médica están infradimensionadas y tenemos algunas situaciones de precariedad laboral

que los biomarcadores se incorporen en la cartera de servicios del SNS y que el acceso a fármacos oncológicos innovadores sea más rápido, con una evaluación más ágil y transparente e incluyendo criterios clínicos para establecer el valor de los mismos.

¿Y la Medicina de Precisión?

La Medicina de Precisión en Oncología consigue que el diagnóstico sea más preciso, ya que incorpora la determinación de biomarcadores y otros test que nos permiten seleccionar los tratamientos más eficaces y seguros para cada paciente. El tratamiento individualizado en función de biomarcadores mejora la supervivencia de los pacientes en varias situaciones clínicas. Una de las limitaciones actuales a la Medicina de Precisión es que en muchos casos los estudios de secuenciación que dan acceso a tratamientos dirigidos no están cubiertos por el SNS. De forma paralela a la evaluación del fármaco, y también de forma trazable, hay que trabajar en la implementación de dichas determinaciones que permiten que la Medicina de Precisión sea una realidad. También necesitamos nuevas herramientas que faciliten conocer con exactitud resultados de vida real de la aplicación de los tratamientos individualizados en subgrupos moleculares.

¿Hay equidad en la implantación de los nuevos tratamientos oncológicos en las distintas comunidades?

Particularmente, en el campo de la Oncología la investigación se ha incrementado de forma muy significativa en los últimos años. Esto supone un incremento en el número de fármacos que demuestran una actividad antitumoral en estudios clínicos que justifica su aprobación para que los pacientes puedan beneficiarse. En la actualidad, hay diferencias en el acceso a tratamientos oncológicos en las distintas comunidades e, incluso, entre hospitales. En Oncología tenemos el reto de evaluar todos los fármacos de forma ágil y transparente. Es fundamental una evaluación clínica rigurosa y rápida de los fármacos, por un grupo multidisciplinar que incluya también a oncólogos, que establezca el valor clínico y la innovación que aportan. Por supuesto, también es absolutamente necesaria una evaluación económica. Ambos informes deben ser accesibles. La monitorización de todo el proceso debe ayudar a garantizar unos tiempos competitivos de respuesta y para todas las personas. Debemos garantizar que todos los pacientes tengan acceso a la innovación.

¿Cuáles son los problemas a los que se enfrenta la Oncología en esta etapa post-COVID?

Recuperar la normalidad en la atención para poder garantizar los programas de cribado, el diagnóstico precoz en un tiempo óptimo y los abordajes multidisciplinarios.

¿Qué peculiaridades presentan los pacientes en los que se ha retrasado su diagnóstico?

Los retrasos diagnósticos a causa de la pandemia COVID-19, ya fueran por suspensión de los programas de cribado o por una dificultad o retraso en la atención sanitaria, conllevan una extensión de los tumores y el diagnóstico en estadios más avan-

zados. Esto puede implicar la necesidad de tratamientos más agresivos (cirugías más agresivas, necesidad de tratamientos complementarios como la quimioterapia o radioterapia) y, en algunos casos, ha podido significar la pérdida de oportunidad de hacer un tratamiento con intención curativa, en aquellos pacientes que han desarrollado metástasis. Por eso, la pandemia ha podido tener un efecto pronóstico negativo en algunos pacientes.

¿Cómo va a afectar a la supervivencia y al pronóstico de la enfermedad?

Los retrasos diagnósticos, en gran parte de los casos, pueden suponer que la enfermedad tumoral ya no esté limitada a un órgano, sino que ya esté diseminada. Esto significa que situaciones curables son incurables si se retrasa su diagnóstico y esto tiene un impacto innegable en la supervivencia de los pacientes. Además, cuanto más se tarde en diagnosticar un tumor los tratamientos serán más agresivos y la probabilidad de que el tumor vuelva a aparecer, más alta. Un estudio inglés publicado hace unos meses estima que un retraso modesto de la cirugía en tumores agresivos puede suponer una reducción de hasta un 30 por ciento en la supervivencia a seis meses.

El cáncer, ¿llegará a ser una patología crónica?

Ese es el objetivo de muchos tratamientos, lograr que los pacientes convivan con su tumor bien controlado con la medicación, logrando incluso en algunos subtipos tumorales remisiones completas duraderas. Lo estamos consiguiendo en ciertos pacientes con los fármacos dirigidos y con los tratamientos de inmunoterapia.

En prevención, ¿se ha avanzado en los últimos años?

La prevención del cáncer es todavía una asignatura pendiente y, para ello, se debe insistir en que hasta un tercio de las muertes por cáncer se deben a factores

de riesgo evitables: tabaco, alcohol, infecciones, sedentarismo, obesidad y dietas inadecuadas. Es fundamental seguir concienciando a la población de la importancia de controlar estos factores de riesgo para lograr una disminución de la incidencia de cáncer.

¿Qué papel tiene Atención Primaria en reforzar los hábitos saludables?

La Atención Primaria tiene un papel fundamental, ya que son los profesionales que tienen una mayor continuidad en el cuidado de la población general y, por tanto, quienes pueden tener un mayor impacto. La Atención Primaria es clave en prevención, en programas de cribado y en diagnóstico precoz del cáncer, y es muy importante reforzar el trabajo conjunto y los canales de comunicación. La supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer seguirá aumentando y es importante trabajar con Atención Primaria en programas específicos para los largos supervivientes. En SEOM tenemos un grupo de trabajo con Atención Primaria, concretamente, con semFYC, al que se podrán unir otras sociedades, para elaborar un marco de recomendaciones generales, a modo de declaración de principios para hacer un seguimiento en conjunto del paciente activo y del largo superviviente de cáncer y establecer un modelo coordinado y consecutivo.

A nivel asistencial, ¿con qué especialidades tienen más relación?

Con todas las especialidades y profesionales implicados en la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinar del cáncer. También es muy importante nuestra relación con todos los profesionales implicados en investigación. En SEOM consideramos esencial el manejo multidisciplinar del

paciente con cáncer en Comités de Tumores específicos que incluyan a todos los profesionales implicados en el abordaje de cada tipo de tumor, considerando siempre el beneficio del paciente como objetivo central del funcionamiento de dichos comités. El trabajo en equipo es la única manera de seguir avanzando en mejores opciones para los pacientes y familias.

¿Cómo es la coordinación con esas especialidades?

En SEOM tenemos una dilatada trayectoria multidisciplinar que ha ido creciendo con los años y que va a continuar así. Fomentamos y promovemos el abordaje multidisciplinar como parámetro de calidad y como eje del modelo organizativo de la atención oncológica.

Buena prueba de ello es la publicación de consensos en colaboración con otras sociedades científicas implicadas en el abordaje del cáncer que se realizan en el seno de grupos de trabajo creados a tal efecto.

¿Qué papel tiene FACME en esa colaboración?

Desde SEOM consideramos que el papel de FACME como eje central y aglutinador de todas las especialidades médicas es fundamental. Contar con una federación que nos represente en temas transversales ante la Administración Sanitaria y otros agentes es muy importante ■

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





El desarrollo
profesional continuado
del **directivo**
de la **salud,**
objetivo prioritario
de **SEDISA**

SEDISA ha estado presente en el *44th World Hospital Congress* con una mesa redonda sobre el desarrollo profesional continuado del directivo de la salud, marcado por el relevo generacional y la relación con el buen gobierno de las organizaciones sanitarias.

Texto | Clara Simón Vázquez Fotos | EL MÉDICO



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

El desarrollo profesional continuado del directivo de la salud, objetivo prioritario de SEDISA

“Los directivos tenemos el deber de ofrecer y gestionar cuidados integrales de calidad y sostenibles”. Por este motivo, Dulce Ramírez, vicepresidenta primera de SEDISA y directora de Continuidad Asistencial y coordinadora de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Infanta Leonor y del Hospital Virgen de La Torre, de Madrid, ha destacado en el 44th World Hospital Congress, que se ha celebrado en Barcelona, que cualquier profesional no puede estar al frente de un hospital, “tiene que ser un profesional formado y reconocido como tal”.

En este sentido está trabajando SEDISA con las líneas estratégicas del comité de profesionalización, que se centran en cuatro pilares. El primero se refiere al grado, con el objetivo de que las nuevas generaciones estén formadas y se cuente con jóvenes profesionalizados. Ahí se contempla el proyecto DPC para contar con un sistema de acreditación profesional, que plantee un modelo de certificación basado en la práctica real de los directivos, que reconozca sus méritos, conocimientos y competencias, y que favorezca su desarrollo profesional.

Para ello, ha apuntado Dulce Ramírez, se cuenta con el círculo de mejora continua a través del mapa de competencias, donde están recogidos los conocimientos, habilidades, aptitudes y desempeños. Y es que el directivo debe tener unas habilidades y conocimientos, y un peso determinado en cada competencia.

Autoevaluación

En este contexto, también se está desarrollando una plataforma web que va a permitir al interesado hacer una autoevaluación en su perfil directivo y las competencias, y una mejora continua a través del *mentoring*. El tercer pilar se basa en la certificación de competencias, con una serie de pautas para acreditar que se reconozca.

En último lugar está el reconocimiento de la carrera profesional, es decir, “el reconocimiento profesional y social. Valorar la situación en los servicios regionales de salud y por dónde hay que dirigir los esfuerzos”, ha destacado la vicepresidenta de SEDISA, quien añade que la profesionalización aporta valor y resultados para me-

jorar la salud de los ciudadanos. No obstante, “el cómo es más difícil”.

De hecho, SEDISA ha desarrollado el mapa de competencias del director de organización sanitaria y, en la actualidad, está trabajando en el desarrollo del resto de perfiles directivos, “ya que, dependiendo de cada perfil, las competencias tienen un peso u otro”.

En SEDISA, aparte de poner las herramientas para mejorar e impulsar la profesionalización, “trabajamos también para calar en las instituciones. Para ello, vamos teniendo reuniones con las CC. AA. que deben desarrollar herramientas legislativas del buen gobierno para que se establezca la evaluación continua con unos indicadores mínimos de calidad en la gestión sanitaria”, ha descrito Dulce Ramírez.

Convocatorias públicas

El presidente de SEDISA, José Soto, lo ha dejado claro: el fin fundacional de SEDISA es la profesionalización y tener más directivos profesionales con el dominio de las competencias requeridas en cada caso. Por eso, ha explicado Soto que la Administración debe cubrir las plazas de directivos mediante convocatorias públicas, abiertas y transparentes. Concursos públicos para los puestos directivos.

Una vez que se marcan las líneas productivas del hospital, “los directivos de organizaciones sanitarias debemos marcar las estrategias y las estructuras necesari-

as para cumplir dichos objetivos, ya que los hospitales son el tipo de empresa más complicada del mundo”.

Para trabajar en esta línea, Soto ha indicado que SEDISA pondrá en marcha una escuela de liderazgo con Candela Calle, vocal de la entidad y directora general del Institut Catala de Oncologia, al frente. Además, SEDISA está participando junto a otras instituciones en un grupo de trabajo desarrollado por el Ministerio de Sanidad para impulsar la certificación de las competencias de los directivos.

Competencias de los equipos directivos

Las organizaciones sanitarias son diferentes a las demás empresas. Así lo ha explicado, por su parte, Eloína Núñez, presidenta de la Agrupación Territorial de SEDISA en Galicia y gerente del Área Sanitaria de Santiago de Compostela. “Crear salud es el objetivo, y eso lleva consigo a que el directivo de una organización sanitaria tenga que trabajar con equipos multidisciplinares, donde la mayoría son profesionales sanitarios, pero hay otros muchos perfiles profesionales”.

Por eso, un directivo de la salud tiene que evaluar la situación y mejorar las organizaciones, viendo qué se tiene que hacer, organizando el trabajo y las profesiones, y estructurando las tareas para ejecutar unos objetivos. Es decir, tiene que tener presente una actividad de control y ejecutar presu-

SEDISA está participando en un grupo de trabajo desarrollado por Sanidad para impulsar la certificación de las competencias de los directivos



Para conseguirlo, ha señalado Eloína Núñez, “es necesario tener unos conocimientos, pero también se deben tener una serie de habilidades, disposición y actitudes para poner en marcha esos conocimientos”. En este contexto se sitúan las competencias, que son un conjunto de comportamientos que tienen que ser observables, medibles y estar relacionados entre sí de forma fiable, con el objetivo de tener un mejor desempeño, una buena actitud y unos valores adecuados.

Aportar valor

Núñez ha recordado que las competencias técnicas relacionadas con habilidades se centran en la resolución de problemas, la toma de decisiones, la comunicación..., pero sin olvidar las cuatro funciones destacables, que son planificación, organización, ejecución y control en torno a eficiencia y aportación de valor. Es decir, lo que aporta valor para el paciente, los profesionales y la organización.

La presidenta de la Agrupación Territorial de SEDISA en Galicia ha comentado que del trabajo que realizan los directi-

vos de la salud en las 17 comunidades autónomas hay que distinguir entre la evaluación que se haga en las competencias de los directivos, que debe ser común para todos, y los contratos de gestión, con objetivos y priorización, con fines específicos de los servicios regionales de salud. Por otra parte, “también respecto a las comunidades autónomas, necesitamos poder compararnos, conocer los planes directores, memorias anuales..., y compartir la forma de trabajar y gestionar”, ha concluido.

