

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

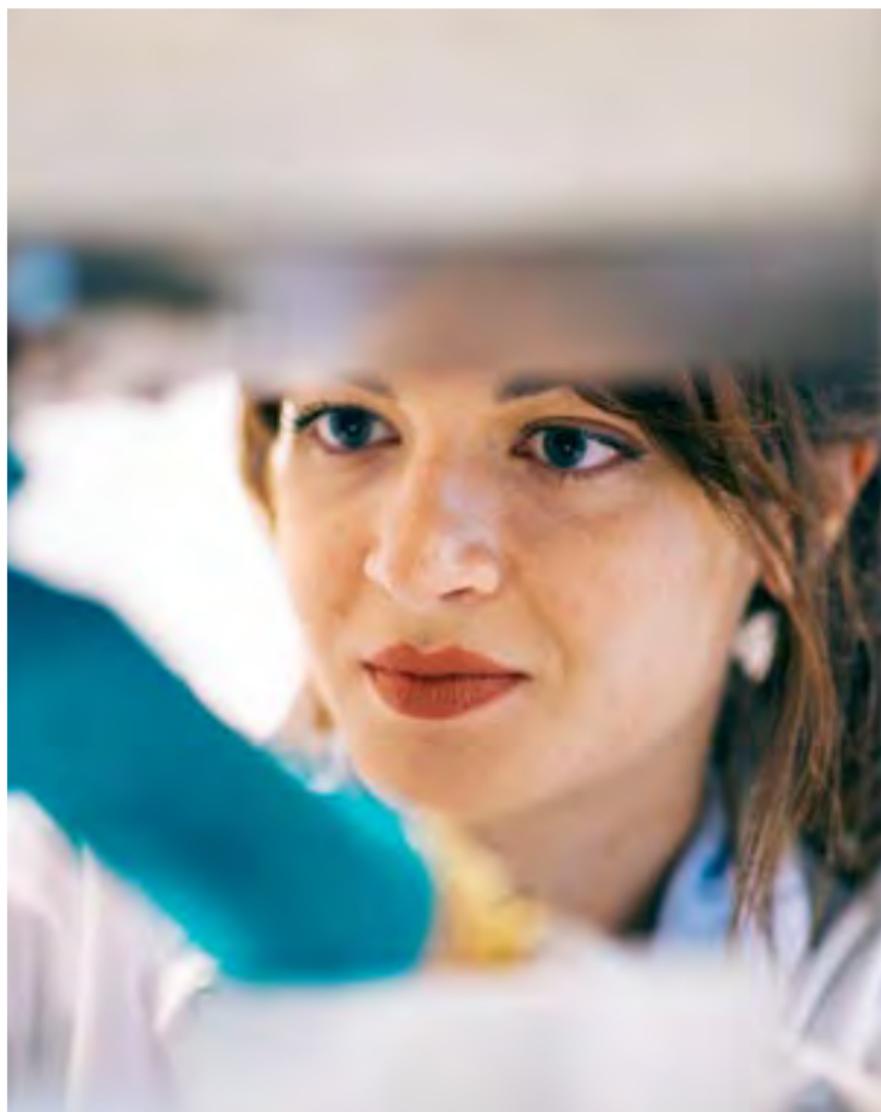
Nº 1228. Junio-Julio 2022

ESPECIAL

40 años contigo

40

años de información
sanitaria de calidad



Maria Kazakou es investigadora científica enfocada en el desarrollo de formulaciones orales, Måløv, Dinamarca.

Impulsando el cambio a través de la innovación

Nos esforzamos por marcar la diferencia en la vida de las personas con diabetes, obesidad, enfermedades raras y trastornos endocrinos, entre otras enfermedades crónicas como la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), la enfermedad cardiovascular y la enfermedad de Alzheimer. Nuestros esfuerzos provienen de inversiones a largo plazo en nuevos tratamientos y tecnologías, y en el desarrollo de dispositivos médicos y soluciones digitales innovadoras aplicadas a la salud.

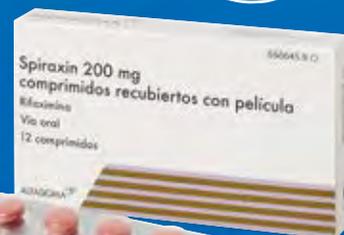
Descubre cómo estamos impulsando el cambio juntos en [novonordisk.es](https://www.novonordisk.es)



SPIRAXIN

Rifaximina- α

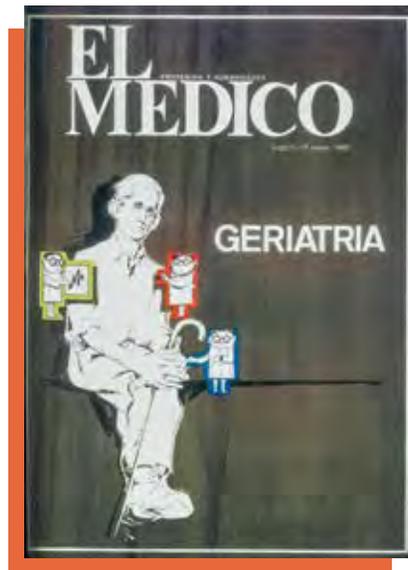
Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS

SUMARIO

ESPECIAL 40 años contigo



En 1982 se editaba el primer número de EL MÉDICO, Profesión y Humanidades. Nació una publicación que pasaría a convertirse en referencia informativa en el sector sanitario, y que ha ido evolucionando hasta lo que hoy es EL MÉDICO, Sanidad y Sociedad. Con motivo del 40 aniversario, 40 instituciones sanitarias, sociedades científicas y profesionales analizan la evolución de la Sanidad y de su especialidad en estas cuatro décadas. Asimismo, hacen una valoración de lo que ha aportado nuestra Revista al sistema y a sus profesionales. Este número incluye otros reportajes y entrevistas. Todos ellos tienen como eje esta efeméride.



REPORTAJES

10 Instituciones profesionales



26 Sociedades científicas

ENTREVISTAS



50 José Martínez Olmos

Ex secretario general de Sanidad



56 Rubén Moreno Palenques

Ex secretario general de Salud



62 María José Avilés

Expresidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)



68 Joaquín Estévez

Director de la Fundación Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

REPORTAJE



74 Grandes hitos de 40 años sanitarios

EL MÉDICO



82 Premios y colaboraciones



40 años contigo

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, Nerea Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo, María San Narciso, Laura Clavijo y Bárbara Fernández.

Agencia: Europa Press.

Otras secciones: Derecho Sanitario: Ricardo De Lorenzo.

Humanidades Médicas: Dr. Ángel Rodríguez Cabezas.

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

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2º. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Distribuye: Jarpa Manipulado y Marketing Postal.

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

Asociación de Prensa Profesional Sección de Ciencias de la Salud. Asociación **APP** 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 2022. 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.

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



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



en nuestra APP 



Muchas gracias por vuestra confianza



abbvie



ALFASIGMA



Baxter



LV Laboratorios Viñas



MERCK





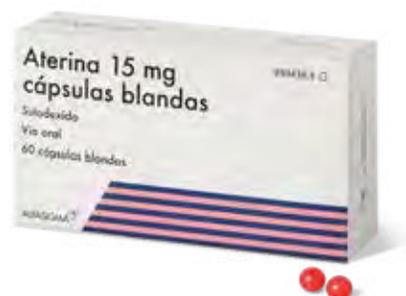
40 años contigo



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

La **protección endotelial** para el sistema venoso

- ✓ Indicada en el Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica y en el Tratamiento de las Úlceras Venosas
- ✓ Además de mejorar los síntomas y signos, previene la progresión de la Enfermedad Venosa Crónica⁽¹⁻⁴⁾



 ESPECIAL **40** años contigo



40 años
en **Sanidad**
desde el
prisma de **40**
**instituciones
sanitarias**

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, 40 instituciones sanitarias, sociedades científicas y profesionales analizan la evolución de la Sanidad y de su especialidad en estas cuatro décadas. Asimismo, hacen una valoración de lo que ha aportado nuestra Revista al sistema y sus profesionales.



Instit



ESPECIAL **40** años contigo /REPORTAJE

Funciones profesionales

Con motivo de este aniversario, se ofrece un análisis de estos 40 años a través de la visión de diferentes instituciones sanitarias

Texto  Clara Simón Vázquez

Fotos  EL MÉDICO



RICARDO DE LORENZO, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

La delimitación y autonomía del Derecho Sanitario ha vivido en España un importante proceso de desarrollo y consolidación durante los últimos cuarenta años, etapa durante la cual ha adquirido los perfiles que hoy tiene y que lo sitúan en una posición central y emblemática dentro del conjunto de regulaciones jurídicas que ofrece el modelo de Estado Social hoy existente entre nosotros, de forma que, en la actualidad, puede afirmarse que el Derecho Sanitario supone una nueva cultura, diferente de lo que, hace algún tiempo, se conocía como “Legislación Sanitaria”, “Medicina Legal” o “Derecho Médico”, cultura esta que ha configurado una de las más nuevas y pujantes ramas del ordenamiento jurídico.

En mi sector, el Derecho Sanitario constituye, sin duda, una de las materias que mayor auge ha experimentado en las últimas décadas. Su ámbito es interdisciplinar y abarca tanto materias de carácter jurídico como ético, sanitario y económico, razón por la cual atrae asimismo el interés de profesionales provenientes de diferentes disciplinas y especialidades, y ello tanto a escala nacional como internacional. Todo ello obedece a varios tipos de razones que paso a enumerar a continuación.

Por una parte, al innegable peso específico que las materias, cuestiones o problemas relacionados con la atención sanitaria y la salud pública representan en todos los órdenes, tanto desde la perspectiva del interés social por su calidad, en cuanto síntoma de progreso y desarrollo sociales, como desde la económica, o desde la profesional, atendido el elevado número de profesionales de extracción diversa que se encuentran implicados en aquellas.

Por otra parte, los propios avances científicos y tecnológicos plantean, de forma ya constante, en los últimos años complejas interrogantes jurídicas y éticas compartidas mundialmente. La reflexión profunda desde estos dos ámbitos ante estos nuevos retos constituye, desde hace años, una de sus tareas más apasionantes en nuestros días, e interesa directamente a los profesionales implicados en la prestación de la asistencia sanitaria.

¿Qué logros se han conseguido?

El logro de los «derechos de los pacientes» que es el logro de la autonomía que el paciente pasó a ostentar en el ámbito biomédico. En las últimas décadas se ha transformado la forma de relacionarse los médicos y los enfermos, y ese cambio ha sido de tal magnitud que ha superado los efectuados en los veinticinco siglos anteriores. El paso del modelo paternalista al autonomista supuso una transformación con escasos precedentes históricos.

Se cumplen ahora 25 años de la legislación biomédica y 20 de la ley de autonomía de los pacientes, que, entre otras muchas normas de desarrollo, han dado la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico- asistenciales.

Pero esta importancia de los derechos de los pacientes no solo ha tenido su reflejo en el ámbito propio del Derecho, sino que también desde la perspectiva de la Ciencia Médica, ya desde sus orígenes, al contemplar la actuación del médico en relación con sus pacientes, tanto en las relaciones personales como en lo referente a la salud y su vida, incorporó numerosas disposiciones tendentes a la salvaguarda de la intimidad y el respeto a la información proporcionada al médico por el paciente, en base a la relación de confianza que presidía dicho tipo de vinculación. En tal sentido, el Juramento Hipocrático enunciaba expresamente el secreto el cual se ha mantenido

hasta nuestros días, si bien con formulaciones diferentes en las sucesivas declaraciones de la Asociación Médica Mundial.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, completó las previsiones contenidas en materia de derechos y obligaciones de los pacientes en la Ley General de Sanidad, adaptando dichas previsiones al Convenio del Consejo de Europa, convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la Medicina, popularmente conocido como Convenio de Oviedo, suscrito el día 4 de abril de 1997, equiparable en importancia y rango a la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como a otras disposiciones legales posteriores a la Ley General de Sanidad, como es el caso de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

¿Qué ha aportado la Revista EL MÉDICO al panorama sanitario?

La Revista EL MÉDICO se ha mantenido como una de las cabeceras de referencia de la prensa sanitaria española.

Mi felicitación general a la que me uno, es además especialmente entrañable al haber compartido sincera amistad, años, proyectos y experiencia con Jenaro Bascuas desde los lejanos años ochenta. Mi relación personal y de colaboración profesional con su GRUPO Editorial SANED, me permitió acompañarle y disfrutar juntos de sus éxitos, marcados por una clara visión de futuro, y a quien debo el que desde su fundación incorporó contenidos jurídicos de un emergente Derecho Sanitario.