Otro de los aspectos comentados en la mesa redonda se ha referido al buen gobierno. Los participantes han comentado que no es suficiente con convocar las plazas públicamente y seleccionar a los directivos por sus mejores competencias, sino que cuando haya que cesarlos se haga por criterios objetivos y después de que se haya evaluado su trabajo.

Buen gobierno

Candela Calle, que ha moderado la mesa redonda sobre “Desarrollo Profesional Continuo del Directivo de la Salud” en la citada reunión mundial, ha destacado

la importancia de la profesionalización y el buen gobierno en el relevo generacional de los directivos de la salud, “en un marco en el que la evaluación sea incorporada a nuestra cultura organizacional y vinculada a la evaluación por competencias”. Ese relevo generacional se podrá hacer de forma más adecuada con la puesta en marcha del grado de gestión sanitaria ■

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





La diferencia de recursos
de
Enfermería
entre el ámbito hospitalario
y la **AP**
es evidente”

Sagrario Celada

Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo (SESCAM)
y vocal de la SEDAP de Castilla-La Mancha

Texto  Nekane Lauzirika

Fotos  SEDAP



ENTREVISTA Sagrario Celada

“La diferencia de recursos de Enfermería entre el ámbito hospitalario y la AP es evidente”

Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria (AP) de Toledo (SESCAM) y vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) de Castilla-La Mancha, Sagrario Celada pone en valor el papel jugado por la Atención Primaria, con la Enfermería a la cabeza, durante la pandemia, al demostrar su “fortaleza” haciendo un seguimiento de casos y contactos a nivel domiciliario que “frenó el riesgo de colapso hospitalario”, sostiene con convencimiento en la entrevista concedida a la revista EL MÉDICO, en la que incide sobre el papel clave de Enfermería de AP en las crisis sanitarias.

“Aunque las consultas telefónicas hayan venido para quedarse, no se concibe una Atención Primaria sin presencialidad; todo dependerá de las características de cada cupo y de la práctica profesional de los facultativos. En el caso de la Enfermería, el volumen de presencialidad será mayor, ya que tenemos mucha más actividad que resolver de forma presencial que telefónica”, reconoce Sagrario Celada, vocal de la SEDAP de Castilla-La Mancha (CLM), al tiempo que remarca que la “Enfermería en España es excelente; tenemos una cantera de profesionales muy bien formados y capacitados”.

Estamos al final de una crisis sanitaria, pero vendrán otras tanto o más graves, ¿verdad? ¿La AP y su Enfermería están preparadas?

Solemos escuchar que la Atención Primaria está en crisis, sobre todo, en lo relativo a la ingente carga burocrática y a la demanda que sufren los profesionales en consulta, en ocasiones inducida por el nivel hospitalario; la necesidad de aumentar la capacidad resolutive y la falta de recursos, que limitan en ocasiones el desarrollo pleno de la AP. Es cierto que nos encontramos saliendo de una crisis sanitaria

sin precedentes, en lo que a la gestión de una pandemia se refiere. Al hablar de crisis sanitarias podemos referirnos a crisis como la que vivimos asociada a una pandemia, pero también podemos enfrentarnos a crisis sanitarias asociadas a falta de recursos humanos o presupuestarios, y, en este sentido, nuestro estado sufrió la crisis económica de 2008 que inevitablemente repercutió de forma considerable en nuestra Sanidad. Anticipar si vendrán otras crisis y si estas serán tanto o más graves que la actual es algo aventurado, pero sí me atrevo a avanzar que en breve nos enfrentaremos a una crisis relacionada con la falta de recursos humanos.

La falta de profesionales de Medicina y Enfermería es una realidad previsible porque en los próximos cinco años nos enfrentamos a la jubilación de un gran número de profesionales para los que el sistema, en lo que a producción se refiere, no tiene “repuesto”. Debemos dar una vuelta a la oferta de plazas desde el ámbito universitario o pasaremos unos años en los que nuestro sistema sanitario, uno de los mejores a nivel mundial, podría quedar relegado a puestos inferiores del ranking por no poder dar la misma respuesta.

Se ha visto que los países con mejor AP son los que mejor resultado sanitario están obteniendo. ¿Aprenderemos de este hecho o caerá en saco roto la experiencia?

Es evidente que las experiencias de otros países sirven de ayuda a gobiernos y gestores sanitarios para replantearse el modelo de Sanidad que quieren. Pero si algo ha demostrado la pandemia de COVID-19 en España es que disponemos de una AP fuerte, consolidada y con capacidad de respuesta ante crisis como la vivida; solo falta

voluntad política para realizar la inversión necesaria y dotar a nuestra AP no solo de recursos materiales, sino de medios humanos que aumenten su capacidad resolutive sin olvidar disminuir la burocratización. Durante la pandemia, sobre todo en su primera etapa y, en concreto, nuestra AP, ha sido capaz de hacer un seguimiento de casos y contactos a nivel domiciliario que ha frenado el riesgo de colapso hospitalario. Posteriormente y con los medios diagnósticos a su alcance ha evitado los ingresos hospitalarios y, una vez iniciada la vacunación frente a la COVID 19, ha sido capaz, con la Enfermería a la cabeza, de dar una respuesta

En breve nos enfrentaremos, de manera especial, a una crisis relacionada con la falta de recursos humanos

sin precedentes, manteniendo en todo momento la calidad de la atención y la continuidad asistencial. Recordemos igualmente que la AP, de nuevo con la Enfermería a la cabeza, lideró el estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España. No me cabe duda de que todos estos hechos de nuestra AP han calado y creo que estamos en un momento en el que nuestros gobernantes están planteándose cómo potenciarla.

Recordemos igualmente que la AP, de nuevo con la Enfermería a la cabeza, lideró el estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España. No me cabe duda de que todos estos hechos de nuestra AP han calado y creo que estamos en un momento en el que nuestros gobernantes están planteándose cómo potenciarla.

Al hablar con médicos, directivos, administradores de salud y políticos, sistemáticamente todos dicen sí a la importancia de AP. ¿Se refleja esto en los presupuestos en su Comunidad? ¿En el reconocimiento de médicos y enfermeras en AP? ¿O todo queda en dar una importancia retórica?

En Castilla-La Mancha hay una apuesta firme por la AP que se ha visto reflejada, en primera instancia, con una dotación presupuestaria del 21 por ciento. Durante la pandemia se han revisado las plantillas en AP y se ha incrementado personal para disminuir, en un primer paso, los cupos



por encima de 2.000 tarjetas sanitarias individuales (TSI). Sin duda, la AP preocupa en nuestra región y nuestro gobierno regional se está ocupando de emprender aquellas líneas de mejora que son necesarias para mantener una AP potente y líder a nivel estatal. Algunos se preguntarán si esto es suficiente y probablemente no sea todo lo necesario, pero estamos en el buen camino, que es lo importante. Si hablamos de reconocimiento hacia nuestros profesionales, quizá no sea el que algunos esperan, pero tenemos que ser justos y reconocer que lo hay. Igualmente, nuestra comunidad, con el Servicio de Salud al frente, está revisando y analizando algunas cuestiones que quedaron paralizadas con la crisis de 2008, como puede ser la carrera profesional. Igualmente, el Gobierno de Castilla-La Mancha ha regulado por primera vez la movilidad interna voluntaria en el ámbito de la AP, dando respuesta así a una demanda reiterada de los profesionales. Si tuviésemos algo que añadir, los profesionales nos solicitan a los ges-

tores que el reconocimiento a su labor, por nuestra parte, se traduzca no solo en nuestras felicitaciones y agradecimientos, sino en potenciar más el papel de la AP, que expliquemos a la población públicamente el trabajo que realizan, que el hecho de que no estén los pasillos llenos de gente no quiere decir que no estén trabajando.

En esta crisis ha quedado en evidencia que la atención telefónica ha llegado para quedarse. ¿O que la atención correcta tiene que ser presencial? ¿O que haya que hacer una combinación de ambas?

De todas las crisis tenemos que aprender y quedarnos con lo bueno. Sin duda, la atención telefónica ha demostrado ser buena para resolver determinadas cuestiones, aunque no todas, tanto para profesionales como para la población. Asimismo, no se concibe una AP sin presencialidad, pero, ¿cuánto de telefónica y cuánto de presencial debe haber? Dependerá de las características de cada cupo y de la práctica pro-

fesional de los facultativos, por lo que para unos podrá ser un 25 por ciento de telefónica y para otros podrá ser un 50 por ciento, con el resto de actividad en presencial. En el caso de Enfermería, el volumen de presencialidad será mayor, ya que tenemos mucha más actividad que resolver de forma presencial que telefónica.

Es evidente que el personal de Enfermería se ha jugado el tipo durante los 18 meses atendiendo presencialmente cuando era necesario. Ahora, a algunos se les despide porque ya no hay emergencia. ¿Esto es de recibo? ¿O es que no se da la importancia necesaria a que vuelva a suceder?

Me gustaría empezar matizando que todo el personal sanitario, incluido la Enfermería en AP ha prestado atención presencial cuando la situación clínica del paciente lo ha requerido. Ante la situación de pandemia todos los Servicios de Salud han reforzado sus plantillas tanto en el ámbito hospitalario como en AP, si bien hemos oído críticas de si esos refuerzos eran los realmente necesarios en AP o si seguían volcándose en reforzar otros servicios más de ámbito hospitalario. Cabe destacar que durante la pandemia el problema no ha sido tanto el límite presupuestario como la falta de personal disponible para ser contratado. Se ha contratado todo el personal disponible necesario en base a la evolución de la pandemia. En el momento actual, y siempre manteniendo la cautela, la situación epidemiológica, gracias, entre otros, a la vacunación, ha mejorado; situación que nos lleva a los gestores públicos a revisar las necesidades y reajustar los refuerzos contratados por la pandemia a las necesidades actuales. Es una obligación gestionar los recursos de manera eficiente, ya que estamos manejando fondos públicos, pero siempre manteniendo el nivel de refuerzo de personal de Enfermería necesario para dar respuesta a la atención sanitaria en AP, incluidas tanto las campañas de vacunación en vigor como el diagnóstico y seguimiento de casos y contactos. Como



ENTREVISTA Sagrario Celada

ya he dicho, el hecho de reajustar las plantillas a las necesidades actuales no conlleva, como pudiera parecer, que se haya quitado el refuerzo de personal de Enfermería en AP, que se sigue manteniendo acorde a la situación actual. Evidentemente, reajustar las plantillas conlleva que no se renueve el 100 por cien de los contratos en vigor, resaltando que se mantienen reforzadas las plantillas con el personal necesario para poder afrontar las posibles eventualidades.

Parece evidente que la preparación del personal de Enfermería en España es muy buena porque los contratan rápidamente en otros países. Entonces, ¿por qué se van? ¿Solo por dinero, por estabilidad, porque tienen más expectativas de carrera profesional? Y lo más preocupante, ¿por qué optan por marcharse y no volver?

No cabe duda de que la formación pregrado de Enfermería en España, incluidos sus prácticos en los servicios sanitarios, es excelente y tenemos una cantera de profesionales muy bien preparados y capacitados. Si hablamos de la especialización de Enfermería sucede lo mismo, los profesionales enfermeros internos residentes cuando terminan están muy cualificados. Si hablamos de marcha de profesionales en España a otros países, en el caso concreto de Enfermería, era una realidad hace unos años, ya que en ocasiones no obtenían aquí una oferta laboral de larga duración, lo que ha llevado a que algunos profesionales buscasen su desarrollo profesional de manera más estable fuera de España. A destacar que no todos se marchan y no vuelven, algunos regresan pasados unos años, cerca de los suyos. Esa tendencia ha cambiado con la pandemia, ya que la oferta laboral es grande, aunque

sea concatenando contratos. Si nos referimos a la formación especializada en Enfermería, por mi experiencia en las Unidades Docentes en Castilla-La Mancha, cabe señalar que si no se quedan con nosotros los profesionales que formamos no es porque quieran irse fuera, sino porque quieren acercarse a los suyos, es decir, buscan su desarrollo profesional cerca de su familia y entorno. En CLM, desde hace dos años se han buscado fórmulas para que los MIR y EIR, al finalizar su residencia, permanecieran con nosotros; por ejemplo, este año en Familiar y Comunitaria se ha ofrecido un contrato de dos años y se ha prolongado a los del año anterior un año más.

Al hilo de lo anterior, por cuestión generacional, se avencinan tiempos problemáticos para cubrir plazas de médicos. ¿También habrá escasez de personal de Enfermería? Si es así, ¿cómo se está atajando?

Como bien dices, y en una pregunta anterior ya lo avanzábamos, la cuestión generacional va a conllevar en estos próximos años problemas para la cobertura de plazas de Medicina; para ello, los gobiernos regionales están trasladando al gobierno central, a través del Consejo Interterritorial, las dificultades que están surgiendo, a la vez que estudian distintas estrategias para poder abordarlo. En el caso de Enfermería en el momento actual, el relevo generacional no parece un problema ni urgente ni inminente, pero creo que potenciar el papel de la Enfermería en AP, generando el contexto jurídico y normativo necesario para el desarrollo de su ámbito competencial (y no fórmulas nuevas) definido en el plan de estudios de Enfermería y en los planes de formación de las especialidades de Enfermería, puede ser una

estrategia para garantizar una atención de calidad en el ámbito de la AP.

Hay trasiego notable de sanitarios entre comunidades. ¿Se cambian solo por cuestión económica o por motivación profesional? ¿Esto podría desembocar en un desequilibrio importante en el servicio de Enfermería de AP?

En el caso concreto de CLM, se están generando ofertas interesantes y competitivas de contratos a los especialistas en Medicina y Enfermería Familiar con el fin de retener el talento de aquellos profesionales que salen muy cualificados tras la formación especializada en nuestra comunidad. Evidentemente, el resto de CC. AA. compiten en cuanto a la oferta de contratos ante la falta de personal. Por mi experiencia, la movilidad de estos profesionales, sin descartar cuestiones de carácter económico, obedecen a un deseo de acercamiento a su CC. AA. de origen con la finalidad de estar en su círculo familiar y social. Para que no exista desequilibrio en los servicios de Enfermería en AP se debe seguir trabajando en nuevas fórmulas de contratación e incentivación que posibiliten la retención del talento en cada autonomía.

Sanidad en el mundo rural. ¿Qué se puede hacer para retener tanto a médicos como a personal de Enfermería?

Pregunta muy interesante que además preocupa, sobre todo, a aquellas CC. AA. con más despoblación como son Castilla y León, Castilla-La Mancha o Aragón, entre otras. Estas comunidades, de manera coordinada, ya están trabajando en diferentes fórmulas para retener el talento. Es importante destacar que no es lo mismo hablar de cobertura de plazas en zonas despobladas que hablar de plazas de difícil cobertura; me refiero a que ya estamos teniendo serios problemas para cubrir plazas en zonas para nada despobladas, pero que se encuentran lejos de capitales de provincia o de ciudades grandes. Para el acceso a la formación pregrado de Medicina o Enfermería es necesario tener unas

notas brillantes, si no, es imposible acceder; por esto, cuando estos profesionales, con los mejores expedientes, salen al mercado laboral y le ofertas un contrato, por ejemplo, en un municipio a 90 km de la ciudad, lo rechazan porque consideran que “no es un buen contrato”, aunque se oferte una interinidad. A este problema ya nos estamos enfrentando planteando diversas alternativas para retener a estos profesionales, por ejemplo, facilitando el desplazamiento al puesto de trabajo o garantizando durante un periodo de tiempo determinado que esas plazas no saldrán a oferta pública, entre otras.

Las mujeres deben estar presentes en todos los ámbitos de la Sanidad. Pero el desequilibrio hombres/mujeres en Enfermería (alrededor del 80 por ciento son mujeres), ¿no es excesivo? ¿debería y podría corregirse?

Podemos decir que, en el caso de la Enfermería, es una profesión muy feminizada; si bien se nota el incremento, cada vez mayor, de hombres que solicitan formarse en Enfermería. No cabe duda de que el cambio social del rol de cuidado, hasta ahora asociado fundamentalmente a las mujeres, está contribuyendo a que cada vez más hombres elijan esta profesión. Lo que sí podemos decir es que, a pesar del predominio de mujeres en este colectivo, en los cargos de representación vemos cómo los hombres destacan ocupando estos puestos. Deberíamos plantearnos seriamente si es necesaria la profesionalización en la gestión sanitaria y revisar la normativa en cuanto al acceso a determinados puestos de representación sólo por personal licenciado. En la gestión sanitaria es necesario tener al mejor o a la mejor.

¿Existe demasiada diferencia entre el personal de Enfermería de AP y de Hospitales? ¿Tanto como para que emigren los profesionales a los hospitales?

La diferencia de recursos de Enfermería entre atención hospitalaria y la AP es evidente. La diferencia en el ámbito competencial,

sobre todo, en el desarrollo del mismo, es evidente porque la AP permite a la Enfermería desarrollar al máximo su ámbito competencial con plena autonomía, hecho que en ocasiones genera temor en aquellos profesionales que han desarrollado su actividad mayoritariamente en el ámbito hospitalario con menor autonomía. Muchos de los que conocen la Primaria creo que se enganchan y luego no quieren volver al hospital. Un hándicap en AP es que se presta en todos los municipios y, en ocasiones, el hecho de desplazarse diariamente hace que algunos profesionales rechacen trabajar en este ámbito. Con el desarrollo de la especialidad en la que la oferta de plazas cada año se ha incrementado y con el examen de la prueba de la competencia, a finales de este 2021 nuestro Sistema Nacional de Salud tendrá un buen número de profesionales especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria para dar la mejor respuesta en AP. Quedará pendiente la creación de puestos específicos por parte de todas las CC. AA., ya que solo alguna de ellas lo tiene creado.

Si la crisis de COVID-19 nos pilló a todos un poco desprevenidos y sin los recursos necesarios, ¿qué debería hacerse para que, en este caso concreto, la AP tuviera a su disposición inmediatamente las herramientas necesarias ante una nueva crisis sanitaria de esta intensidad?

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una crisis sanitaria a escala mundial y no cabe duda de que en España hemos aprendido y estamos mejor preparados para afrontar una nueva crisis, aunque esperemos no tener que repetir. Sobre cuestiones concretas, he de comentar que, en mi comunidad, por ejemplo, el gobierno regional, mediante la Ley 8/2020 de 16 de octubre, creó la reserva

estratégica de productos sanitarios en Castilla-La Mancha para tres meses. Este es un punto de partida para estar preparados no solo para afrontar una nueva pandemia, sino simplemente para afrontar cualquier problema de suministros motivado, por ejemplo, por la falta de materias primas.

Desde la SEDAP, ¿cuáles son las demandas específicas que se hacen para la Enfermería de AP?

Desde SEDAP, en la situación epidemiológica actual, entendemos prioritario que el Ministerio de Sanidad retome el desarrollo del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria

Desde SEDAP, en la situación epidemiológica actual, entendemos prioritario que el Ministerio de Sanidad retome el desarrollo del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Es necesario dotar las plantillas de Enfermería en AP con los efectivos necesarios para dar respuesta a los

problemas de salud y enfermedad de la población, potenciando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es evidente su alto nivel formativo, su coste-efectividad y la adecuación de sus intervenciones a las necesidades reales del paciente en AP. Otras cuestiones relevantes serían la definición y creación de puestos específicos de Enfermería Familiar y Comunitaria, el desarrollo de un marco normativo con regulación jurídica que permita el desarrollo pleno de las competencias de Enfermería en AP o la desburocratización, entre otros ■

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







40 años

de VIH:

qué se ha conseguido

y qué queda

por

hacer

Texto | María García San Narciso



REPORTAJE

40 años de VIH: qué se ha conseguido y qué queda por hacer

El Hospital Vall d'Hebron de Barcelona diagnosticó, en octubre de 1981, el primer caso de sida en España. Se trataba de un paciente de 35 años que ingresó con dolor de cabeza persistente, lesiones en la piel de color púrpura y Sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel provocado por un herpes virus.

En estos 40 años, se calcula que alrededor de 35 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida en todo el mundo. Aún se infectan entre un millón y millón y medio de personas al año por lo que, en total, unos 38 millones de personas conviven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En el caso de España, se calcula que cada año hay 3.000 infecciones anuales y 150.000 personas afectadas.

Los datos siguen siendo preocupantes, pero el diagnóstico no tiene nada que ver con el de hace 40 años. La primera década de la pandemia del VIH se la conoció como la 'Edad Media' del virus. Era desesperante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Llegó a ser tal su importancia que se convirtió en la primera causa de muerte en personas de entre 20 y 40 años.

José Antonio Pérez Molina, vocal de la Junta de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) y médico en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, lleva tres décadas atendiendo a estos pacientes. "Ha cambiado radicalmente desde el punto de vista médico. Hace 30 años era una enfermedad rápidamente mortal. La preocupación que tenían los pacientes era cuánto iban a durar", explica.

En 1987 la FDA aprobó el primer antirretroviral. "Era un inhibidor de la retrotranscriptasa. Pero, en muy poco tiempo, el virus era resistente", explica Ester Ballana, investigadora del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, en el Instituto de Investigación del Sida IrsiCaixa. Además, las dosis altísimas que se tenían que administrar generaban mucha toxicidad.



Los pacientes estuvieron años sin tratamientos realmente eficaces. Hubo que esperar hasta la celebración del Congreso Internacional de Sida en Vancouver (Canadá), en 1996, para que el diagnóstico fuera más optimista. Por aquel entonces aparecieron estrategias antirretrovirales muy potentes que eran capaces de inhibir la replicación del VIH casi al cien por cien. La mortalidad se redujo significativamente. Sin embargo, los efectos adversos de esta medicación y las múltiples pastillas que había que ingerir al día dificultaban su adherencia.

En aquellos tiempos, el papel de la Enfermería era -y sigue siendo- crucial en el abordaje de estos pacientes. "Cuando empecé a trabajar en la Unidad del VIH hace 20 años, los pacientes tomaban entre 15 y 20 pastillas al día. Los tratamientos eran muy tóxicos a corto plazo, sobre todo a nivel de molestias gastrointestinales. Producían diarreas y, en algunos casos, un color amarillento en la piel", relata Jordi Puig, coordinador de Ensayos Clínicos en la Fundació Lluita Contra la Sida.

“Había otro tipo de efectos secundarios que estigmatizaban mucho al paciente: la lipofacia. Era una pérdida de grasa en la cara que provocaba que se identificara la enfermedad en la calle y el paciente se viera cada día que estaba enfermo. Resultaba bastante duro”, añade.

La investigación avanza

Desde el 2005 o 2006, el abordaje del virus ha cambiado radicalmente. Los nuevos fármacos lograron disminuir el número de pastillas al tiempo que mejoraba el nivel de la calidad de vida de las personas. A día de hoy, los pacientes con VIH que siguen un tratamiento antirretroviral (TAR) efectivo tienen una carga viral en sangre hasta niveles de indetectabilidad (por debajo de 50 copias/ml). Esto significa que no transmiten el virus.

El tratamiento antirretroviral más común consiste en una combinación de tres fármacos, la llamada ‘triple terapia’. Tienen pocos efectos secundarios y basta con administrar una o dos pastillas al día. El siguiente paso será eliminar esa necesidad de tomar comprimidos orales diariamente. La Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés) autorizó en diciembre de 2020 la comercialización de la combinación de Rekambys (rilpivirina inyectable) -de Janssen- y Vocabria (cabotegravir inyectable y en comprimidos) -de ViiV Healthcare- para tratar la infección por el VIH en adultos que están virológicamente suprimidos.

Con todo, el mayor reto científico es acabar definitivamente con el virus. “Ahora mismo, la mayor parte de las investigaciones se centran en encontrar una cura esterilizante. La replicación viral está controlada y a niveles indetectables para la mayoría de pacientes, pero el virus no desaparece. Continúa estando escondido en determinados tipos de células”, explica la investigadora Ballana.

En el Instituto de Investigación del Sida IrsiCaixa se dedican a la búsqueda de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a eliminar el reservorio viral latente. Buscan mar-

cadore que indiquen qué células deberían destruir con nuevos tratamientos. También tienen como objetivo encontrar tratamientos que puedan reactivar el virus (agentes activadores de la latencia viral) para que, una vez que el virus salga de su escondite, logren eliminarlo.

De momento, los dos ejemplos de curación funcional (o, dicho con mayor prudencia, de remisión) del VIH registrados en todo el mundo son dos pacientes que recibieron un trasplante de células madre indicado para la leucemia que padecían.

La prevención es la clave

Otro de los retos científicos es el diseño de una vacuna preventiva. Lograrlo no es sencillo por la alta capacidad de mutación que tiene el virus. En estos momentos, la que más avanzada se encuentra en ensayo clínico es ‘Mosaico’. En él participan voluntarios de cuatro centros de España. Consta de dos vacunas diferentes que tratan de activar el sistema inmunológico para la protección frente a la infección. Esperan que en los próximos 4 años puedan saber si funcionan.

Hasta entonces, o hasta que se logre la curación total de estos pacientes, la principal medida de control es la prevención y el diagnóstico precoz. A día de hoy, las relaciones sexuales no protegidas entre hombres son el mecanismo más probable de infección en el conjunto global de datos, situándose en el 56,4 por ciento. También son mayoría entre las personas nacidas en España y entre los varones. En concreto, ellos suponen el 85,3 por ciento de los nuevos diagnósticos de VIH, y el 31,9 por ciento de los nuevos diagnósticos se encuentran en el grupo de edad de 30 a 39 años. La media de edad se sitúa en los 36 años. De ahí que el colectivo de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) sea prioritario para los programas de prevención.

El informe ONUSIDA también sitúa a las personas jóvenes y adolescentes en el centro de la pandemia. Los comportamientos sexuales en esta población han ido cambiando en los últimos años. El informe sobre hábitos de la juventud de 2020 señalaba que un 46 por ciento de los participantes hacía siempre uso del preservativo, un 37 por ciento no lo había utilizado alguna vez, y el 11 por ciento restante afirmaba que nunca lo había usado.