Ahora en este 40 aniversario lo hago con Francisco Bascuas, su hijo, con el que tuve

ocasión de compartir actividad profesional desde el Derecho, que ha seguido su senda sobre la base del cambio que ha supuesto el concepto del periodismo, en este caso sanitario, como medio de comunicación, y cuyos resultados avalan un trabajo bien hecho, por un equipo profesional de primera línea, que dirige la gran periodista Leonor Rodríguez, en el que confían los profesionales sanitarios.

MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ LOSADA,
presidenta de la Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

La esfera de los medicamentos huérfanos es relativamente moderna, ya que va estrechamente unida o asociada a la investigación y descubrimiento de las enfermedades raras. De hecho, hace apenas veinte años desde que se comenzó a legislar en esta materia, con el primer reglamento europeo al respecto.

Así, los medicamentos huérfanos, en su mayoría de origen biotecnológico, están destinados a prevenir o tratar a pacientes que sufren patologías minoritarias sin alternativa terapéutica, es decir, enfermedades que afectan a cinco de cada 10.000 habitantes.

Hoy en día, se calcula que sólo un 5 por ciento de los pacientes dispone de algún tipo de herramienta diagnóstica o tratamiento porque, pese a que actualmente existen más de 4.000 designaciones huérfanas, apenas 181 productos cuentan con nombre comercial y designación huérfana positiva por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), de los que 132 tienen autorización para la comercialización comunitaria.

En España, se alcanzan los 113 productos huérfanos con Código Nacional y existen



58 productos financiados. No obstante, son 55 los medicamentos huérfanos que continúan pendientes de financiación, el 49 por ciento de los cuales lleva tres años o más esperando una resolución favorable de financiación. Además, 19 medicamentos con autorización comercial comunitaria no han llegado todavía a nuestro país, lo que representa un 14 por ciento de la innovación autorizada a nivel europeo.

Asimismo, debemos lamentar que en España el tiempo medio de espera para lograr una decisión de precio y reembolso supera los 32 meses, un dato que está muy por encima del de la Unión y que supone un incremento del 33 por ciento en los tiempos de espera a lo largo de este año respecto a 2021.

Por tanto, como consecuencia del elevado coste que suponen, las trabas burocráticas

y el escaso número de personas que padecen una enfermedad rara, los ensayos clínicos para un medicamento huérfano son menores. Un hecho que, ciertamente, también repercute y dificulta la obtención de resultados.

A lo largo de estos cuarenta años, la Revista EL MÉDICO se ha convertido en uno de los buques insignia de la actualidad sanitaria

No obstante, debemos señalar que, aunque el conocimiento de las enfermedades raras aún es algo insuficiente, se han acometido grandes avances, sobre todo, en los últimos años en

los que la investigación ha sido clave para este desarrollo.

¿Qué logros se han conseguido?

Desde el inicio del siglo XXI, las farmacéuticas y las Administraciones públicas han apostado por implementar avances en el sector de los medicamentos huérfanos.



Pero estos no son suficientes y, por tanto, nos encontramos ante un gran reto, tanto médico como sanitario.

Si bien es cierto que el progreso científico, sobre todo el relacionado con la tecnología genómica, ha ayudado en gran medida a identificar este tipo de patologías y a mejorar el desarrollo de estos medicamentos específicos, aún queda mucho por hacer en aras de combatir las causas y consecuencias que supone padecer una enfermedad rara y ultrarrara, tanto para el propio paciente como para sus familiares y entorno.

En AELMHU trabajamos cada día, desde hace más de una década, por eso. Y, gracias a la participación de los miembros que forman parte de la Asociación, esperamos poder seguir ayudando a los pacientes, haciendo todo lo que esté en nuestra mano y contando con la colaboración de todos los actores implicados (profesionales sanitarios, administraciones públicas, gobiernos, asociaciones de pacientes y agentes sociales).

Nuestro compromiso para impulsar el conocimiento de las enfermedades raras y el reconocimiento del valor terapéutico y social de los medicamentos huérfanos es nuestra razón de ser y, por ello, continuaremos apostado por la investigación y las terapias innovadoras que mejoren la calidad de vida de los pacientes y para que exista equidad en cuanto a su acceso.

¿Qué ha aportado la Revista EL MÉDICO al panorama sanitario?

A lo largo de estos cuarenta años, la Revista EL MÉDICO se ha convertido en uno de los buques insignia de la actualidad sanitaria. Su edición impresa cuenta con artículos cuidados y elaborados, y es un gran ejemplo de publicación periódica sobre la salud.

Además, la revista también supo adaptarse al desarrollo y avance de las nuevas tecnologías y el entorno digital. Así,

EL MÉDICO dispone de una página web (EL MÉDICO INTERACTIVO) donde los usuarios pueden mantenerse informados de las noticias y consultar las novedades relacionadas con el sistema sanitario, el sector farmacéutico o el ámbito de la investigación. Y, todo ello, sin dejar a un lado el importante papel que juegan las redes sociales como herramienta de comunicación científica, inmediata y accesible. De hecho, un buen ejemplo es su perfil de Twitter que cuenta con más de once mil seguidores.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

En nombre de AELMHU, quisiera aprovechar la ocasión para felicitar a la revista con motivo de la celebración de su cuarenta aniversario. Cuatro décadas de trabajo incansable en las que este medio, que forma parte del Grupo SANED, ha llevado a cabo una magnífica labor de divulgación e información sobre el sector sanitario.

Sin duda, EL MÉDICO es uno de los referentes en el ámbito de la salud y sus contenidos, incluidos los audiovisuales y multimedia, ayudan y contribuyen a reconocer el trabajo que desempeñan los profesionales sanitarios, las Administraciones públicas, las sociedades científicas o las asociaciones de pacientes.

Y, por supuesto, con el mejor aval posible: el de los lectores, que han mostrado su respaldo a la revista durante todo este tiempo. ¡Felicidades y a por el 50 aniversario!

ÁNGEL LUIS RODRÍGUEZ DE LA CUERDA, secretario general de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

En diciembre de 2022 se cumplen 25 años de la incorporación de los medicamentos

genéricos al mercado farmacéutico español. En estas más de dos décadas, la industria farmacéutica de medicamentos genéricos se ha revelado como un sector industrial en desarrollo y de significativa importancia tanto por su contribución a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y a la mejora en el acceso a los medicamentos como por su participación en el desarrollo del producto interior bruto (PIB) español.

El fomento del uso de los medicamentos genéricos desde hace años es uno de los objetivos anunciados tanto por las administraciones públicas como por los gestores sanitarios por su contribución a la sostenibilidad, acceso, seguridad y eficacia en los tratamientos.

Sin embargo, en general, la política farmacéutica puesta en marcha en los últimos años no ha ayudado a incrementar el uso de estos medicamentos, con lo que su penetración en el mercado se encuentra estancada, (un 41 por ciento en España sobre una media europea del 65 por ciento en unidades) impidiendo así que se desarrolle todo su potencial y sus posibilidades en beneficio del sistema.

En la actualidad, España carece de una normativa que favorezca suficientemente el uso de medicamentos genéricos.

La política farmacéutica en esta materia sigue poniendo el foco en el precio, cada vez más bajo. De esta forma, solo se consigue desincentivar el desarrollo de nuevos fármacos genéricos, sobre todo si no se trata de moléculas de alto impacto.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el sector de medicamentos genéricos en España genera una gran cantidad de beneficios, no solo para el sistema sanitario, sino para el país en su conjunto. Hablamos de un potente tejido industrial que emplea de manera directa e indirecta a más de 40.000 personas, invierte un 27 por ciento de su beneficio en innovación y desarrollo y exporta cerca de un 30 por

ciento de su producción, principalmente, a países del entorno europeo. Así, actualmente 7 de cada 10 medicamentos genéricos que se consumen en España se fabrican en nuestro país.

¿Qué logros se han conseguido?

Los medicamentos genéricos han sido y son uno de los instrumentos más eficaces para el control del gasto farmacéutico y una de las herramientas clave en el aumento del acceso de los ciudadanos a los medicamentos.

Informes del sector revelan que más del 80 por ciento de los españoles confía en los medicamentos genéricos, más del 90 por ciento de la población conoce o ha oído hablar alguna vez de ellos y más de la mitad elegiría un genérico en caso de tener que pedir un medicamento recetado por principio activo en la farmacia.

La actividad desempeñada por AESEG se considera clave para lograr la efectiva implantación de los genéricos en España. También para fomentar su aplicación como herramienta de reducción del gasto en medicamentos y para darles una mayor visibilidad y notoriedad, creando una auténtica cultura del genérico. A los medicamentos genéricos les queda camino por recorrer y mucho que aportar.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Información relevante y de calidad de la mano de prestigiosas firmas del sector y de periodistas expertos en información especializada.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

La Asociación Española de Medicamentos Genéricos felicita a la Revista EL MÉDICO por su 40 aniversario.

Un cordial abrazo de nuestra parte a todo el equipo que trabaja y hace posible esta

publicación, referente periodístico del sector médico-científico de nuestro país.

Os exhortamos a seguir con esta línea de comunicación abierta y accesible para beneficio de todos. ¡Enhorabuena!

JAUME PEY, director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

Cuando nació la Revista EL MÉDICO, anefp contaba con tan solo cuatro años de existencia, por lo que podemos decir que ambos son coetáneos y han ido creciendo en el mismo entorno.

A lo largo de todo este tiempo, anefp ha pasado de las ocho compañías fundadoras a las más de sesenta que en la actualidad integran la asociación, lo que pone de manifiesto la importancia que ha adquirido el sector del autocuidado en España hasta posicionarse como un referente para todas las compañías que operan en el mercado *Consumer Health*.

Fiel a sus objetivos fundacionales, anefp ha trabajado durante estos cuarenta años para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos en materia de prevención y autocuidado, a través de la puesta en el mercado de medicamentos y productos para el autocuidado de la salud, que ayudan a mantener una óptima calidad de vida. Asimismo, el sector de autocuidado es hoy un agente imprescindible para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, liberando recursos que pueden destinarse al tratamiento de dolencias graves.

Con 44 años, el sector de autocuidado ha recorrido un largo camino y está prepa-

rado para afrontar nuevos retos, como los que plantean la digitalización y la sostenibilidad. Anefp ya trabaja en ellos para dar respuesta a las demandas de la sociedad en ambos ámbitos.

¿Qué logros se han conseguido?

Destacaría la inclusión de los medicamentos de autocuidado en las bases de prescripción electrónica de, en la actualidad, trece comunidades autónomas, ya que esta medida favorece disponer de un plan terapéutico único, en el que estén incluidos todos los medicamentos (con receta y sin receta, financiados y no financiados), en aras de la mejor adherencia a los mismos, de la mejor calidad de vida del paciente y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

También me gustaría poner en valor otros logros, como la contribución a la mayor educación en autocuidado de unos ciudadanos cada vez más comprometidos con su salud, sobre todo en el ámbito de la prevención.

Exhortamos a la Revista EL MÉDICO a seguir con esta línea de comunicación abierta y accesible para beneficio de todos

Asimismo, merece un gran reconocimiento la propia creación del sector de autocuidado, en 1978, comenzando con la categoría de medicamentos de autocuidado y más

tarde la del resto de segmentos del mercado *consumer health* y también la puesta en marcha del aval para la publicidad dirigida al público de los medicamentos de autocuidado, a través del sistema de autorregulación Sello anefp, que ha supuesto un hito en el ámbito de la autorregulación publicitaria, extendido ahora a los anuncios, dirigidos a profesionales sanitarios, de medicamentos y productos sanitarios de autocuidado, biocidas y cosméticos.

Como logro más reciente, no quiero dejar de destacar el papel imprescindible que la industria de autocuidado ha tenido durante



toda la pandemia, garantizando el suministro de los medicamentos y productos de autocuidado declarados como esenciales desde el inicio de la COVID-19 y dando respuesta a las necesidades de los ciudadanos en las distintas etapas de la COVID. La prevención y el autocuidado han sido claves para avanzar en la superación de la pandemia.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO es un medio referente en el ámbito de la información especializada en salud. Sería difícil imaginar la información en salud sin la aportación de El Médico durante estos 40 años, en los que ha ofrecido contenidos de calidad, avalados por grandes profesionales de la comunicación, y ha difundido conocimiento, de gran valor para los profesionales médicos y científicos.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde anefp, muchas felicidades a toda la familia de EL MÉDICO por estos 40 años de información de calidad, que, sin duda, ha contribuido a la formación de los profesionales sanitarios y, a través de ellos, a una mejor salud de nuestra sociedad. ¡Enhorabuena a todos los profesionales que lo hacéis posible cada día!