Entre quienes no usaban preservativos, el 27 por ciento alegaba usar otro método anticonceptivo, un 25 por ciento señalaba que el motivo era la confianza que tenía en su pareja, un 13 por ciento exponía que en el momento de iniciar la relación sexual no tenía preservativos, y un 6,3 por ciento prefería no usarlos porque sentía más sin él.

La replicación viral está controlada y a niveles indetectables para la mayoría de pacientes, pero el virus no desaparece

“Fomentar el conocimiento de la infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual es la base para que las personas puedan tomar decisiones en cuanto a cómo vivir su salud sexual”, asegura Mariam de la Poza Abad, miembro del Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGM).

“Pero la educación sanitaria, y que cada vez hay más esfuerzos sanitarios para llegar más y mejor a la población, no lo es todo -prosigue. En las últimas dos décadas ha cambiado la visión de la población ante la infección por VIH, ya que el tratamiento ha convertido una enfermedad mortal en una crónica con una buena calidad de vida. Este cambio ha disminuido la percepción de riesgo. A pesar de tener la información suficiente, sigue habiendo personas que se exponen a la infección”.

De la Poza Abad asegura que la Atención Primaria juega un papel muy importante en cuanto a promoción de conductas saludables en la población general, consideran-



REPORTAJE

40 años de VIH: qué se ha conseguido y qué queda por hacer

do especialmente grupos que puedan tener mayor riesgo de infección: “Desde la Primaria se debe investigar sobre la existencia de conductas de riesgo, identificarlas y ofrecer los consejos para poderlas modificar. También se puede realizar la detección precoz de la infección ofreciendo, siempre consentido con el paciente, de manera temprana el abordaje terapéutico y fortaleciendo las medidas preventivas para su transmisión”.

La PrEP, la gran esperanza para acabar con la transmisión

En España, el Ministerio de Sanidad aprobó la dispensación de la profilaxis preexposición (PrEP). Se trata de una intervención biomédica dirigida a prevenir la transmisión del VIH en personas seronegativas.

El documento de consenso de la PrEP al VIH en España destaca que la mayoría de los estudios han mostrado una gran variabilidad en cuanto a su eficacia, cercana al 86 por ciento. La pandemia de la COVID-19 retrasó su implantación en algunas comunidades autónomas, pero ahora ya funciona en todas. Sin embargo, “algunas aún tienen muy pocos centros dedicados a la dispensación”, explica Reyes Velayos, presidenta de CESIDA, la Coordinadora estatal de VIH y sida. La experta se refiere, sobre todo, a la Comunidad de Madrid. Allí se recogen el 25 por ciento del total de las infecciones al año en España. Con todo, solo el Centro Sandoval dispensa esta profilaxis.

Eso hace que haya, según explica, 1.500 personas esperando para acceder a la profilaxis. “Ahora mismo atienden a alrededor de 1.800 personas en PrEP y la lista de espera se extiende hasta los 10 meses. Es una situación que nos preocupa mucho”, asevera Velayos. “Nuestro reto es conseguir evitar el mayor número de infecciones po-

sibles con esta prevención, que todas las personas que cumplen el protocolo que ha establecido el Ministerio de Sanidad tengan acceso a la PrEP sin ningún tipo de lista de espera”, añade.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, en noviembre de 2021 había aproximadamente 9.000 usuarios de PrEP en toda España, de los que casi 5.000 están en Cataluña. “Es prematuro estimar el impacto que esto ha tenido sobre el patrón de los nuevos diagnósticos de VIH en España, pero sin duda es un buen resultado que una medida eficaz frente al VIH se esté implementando en España”, afirma por su parte Julia del Amo, directora del Plan Nacional sobre el Sida (PNS).

Del Amo destaca también que, en la actualidad, el número de centros asignados para la dispensación es variable y no se corresponde necesariamente con el número de

El Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Centro Nacional de Epidemiología, ha puesto en marcha SIPrEP, un sistema de información y monitorización de la PrEP en las CC. AA.

usuarios susceptibles de la profilaxis. La División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis del Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III ha puesto en marcha SIPrEP, un sistema de información y monitorización de la PrEP en las CCAA.

La pandemia también ha provocado un retraso en la implantación de la inclusión de participantes. Pero, “a pesar de ello, los datos de SIPrEP ponen de manifiesto que la PrEP se está administrando a las personas que presentan un alto riesgo de infección por VIH, que el número de interrupciones de la profilaxis es bajo, y que en su mayoría no están relacionadas con efectos adversos”, explica Julia del Amo.

Por protocolo, solo pueden acceder a la PrEP en España los gays, bisexuales y otros hom-

bres que tienen sexo con hombres (GBSH) y personas trans VIH-negativas mayores de 18 años que cumplan con al menos dos de estos criterios en el último año: haber tenido más de 10 parejas sexuales diferentes, práctica de sexo anal sin protección, uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones, y al menos una infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana en el último año. También las trabajadoras sexuales VIH negativas que refieran un uso no habitual de preservativo pueden acceder a la profilaxis.

CESIDA intentó ampliar el grupo de personas que pueden acceder a la PrEP a otros grupos, como mujeres heterosexuales o menores de edad a partir de los 16 años. “Las relaciones sexuales empiezan cada vez más pronto”, recuerda Velayos. Junto a sociedades científicas siguen trabajando para que se revisen los protocolos y, poco a poco, se incluya a una mayor parte de la población que pueda estar expuesta al virus.

Con todo, se ha demostrado que la PrEP no puede ser la única estrategia. Sigue habiendo una proporción de personas infectadas y no diagnosticadas importante, que en España asciende a la cuarta parte.

Hasta el 47,6 por ciento de las personas diagnosticadas por primera vez en 2018 presentaba diagnóstico tardío. Además, el 56,9 por ciento de los diagnósticos tardíos eran de mujeres y el 64,6 por ciento en la población de personas más de 50 años. Cuanto antes se produzca el diagnóstico, antes se tratará e impedirá que haya nuevos contagios. En España, la prueba del VIH es gratuita y confidencial para toda la población.

Nuevo Plan de Prevención y Control del VIH

En febrero de 2021 se celebró la XXXI Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, donde se avanzó la próxima apro-

bación del nuevo Plan de Prevención y Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) para el período 2021-2030. “Supondrá un gran cambio con respecto a sus predecesores, fundamentalmente en materia de estructura y planificación”, asegura Julia del Amo.

“En primer lugar -prosigue la directora-, es un Plan con un horizonte temporal amplio (año 2030), que permitirá evaluar las medidas adoptadas y alinearse tanto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible como con las metas propuestas por ONUSIDA para el año 2030. En segundo lugar, por primera vez el abordaje de las ITS se realiza de manera específica en el Plan, con estrategias y actuaciones concretas enfocadas a este tipo de enfermedades, pero siempre manteniendo una respuesta integrada con la respuesta al VIH”.

Sanidad reitera el compromiso del Gobierno de España por cumplir con los objetivos ‘95-95-95’. En concreto, lo que se persigue es que en 2030 se diagnostiquen al menos al 95 por ciento de personas infectadas por VIH, que el 95 por ciento de ellas reciban terapia continuada, y que el 95 por ciento de las tratadas alcancen una carga viral plasmática del VIH indetectable.

Para lograrlo, Julia del Amo explica que van a impulsar la “promoción de las relaciones sexuales más seguras fomentando estrategias preventivas combinadas; el uso de preservativo, la realización de la prueba del VIH, y la profilaxis post y pre-exposición, son los objetivos prioritarios para conseguir este compromiso”.

Objetivo de estigma cero

Además, “de manera prioritaria, y con el marco estratégico del Pacto Social, aspiramos a 0 por ciento estigma y discriminación”, añade Julia del Amo. Porque, a pesar de que cada vez hay más información de lo que significa este virus y cómo se transmi-



te, sigue habiendo un gran desconocimiento por parte de la población.

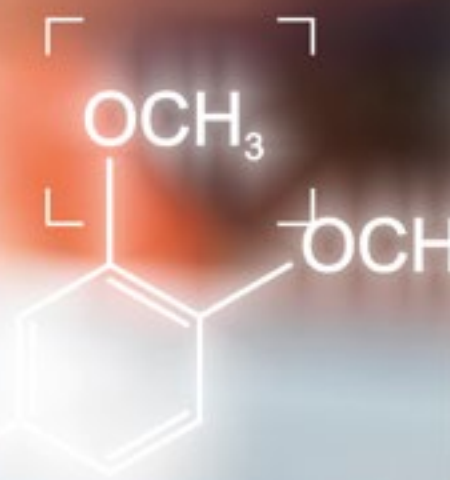
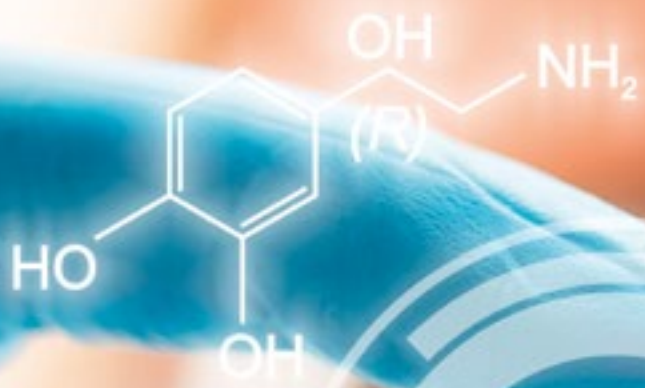
“Hemos pasado de tratar una enfermedad rápidamente mortal, de muy mal pronóstico, a una patología crónica donde las personas hacen una vida normal y pueden tener un proyecto vital como cualquier persona. Sin embargo, hay una cosa que no ha cambiado, que es el estigma”, afirma José Antonio Pérez Molina.

La página web del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH indica que al 4,3 por ciento de personas en España le incomodaría tener como vecinos a personas con VIH. Además, en el plano laboral, un 11,3 por ciento desaprueba que una persona con VIH pueda trabajar en una oficina con más gente y el 26 por ciento se sentiría incómodo trabajando

con una persona con el virus. Y, lo que es más grave: hasta el 49 por ciento se sentiría incómodo si un compañero de colegio de su hijo tuviese VIH.

El enfermero Jordi Puig recuerda que el diagnóstico de sida ya ha desaparecido, pero aún hay gente que vincula la enfermedad a la “mala vida”. “El paciente con VIH arrastra una mochila que no existe en otras patologías. Hay un sentimiento de culpa, de sentirse juzgado porque se considere que se lo ha buscado. Y es una probabilidad que existe: prácticamente todo el mundo ha tenido una conducta de riesgo alguna vez”, añade.

Por eso, los expertos piden más campañas que den visibilidad al VIH y recuerdan: la calidad y esperanza de vida de estos pacientes es similar a la de las personas que no han contraído el virus ■



Cb = pH[H⁺]
7.403.98E-0
7.602.51E-0
8.001.00E-0
8.403.98E-0
8.801.58E-0
9.001.00E-0
9.403.98E-1
9.801.58E-1
10.001.00E-





Claves para el futuro de la industria farmacéutica

Apostar de manera sólida y sostenida por la investigación básica, garantizar la capacidad nacional de producción de medicamentos estratégicos y buscar nuevas fórmulas que agilicen el acceso a las innovaciones de forma sostenible son los pilares sobre los que debe sustentarse el Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica anunciado para el primer semestre de 2022, según las propuestas de Farmaindustria.

Texto  Mónica M. Bernardo/Leonor Rodríguez



Se deben aumentar los fondos europeos, desarrollar un plan de digitalización del sistema y crear un marco de cooperación público-privado que asegure la defensa de las patentes y reconozca el valor de la innovación. Así lo ponía de manifiesto el presidente de la patronal de la industria farmacéutica de nuestro país, Juan López Belmonte, en el seminario con medios de comunicación organizado por Farmaindustria, que se ha celebrado recientemente.

“Es esencial que este Plan contemple la innovación en salud como una inversión, no como un gasto, y que se tenga una visión a largo plazo, en un marco predecible. De este modo, podremos fortalecer el sistema sanitario, recuperar la inversión perdida y dotarlo de los recursos necesarios para adaptarlo a las nuevas necesidades”, subrayaba en el encuentro.

López Belmonte recordaba que la pandemia ha evidenciado la estrecha relación entre la salud, la economía y el bienestar y que “la inversión en salud y en investigación son claves para el futuro de la sociedad”. En ese contexto, la industria farmacéutica tiene una posición estratégica tanto sanitaria como económica y social que se debe aprovechar para convertirnos en un país puntero.

Capacidad de producción estratégica

Para ello, desde Farmaindustria apuntan tres líneas de trabajo para ese futuro Plan Estratégico que el Gobierno ha recogido en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Por un lado, en el ámbito de la producción, han planteado a la Administración el proyecto MedEst. Su objetivo es recuperar la capacidad productiva de medicamentos estratégicos que, en los últimos años, se ha desplazado a países asiáticos, India y China fundamentalmente.

MedEst, acrónimo de Medicamentos Esenciales y Capacidades Industriales Estratégicas, contempla los programas de 40 compañías tanto de fabricantes de fármacos como de materias primas, en los que se prevé una inversión de 1.700 millones

de euros. De este modo, “podremos contar con más garantías en el abastecimiento de medicamentos estratégicos para nuestro país y mejorar la competitividad productiva de la industria farmacéutica”, decía el presidente de la patronal.

Para el subdirector general de Farmaindustria, Javier Urzay, “no se trata de convertirnos en un gran país productor, sino de tener la capacidad de fabricar medicamentos esenciales si fuera necesario y no depender de otros países”.

“Esta inversión en producción reforzará el tejido industrial farmacéutico, asegurando las capacidades estratégicas de interés nacional”, añade. Actualmente, España cuenta con 82 plantas de fabricación de medicamentos que “de no impulsarse pueden verse reducidas a menos de la mitad en unos años”, apostillaba López-Belmonte.

Agilizar los procesos de acceso

Otro de los pilares fundamentales sobre los que se debe basar el Plan Estratégico es asegurar el acceso rápido a la innovación y garantizar la financiación del sistema sanitario. A juicio de Urzay, “tenemos la oportunidad de proporcionar un mejor y más rápido acceso a las terapias innovadoras y hacerlo de forma sostenible, y no debemos desaprovecharla”.

Para ello, desde Farmaindustria señalan la necesidad de trabajar conjuntamente con la Administración para desatascar los medicamentos que se quedan retrasados y agilizar los plazos. Humberto Arnés, director general de Farmaindustria, admitía que durante la pandemia se produjo un retraso en la evaluación de los precios, sin embargo “subyace un problema estructural de fondo que dificulta este acceso”.

Según los datos de la patronal europea expuestos por López-Belmonte, solo el 52 por ciento de los medicamentos aprobados por la EMA están disponibles en nuestro país, cuando en los países de nuestro entorno están cerca del 80.

Para cambiar esta situación, Arnés destaca la necesidad de trabajar en protocolos estructurales que permitan una mayor agilidad. Procesos como los *Fast Track*, revisiones por el procedimiento de urgencia para medicamentos que aporten un beneficio incremental, podrían ser una opción. “Debemos introducir criterios de evaluación similares a los de otros países que tienen unos procesos más rápidos”.

Son ejemplos Francia y Reino Unido donde ya se han iniciado planes estratégicos para adaptarse a la nueva realidad postpandemia. En el caso de Francia, han definido un nuevo marco en el que han creado la plataforma “Coalición de Innovación en Salud” en la que están representados emprendedores y usuarios.

Por su parte, los británicos han puesto en marcha un mecanismo de coordinación de todos los actores sanitarios, y una plataforma específica para reducir los tiempos de aprobación y mejorar el acceso a la innovación. De hecho, los ingleses consiguieron aprobar la primera vacuna frente a la COVID-19 antes que la propia Agencia Europea del Medicamento.

Aprovechar el impulso investigador

En cuanto a la tercera pata que debe contener el Plan Estratégico, desde Farmaindustria plantean potenciar la investigación farmacéutica nacional para convertirnos en un país puntero en I+D biomédica. “Debemos aprovechar el potencial de la investigación clínica de medicamentos y nuestra fortaleza en la realización de ensayos clínicos para mantenernos como referencia internacional”, indica López-Belmonte.

En España, en la actualidad, hay 3.500 ensayos clínicos en marcha en los que participan 145.000 pacientes. Según un informe del Real Instituto Elcano, este sector puede atraer mayor inversión internacional en investigación.

“Podemos convertir a España en una potencia farmacéutica en investigación in-

crementando los recursos destinados, atrayendo y reteniendo el talento, y definiendo un marco de colaboración público-privada que aumenten aumentar el atractivo internacional de nuestro país”, asegura Urzay.

Marco estable

En el encuentro se puso sobre la mesa una reivindicación histórica que Farmaindustria: la industria farmacéutica necesita un marco de referencia estable y predecible. Y así debería estar reflejado, en su opinión, en ese Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica que el Gobierno ha anunciado para el primer trimestre del próximo año. En el seminario se volvía una y otra vez sobre el papel estratégico del sector, como ha evidenciado la pandemia. Una pandemia que ha dejado lecciones aprendidas y la puerta abierta a nuevas oportunidades.

En este sentido, en la clausura del encuentro, el director general de Farmaindustria apuntaba a “un tren que aún no ha salido de la estación” y al que España aún se puede subir. “Podemos ser usuarios de la tecnología que generan otros o ser generadores de esos productos nuevos y de esas tecnologías”.

Cabe recordar que nuestro país ha sido líder en ensayos clínicos de tratamientos contra la COVID-19. En este mismo sentido, Emili Esteve, director del Departamento Técnico, resaltaba en la jornada otro dato: en 2020 en España se llevaron a cabo 1.071 ensayos, en torno al 70 por ciento más que el año anterior.

Para Humberto Arnés es importante trabajar en varias líneas, potenciando la investigación pública, pero también impulsando la colaboración con el sector privado. Y, como no, apostar por la investigación clínica. El director general se refería también a algo que ha estado presente en todo el encuentro: accesibilidad y sostenibilidad pueden compatibilizarse.

Plan Farmacéutico Europeo

El Plan Farmacéutico Europeo es otro de los temas que preocupa, y mucho, a Far-



maindustria. Iciar Sanz, directora del Departamento de Internacional, destacaba algunos de sus aspectos positivos, al tiempo que apuntaba a la necesidad de un “enfoque holístico” del sector.

En cuanto a las iniciativas perjudiciales “que ponen en riesgo la industria farmacéutica europea”, recordaba que los motores de la innovación son los derechos de propiedad industrial y los incentivos regulatorios, que irían a la baja con este nuevo plan europeo. Sanz los presentaba como “una amenaza para el modelo productivo de la industria farmacéutica innovadora”.

Fichas técnicas sin papel

En el encuentro se abordó también un proyecto que se iniciará a principios del año próximo, y que pretende eliminar el formato papel de fichas técnicas y prospectos. “Durante la pandemia se ha puesto de manifiesto que se puede prescindir de este formato”, señalaba Ana López de la Rica, directora asociada del Departamento Técnico.

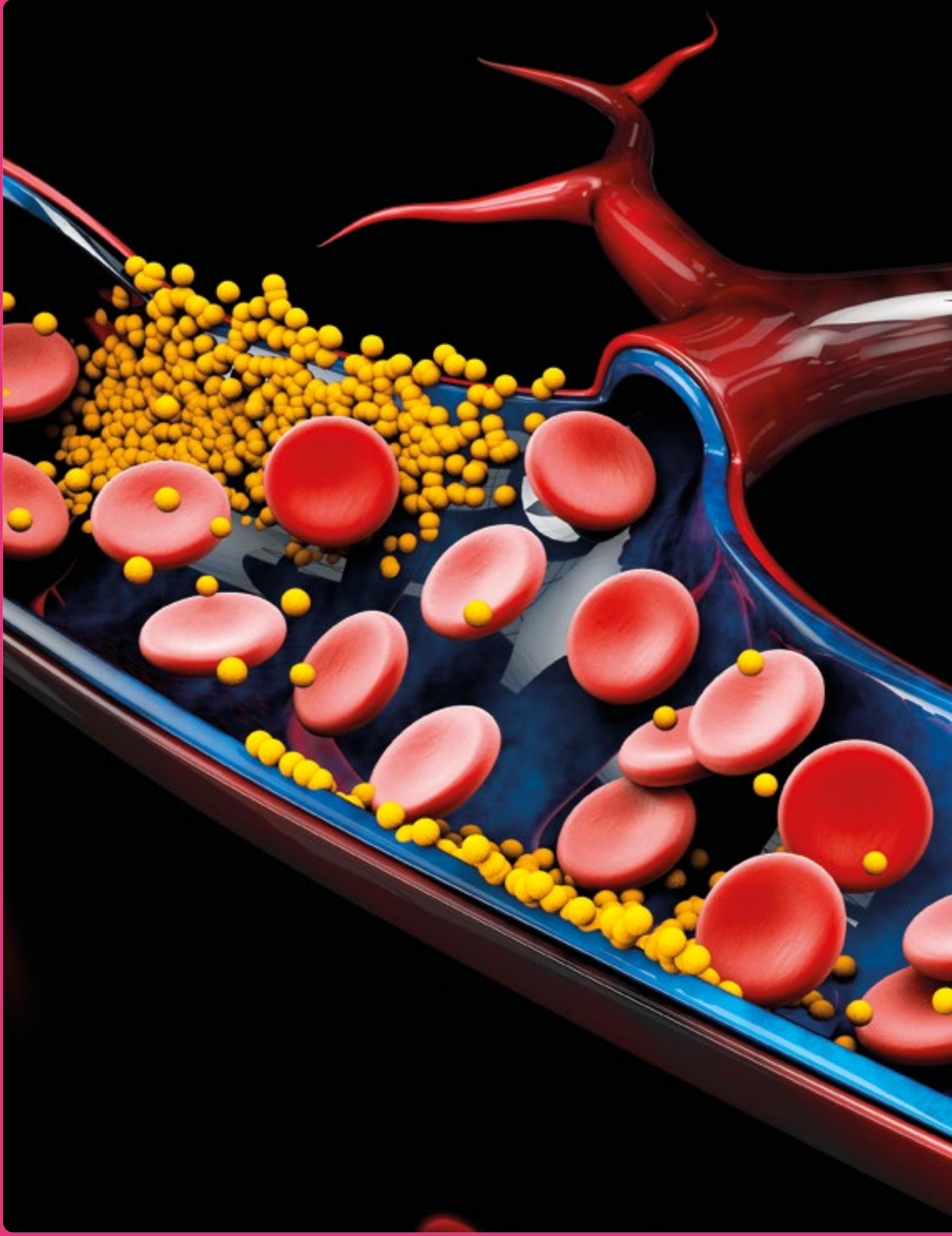
La Agencia Española del Medicamento, el Consejo de Farmacéuticos, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y varias

compañías asociadas a Farmaindustria han puesto en marcha un proyecto en este sentido, de una duración de dos años, para los medicamentos de uso hospitalario.

Entre las ventajas, aparte de la evidente de protección del medio ambiente, está el acceso al contenido actualizado en la Agencia Española del Medicamento. Además, el nuevo formato en código permitirá flexibilizar la cadena de suministros y reducir la carga burocrática de los reguladores a la hora de actualizar los datos.

Ana López también abordó un sistema que se está trabajando en Europa. Un estándar de información de producto semiestructurado que va a permitir un acceso más fácil a través de recursos electrónicos. Así, se está desarrollando una herramienta capaz de transformar todos los prospectos autorizados en un formato común interoperable entre los sistemas de prescripción y webs que publiquen información de medicamentos.

En el caso de España, el 80 por ciento de lo publicado en la página del CIMA está ya en ese formato semiestructurado, pendiente de un ajuste para que sea compatible con el europeo ■





PROYECTO **OPCAR**

Objetivo de Prevención
del riesgo

CAR cardiovascular

en paciente

diabético

El paciente diabético tiene un mayor riesgo cardiovascular, lo que hace especialmente importante el control de los factores de riesgo asociados (metabolismo hidrocarbonado y lipídico, cifras de tensión arterial, abandono del hábito tabáquico y vida cardiosaludable) para disminuir su morbilidad.

Texto | Redacción



Es bien sabido que las estatinas reducen el nivel de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), así como otros marcadores inflamatorios como la proteína C-reactiva (PCR), y se ha demostrado, tanto en estudios de prevención primaria como secundaria, que reducen la incidencia de enfermedad cardiovascular.

En pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) el mayor beneficio se obtiene cuando se alcanzan los objetivos tanto de hemoglobina glicosilada como de c-LDL, lo que se traduce en una reducción significativa de las complicaciones microvasculares. Sin embargo, en la mayoría de los casos los pacientes no logran alcanzar estos objetivos¹, a pesar de las recomendaciones de las guías y de las distintas estrategias diseñadas para mejorar la adherencia a dichas recomendaciones.

Proyecto OPCAR

Con el objetivo de evaluar la consecución de los objetivos de prevención del riesgo cardiovascular establecida para pacientes diabéticos en España se puso en marcha el Proyecto OPCAR, un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, en el que participaron 1.420 profesionales (especialistas en Cardiología y médicos de Atención Primaria), provenientes de todo el territorio nacional. La doctora Adriana Saltijeral Cerezo, cardióloga del Hospital Universitario del Tajo y el doctor Ramón Bover Freire, cardiólogo del Hospital Clínico San Carlos, fueron los coordinadores científicos del proyecto, estableciendo las variables que se incluyeron en el cuestionario, revisando los resultados y extrayendo conclusiones.

Los resultados obtenidos en el estudio permiten extraer conclusiones relevantes sobre cómo se aplican las recomendaciones de las guías en la práctica clínica, las causas del mal control cardiovascular en el paciente diabético, así como las acciones que los profesionales consideran que deberían llevarse a cabo para mejorar esta situación.

En primer lugar, el 42% de los médicos indicó que la media de c-LDL de sus pacientes diabéticos se situaba entre 70 y 100 mg/dl, y el 43% que dicha media se situaba entre 100 y 130 mg/dl; tan solo un 3% afirmó que la media se encontraba por debajo de 70 mg/dl (Figura 1). Estas cifras son claramente superiores a las recomendadas por las guías de cardiología y de dislipemia^{2,3},

La mayoría de los pacientes diabéticos no cumple los objetivos de control lipídico

y no solo de las últimas de 2019, que establecen unos objetivos más estrictos de control lipídico, sino también de las anteriores ediciones.