ENCARNA CRUZ, directora general de la Asociación Española de Biosimilares (BioSim)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

Remontarnos a hace 40 años, cuando nace EL MÉDICO, es hacer un recorrido por los grandes cambios e hitos en el sector sanitario. A nivel político, pensemos en las transferencias sanitarias, la Ley General de Sanidad, que veía la luz pocos años después que esta revista, a la que hoy felicitamos.

A nivel científico, descubrimientos médicos que permitían curar o cronificar enfer-

medades hasta entonces mortales, como el VIH o ciertos tipos de cáncer; y a nivel social, el camino hasta la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

Todo acompañado de otros retos no específicos del sector, pero a los que sin duda todos hemos tenido que adaptarnos: digitalización, crisis económicas o sanitarias, etc. En definitiva, numerosos retos, pero también oportunidades.

Nuestro sistema sanitario es, sin duda, una de las instituciones de servicio público más valiosas para los ciudadanos. En él confluyen una gran cantidad de agentes con intereses a veces dispares, pero con un interés claramente común: los pacientes. Por ello, todos, administraciones, profesionales sanitarios, industria farmacéutica, pacientes y, cómo no, la prensa sanitaria, debemos velar por aunar nuestros esfuerzos para asegurar su continuidad y la calidad de este.

¿Qué logros se han conseguido?

En lo que nos atañe, los últimos 40 años han sido una verdadera explosión en términos terapéuticos. Solo hay que pensar en cómo el *boom* de la biotecnología nos permitía disponer de la primera insulina humana recombinante en 1982 hasta las recientes CART o la vacuna para la COVID-19, pasando por la inmunoterapia para el cáncer, los antiviricos para hepatitis C y muchos otros.

Estos grandes avances han ido acompañados de una gran presión económica para nuestro sistema sanitario público, a lo que se han unido, en determinados momentos, problemas de solvencia de la economía española que han traído consigo también propuestas innovadoras, como los modelos de pago por resultados, techos de gasto, riesgo compartido...

De lo que no cabe duda es de que en estos años el sector farmacéutico ha puesto a disposición de los pacientes tratamientos cada vez más personalizados, eficaces y precisos.

Es labor de todos trabajar para que siga siendo así y para que el acceso a estos sea óptimo. En este sentido, no podemos olvidar que estos 40 años han sido testigos además del advenimiento de los genéricos y los biosimilares, medicamentos que han supuesto la principal herramienta para la sostenibilidad de la prestación farmacéutica, pero que además han hecho que tratamientos antes destinados a unos pocos pudieran abrirse a un mayor número de pacientes.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO ha sido, y sigue siendo, un referente en información sanitaria, no solo recogiendo la actualidad en investigación o política sanitarias, sino también generando debate y pluralidad de opiniones en torno a los principales retos que este sector ha ido encarando, como las trans-

ferencias sanitarias y el cambio de modelo que supuso, las crisis económicas que ha atravesado España, la COVID-19...

Y además lo ha hecho adaptándose

con gran agilidad a la digitalización de los medios de comunicación y acudiendo siempre a la objetividad y el rigor en su información.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

En nombre de los que formamos BioSim quiero felicitar a la Revista EL MÉDICO por estos 40 años al servicio de la información sanitaria y les animo a continuar trabajando por un sector tan esencial para los ciudadanos como es el de la salud.

MARÍA JOSÉ CAMPILLO, responsable de Finanzas de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

El sector sanitario ha sufrido la misma revolución tecnológica que el resto de sectores: la informatización de las historias clínicas, la tecnología nos ayudó a poner luz donde no la había, a conocer los misterios del cuerpo más allá de la simple radiografía, y por supuesto ha ayudado a salvar muchas vidas.

La demanda en Sanidad se ha multiplicado exponencialmente, las guardias que se concibieron como expectativas de trabajo; es decir, el médico estaba por sí un paciente necesitaba sus conocimientos, se han convertido en un trabajo a destajo en la cultura de la inmediatez, lo que supone, no solo en las guardias, una sobrecarga laboral que va haciendo mella en los médicos con el paso del tiempo ante una demanda cada vez más creciente en todos los ámbitos.

Pero no solo estos dos aspectos han cambiado, sino que también lo ha hecho el trato dispensado a los médicos y sanitarios. Las agresiones a este personal se han convertido en el día a día en la Sanidad, ante la indiferencia de todos, empezando por la propia Administración.

Y es esta misma Administración la que más maltrata al médico, con horarios infernales y agotadores mal pagados, con precariedad, sobrecarga laboral, porque no se quieren ampliar las plantillas, sueldos recortados más de una década y 0 reconocimiento por su labor y su responsabilidad.

De hecho, por parte de la Administración hay un intento continuo de diluir competencias y que otras categorías que son más económicas asuman funciones del médico.



En la parte científica, el conocimiento en Medicina se ha expandido. Ya no solo hablamos de especialidades sino de subespecialidades y superespecialidades, así como de Áreas de Capacitación Específicas. Además, un gran logro para España en estos años ha sido en el campo de los trasplantes, de los que hemos dado ejemplo al mundo liderándolo desde hace mucho tiempo.

Por último, hemos conseguido hacer una vacuna en plena pandemia, en menos de un año, algo que antes hubiera costado al menos 30 años.

¿Qué logros se han conseguido?

La revolución tecnológica ha dado lugar a una expansión del conocimiento y al abordaje de enfermedades de forma distinta, hasta llegar al conocimiento de nuevas patologías. Logros como

los trasplantes de órganos que salvan la vida todos los años a miles de personas, y en la que España está a la cabeza desde hace mucho tiempo. Logros como la Sanidad Universal, con una red de centros sanitarios en nuestro país que permite cubrir a toda la población, red de centros que se ha ido tejiendo durante décadas.

La Atención Primaria que no se limita a atender la demanda, sino que hace un seguimiento de los crónicos y previene las enfermedades y sus complicaciones en la medida de lo posible, algo que se está perdiendo con la sobrecarga actual que existe. Y en Pediatría generaciones de niños se han beneficiado del programa del niño sano y sus logros. La esperanza de vida en España en estos años ha subido y ya somos el 2º país del mundo más longevo, solo detrás de Japón.

EL MÉDICO ha dado voz a los sanitarios y ha ayudado a que se conozcan los problemas, pero también las soluciones de nuestro sector, en el cual su labor es clave



¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Facilita la difusión del conocimiento entre especialidades distintas y también da cabida a visiones diferentes dentro de la Sanidad, así como muestra los problemas que vivimos. En general, da voz a los distintos sectores que hay en el ámbito sanitario, desde visiones diferentes.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Quiero enviar mis felicitaciones a la publicación de EL MÉDICO, por su gran labor de difusión en estos 40 años, por darnos voz a los sanitarios y ayudar a que se conozcan los problemas, pero también las soluciones de nuestro sector, en el cual su labor es clave.

JESÚS AGUILAR SANTAMARÍA,
presidente del Consejo General Colegios de Farmacéuticos

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

En los últimos 40 años España ha vivido una profunda transformación que ha afectado a todos los ámbitos, incluido el sanitario. Cuatro décadas en las que hemos consolidado un Sistema Nacional de Salud de excelencia, de los mejores del mundo, y en el que la profesión farmacéutica es un activo imprescindible en diferentes áreas asistenciales.

La farmacia aporta más de 55.000 profesionales y 22.137 farmacias que garantiza el acceso a los medicamentos y los servicios farmacéuticos.

Uno de los principales cambios que se han producido en este periodo fue el de las transferencias sanitarias, que abrieron un tiempo nuevo en el que los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y los entonces incipientes Consejos Autonómicos asumían un justo protagonismo. Y es que la Orga-

nización Farmacéutica Colegial también tuvo que transformarse y adaptarse a esa nueva realidad descentralizada.

Ahora estamos en un momento importante, tras dos años de pandemia, tenemos que trabajar en esa reconstrucción, en ese futuro, en el que los farmacéuticos y la farmacia somos una parte importante y necesaria.

¿Qué logros se han conseguido?

El avance en cuanto a la prestación farmacéutica ha sido también extraordinario. Desde la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, que consolidó el modelo de planificación farmacéutica y abordó las funciones básicas de las oficinas de farmacia; pasando por la primera ley del medicamento, la Ley 25/1990, a la que sustituyó la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y los Productos Sanitarios.

También supuso un desarrollo de las bases de la prestación farmacéutica, que permite a los ciudadanos acceder de forma igualitaria al medicamento en el marco del SNS. Objetivo para el que también ha sido de gran importancia la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que incorpora a la prestación farmacéutica las actuaciones asistenciales del farmacéutico y da reconocimiento legal a la figura del concierto para la prestación farmacéutica en las farmacias suscrito entre Administración y organización colegial.

Y por supuesto las leyes de Ordenación Farmacéutica de las diferentes Comunidades Autónomas que han reforzado el carácter asistencial de las farmacias como establecimientos sanitarios incorporando sucesivos servicios farmacéuticos.

Por último, la participación de la red de farmacias comunitarias dentro de otras normas del ámbito de la salud, como la Ley General de Salud Pública o la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición, donde

se incluyen expresamente funciones de la farmacia.

En paralelo, la Organización Farmacéutica Colegial ha trabajado en el impulso de la profesión, liderando una apuesta decidida por la digitalización de la farmacia, por el avance asistencial y por poner su lado más social al servicio de los más vulnerables.

En el ámbito digital el desarrollo ha sido exponencial, con herramientas como nuestro Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos (CISMED) para detectar posibles incidencias en el suministro de medicamentos; Sevem, para combatir el mercado de medicamentos falsos o NodoFarma Asistencial, que está facilitando la progresiva implantación de servicios.

En el plano asistencial, se ha evolucionado de una actuación centrada en la dispensación de medicamentos hacia el estudio, evaluación e implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.

Por último, somos conscientes de que la farmacia es un agente de transformación social, con una labor incalculable en la mejora de la vida de las personas, en todos los ámbitos y especialmente también en el medio rural. Por este motivo, lanzamos nuestra Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica, cuyo propósito es que sirva como instrumento y palanca para canalizar el trabajo de los farmacéuticos en favor de la sociedad.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO no solo es reconocida por ser una de las publicaciones decanas de la prensa sanitaria, sino también por la calidad de sus reportajes y entrevistas. Sin duda, EL MÉDICO en sus páginas ha recogido con rigor y objetividad todo lo que ha sucedido en la Sanidad española en los últimos 40 años, sin precipitación, tratando los temas con detenimiento y contando siempre con las fuentes de referencia.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Mi más sincera enhorabuena y la de los más de 76.000 farmacéuticos colegiados por este aniversario que no hace más que certificar el éxito de EL MÉDICO, construido sobre el excelente trabajo de todos sus profesionales y el reconocimiento de todo el sector.

FLORENTINO PÉREZ RAYA, presidente del Consejo General de Enfermería

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

El cambio experimentado por la profesión enfermera en estas cuatro décadas ha sido palpable. En el ámbito profesional, y a raíz sobre todo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), la Enfermería en España se ha situado al mismo nivel que el resto de profesionales sanitarios, trabajando en equipos multidisciplinares y con nuevas competencias.

En el ámbito académico, se ha logrado el grado, el acceso al máster y al doctorado. Por último, en el capítulo de investigación, la producción científica por parte de enfermeras y enfermeros ha crecido exponencialmente. Hay proyectos científicos muy importantes liderados por enfermeras.

¿Qué logros se han conseguido?

El paso de la diplomatura al grado es fundamental y la autonomía en la pauta de los cuidados que se prestan a los pacientes.

Sin embargo, hay varios retos pendientes. Se crearon las especialidades, pero más de 17 años después no se han desarrollado en su totalidad. Falta la especialidad de enfermería médico-quirúrgica, incrementar el número de plazas ofertadas de especialistas y desarrollar la categoría profesional específica de enfermeros especialistas en todas las CC.AA.

España sigue teniendo unas ratios de enfermeras impropias de un país desarrolla-

do, estamos a la cola de la UE. Además, se nos discrimina al encuadrarnos en el nivel A2 de la Administración pública.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

En estos años, EL MÉDICO ha sabido adaptarse a los cambios que se han producido en el ámbito de la comunicación, en general, y de la comunicación especializada en salud, en particular. No nos son ajenas las dificultades a las que han tenido que enfrentarse estas empresas y muchas, desgraciadamente, no han podido superarlas y han desaparecido. EL MÉDICO ha sabido mantenerse en los momentos más duros y ha evolucionado acorde a las exigencias de los profesionales sanitarios. Su apuesta por una información amplia, rigurosa y de actualidad y su capacidad de adaptación a nuevos formatos han sido posiblemente la clave de su éxito. Sin olvidarnos, por supuesto, de los profesionales que están detrás y lo hacen posible.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Las publicaciones emblemáticas del periodismo sanitario, como EL MÉDICO, son un pilar fundamental de información a los profesionales. ¡Enhorabuena por estos 40 años!