Mejores son los resultados sobre el control glucémico, ya que el 41% de los médicos afirmaba que la media de HbA1c de sus pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular estaba por debajo del 7,5%, mientras que el 48% situaba esta media entre el 7,5 y el 8%. Estas serían unas cifras adecuadas, ya que el objetivo establecido es del 7% y en pacientes mayores con DM de larga evolución sería aceptable incluso el 8%².

El 42% de los médicos manifestó que entre el 10 y el 30% de sus pacientes diabéticos presentaba dislipemia aterogénica. Cuando se les preguntó sobre los factores que condicionaban un riesgo cardiovascular muy alto en los pacientes diabéticos señalaron el daño de órgano diana (96%) como el más importante, seguido de la hipercolesterolemia (82%), la hipertensión arterial (79%) y el tabaquismo (78%).

En diabéticos con riesgo cardiovascular muy alto, el 53% establecía un c-LDL < 70 mg/dl y un 42% buscaba el doble objetivo de c-LDL < 70 mg/dl y reducción del c-LDL al 50%, si la concentración basal sin tratamiento era menor de 135 mg/dl. En las nuevas guías de la ESC 2019, este segundo criterio se acepta en cualquier caso² (Figuras 2 y 3).

En pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular alto, el 44% de los encuestados fijaba un objetivo de c-LDL < 100 mg/dl y cerca del 50% establecía un doble objetivo: c-LDL < 100 mg/dl y reducción del c-LDL al 50%, si la concentración basal sin tratamiento era menor de 200 mg/dl. En las guías de la ESC 2019, la recomendación para estos pacientes es de c-LDL < 70 mg/ml o reducción de al menos el 50%².

Para el 69% de los participantes, pitavastatina era la estatina de primera elección

Figura 1: Porcentaje de participantes en función de la media de c-LDL de sus pacientes diabéticos. N = 1.420

Aproximadamente, ¿cuál es la media de c-LDL de sus pacientes diabéticos?

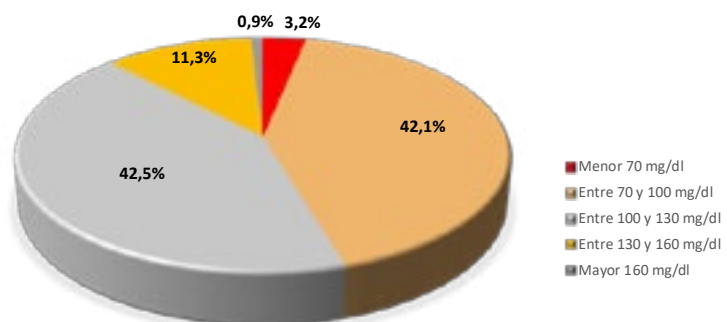
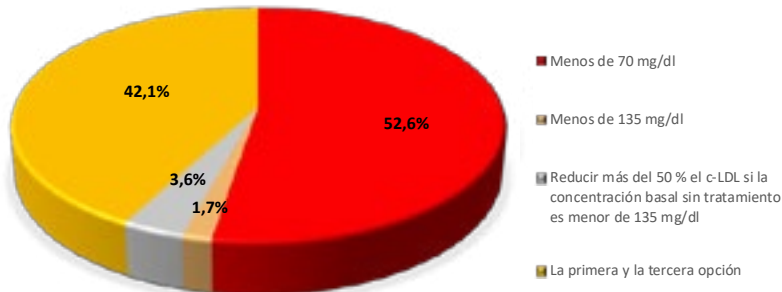


Figura 2: Porcentaje de participantes en función del objetivo de c-LDL que establecía en paciente diabético con riesgo cardiovascular muy alto. N = 1.420

En paciente diabético con riesgo cardiovascular muy alto, ¿qué objetivo de c-LDL establece?

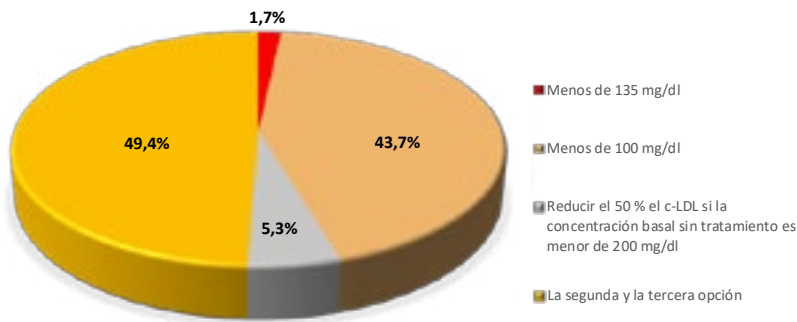


en el paciente diabético con riesgo cardiovascular alto (Figura 4), ya que no interfiere con el metabolismo glucídico, lo que hace recomendable su prescripción en los pacientes diabéticos^{4,5}. Además, el 90% de los encuestados también consideró que pívastatina era la estatina más eficaz para alcanzar los objetivos de c-LDL con menos interacciones farmacológicas, ya que no se metaboliza por la vía CYP3A4, a diferencia de atorvastatina, lovastatina y simvastatina^{6,7}.

Pívastatina es la estatina de primera elección en el paciente diabético con riesgo cardiovascular alto

Figura 3: Porcentaje de participantes en función del objetivo de c-LDL que establecía en paciente diabético con riesgo cardiovascular alto. N = 1.420

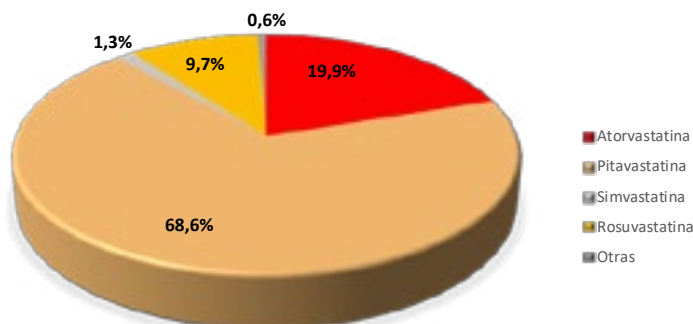
En paciente diabético con riesgo cardiovascular alto, ¿qué objetivo de c-LDL establece?



En cuanto a las causas que ocasionan un mal control del riesgo cardiovascular en el paciente diabético, el 38% de los facultativos pensaba que la principal era la falta de adherencia terapéutica, seguido de la insuficiente coordinación entre los distintos profesionales sanitarios, la falta de eficacia del tratamiento, y el riesgo de interacciones medicamentosas de las estatinas (Figura 5). El 59% de los encuestados consideraba que los efectos secundarios de las estatinas eran frecuentes, pero no constituían un motivo para limitar su prescripción. La inercia terapéutica era considerada la principal causa de no consecución de los objetivos de c-LDL (Figura 6).

Figura 4: Porcentaje de participantes en función de la estatina de primera elección en paciente diabético con riesgo cardiovascular alto. N = 1.420

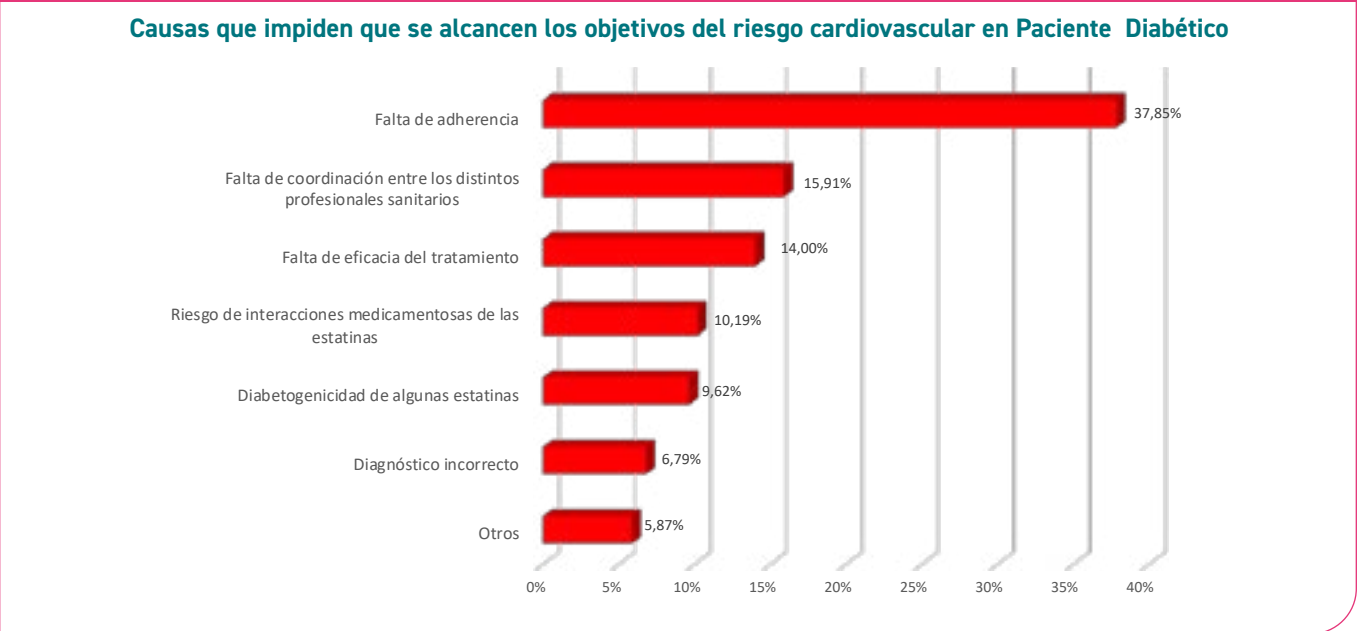
En su opinión, ¿qué estatina sería de primera elección en paciente diabético con riesgo cardiovascular alto?



Por otro lado, respecto a las acciones que aumentarían la consecución de los objetivos de control del riesgo cardiovascular en el paciente diabético, los encuestados consideraron fundamental crear protocolos comunes entre Atención Primaria y Atención Especializada para el manejo del riesgo cardiovascular, informar/formar al paciente sobre su patología, e informar/formar al paciente sobre sus medicamentos. Disponer de estatinas con



Figura 5. Porcentaje de participantes en función de las causas que implicaban que los pacientes no alcanzaran los objetivos de riesgo cardiovascular en paciente diabético. Multirresponsta. N = 1.420



pocas interacciones farmacológicas o no diabetogénicas también fueron aspectos altamente valorados por más de la mitad de los profesionales (Figura 7).

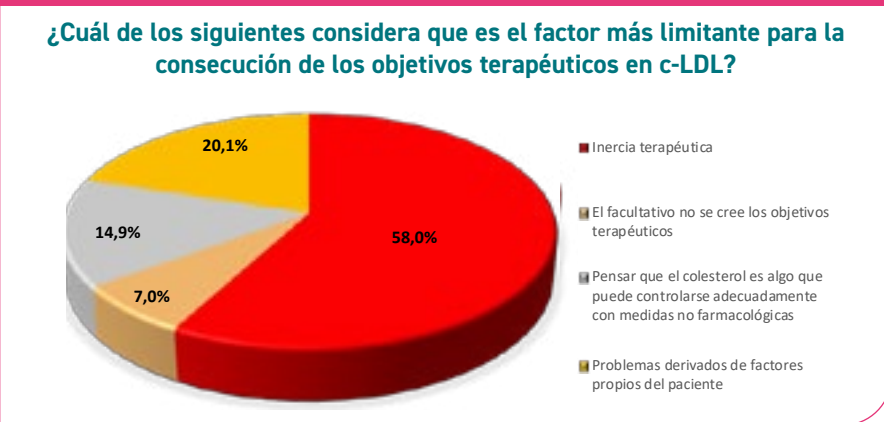
Además, el 77% de los encuestados pensaba que la formación al profesional sobre la importancia de cumplir un doble objetivo (c-LDL + HbA1c) podría ser muy útil para ayudar a aumentar la consecución del objetivo de riesgo cardiovascular en el paciente diabético, y en igual medida, expli-

car al paciente diabético que es al menos tan importante el control del c-LDL como el de la glucemia. En este sentido, el 45% de los participantes indicó que analizar los niveles de c-LDL en las farmacias podría ayudar a mejorar la consecución de objetivos de c-LDL.

Por lo que respecta al uso de las nuevas tecnologías, el 78% de los médicos manifestó que serían positivas actividades formativas para los pacientes y los profesio-

La falta de adherencia terapéutica, principal causa del mal control cardiovascular en el paciente diabético y la inercia terapéutica, principal motivo de no alcanzar los objetivos de c-LDL

Figura 6. Porcentaje de participantes en función del factor que consideraban más limitante para la consecución de los objetivos terapéuticos de c-LDL. N = 1.420



nales mediante las nuevas tecnologías como herramienta para mejorar el riesgo cardiovascular.