JUAN LÓPEZ-BELMONTE, presidente de Farmaindustria

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

La industria farmacéutica ha experimentado una transformación profunda en estas cuatro décadas. El modelo de investigación biomédica global, sustentado en el

liderazgo de las compañías farmacéuticas y la protección industrial, se ha ido haciendo cada vez más abierto, colaborativo e internacional, y podemos decir que ha revolucionado la lucha contra la enfermedad y por la mejora de la salud.

De la mano de la Medicina de Precisión, ha ido ganando terreno a diferentes tipos de cáncer, con incrementos notables de la supervivencia en muchos de ellos; ha lo-

Este aniversario no hace más que certificar el éxito de EL MÉDICO, construido sobre el excelente trabajo de todos sus profesionales y el reconocimiento de todo el sector

grado controlar enfermedades mortales como el sida e incluso curarlas, como en el caso de la hepatitis C, y ha cambiado por completo el pronóstico de patologías tan graves como la esclerosis múltiple y las enfermedades reumatológicas.

Y España ha jugado también un papel relevante, consolidándose como un país puntero en investigación de medicamentos, especialmente de la mano de la colaboración entre compañías farmacéuticas, Administración y sistema sanitario, investigadores y pacientes, y también en producción.

¿Qué logros se han conseguido?

Muy sustanciales. Por un lado, la fuerte apuesta de compañías tanto de capital nacional como multinacional nos ha consolidado en España como un sector líder en inversión en I+D, en producción y exportación de alta tecnología y en generación de empleo de calidad, y la capacidad de colaboración con la Administración y la comunidad científica, nos ha convertido en una referencia internacional en investigación clínica.

También hemos avanzado mucho en nuestro compromiso social, con ejemplos que van desde el cuidado del medio ambiente y la apuesta por la economía circular, en especial través del Sigre.



Hemos hecho también un esfuerzo por abrirnos a la sociedad y explicar mejor qué es lo que hacemos y aportamos, cómo lo hacemos y por qué.

Hemos tomado conciencia de que un sector tan estratégico como el nuestro, no solo en lo sanitario, sino también en lo económico y social, no podía ser un desconocido para el conjunto de la sociedad.

El compromiso con las buenas prácticas y la transparencia ha sido pionero, con medidas tan relevantes como la publicación de todas las colaboraciones entre compañías y organizaciones y profesionales sanitarios.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Desde luego, EL MÉDICO ha sido siempre un referente en la información sanitaria a los profesionales. Y hacer esto en un campo tan complejo como es el de la salud, la Sanidad y la ciencia es un desafío que ha sabido afrontar con acierto. A la labor informativa hay que sumar la formativa, y también aquí la contribución de EL MÉDICO ha sido pionera y muy valiosa.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Enhorabuena a todo el equipo de la Revista EL MÉDICO y al Grupo SANED por estos 40 años de información sanitaria de calidad para los profesionales y por vuestro impulso al sector de la salud. Desde Farmaindustria, os deseamos lo mejor para los nuevos retos que tendréis por delante. ¡Felicidades!

MARGARITA ALFONSEL, secretaria general de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

El balance más general refleja que el Sector de Tecnología Sanitaria asiste a una

constante revolución que le ha permitido adaptarse y ofrecer soluciones a las necesidades experimentadas en estas últimas cuatro décadas por el sistema sanitario, sus profesionales y pacientes.

Todo ello gracias a la disrupción de innovaciones tecnológicas que suponen grandes avances en prevención, detección, diagnóstico y tratamiento.

Conviene apuntar que, en la actualidad, el Sector de Tecnología Sanitaria pone a disposición del sistema sanitario y la sociedad más de 500.000 referencias de productos. Si al análisis sanitario le sumamos el económico, hablamos de un sector en constante crecimiento que ya aporta el 0,7 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) y un importante tejido productivo de calidad. En definitiva, cuatro décadas en la que la Tecnología Sanitaria ha ido evolucionando hasta ser hoy en día lo que es, un sector estratégico esencial y líder de la transformación digital del SNS.

¿Qué logros se han conseguido?

Los logros son múltiples y manifiestos. La tecnología sanitaria permite, diariamente, prevenir y controlar enfermedades, mejorar los diagnósticos, incrementar la eficacia y seguridad de los tratamientos, aumentar la calidad de vida, etc.

Para contestar a esta pregunta se podría, asimismo, plantear otra, ¿es posible imaginar un día sin tecnología sanitaria? El mejor ejemplo es su protagonismo esencial, y creciente, en la práctica clínica y digitalización de hospitales y centros de salud, y que se traduce en la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes.

Fenin viene contribuyendo a la transformación del SNS hacia un sistema más mo-

derno, inteligente y sostenible. Ahora bien, para seguir sumando nuevos logros, como es objetivo permanente del sector, es necesario un marco adecuado de colaboración público-privada desde el cual abordar importantes retos como la renovación del parque tecnológico, la internacionalización de las empresas o la compra basada en valor.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

El hecho de que entidades y profesionales de la Sanidad nacional tengan acceso desde hace 40 años a esta publicación de referencia confirma una primera cuestión: la gran labor realizada en este tiempo por equipos directivos y de redacción. EL MÉDICO, como decano de los medios de comunicación especializados en el sector sanitario, no solo ha sido

A la labor informativa hay que sumar la formativa, y también aquí la contribución de EL MÉDICO ha sido pionera y muy valiosa

testigo de la evolución de la Sanidad española desde los inicios de la Democracia —cuando siquiera existía el SNS tal como lo conocemos hoy— sino que ha dado buena cuenta de su transformación y hechos relevantes desde la inmediatez, profesionalidad y rigor. En Fenin, particularmente, sabemos bien de la relevancia que ha adquirido y mantiene EL MÉDICO, ya que somos casi coetáneos. Este 2022 la Federación cumplirá, en su caso, su 45º aniversario, por lo que venimos siendo testigos directos de ello desde su nacimiento.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde Fenin queremos dar la enhorabuena a todo el equipo de EL MÉDICO y su compañía editora Grupo SANED por su 40º aniversario. No tenemos duda de que un ámbito tan profesionalizado, innovador y complejo como la Sanidad necesita caminar ‘de la mano’ de medios con una trayectoria divulgativa contrastada como es vuestro caso. Por tanto, os deseamos un

futuro cargado de éxitos. ¡A por (mínimo) otros 40 años!

FERNANDO MUGARZA, director de Desarrollo Corporativo y Comunicación de la Fundación (IDIS)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

Creo que el sector sanitario en estos últimos 40 años ha sufrido una transformación muy relevante de la mano fundamentalmente de la innovación en todas sus formas y formatos. La revolución digital sin duda es uno de los avances más importantes favorecida por todo lo que es y representa internet, la inteligencia artificial, la robótica, la ciencia de datos y el internet de las cosas, entre otros muchos avances, marcan sin duda un antes y un después en la traslación hacia una Medicina más personalizada, preventiva y predictiva.

Otro aspecto transformador, sin duda, han sido los grandes avances en el diagnóstico por imagen y en la terapéutica cada vez más específica, segura y precisa mediante aparatajes que aportan anticipación y abordaje certero, y la investigación ómica y nanotecnológica con todas sus particularidades y perfiles nos traslada a una nueva forma de ejercer la Medicina y a establecer dianas moleculares cada vez más concretas.

Por último, el inmenso avance hacia sistemas y modelos sanitarios en los que al paciente se le reconoce como protagonista de su propia salud en estrecha colaboración de agencia con el profesional sanitario a través de modelos de interoperabilidad y continuidad asistencial. Por cierto, un profesional sanitario que cada vez es más variopinto y diverso puesto que nuevas profesiones relacionadas con los ámbitos de actuación expuestos se están incorporando al panorama asistencial cada vez más rico, completo y prolijo.

En estos casi 40 años de Ley General de Sanidad hemos visto cómo el modelo se va viendo influenciado por diversas circunstancias que lo hacen progresivamente insuficiente, tales como el incremento constante de la presión y demanda asistencial derivada de factores como el envejecimiento, la cronicidad, la comorbilidad asociada, la necesaria implementación de una innovación constante que cada vez es más ágil y ávida de ser adecuadamente financiada, las nuevas formas de enfermar de carácter infeccioso o no y, por supuesto, todas las patologías derivadas del cambio climático y la falta de criterios de sostenibilidad de nuestro planeta.

Desde la Fundación IDIS venimos abogando por una mejor Sanidad para todos, adaptada a los tiempos que corren y a los venideros. Hemos lanzado un manifiesto con diez principios cuyo abordaje consideramos urgente e imprescindible. Un reto también muy importante es incorporar al sistema sociosanitario dentro de una visión holística, integrada e integral del individuo desde que nace hasta que finaliza su periplo por la vida.

¿Qué logros se han conseguido?

En farmacia y biofarmacia muchos, derivados de lo expuesto, no tenemos nada más que mirar a los datos que nos ofrece la resolución de numerosas patologías complejas en términos absolutos y evolutivos hacia la cronificación, pero con un pronóstico favorable en términos de esperanza de vida para comprender la importancia de apostar de forma decidida por la innovación y la investigación.

Los grandes avances tecnológicos reflejados en la transición de lo analógico a lo digital determinan en buena medida los grandes avances en Medicina y en la comprensión íntima de las razones de enfermar a través del conocimiento exhaustivo del mapa genético humano y sus interacciones con el medio y con el propio organismo.

En términos de innovación en procedimientos y procesos la evolución también ha sido constante y progresiva, aunque todo ser humano tiende a posicionarse en sus zonas de confort y esto hace complejo a veces el imprescindible cambio y adaptación a nuevas formas de hacer las cosas, a la vez simbióticas con el devenir de la ciencia y el conocimiento en general.

En este sentido, es imprescindible un reemplazo, un recambio generacional que haga que el alineamiento con todo lo que suponen los enormes avances científicos y de concepto sea una realidad, una certeza de implantación y desarrollo ágil, sin rémoras ni trabas más o menos interesadas.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO sin duda ha sido, es y será un referente en el panorama sanitario de nuestro país, comulga con principios que nosotros desde la Fundación IDIS promovemos y hacemos gala de ellos: honestidad, transparencia, objetividad, rigor, confianza, credibilidad y reputación. Son matices que impregnan a una forma de comunicar y actuar que está muy por encima de intereses y dependencias.

Realizar una tarea periodística que va más allá de la mera información trasciende a la comunicación en su más amplio sentido, con mayúsculas, atendiendo a las necesidades de todos los “*stakeholders*” o grupos de interés algo que es inherente a las grandes organizaciones en términos de prestancia, responsabilidad, ética y trascendencia, y sin duda que EL MÉDICO es una de ellas, una organización que se ha destacado a lo largo de todos estos años de una forma muy sobresaliente.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Una felicitación expresa a todos los equipos, personas, profesionales que han hecho posible estos 40 años de éxito a los que les agradecemos desde la Fundación



IDIS su esfuerzo y resultados, a la vez que les animamos a continuar por esta senda compleja que tiene un denominador en común: hacer bien y decir bien lo que lo que se hace y lo que se dice que se hace. De tal forma que realidad y percepción sean coincidentes y vayan al unísono, esa es la clave de una buena reputación, el mayor y más difícil de conseguir de los intangibles, que determina el liderazgo y futuro de una organización del sector que sea, hoy y siempre.

TOMÁS COBO CASTRO, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

La Medicina es un sector en constante actualización y estos últimos 40 años ha estado marcada por enormes cambios y transformaciones, producto de los evidentes avances en investigación y formación que, junto a otros factores, han consolidado un modelo sanitario en España que ha funcionado con relativo éxito durante cuatro décadas.

Cuarenta años en los que, aunque han sido muy positivos en cuanto a avances, también

han surgido problemas que no se han afrontado en tiempo y forma, por lo que siguen siendo muy graves para la profesión médica y repercuten directa y negativamente en la atención a los pacientes.

Entre otros, la elevada precariedad laboral, la falta de tiempo estructural para la formación de los profesionales o la infrafinanciación de la Atención Primaria, que además acarrearán otras consecuencias

muy preocupantes, como el agotamiento físico y mental de los profesionales. La COVID-19 ha incrementado estos problemas y ha puesto al modelo y su sostenimiento en una situación verdaderamente límite.

Muchas de las mejoras a aplicar las encontramos en el documento técnico, trasladado al Congreso de los Diputados en junio de 2020, que incluye las 45 propuestas de la profesión médica para la reconstrucción sanitaria y profesional tras la pandemia.

¿Qué logros se han conseguido?

Muchos y de distinta índole. La universalización de la atención sanitaria emana de la Constitución de 1978, pero en la práctica es la Ley General de Sanidad de 1986 la que contempla la creación de un sistema de financiación pública y aseguramiento único en el que todos los ciudadanos podemos tener acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad. Este, sin duda, ha sido uno de los grandes hitos de la Sanidad española: dotar la atención sanitaria de un carácter gratuito, público y universal. Como decía antes, esto es base de la justicia social.

El sistema MIR, la explosión tecnológica con nuevas herramientas diagnósticas, el desarrollo de nuevas armas terapéuticas, la revolución de la bioética con la participación de los pacientes en la toma de decisiones, la evolución de la profesión en fenómenos como la feminización o el reciente enfoque *One Health* son algunos de los pasos de gigante que hemos dado en estas décadas y que nos siguen marcando el futuro para los próximos años.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO ha sido y es un referente en nuestro entorno, especialmente en temas como actualidad, política y gestión sanitarias, economía de la salud o derecho sanitario, ámbitos fundamentales para obtener una perspectiva global de la Sanidad de nuestro país. Esta publicación no solo aporta la información diaria y ágil de interés para los profesionales y para el público en general, sino también la necesaria reflexión en profundidad de temas cruciales para los sanitarios y para las administraciones y organizaciones, y lo hace bajo el rigor y la profesionalidad necesarios.

El papel del periodismo cobra una especial importancia ahora que vivimos tiempos marcados por la sobrecarga informativa y los bulos, a los que hay que combatir con medios de comunicación profesionalizados y de calidad.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde el Consejo General de Médicos queremos felicitar a EL MÉDICO por su indudable aportación al mundo sanitario con contenidos que siempre se han caracterizado por la calidad, el interés y siempre tratados desde el respeto al trabajo de los profesionales, especialmente y en nuestro caso, de la Medicina. Os deseamos, al menos, otros 40 años de éxito en los que sigáis contando con la profesión médica.

INMACULADA MEDIAVILLA

HERRERA, presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

El balance en el sector sanitario globalmente y con la perspectiva de la SECA es muy positivo. La calidad asistencial se ha convertido en un elemento clave de la ges-



Desde hace más de un siglo, para MSD la vida es lo primero.



Durante 130 años nos hemos enfrentado a enfermedades que suponen un gran desafío a nivel mundial, dando esperanza a las personas y protegiendo también la salud de los animales. Hoy, aspiramos a ser la principal biofarmacéutica en investigación intensiva del mundo. Este compromiso nos impulsa a la búsqueda constante de avances médicos que beneficien a los pacientes y a la sociedad del presente y futuro.

tión de todas las organizaciones sanitarias en España. La propia SECA cumplirá sus 40 años en 2024.

¿Qué logros se han conseguido?

En el ámbito de la calidad asistencial, los principales logros han sido la consolidación de los modelos de gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias: EFQM, *Joint Commission*, ISO... sistemas de acreditación de agencias de calidad.

También está la incorporación de contenidos formativos en calidad asistencial a nivel de pregrado y postgrado, y en los temarios de oposiciones de todas las profesiones sanitarias.

Esto lleva a que los profesionales de la salud incluyan entre sus competencias el desempeño con calidad y seguridad.

De ahí que, actualmente, no se concibe la atención sanitaria sin una metodología básica de planificación, gestión de procesos y evaluación de la actividad para seguir mejorando. Un ciclo de mejora de la calidad asistencial en cada puesto de trabajo.

La seguridad del paciente en los últimos 15 años ha tomado una gran relevancia como la dimensión básica de la calidad asistencial para garantizar una atención sin daño. Y, al mismo tiempo, se ha incorporado a los modelos de calidad asistencial la información valiosa de la experiencia de los pacientes a través de los PROMs y PREMs.

Por otro lado, la salud del planeta se incluye también en muchas organizaciones sanitarias a través de sus compromisos con la responsabilidad social corporativa.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

La Revista EL MÉDICO ha tenido una estu-
penda evolución para dar respuesta a las
necesidades informativas del sector salud. El
surgimiento de EL MÉDICO INTERACTIVO
como plataforma informativa ha sido una

gran iniciativa que
va a tener un gran
recorrido. La ofer-
ta de servicios de
la misma va ganan-
do entidad progresi-
vamente con las di-
ferentes secciones
como Sanidad Púb-
lica, Investigación,
Sociedades, Farma-
céuticas, Otras Noti-
cias, Áreas Clínicas,
Casos Clínicos, For-

mación, Análisis, y con la apertura a Suda-
américa con el apartado de México.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde SECA, queremos felicitar a EL MÉ-
DICO por este 40 cumpleaños y desearle
que ¡siga acompañándonos muchos años
más!

JOSÉ SOTO BONEL, presidente de la
Sociedad Española de Directivos de la
Salud (SEDISA)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉ- DICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años?

SEDISA nació hace 18 años con el objetivo
fundacional de profesionalizar los Directi-
vos de la Salud y la Gestión Sanitaria. En
estos años, la situación ha evolucionado de
forma positiva, en el sentido de que nadie
afirma que la profesionalización no sea ne-
cesaria.

No obstante, queda mucho camino que
recorrer al respecto. Así, junto a la for-
mación de los Directivos de la Salud,

estos deben ser seleccionados por sus
competencias y evaluados por sus resul-
tados, eliminando los ceses sin evalua-
ción. Ello pasa por la definición de las
competencias técnicas y transversales
para los diferentes perfiles directivos,
por la formación en competencias y por
la certificación de estas.

¿Qué logros se han conseguido?

El mayor logro ha sido la puesta en valor
de la aportación de la Gestión Sanitaria y
del Directivo de la Salud a las Organizacio-
nes Sanitarias, pasando de administrar a
liderar, con un alto objetivo de transforma-
ción. Sin embargo, esto es algo que, pese
a poder destacarlo como logro, debe se-
guir teniendo en cuenta también como
un reto.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panora- ma sanitario?

EL MÉDICO ha aportado, y sigue aportan-
do, ecuanimidad a los diferentes temas
médico-científicos y sanitarios tratados.
Además, da cabida a todas las voces, opi-
niones y protagonistas del sector.

Sin duda, EL MÉDICO es un punto de en-
cuentro y de transmisión de conocimiento,
análisis y perspectivas del sector tanto el
ámbito clínico como en el de la política sa-
nitaria, gestión, economía de la salud, de-
recho sanitario, Sanidad autonómica, tanto
de profesionales y expertos como de perio-
distas especializados en este tipo de infor-
mación.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Feliz Aniversario a la Revista EL MÉDICO
y a todo el equipo que en ella trabaja y co-
labora. Por muchos años más como punto
de encuentro de un sector que sigue ne-
cesitando de análisis, valoraciones y opi-
niones, así como de intercambio a través
de medios como EL MÉDICO que ofrecen
una plataforma de transmisión abierta y
eficaz ■



Creando un futuro en el que las enfermedades sean cosa del pasado

Somos Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Nuestro compromiso es proporcionar grandes descubrimientos e innovaciones médicas significativas. Colaboramos con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud para que algún día las enfermedades más temidas solo se encuentren en los libros de historia.

A hand holding a magnifying glass is the central focus, with a network of white icons connected by lines. The icons include a heart with an ECG line, test tubes, a syringe, a first aid kit, a flask, a doctor, a water drop, a syringe, an ambulance, and pills. The background is a blurred image of a person in a white lab coat.

Cien



Sociedades científicas

En estos últimos 40 años las sociedades científicas se han afianzado convirtiéndose en garantes de una correcta asistencia sanitaria, promoviendo la formación y la investigación. Revisamos lo más destacado desde su punto de vista.

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | EL MÉDICO



SALVADOR MORALES-CONDE,

presidente de la Asociación Española de Cirujanos (AES)

¿Podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Sin duda hemos vivido una gran revolución. Hace 30 años nuestra especialidad cambió radicalmente con los comienzos de la cirugía laparoscópica. En esos momentos, asistimos a una nueva forma de realizar cirugías consiguiendo los mismos resultados pero disminuyendo el daño a la pared abdominal, favoreciendo de forma espectacular la recuperación del paciente. Desde entonces multitud de innovaciones han ido apareciendo para que la cirugía sea más segura.

Fundamentalmente, hemos conseguido mejorar la recuperación de los pacientes, y realizar una cirugía de una forma más segura y eficiente. Estos años se han sentado las bases de la cirugía del futuro donde, junto al concepto de cirugía mínimamente invasiva, surgen nuevas revoluciones como la robótica, la inteligencia artificial, la realidad virtual y la cirugía guiada por la imagen, que mejorarán nuestros resultados y ayudarán a la formación de las nuevas generaciones.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Sin duda, EL MÉDICO nos ha ido acompañando estos años, haciéndonos testigos de la evolución que la Medicina, de la investigación y del desarrollo tecnológico que hemos vivido en los últimos años. Es necesario la presencia de publicaciones tan acertadas como esta para tener un conocimiento global de lo que ocurre en las diferentes especialidades médicas, ya que la mayoría de las veces nos encerramos en nuestro mundo subespecializado sin capacidad de ver el desarrollo global de la ciencia.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Por último, agradecer y felicitar a EL MÉDICO por su trayectoria y dedicación al trabajo de la comunidad científica española.

LUIS BLESA BAVIERA, presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP)

¿Podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Los últimos 40 años han coincidido con el inicio y afianzamiento del modelo asistencial pediátrico español, que garantiza una asistencia de excelencia a la población infantil y adolescente. Este modelo se apoya sobre dos pilares.

El primero, el desarrollo de las especialidades pediátricas dentro del Sistema Nacional de Salud español, que desde los años 70, década tras década, han ido consolidando contenidos y cometidos asistenciales insustituibles, representatividad científica y reconocimiento profesional. Actualmente, la AEP se configura alrededor de 24 especialidades pediátricas que garantizan unos excelentes índices de salud infantil y adolescente y, además, tienen una valoración muy satisfactoria por parte de los usuarios.

El segundo es la constatación del papel clave dentro de este modelo asistencial del pediatra especialista de Atención Primaria, como pilar fundamental sobre el que pivota la supervisión de la salud infantojuvenil. Se trata de un profesional altamente resolutivo que soluciona más del 90 por ciento de las demandas de salud de esta población, supervisa su crecimiento y desarrollo y participa, junto con las enfermeras pediátricas, en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud.

Sin embargo, todos estos logros pueden perderse en un futuro próximo si no se toman en consideración y se implementan con urgencia las medidas largamente reclamadas.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO ha aportado una visión profesional, analítica y reflexiva del mundo de la Medicina a través de sus protagonistas. Gracias a un enfoque riguroso y pausado, los profesionales hemos podido seguir la actualidad del sector sanitario y biomédico en medio de un ruido informativo que, en ocasiones, nos aturde. EL MÉDICO ha destacado en estos años en su apuesta por la información profesional, sin sensacionalismo ni sesgos. Algo de agradecer en el momento actual.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la Asociación Española de Pediatría felicitamos a GRUPO SANED y al equipo editor de EL MÉDICO en este 40 aniversario con el deseo de que el rigor informativo y la profesionalidad que han caracterizado siempre a la publicación les garantice muchos años más de permanencia.

CONCEPCIÓN SÁNCHEZ PINA,

presidenta de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPaP)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La Pediatría de Atención Primaria ha evolucionado como especialidad en los últimos 40 años, lo que se ha traducido en éxitos innegables, como la contribución al descenso de la mortalidad infantil, el aumento de las

coberturas de vacunación, que han situado a España como líder de los países desarrollados en prevención de enfermedades, y los avances en la detección precoz de enfermedades desde las consultas de Primaria. Lamentablemente, estos éxitos en la Medicina no siempre han ido acompañados de la atención necesaria por parte de las autoridades sanitarias, lo que ha provocado, en demasiadas ocasiones, que la Pediatría de AP se ejerza en condiciones precarias. Pero la figura del pediatra en el centro de salud se ha afianzado también entre las familias, que confían en los profesionales y dejan en sus manos la salud de sus niños, niñas y adolescentes.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO nos ha acompañado con información rigurosa y análisis de los temas de actualidad sanitaria durante cuatro décadas, en las que ha demostrado ser un medio necesario y útil en el sector de la salud en España. Desde sus inicios, ha mostrado una gran vocación por integrar los puntos de vista de los diferentes actores dentro del sector salud y ha dado la atención que merece al primer nivel asistencial. Sus redactores y colaboradores han demostrado una gran profesionalidad y especialización, que se ha agradecido especialmente tras la llegada de la pandemia de COVID-19, cuando el periodismo sanitario se ha hecho más necesario que nunca, para ofrecer datos fiables y combatir la desinformación que se ha generado en redes sociales y otros canales.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

¡Muchas felicidades a EL MÉDICO desde las consultas de Pediatría de Atención Primaria! Os deseamos otros 40 años de éxitos. En vuestras páginas se ha escrito la historia reciente de la profesión médica en España y esperamos leer sobre los grandes retos para los próximos años, entre ellos, el futuro de la Pediatría de AP.