Sobre el uso por el paciente, cerca del 70% de los médicos creía que los pacientes estarían dispuestos a aceptar las nuevas tecnologías y las redes sociales como herramientas para mejorar su riesgo cardiovascular, pero de forma variable, dependiendo mucho del perfil en concreto del paciente. También alrededor del 70% de los encuestados opi-

Figura 7. Porcentaje de participantes en función de las acciones que creían que aumentarían la consecución de los objetivos de riesgo cardiovascular en paciente diabético. Multirrespuesta. N = 1.420

Acciones que aumentarían la consecución de los objetivos del riesgo cardiovascular en el paciente diabético

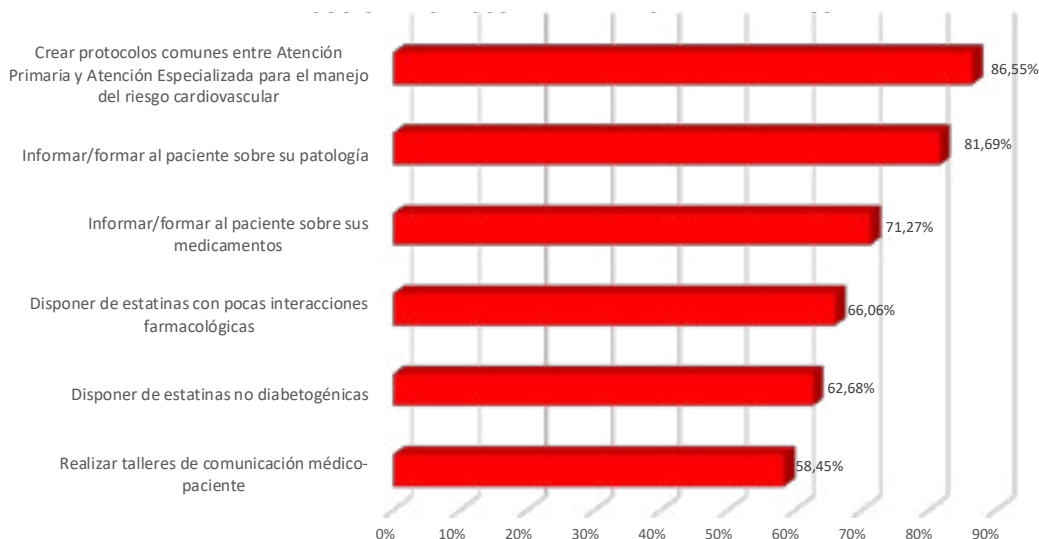
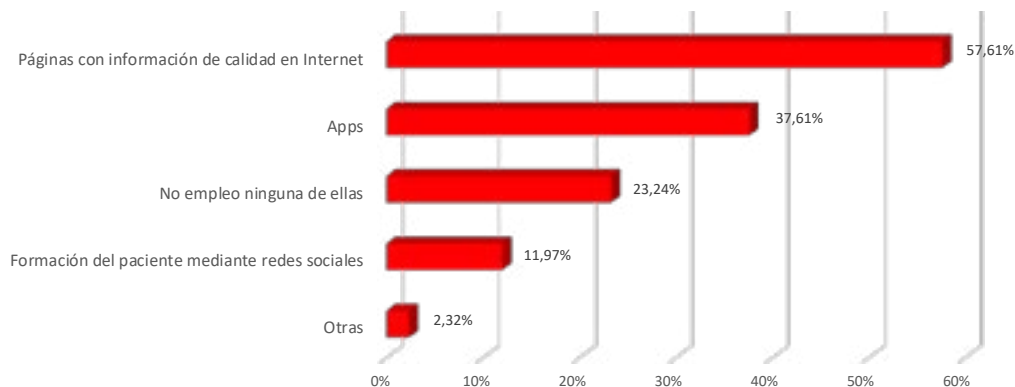


Figura 8. Porcentaje de participantes en función de las soluciones tecnológicas que empleaba. Multirrespuesta. N = 1.420

Soluciones tecnológicas que emplea



naba que las Apps podrían tener impacto en el paciente para mejorar su riesgo cardiovascular, y un 64% opinaba que las páginas con información de calidad en Internet podrían ser de utilidad en este aspecto.

Respecto al uso de las nuevas tecnologías por parte de los profesionales, el 49% de los médicos pensaba que el profesio-

nal aceptaría estas nuevas tecnologías, y un 50% adicional que la aceptación de las nuevas tecnologías y redes sociales por parte de los profesionales para mejorar el riesgo cardiovascular de sus pacientes era variable, dependiendo mucho del perfil del profesional. En este sentido, el 58% de los participantes empleaba páginas con información de calidad en Internet (Figura 8).

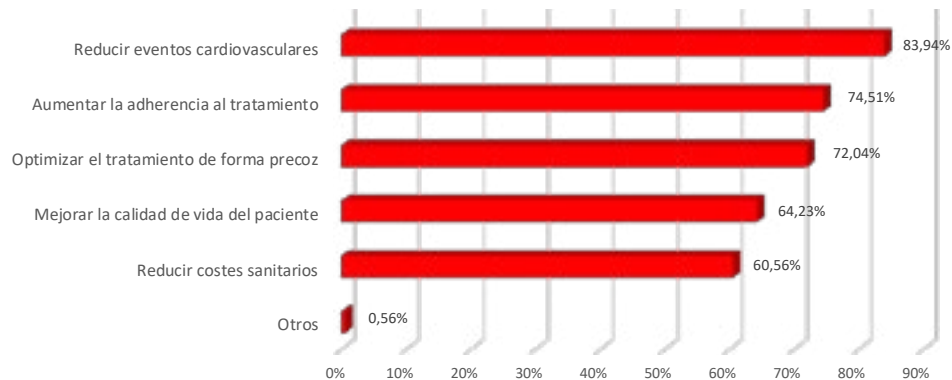
Las páginas de información de calidad en Internet son las herramientas tecnológicas más usadas por los médicos.

La mayoría de los participantes opinó que las acciones o medidas propuestas anteriormente producirían una reducción de eventos cardiovasculares, aumentarían la adherencia al tratamiento y servirían para optimizar el tratamiento de forma precoz (Figura 9).



Figura 9. Porcentaje de participantes en función del efecto que pensaban que producirían las acciones anteriormente propuestas. Multirrespuesta. N = 1.420

Efecto de las acciones propuestas



La creación de protocolos comunes entre Atención Primaria y Especializada se considera clave para mejorar la consecución de los objetivos de control del riesgo cardiovascular

Esto último, según el 68% de los médicos, haría posible que en más del 60% de los casos se pudieran alcanzar los objetivos, y según el 35%, este porcentaje sería superior al 80%.

Cerca del 87% de los participantes opinó que, si además de conseguir el control lipídico se garantizara el no empeoramiento del metabolismo hidrocarbonado, se conseguirían reducir los costes del sistema sanitario y favorecer la confianza del paciente en el tratamiento y el médico.

Bibliografía

1. Shi L, Fonseca VA, Wong Y, Zhang M. Glycemic and cholesterol control versus single-goal control in US veterans with newly diagnosed type 2 diabetes: a retrospective observational study. *Diabetes Ther.* 2015; 6:339-55.
2. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J.* 2019;41(2,7):255-323.
3. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J.* 2019;41(1,1):111-88.
4. Hounslow N, Robillard P, Suzuki M, et al. Pitavastatin is without effect on glycaemic parameters in metabolic syndrome. In: 7th World Congression Prevention of Diabetes and its Complications (WCPD 2012).
5. Yamakawa T, Takano T, Tanaka S, KadonosopoK, Terauchi Y. Influence of pitavastatin on glucose tolerance in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Atheroscler Thromb.* 2008;15(5):269-75.
6. Barrios V, Escobar C, Zamorano JL. Searching the Place of Pitavastatin in the Current Treatment of Patients With Dyslipidemia *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2013;11:1597-612.
7. Thakker D, Nair S, Pagada A, Jamdade V, Malik A. Statin Use and the Risk of Developing Diabetes: A Network Meta-Analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2016;25(10):1131-49.

CONCLUSIONES

- ✓ A pesar de que la inmensa mayoría de los participantes afirma conocer guías o protocolos aplicables para la prevención del riesgo cardiovascular en diabéticos, los datos reportados sobre el control lipídico en estos pacientes son claramente mejorables y están muy lejos de acercarse a las recomendaciones de las guías terapéuticas.
- ✓ Una proporción importante de los pacientes diabéticos presentan un riesgo cardiovascular alto o muy alto, lo que obliga a perseguir valores adecuados de c-LDL (< 70 mg/dl y < 55 mg/dl, respectivamente).
- ✓ Pitavastatina es la estatina de primera elección en el paciente diabético con riesgo cardiovascular alto o muy alto, y en el paciente prediabético, por la ausencia de efecto diabotogénico y la baja probabilidad de interacciones farmacológicas.
- ✓ El adecuado control de la HbA1c debe acompañar al objetivo del control lipídico.
- ✓ Para mejorar el riesgo cardiovascular de los pacientes diabéticos son importantes la elaboración de protocolos consensuados entre profesionales hospitalarios y extrahospitalarios, la elección adecuada del tratamiento hipolipemiente, así como una adecuada formación de los profesionales e información de los pacientes.
- ✓ Las Apps y las páginas de Internet pueden ser herramientas eficaces para ayudar a controlar el riesgo cardiovascular, pero su utilidad está condicionada, en gran medida, por el perfil concreto del paciente y del profesional, hecho que refleja de forma clara las diferencias generacionales en cuanto a la aproximación y uso de las nuevas tecnologías ■





ac



La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

2 de noviembre

Protocolo para los sanitarios afectados por COVID persistente.

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) considera que se precisa un protocolo específico para la adecuada valoración de la incapacidad/capacidad laboral y de la aptitud. CESM trabaja en un detallado seguimiento de cuál es la situación de los profesionales afectados por COVID. En especial de aquellos que padecen las secuelas del mismo para exigir un adecuado tratamiento de su situación laboral. Es el caso de los sanitarios afectados por COVID persistente o Síndrome Post-COVID. Se entiende como 'Síndrome Post-COVID' (SPC) la persistencia de síntomas 12 semanas (3 meses) después de superada la fase aguda de la COVID-19. Se trata de una calificación que ya en 2019 la OMS aseguró que se incluiría con un código en la Clasificación Internacional de Enfermedades ■



Julián Pérez-Villacastín, nuevo presidente de la SEC. El actual jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid estará al frente del Comité Ejecutivo de la Sociedad Española de Cardiología durante los dos próximos años. Asimismo, Juan José Gómez Doblás ocupará el cargo de vicepresidente, Marta Farrero Torres de secretaria general y Violeta Sánchez Sánchez de tesorera. Pérez-Villacastín es también director del Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y coordinador de CardioRed en la Comunidad de Madrid ■

3 de noviembre

Medio centenar de organizaciones profesionales por la defensa de la AP.

Se trata de organizaciones profesionales, sociales y sindicales, y proponen una serie de medidas encaminadas a fortalecer la Atención Primaria (AP) y a un incremento significativo de profesionales. El objetivo es superar la situación crítica de la Atención

Primaria, acrecentada tras la pandemia de COVID-19. No obstante, estas organizaciones defienden que la AP no debe incrementar las desigualdades socio-sanitarias. Por el contrario, deben facilitar el acceso de los pacientes, poniendo a su disposición al profesional que más se adecue a su problema de salud y con la forma de contacto más rápida y resolutive. Sin embargo, algunas administraciones han aprovechado la forma de afrontar la pandemia para organizar la demanda con menos actividad presencial y más actividad telemática: teléfono, telemedicina, correo electrónico, etc. ■



CSIF denuncia la pérdida de 36.252 contratos sanitarios. Se trata del segundo mes consecutivo en el que se destruye empleo en el sector sanitario, según el sindicato. Argumentan que estos meses son especialmente críticos con la llegada del frío, las enfermedades asociadas a esta época del año, y la campaña de vacunación, atendiendo a los datos de Octubre de la Seguridad Social ■

5 de noviembre

VI Premios PAIME. Son otorgados por la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) y han valorado en esta edición a los organismos y Administraciones que velan por la salud de los médicos españoles, especialmente durante



este tiempo de pandemia de COVID-19. Se entregaron en el marco del IX Congreso del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y recayeron en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con Jesús Aguirre al frente; la Unidad Ambulatoria del COM Murcia, el Servicio Telemático de Apoyo Psicológico, y el organizador COM Cádiz. Hubo un reconocimiento especial a Antonio Terán, médico psiquiatra del equipo clínico del PAIME de Castilla y León, y a Serafín Romero, expresidente de la FPSOMC ■

Sanidad reparte 220 millones a las autonomías. El pleno del Consejo Interterritorial del SNS aprobaba la distribución de esa cuantía entre las autonomías para la mejora de la Salud Digital. En concreto, aprobaba la modificación de criterios para distribución entre las comunidades y ciudades autónomas del Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del SNS, con lo que se modifican las cuantías. Estas proceden del convenio suscrito en 2016 entre el Gobierno de España y Farmaindustria. Ahora, estas deberán dedicar, al menos, un 25 por ciento a proyectos asociados a la gestión económico-financiera de los productos farmacéuticos. El otro 25 por ciento debe ir a la integración de los sistemas de las comunidades y ciudades autónomas con los servicios digitales del SNS ■