JOSÉ LUIS ÁLVAREZ-OSSORIO FERNÁNDEZ, presidente Asociación Española de Urología (AEU)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La Urología, como especialidad médico-quirúrgica, representa un reto constante, pues es la que más innovación tecnológica en el ámbito quirúrgico y nuevos tratamientos en el médico ha incorporado en un breve periodo de tiempo. Los urólogos hemos sabido adaptarnos a estos cambios, adquiriendo nuevos conocimientos y trasladándolos a nuestra práctica clínica. Esto hace de la Urología una especialidad única.

En estos años hemos asistido al desarrollo de la litotricia renal extracorpórea, que ha sido responsable de una gran descarga de la actividad quirúrgica abierta, que suponía el 30 por ciento de ocupación de quirófano y al de la cirugía mínimamente invasiva, que fue gradual y se engloba la tecnificación mínimamente invasiva, la endourología, la cirugía laparoscópica y la cirugía robótica.

También hay que destacar la Medicina individualizada de precisión que está en expansión y el desarrollo de los tratamientos médicos urooncológicos, sin olvidar el desarrollo de los fármacos para la disfunción eréctil en los años 90.

Muchos más retos nos esperan, como la aplicación de células madre, *big data*, inteligencia artificial, *Deep learning* y *devices*, que ofrecen una aplicabilidad razonable.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Enhorabuena por 40 años de vida, siendo una de las referencias imprescindibles en

la información sanitaria de este país. ¡Feliz 40 Aniversario!

JULIÁN PÉREZ-VILLACASTÍN, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

En los últimos 40 años los logros de la Cardiología han sido increíbles. Nadie pensaba que los infartos se pudieran tratar como hoy en día. Una persona tiene un infarto y, si tiene la suerte de estar en un centro hospitalario en dos horas o menos, es relativamente sencillo realizar una angioplastia para liberarle del trombo que ocluye la coronaria e implantarle un stent. Con esto, la mayor parte de los pacientes pueden incluso no tener una cicatriz importante y volver a realizar una vida normal. En este campo, destacar también los fármacos que son capaces de bajar los niveles de colesterol, lo que ha cambiado el perfil de la enfermedad aterosclerótica.

En cuanto a las arritmias, tenemos los desfibriladores implantables que han salvado muchísimas vidas en pacientes de alto riesgo de muerte súbita. Asimismo, hemos sido capaces de curar muchas taquicardias gracias a la ablación con catéter, cuando antes solo teníamos tratamientos paliativos.

En el campo de la insuficiencia cardiaca, el trasplante ha mejorado de manera extraordinaria, junto con los nuevos fármacos y las asistencias ventriculares, que ahora mismo están compitiendo con los trasplantes cardiacos en muchos casos.

Y, por último, en el tema de las válvulas, nadie podía creer que estuviéramos so-

lucionando los problemas de las válvulas por vía percutánea. Actualmente, el implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI) ya soluciona en muchos casos la estenosis aórtica en personas mayores sin necesidad de cirugía. Y las investigaciones prometen que esto va a afectar a las tres válvulas restantes, cuyos problemas se van a poder solucionar en muchos casos sin necesidad de una intervención quirúrgica o, al menos, sin necesidad de esternotomía.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

La Revista EL MÉDICO se ha convertido en uno de los medios de referencia en temas de política sanitaria, gestión, economía de la salud o derecho sanitario, entre otros. Todo ello sin olvidar los temas clínicos de gran interés, de los que hace un repaso en profundidad con un enfoque novedoso.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Con motivo de su 40 aniversario, me gustaría felicitar a la publicación por su dilatada trayectoria y animarla a seguir trabajando rigurosamente en la difusión de conocimiento e información de interés para todos los profesionales del sector sanitario.

ANTONIO PÉREZ, presidente de la Sociedad Española de Diabetes (SED)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La Endocrinología es una especialidad con larga tradición cuyos comienzos a mediados del siglo XIX se iniciaron con el estudio de las secreciones de las glándulas internas y la descripción de enfermedades originadas por exceso o por defecto de dichas secreciones hormonales.

En la primera mitad del siglo pasado, la Endocrinología sufre un rápido avance con el



Every single
day is about
***Changing
tomorrow.***

Estamos comprometidos en dar respuesta a las necesidades no satisfechas de los pacientes, a través de nuestra experiencia en oncología, urología y trasplante.

Mediante técnicas de investigación innovadoras avanzamos en otras áreas terapéuticas, incluyendo neurociencia, oftalmología, nefrología, salud de la mujer, inmunología y enfermedades musculares.

Nuestra responsabilidad es transformar la innovación científica en valor para nuestros pacientes.

Más información sobre nosotros en:
www.astellas.com/eu
www.astellas.com/es



Changing tomorrow



descubrimiento de la insulina y posteriormente con el desarrollo del radioinmunoanálisis que permitió cuantificar las diferentes hormonas. Desde entonces, el incremento de conocimientos ha sido incesante. Se siguen descubriendo nuevas hormonas y nuevos mecanismos de acción hormonal.

Los estudios genómicos y proteómicos y los avances biotecnológicos están abriendo nuevas fronteras en el conocimiento de enfermedades endocrinológicas y están permitiendo abordar diagnósticos precoces y aplicar tratamientos preventivos y potencialmente curativos.

La Nutrición es una disciplina más joven, pero es de gran relevancia, desde el punto de vista de la salud de los pacientes.

Endocrinología y Nutrición tiene un amplio espectro clínico que abarca la fisiopatología del sistema endocrino, el metabolismo y la nutrición natural y artificial.

Tiene, además, una vertiente sobre la promoción de la salud, con una repercusión sociosanitaria de gran impacto como es la prevención de enfermedades que están constituyendo la gran amenaza del siglo XXI, la obesidad, la diabetes mellitus y las dislipemias, que requieren un abordaje multidisciplinar dentro de un modelo de atención a la cronicidad, en donde la atención integrada primaria-especialista y la implicación de otros recursos sanitarios y sociales son fundamentales.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

La Revista EL MÉDICO es uno de los medios de prensa pionero en la comunicación en Sanidad y en sus 40 años de vida considero que ha contribuido de forma relevante a la difusión de aspectos relacionados con ella. Los temas tratados incluyen tanto información sobre aspectos novedosos como sobre temas de gran relevancia desde el punto de vista de la asistencia, la investigación, la formación y la gestión sa-

nitaria, dando una visión menos orientada a la noticia novedosa habitual en la prensa no especializada.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Deseo felicitar a los responsables pasados y presentes de la Revista EL MÉDICO por la labor realizada durante estos 40 años, y desearles un futuro de éxito.

MARÍA DEL MAR MALAGÓN,
presidenta de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Los últimos 40 años han sido extraordinarios en el ámbito de la obesidad. Por una parte, el descubrimiento de la leptina en 1994 supuso el punto de partida para lanzar una nueva mirada al tejido adiposo que, de ser considerado un simple almacén de grasa, pasó a ser reconocido como un órgano endocrino de enorme relevancia que, mediante la secreción de moléculas señalizadoras, las adipocinas, informa y coordina la actividad de muchos otros órganos y sistemas corporales fundamentales (desde el cerebro hasta el hígado, o el sistema reproductor).

El descubrimiento de la leptina brindó, además, el puente que faltaba entre la regulación del peso corporal y el equilibrio energético y añadió un impulso adicional a la investigación sobre la obesidad, además de abrir la puerta a la posibilidad del tratamiento de esta enfermedad.

De hecho, el imparable aumento de la prevalencia de esta enfermedad que, en mu-

chos países se ha duplicado o incluso cuadruplicado desde los años 80, junto con la sólida e inequívoca evidencia científica de que la obesidad es un factor de riesgo fundamental para enfermedades como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares o ciertos tipos de cáncer, está ayudando a cambiar progresivamente la visión de la obesidad.

Así, la Organización Mundial de la Salud ya reconoció en 1997 a la obesidad como una enfermedad crónica, a lo que en 2021 la Unión Europea le sumó el calificativo de recidivante. Haber conseguido que la obesidad se considere como una enfermedad en sí misma es un enorme logro, aunque aún queda mucho por hacer.

Lamentablemente, gran parte de la opinión pública y también de los profesionales de la salud mantienen la idea errónea

En sus 40 años de vida ha contribuido de forma relevante a la difusión de aspectos relacionados con la Sanidad

de que la obesidad es una elección de estilo de vida, que puede revertirse simplemente ejerciendo la fuerza de voluntad.

La prevención es sin duda fundamental, pero es igualmente urgente poder ofrecer alternativas a las personas que viven con esta enfermedad compleja y multifactorial en la que confluyen orígenes genéticos, conductuales, socioeconómicos y ambientales, además de luchar contra el estigma de la obesidad.

Es en esta línea en la que, desde la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO), trabajamos para conseguir este cambio de mentalidad y pasar a la acción para la creación de un Plan Nacional contra la obesidad que incluya una aproximación también multifactorial para el tratamiento de esta enfermedad.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

En este ámbito, las revistas médicas, y EL MÉDICO en particular, constituyen el altavoz perfecto para cambiar la visión de la enfermedad, así como para difundir con rigurosidad tanto los avances del conocimiento que se están consiguiendo en este campo como las oportunidades de tratamiento de la obesidad.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

No podemos más que felicitar, y agradecer, a la Revista EL MÉDICO por el trabajo que ya ha hecho al respecto en estos años.

ANTONIA AGUSTÍ, presidenta de la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La especialidad de Farmacología Clínica en España es relativamente joven, apenas tiene 40 años de reconocimiento en nuestro país. Durante esta andadura se ha conseguido implantar en muchos centros hospitalarios de la mayoría de las Comunidades Autónomas y en algunas también en la Atención Primaria. Su objetivo es mejorar la utilización e investigación de los fármacos, con el fin último de mejorar el cuidado de los pacientes.

En este sentido, uno de sus principales logros ha sido contribuir a la selección e información de medicamentos en España al formar parte muy activa de las comisiones farmacoterapéuticas de los hospitales y también de Atención Primaria. Desde la perspectiva de la asistencia directa a los enfermos, los servicios de Farmacología Clínica han sido pioneros en la incorporación de técnicas que permiten la individualización de los tratamientos (monitorización terapéutica de fármacos, farmacogenética, etc.).

Por otro lado, a un nivel más institucional, podemos señalar que algunos especialistas en Farmacología Clínica han ocupado puestos destacados en la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad, en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y en la representación de nuestro país en el Comité de Uso Humano de Medicamentos de la Agencia Europea del Medicamento.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

En sus 40 años de vida, la Revista EL MÉDICO se ha convertido sin duda alguna en un referente de las publicaciones dedicadas a los campos de la Medicina, la política sanitaria y la gestión de la salud. Jamás ha dejado de recoger, con integridad y buen criterio, los puntos de vista de las figuras más relevantes del sector. Médicos, investigadores, gestores sanitarios, instituciones públicas, laboratorios farmacéuticos y otras compañías del ámbito privado han encontrado en EL MÉDICO un espacio para la reflexión, el encuentro y el debate entre profesionales.

Destacaría, además, la experiencia y saber hacer de sus redactores y su equipo editorial. Con la llegada de la pandemia, en 2020, se ha hecho patente la necesidad de contar, dentro del sector sanitario-científico, con medios y publicaciones de calidad, capaces de ofrecer información veraz y contrastada. En un momento de cambio e incertidumbre como el generado por la crisis sanitaria de la COVID-19, el papel de la revista ha tenido una especial relevancia.

Creo que todos los agentes implicados en la lucha contra la pandemia, médicos, científicos y gestores políticos hemos necesitado de este tipo de publicaciones para

combatir la desinformación que se generaba en los canales de comunicación alternativos, especialmente en las redes sociales. La desinformación solo se puede combatir con información especializada y de calidad, y en ese sentido, EL MÉDICO va a seguir teniendo una labor importantísima, como la ha tenido hasta ahora.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la Sociedad Española de Farmacología Clínica queremos agradecer a la Revista EL MÉDICO la profesionalidad y la dedicación con la que vienen trabajando desde hace 40 años para ofrecernos una información de calidad y un análisis en profundidad de los temas que marcan la actualidad en el ámbito sanitario y el sector salud. Nuestra más sincera enhorabuena, y nuestro firme deseo de seguir leyéndoles por muchos años más.

GREGORIO JIMÉNEZ DÍAZ, vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La desinformación solo se puede combatir con información especializada y de calidad, y en ese sentido, EL MÉDICO sigue teniendo una labor importantísima

Los últimos 40 años hemos asistido a la consolidación progresiva de la Geriatria como una especialidad presente en la cartera de servicios del sistema sanitario español, aunque con una presencia asimétrica

y con una incorporación a muy diferentes velocidades.

En un país como el nuestro, en el que ya el 19,9 por ciento de su población es mayor de 65 años y de los que el 6,5 por ciento cuenta más de 80 años, es fácil deducir que la presencia de la Geriatria en el sistema sanitario español todavía requie-



re una mayor implementación. En el ámbito sociosanitario y en el mundo residencial, la presencia de la Geriátrica también se ha visto acentuada. En la faceta asistencial, está demostrando el valor de la transversalidad y de su capacidad para sumar su carácter multidisciplinar a otras especialidades.

También afronta un reto en el campo de la enseñanza universitaria; su presencia de en los programas de grado de algunas disciplinas como Enfermería o Terapia Ocupacional se puede considerar aceptables. Sin embargo, en la formación en Medicina su incorporación real dentro de estos programas es muy escasa.

Por su parte, se ha conseguido la consolidación de la asistencia, todavía mejorable a través de una mayor implantación de servicios de Geriátrica en la red hospitalaria y una mayor coordinación con Atención Primaria.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Medios de comunicación, como EL MÉDICO, han sido muy importantes para las profesiones sanitarias, especialmente en momentos en los que el acceso a la información no era tan inmediato como en la actualidad. Durante décadas, EL MÉDICO ha sido capaz de mantener informados a profesionales de muy distintos ámbitos trasladando noticias, actualidad, información y formación de diferentes disciplinas, permitiendo mantenernos al día de las informaciones más relevantes del panorama sanitario.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología queremos trasladar nuestra felicitación a todos aquellos que han hecho posible que durante 40 años EL MÉDICO acudiera puntual a su cita con los profesionales de la Sanidad, con el deseo de que continúe durante muchos años

más siendo un referente de la información sanitaria.

TXANTÓN MARTÍNEZ-ASTORQUIZA ORTIZ DE ZÁRATE, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

El año pasado fue mi 40 Aniversario de mi licenciatura en Medicina y Cirugía. Y debido a mis 39 años como especialista, creo que podré dar una visión global de los cambios en Ginecología y Obstetricia.

El primer asunto que quiero abordar mirando hacia atrás 40 años es la importantísima caída de la natalidad en nuestro país. En 1982 nacieron en España 515.706 niños y niñas. El número de nacimientos en España ha descendido hasta los 338.532 en año 2021, en torno a un 40 por ciento. Este hecho tiene una repercusión social importante, pero también ha marcado un cambio de actitud obstétrica. En estos años ha cambiado y mejorado ostensiblemente la asistencia al parto y puerperio, la frase bíblica “Parirás con dolor” afortunadamente desde los años 90 con la implantación de analgesia epidural, ya no tiene sentido.

Pero el retraso voluntario para conseguir una gestación, la baja paridad (mayoritariamente “unípara”), en estos últimos años ha cambiado el perfil de la gestante; primípara mayor de 32 años, con más patología asociada y también ha cambiado la asistencia al parto.

Se tiende a un parto más espontáneo menos asistido; no se ponen enemas previos,

no se rasura el periné y se intenta no realizar episiotomías. Esta deriva ha traído consigo paradójicamente un aumento de la tasa de cesáreas en nuestro país. La tasa media en España es del 22-25 por ciento y la cifra recomendada por la OMS es del 15 por ciento.

No quiero olvidar el avance y cambio espectacular que ha habido en el control del embarazo y en el diagnóstico prenatal y terapia fetal. La Medicina Perinatal que atiende a la madre y al “feto como paciente” se ha visto revolucionada con la llegada de la tecnología. La ecografía, el Doppler, la fetoscopia han hecho posible el diagnóstico del bienestar fetal, descubrir malformaciones e incluso operar a fetos intraútero mediante fetoscopia.

Las antiguas amniocentesis y biopsias coriales han sido parcialmente sustituidas por el ADN fetal en sangre materna para el diagnóstico de las cromosomopatías más frecuentes.

En la práctica ginecológica la llegada de la cirugía laparoscópica a nuestros quirófanos ha marcado un hito importante que ha traído consigo una mejora de la calidad asistencial, cirugía segura con menor riesgo, menor

ingreso y con un índice de satisfacción muy alto en nuestras pacientes. Actualmente en España más del 50 por ciento de las histerectomías son mediante laparoscopia y no con cirugía abierta como se realizaba anteriormente.

Respecto a la incontinencia de orina las mallas sintéticas sub-uretrales de baja tensión ha mejorado ostensiblemente la calidad de vida de las pacientes.

En la oncología ginecológica los cambios y avances han ido dirigidos a mejorar el

diagnóstico por la imagen, RMN, TAC y PET-TAC, a recurrir a técnicas quirúrgicas menos agresivas, a cirugías mayores ambulatorias, al uso de la laparoscopia y a la cirugía robótica.

En la patología maligna del cáncer de mama se ha pasado de la cirugía ultra-radical (mastectomía radical Halsted) a tumorectomía y ganglio centinela.

Acompañada de cirugía oncoplástica de la mama con reconstrucción inmediata. Si añadimos el importante avance en la quimioterapia y tratamientos hormonales, podemos decir que el cáncer de mama se cura.

Además la llegada de la oncoplástica en los últimos 10 años con reconstrucción inmediata ha aumentado la satisfacción de las pacientes hasta niveles inalcanzables con la antigua cirugía radical.

El cribado del cáncer de cérvix, citología más determinación del virus del papiloma humano ha sido un paso de gigante para la detección precoz de este cáncer y estoy seguro reducirá drásticamente la incidencia del mismo en España.

El tratamiento quirúrgico tanto del cáncer de cérvix, como de endometrio, se han visto muy beneficiados de la cirugía laparoscópica y robótica.

En julio de 1985 en el Hospital de Cruces-Baracaldo- Vizcaya nació mediante cesárea el primer 'bebé probeta' de la Sanidad Pública Española. Aquello fue un hito histórico y casi misión imposible. La reproducción asistida es una de las subespecialidades de ginecología que más avanzado.

Si lo considera, puede hacer una felicitación a la revista EL MÉDICO

No quiero acabar sin mostrar agradecimiento a la revista EL MÉDICO, publicación única con información sanitaria, de política sanitaria, de la profesión médica, de gestión

de investigación y de novedades científicas. ¡Gracias por éstos 40 años de estar con nosotros apoyándonos e informándonos!

RAMÓN GARCÍA SANZ, presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Cuando empecé mi residencia de Hematología, en torno a 1990, había pacientes diagnosticados de leucemia mieloide crónica (LMC) en crisis blástica que ocupaban camas en la planta de Hematología. La mayoría de ellos morían en menos de un mes y los más afortunados duraban dos o tres meses. Del diagnóstico al fallecimiento apenas pasaban tres años. Hoy en día, un paciente con este diagnóstico puede aspirar a curarse con un tratamiento oral o, al menos, a tener controlada su enfermedad durante muchos años, sin menoscabo de su supervivencia. Ese logro sólo se ha podido conseguir con investigación, y con la participación en ella de muchos y diversos agentes: químicos, médicos, estadísticos, empresas farmacéuticas, coordinadores de estudios e incluso los propios pacientes que decidieron, en su momento, entrar en un ensayo clínico.

Investigar para mejorar. Ese es el secreto de toda la ciencia médica, y la Hematología no se escapa a esta máxima.

También estamos tras la cura podemos prometer la cura de enfermedades hematológicas genéticas tales como la talasemia, la hemofilia o la drepanocitosis.

Los hematólogos hemos sido pioneros en la Medicina personalizada de precisión y

seguimos siéndolo con las innovadoras terapias avanzadas, como el trasplante hematopoyético, la terapia génica, la inmunoterapia CAR-T o la terapia celular somática e ingeniería de tejidos.

En una situación similar estamos en el terreno diagnóstico, con la biopsia líquida, las técnicas de secuenciación masiva de nueva generación o la detección de la enfermedad mínima residual.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO, al igual que la Hematología, ha sido una publicación pionera en su sector, que abrió el camino a mu-

chas otras publicaciones especializadas con las que contamos hoy en día. Se ha sabido adaptar a los tiempos y ha mantenido el prestigio de una cabecera bien reconocida por el sector. Destacaría especialmente sus

artículos de análisis profundo de los temas de mayor actualidad del sector y su página web.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

No me queda más que felicitar a EL MÉDICO por estos 40 años de trayectoria y esperar que dure, al menos, otros 40 años, porque la labor que hace es muy necesaria para un sector como el nuestro.

PATRICIA FANLO, presidenta de la Sociedad Española Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (SEMAIS)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?



La Medicina Interna se ha ido adaptando a las necesidades de la sociedad y las necesidades cambiantes de la atención hospitalaria durante estos 40 años. Desde sus inicios, en que era la especialidad troncal dentro de los hospitales, pasando por su readaptación tras el desarrollo del resto de especialidades, hasta la situación actual en la que la visión holística e integradora es cada vez más necesaria en la asistencia compartida, en el manejo de pacientes crónicos, enfermedades raras y autoinmunes y en la asistencia multidisciplinar, tanto con servicios quirúrgicos con el resto de especialidades médicas.

La COVID ha puesto en valor la importante labor que realizan los internistas en nuestros hospitales y también ha dado difusión y mayor conocimiento a la sociedad de nuestra especialidad.

La Medicina Interna ha sido una de las especialidades médicas que más cambios ha sufrido en los últimos 40 años. Podría decir que la feminización ha sido uno de ellos. También una mayor tecnificación y digitalización, donde se han incorporado la ecografía clínica a pie de cama del pacientes y aplicaciones de inteligencia artificial para ayudar al diagnóstico de nuestros pacientes. Por otro lado, la Medicina de Precisión Personalizada, sobre todo en el campo de las enfermedades raras y autoinmunes sistémicas, ha mejorado las dianas terapéuticas y, por lo tanto, la calidad de vida de los pacientes.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Ha difundido aspectos científicos y de formación de relevancia a nivel nacional dentro de la profesión médica y ha dado voz a los diferentes profesionales de distintos sectores médicos.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde SEMAIS (Sociedad Española Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas), os deseamos otros 40 años más de éxitos y de publicaciones.

JOSÉ POLO GARCÍA, presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Primero, la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Fue un logro conseguido que empezó a reclamarlo SEMERGEN desde su fundación, que coincide casi con los 50 años que vamos a hacer. También está la gran transformación de la Atención Primaria en España, que hemos pasado de un modelo tradicional a conseguir un nivel asistencial de Atención Primaria muy cualificado y muy bien valorado, no solo por sistemas sanitarios públicos mundiales, sino también por la propia población.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Creo que ha aportado dos cosas fundamentales. Una es ofrecer noticias de calidad y toda la parte de formación, que ha ayudado mucho a la formación médica.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Quisiera felicitaros tanto a nivel personal como desde el cargo que represento en la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Quiero felicitar a EL MÉDICO y animaros a que continuéis con la labor que venís desarrollando durante estos 40 años.

MARÍA FERNÁNDEZ, presidenta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

El balance de la Medicina Familiar y Comunitaria de estos 40 años da para hablar durante mucho tiempo, de modo que probablemente me deje algo en el tintero. La Medicina Familiar y Comunitaria surge allá por los años 80 y ya entonces tuvimos que luchar mucho para conseguir una Atención Primaria basada en criterios de accesibilidad, longitudinalidad y de integralidad en los que el abordaje comunitario desde las familias fuese un hecho. Esa idea ha ido creciendo poco a poco hasta que pasó a ser una especialidad altamente reconocida fuera de nuestras fronteras. Así fue a pesar de que tuviéramos que batallar con algunos compañeros de viaje, no porque no fuesen adecuados en su formación, sino porque entendimos que la MFyC vía MIR era la forma más adecuada para optar a plazas que facilitarían una AP de calidad.

Respecto a SemFYC, lo que comenzó siendo la semilla de una sociedad de 2.000 socios ha llegado a ser una sociedad de alta proyección internacional. Se ha consolidado como la sociedad científica líder en el mundo sanitario referente de la Medicina de Familia y la AP, con 22.000 socios. Y eso tiene repercusión en la propia Medicina Familiar y Comunitaria porque hemos conseguido estar presentes en las decisiones de las administraciones sanitarias, aportando el punto de vista de los médicos. Y ahí surge el reconocimiento de la especialidad como única vía para realizar una formación específica en Medicina General en nuestro país, que comenzó a ser obligatoria a partir de enero de 1995 en toda la Unión Europea.

Se reconoció el título de médico especialista en MFyC y es el programa de formación especializada vía MIR la única vía de formación que permite ejercer en España en el Sistema Nacional Público. En 2002, además, el programa pasa de ser de tres a cuatro años vía MIR.