15 de noviembre

Inversión de 1.469 millones hasta 2023 para transformar el SNS. Este PERTE se basa en cuatro objetivos específicos. Convertir a España en país líder en la innovación biomédica y en el desarrollo de terapias avanzadas, orientadas a la curación de enfermedades. En segundo lugar, el desarrollo y creación de empresas competitivas basadas en la generación de conocimiento aplicable a este objetivo. Además, desarrollar un Sistema Nacional de Salud Digital con una base de datos integrada. Que permita la recogida y tratamiento de los datos para mejorar la predicción atención, diagnóstico, tratamiento y la investigación. En último lugar, la estrategia se centra en reforzar la Atención Primaria ■

La pandemia aumenta en Europa. El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, advertía de que la semana pasada se habían notificado casi 2 millones de casos de COVID-19 en Europa, «la mayor cantidad en una sola semana desde que comenzó la pandemia». «Se notificaron casi 27.000 muertes en Europa, más de la mitad de todas las muertes por COVID-19 en el mundo la semana pasada. La COVID-19 está aumentando en los países con menores tasas de vacunación en Europa del Este, pero también en los países con algunas de las tasas de vacunación más altas del mundo en Europa Occidental. Es otro recordatorio, como hemos dicho una y otra vez, de que las vacunas no sustituyen la necesidad de otras precauciones contra la COVID-19, señalaba, y celebraba que algunos países europeos estuvieran reintroduciendo restricciones para frenar la transmisión y aliviar la presión de sus sistemas sanitarios ■



17 de noviembre

Las CC. AA. contarán con 68 millones de euros para mejorar la prestación farmacéutica del SNS. El Consejo de Ministros aprobaba la propuesta de distribución entre las 19 comunidades y ciudades autónomas de 69 millones de euros cuyo fin es mejorar la prestación farmacéutica del SNS. Con





FUE NOTICIA

La actualidad del sector

estos fondos se completan, en este ejercicio, las transferencias a las comunidades autónomas procedentes del convenio suscrito entre el Gobierno y Farmaindustria. De este presupuesto, un total de 39,8 millones de euros irán destinados al desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del SNS en el ámbito de la prestación farmacéutica del SNS. Otros 28,2 millones de euros serán para la implantación de actuaciones en el marco del programa de desarrollo de políticas de cohesión para favorecer el uso racional de medicamentos. En concreto, para facultativos de Medicina, Odontología, Farmacia, Enfermería y de Educación Sanitaria de la población para favorecer el uso racional de medicamentos ■



del Medicamento aprobaba, en reunión extraordinaria, dar el visto bueno a la vacuna de Pfizer contra la COVID-19 en niños de 5 a 11 años con dosis inferior a la utilizada en personas de 12 años o más (10 ug frente a 30 ug). Al igual que en el grupo de mayor edad, se administrará en dos inyecciones en los músculos de la parte superior del brazo, con tres semanas de diferencia. En España, los menores de 11 años son los que, en esos días, presentaban una mayor incidencia acumulada a 14 días por 100.000 habitantes, con 203,57, según los datos del Ministerio de Sanidad, muy por delante del siguiente grupo, las personas entre 40 y 49 años, que se situaban en 155,91 ■



Los médicos madrileños comienzan a movilizarse. Los cinco sindicatos de la Mesa Sectorial de Sanidad CC.OO, UGT, Amyts, SATSE y CSIT, convocaban una protesta frente al Centro de Salud de Las Cortes. De esta forma, llamaban a los médicos madrileños a unirse a un calendario de movilizaciones encaminadas a reclamar financiación a la Comunidad de Madrid. En concreto, unos presupuestos sanitarios en la región para 2022 acordes a las necesidades reales. A esta concentración seguiría otra el 2 de diciembre por la adecuación de plantillas y la gestión de listas de espera ■

19 de noviembre

Sanidad, dispuesta a modificar el RD 1146/2006. La Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad se reunía con los sindicatos. Los responsables ministeriales admitían la necesidad de asegurar la calidad de la Formación Sanitaria Especializada. Por ello, Sanidad ha mostrado su disposición para hacer las modificaciones necesarias en el RD 1146/2006. Esta normativa regula el periodo de residencia de los médicos del SNS. Por otro lado, en la reunión se admitía que se producirán modificaciones en el Estatuto Marco, en concreto, en los artículos 9, 33 y disposición adicional 17. Es decir, aquellos que afectan a la temporalidad. El objetivo es lograr encajar los acuerdos alcanzados para intentar reducirla. Sanidad se ha puesto de fecha límite para conseguirlo el verano de 2022 ■

25 de noviembre

Visto bueno de la EMA a la vacuna en niños de 5 a 11 años. El Comité de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Europea

26 de noviembre





Nueva mutación de la COVID-19. La OMS se reunía para analizar la nueva variante B.1.1.529, detectada en Sudáfrica. El objetivo, era determinar si esta variante «debe ser designada como variante de interés o variante preocupante». La doctora Maria Van Kerkhove, epidemióloga líder de la OMS, apuntaba que todavía no se conoce mucho esta nueva variante, ya que apenas hay «menos de 100 secuencias genómicas completas disponibles». En cualquier caso, «lo que sí se sabe es que esta variante tiene un gran número de mutaciones y la preocupación es que cuando tienes tantas mutaciones eso puede tener un impacto en cómo se comporta el virus» ■



La SEMG insiste en que la AP no necesita parches sino una reforma integral. Durante el III Congreso Madrileño de Médicos Generales y de Familia, el presidente nacional de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Antonio Fernández-Pro recordaba que la Atención Primaria no necesita parches. “Necesita una reforma integral e integradora para que verdaderamente sea el eje del sistema sanitario”, ha defendido. Para lograr este objetivo, el incremento del presupuesto dedicado al primer nivel asistencial es fundamental. Fernández-Pro destacaba el trabajo “modélico” que han realizado los profesionales del primer nivel durante toda la pandemia. Este trabajo “callado” y “continuo”, que no centró el foco mediático, evitó que se colap-

sase el sistema hospitalario. Sin embargo, según el presidente de la SEMG, la Atención Primaria sigue teniendo “muchas debilidades”. Entre ellas, la fuga de los profesionales ■

29 de noviembre

Variante ómicron del coronavirus. La presidenta de la Comisión Europea, Ursula von der Leyen, pedía «prepararse para lo peor» por la aparición de la variante ómicron del coronavirus detectada en Sudáfrica y varios países europeos. «Nos tomamos muy en serio esta variante ómicron y sabemos que estamos en una carrera contra el tiempo», afirmaba, y subrayaba que no se sabe todo de la nueva variante y que los científicos y farmacéuticas necesitan entre dos y tres semanas para conseguir una perspectiva completa de la fuerza de la ómicron ■

30 de noviembre

El Consejo de Ministros aprueba el PERTE sanitario. El Consejo de daba su visto bueno a los Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE) para la Salud de Vanguardia, cuya previsión de contribución al Producto Interior Bruto (PIB) es de 4.335,496 millones de euros, con una generación de 12.688 puestos de trabajo. La ministra de Ciencia e Innovación, Diana Morant, recordaba que el plan contempla una inversión de 1.469 millones de euros entre 2021 y 2023, de los 982 se van a invertir desde el sector público y 487 millones de euros desde el privado, para «transformar» el Sistema Nacional de Salud (SNS) ■



NOTA: Cronología del 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2021. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.el-medicointeractivo.com>



inst

La
antánea
médica



Vacunas para África

El **African Vaccine Acquisition Trust (AVAT)**, Africa Centers for Disease Control and Prevention (Africa CDC), COVAX y Unión Africana han realizado un llamamiento a la comunidad internacional para demandar más compromiso, especialmente a donantes y fabricantes, en las donaciones de vacunas COVID-19 ante la aparición de la nueva variante 'Ómicron', sobre la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado que supone un riesgo "muy alto". Las entidades africanas han señalado que esta petición responde a la necesidad de "mejorar" en la calidad de las donaciones para lograr el objetivo global de inmunizar al 70 por ciento de la población africana. Hasta el momento, añaden, que las donaciones se han proporcionado "con poca antelación y con una vida útil corta", lo que ha provocado a los países que "sea extremadamente difícil" planificar campañas de vacunación. Por ello, han solicitado que la comunidad internacional, y concretamente donantes y fabricantes, se comprometan a mejorar a partir del 1 de enero de 2022 mediante una serie de normas, como, por ejemplo, que los países donantes liberen las dosis en grandes volúmenes y de manera predecible para reducir los costos de transacción. También piden que las dosis no se destinen a fines específicos para lograr la mayor eficacia y respaldar la planificación a largo plazo ■



Variante ómicron del coronavirus



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido de que la variante ómicron del virus de la COVID-19 tiene un riesgo global de propagación "alto", por lo que ha pedido a los países que estén preparados para sus posibles consecuencias. En un informe técnico dirigido a los Estados miembros, el organismo sanitario internacional de Naciones Unidas ha avanzado la posibilidad de "futuras oleadas de COVID-19, que podrían tener graves consecuencias, dependiendo de una serie de factores". En este sentido, califican de "alta" la posible propagación de ómicron a nivel mundial y de "muy alto" su posible impacto, "dadas las mutaciones que pueden conferir un potencial de escape inmunológico y posiblemente una ventaja de transmisibilidad". Así, apuntan que ómicron es una variante "altamente divergente" con "un alto número de mutaciones", incluyendo de 26 a 32 en la proteína de la espiga del virus la puerta de entrada del SARS-CoV-2 al organismo", algunas de las cuales "son preocupantes y pueden estar asociadas con el potencial de escape inmunológico y una mayor transmisibilidad". Sin embargo, los expertos de la OMS aclaran que "todavía existen considerables incertidumbres". En primer lugar, reconocen que una duda es "el grado de transmisibilidad de la variante y si los aumentos de contagios en Sudáfrica están relacionados con el escape inmunológico, la mayor transmisibilidad intrínseca o ambos" ■





 **CALQUENCE**[®]
acalabrutinib (cápsulas 100 mg)



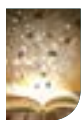
El valor de la **Confianza**

- **CALQUENCE**[®] en monoterapia o en combinación con obinutuzumab está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con **leucemia linfocítica crónica (LLC) no tratados previamente**.¹
- **CALQUENCE**[®] en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con **leucemia linfocítica crónica (LLC) que han recibido al menos un tratamiento previo**.¹

(▼) Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

Para la notificación de reacciones adversas puede dirigirse a la dirección de AstraZeneca www.contactazmedical.astrazeneca.com
Ficha Técnica disponible a continuación. Ver condiciones de financiación en ficha técnica.

¹ Ficha técnica de CALQUENCE[®].



Los anticuerpos disminuyen a partir de los 90 días



Un estudio ha constatado un aumento gradual del riesgo de infección por COVID-19 a partir de los 90 días después de recibir una segunda dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, según publican sus autores en la revista 'The BMJ'. Los resultados confirman que la protección disminuye con el tiempo y sugieren que podría estar justificada una tercera dosis de refuerzo. Los resultados confirman que la vacuna de Pfizer-BioNTech proporcionó una excelente protección en las primeras semanas después de la vacunación, pero sugieren que la protección disminuye para algunos individuos con el tiempo. La tasa de resultados positivos aumentó con el tiempo transcurrido desde la segunda dosis. Por ejemplo, en todos los grupos de edad, el 1,3% de los participantes dieron positivo entre 21 y 89 días después de la segunda dosis, pero esta cifra aumentó al 2,4% después de 90-119 días; al 4,6% después de 120-149 días; al 10,3% después de 150-179 días; y al 15,5% después de 180 días o más. En comparación con los primeros 90 días después de la segunda dosis, el riesgo de infección en todos los grupos de edad era 2,37 veces mayor después de 90-119 días; 2,66 veces mayor después de 120-149 días; 2,82 veces mayor después de 150-179 días; y 2,82 veces mayor después de 180 días o más ■

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 hiperamionemia. 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 rifaximina 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 heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DACC 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 cidosporina. 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 rifaximina, rifaximina puede causar una coloración roja 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. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es esencialmente "evento de sodio". **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 rifaximina 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) (CYP3A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP2A2 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, antiepilépticos, 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 cidosporina (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 AUC₀₋₂₄ 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 evolutivas 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 hepato biliares:** 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, eczema, eritema, prurito, purpura, 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, polaquiuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductivo 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 clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Carboximetilbalmón sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de gliceril, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dioxido de titanio (E-171), Edulcorante 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:** Diciembre 2020.

¿Piensas en cómo vincularte más con tu Barrio?

Lograr una farmacia más imprescindible para todos
UNIENDO lo Sanitario y lo Social



Ya lo estamos haciendo.

En tan sólo 4 meses, ¡¡¡las farmacias farmaSOLIDARIA han compartido más de 1.500 Momentos Solidarios de sus clientes/pacientes!!!

Nosotros nos encargamos de todo, desarrollar los proyectos, los convenios con las entidades sociales, gestionar los certificados de donación, poner en marcha el sistema de recaudación, “vestir” tu farmacia para potenciar la comunicación,...

Súmate y descubre cómo puedes PARTICIPAR.



farma
SOLIDARIA

Conoce que:

farmaSOLIDARIA es independiente, el 100% del programa se sostiene gracias a las cuotas de sus farmacias MIEMBROS, y el 100% de las donaciones recogidas van a los proyectos Solidarios.

Si quieres AYUDAR en tu Barrio avísanos:

Web: www.farmasolidaria.com
Email: info@farmasolidaria.com
Tf: 606 406 967

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.