Sin embargo, en los últimos diez años, pese a las luchas e insistentes reivindicaciones por parte de los médicos de familia y pediatras, a través del Foro de AP, hemos visto como tras la COVID-19 se ha puesto sobre la mesa que esa realidad que estábamos anticipando era ya prácticamente imposible de salvar: la MFyC se está convirtiendo en una especialidad poco valorada y no deseada por los estudiantes de Medicina.

Actualmente, es difícil llevar a cabo una formación continuada, asistir a congresos; no hay suplentes, no tenemos los cupos adecuados para poder formar a nuestros residentes...

Es importante que se reconozca la relevancia e importancia de la MF ya desde la Universidad, por lo que deberíamos empezar a enseñar a nuestros estudiantes lo que es ser médico de familia con una visión de la Medicina más generalista. Y para ello necesitamos que se creen los departamentos en las universidades de España. Aunque no existe prácticamente en ninguna de ellas, sí existe como área de capacitación pero solo en algunas ocasiones impartida por médicos de familia propiamente dichos.

Con respecto a los logros, es reseñable que como sociedad hemos ido creciendo y extendiéndonos a lo largo de todo el panorama nacional, pero también a nivel internacional, hasta convertirnos en la sociedad científica líder en el mundo sanitario y referente en el ámbito de la MF y AP. Además, estamos cada vez más presente y somos referente para la administración sanitaria, con participaciones en el Congreso, el Senado, la Mesa de Reconstrucción





durante la pandemia, en la que se ha escuchado la MF a través de semFYC.

Por otro lado, los médicos de familia hemos empezamos también a ser referentes a la hora de la cronicidad en un mundo cuyo futuro va a necesitar de mayor atención a una población más envejecida, con mucho paciente crónico donde la interrelación entre la continuidad asistencial y el hospital es prioritaria.

Otro de los logros semFYC ha sido impregnar los centros de salud y la MF con la investigación. Somos pioneros en proyectos europeos y también en becas para fomentar la investigación en este primer nivel, algo que creemos que es muy relevante.

Por otro lado tenemos unos valores que nos llevan a trabajar de forma independiente de la industria farmacéutica. Y esa independencia se mantiene en el contenido de nuestros cursos y la formación que damos a todos nuestros socios. Eso no significa que no exista relación con la industria. Todo lo contrario: entendemos que el papel de la industria es muy importante en el mundo sanitario, pero siempre basándose en la evidencia científica.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

El MÉDICO nos ha estado acompañando en el crecimiento de la especialidad y nos ha ayudado a que ese prestigio se hiciera visible a través de sus páginas. Por otro lado, en cuanto al reconocimiento como sociedad, esta Revista nos ha ido apoyando, publicando nuestras actividades y participando en algún curso.

Los medios de comunicación que trabajan en el sector sanitario tienen mucho que decir para poner en valor las acciones que

las especialidades realizan, así como para darlas a conocer a los trabajadores del sistema sanitario.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Quiero felicitar a la Revista El MÉDICO por su trabajo durante todos estos años, así como por poner en valor la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, algo que todavía necesitamos que sea más efectivo dada la situación en la que nos encontramos. También por el trabajo que ha estado haciendo junto con semFYC, trasladando todo el trabajo que hemos estado realizando.

ANTONIO FERNÁNDEZ-PRO LEDESMA, presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Es cierto que durante estos 40 años hemos pasado por varias etapas. Una primera etapa de esplendor, con la implantación de la reforma de la Atención Primaria, con la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) y una profunda reforma de la Atención Primaria de Salud, iniciada por el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, donde pasamos de la Medicina atomizada y masificada en los ambulatorios a una Medicina desde un punto de vista holístico. En eso ha tenido mucho que ver el sistema de información, la integración de la Medicina de familia en el programa de formación MIR, fue un acierto absoluto en su momento y hemos tenido unos profesionales magníficamente formados, que son la envidia de todos los países de nuestro entorno y han sido demanda-

dos no solamente por los sistemas sanitarios públicos de nuestro país sino también por otros países

A partir de este momento, se empezaron a implantar los centros de salud, con una característica clara, que fue el trabajo en equipo, multidisciplinar con horarios y regulación laboral mucho más acertada para los profesionales, incorporando una cartera de servicio común a todo el sistema sanitario, unas nuevas competencias y habilidades en el médico de familia. Se acercaron las pruebas complementarias a este nivel asistencial, pruebas de laboratorio, radiología y otras numerosas pruebas ahora estaban en manos del médico de familia, con lo que su capacidad resolutive aumentaba y conseguía llegar a solucionar hasta el 90 por ciento de la demanda de la población. A la par, se introducía la docencia y la investigación en este ámbito asistencial, donde antes era prácticamente anecdótico.

Se implementaron programas de salud donde preveía el control de los riesgos y la Medicina preventiva. Con un nivel de satisfacción importante para la población, de manera reiterada. El médico de Familia es el profesional mejor valorado por la población, en las diferentes encuestas de satisfacción.

No cabe duda de que la Medicina de Familia es una especialidad joven, pero ha demostrado durante todo este tiempo una madurez plena; haciendo especial mención a lo desarrollado en estos dos últimos años de pandemia, muy duros para sus profesionales, pero donde se ha demostrado que un primer nivel asistencial fuerte y potente es fundamental, para dar cohesión a todo el SNS.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO es una publicación que ha aportado información veraz en todos los

temas relacionados con el ámbito de la salud, gracias a que ha contado con un equipo de profesionales competentes y especializados en información sanitaria que han sabido tratar en todas las etapas las noticias más relevantes de las últimas décadas, en las que cabe hacer especial hincapié a las relacionadas con la pandemia. Con medios de referencia como EL MÉDICO no hubieran trascendido tantos bulos ni noticias falsas como han circulado en la crisis del coronavirus.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) queremos felicitar a EL MÉDICO y a todo su equipo humano por haber llegado a los 40 años de existencia manteniendo los valores y misión que, desde un principio, los animaron a constituir y convertirse en uno de los medios de referencia del panorama informativo del sector salud.

JESÚS DíEZ MANGLANO, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

En los últimos 40 años se ha producido un envejecimiento clarísimo de la población que atendemos. También han surgido nuevas áreas de interés, ya que hace 40 años había poco conocimiento sobre las enfermedades minoritarias y ahora son un campo importante que atendemos.

Hemos vivido varias emergencias sanitarias, como lo que fueron los inicios de la infección por VIH, por el virus ébola y la COVID-19.

La Medicina Interna ha dado un paso adelante muy importante en investigación en desarrollo, ya que todos los hospitales tienen servicios de Medicina Interna, que

son fundamentales no solo en la asistencia de los pacientes, sino en la investigación.

En la Sociedad Española de Medicina Interna ha habido un cambio tremendo en los últimos 25 años con la creación de múltiples equipos de trabajo, que han dado lugar a equipos de investigadores que han efectuado estudios publicados en revistas de alto nivel de impacto. A esto hay que añadir todas las actividades formativas de la SEMI.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO ha sido una revista que inicialmente recibíamos todos en papel y que ahora también la disfrutamos online. Es una de las revistas profesionales que consultamos con mucha frecuencia, porque nos aporta no solo la realidad organizativa profesional sino también los avances en la clínica.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Tengo que felicitar a la Revista EL MÉDICO por estos 40 años que lleva dando un servicio muy importante a toda la comunidad médica y sanitaria en general, aportando las novedades del día a día y el pulso de la profesión sanitaria.

ÁLVARO CASTELLANOS, presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La Medicina Intensiva es una especialidad joven, muy ligada a la tecnología, ya

que nuestro campo de acción es el mantenimiento de las funciones orgánicas hasta que el origen de la agresión quede controlado. Los resultados de morbimortalidad de nuestros pacientes son muy favorables, y esta es la razón de que hayamos experimentado un crecimiento y un desarrollo muy significativos en los últimos 40 años.

Los Servicios de Medicina Intensiva son hoy día imprescindibles en cualquier hospital público o privado, independientemente de su tamaño. Además de potenciar la atención al paciente crítico en todas sus esferas, incluyendo la humanización y los cuidados al final de la vida, la Medicina Intensiva ha realizado

aportaciones muy relevantes en el campo de la coordinación, donación y mantenimiento de órganos para trasplante, la difusión de la formación en reanimación cardiopulmonar, la incorporación de nuevas técnicas de soporte vital como la ECMO, etc.

Las UCI también se han especializado en áreas muy diversas en los últimos años, como la atención del paciente neurocrítico, traumatizados, quemados, postoperatorio de alto riesgo, trasplante, etc. Se ha avanzado también en la calidad y seguridad asistencial, asumiendo conceptos como “menos es más”, participando en los códigos sepsis, ic-tus, infarto, etc. y potenciando y liderando la implantación de servicios de respuesta rápida en los hospitales, siguiendo el concepto de Medicina preventiva crítica.

Las UCI también se han especializado en áreas muy diversas en los últimos años, como la atención del paciente neurocrítico, traumatizados, quemados, postoperatorio de alto riesgo, trasplante, etc. Se ha avanzado también en la calidad y seguridad asistencial, asumiendo conceptos como “menos es más”, participando en los códigos sepsis, ic-tus, infarto, etc. y potenciando y liderando la implantación de servicios de respuesta rápida en los hospitales, siguiendo el concepto de Medicina preventiva crítica.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO ha aportado información muy variada y de gran calidad dentro del mun-



do sanitario, enfoques y puntos de vista avanzados y atractivos recogiendo siempre la actualidad sanitaria. Destaco la cercanía con la que siempre ha abordado los diferentes temas y entrevistas, convirtiéndose en un punto de encuentro para todos los profesionales.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias queremos felicitar a todo el equipo, editores y antiguos trabajadores de la Revista EL MÉDICO por sus 40 años de trayectoria, con nuestros mejores deseos de que sigan avanzando en la tarea de informar y enseñar todo lo relacionado con la Medicina.

JOSÉ MIGUEL LÁINEZ, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

En los últimos 40 años, la Neurología ha experimentado avances que podemos calificar de revolucionarios tanto en diagnóstico como en el tratamiento y el conocimiento de las causas de la mayoría de las enfermedades neurológicas.

En el campo del diagnóstico, los avances en la neuroimagen han cambiado nuestra visión del cerebro y sus problemas. Al inicio de los años 80 se introducía la tomografía axial computarizada, que nos permitía visualizar por vez primera el parénquima cerebral y la médula espinal. A partir de entonces los avances han sido continuos y en la actualidad, mediante la resonancia magnética y otras técnicas de imagen funcional como el PET, no solo so-

mos capaces de ver la estructura del cerebro con resolución milimétrica, sino que somos capaces de ver cómo funciona cuando realiza una tarea concreta e incluso disponemos de marcadores que nos permiten diagnosticar el Alzheimer varios años de su debut clínico.

Por otra parte, los avances en las "ómicas" (genómica, proteómica, metabolómica, epigenómica) nos han permitido conocer los mecanismos íntimos de muchas enfermedades y buscar terapias específicas.

En enfermedades invalidantes, como por ejemplo el Parkinson, ya somos capaces de controlarlas farmacológicamente durante muchos años e incluso podemos utilizar la cirugía o terapias de infusión en casos avanzados.

Los nuevos fármacos antiepilépticos permiten obtener un buen control de las crisis con mucha mejor tolerancia y hemos progresado en el manejo quirúrgico de los casos en que esta opción es la indicada.

El abanico de fármacos disponibles para tratar la esclerosis múltiple es amplísimo y ha incorporado muchos biológicos que permiten reducir la progresión de la enfermedad y la discapacidad en este grupo de pacientes. Los biológicos también se han incorporado a áreas como la migraña.

La introducción de la terapia génica en el tratamiento de la atrofia muscular espinal ha supuesto un cambio de paradigma. En la demencia de tipo Alzheimer ya se ha aprobado por la FDA el primer fár-

maco que actúa sobre la base patológica de la enfermedad y es previsible que un breve período se incorporen otros similares....

Uno de nuestros objetivos fundamentales es la formación y en esta línea hemos crecido exponencialmente y también nos hemos ido adaptando a los cambios tecnológicos con un gran desarrollo de la formación online a través de nuestra EscuelaSEN.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Es obvio que tanto EL MÉDICO como la SEN han hecho una estupenda adaptación a los cambios que se han ido produciendo en nuestra sociedad en estos años, y espero y deseo que sigamos avanzando por este camino en los próximos.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la Sociedad Española de Neurología me gustaría felicitar a EL MÉDICO en la celebración de su 40 aniversario. Hemos podido ver la trayectoria de la Revista desde sus inicios y podemos dar testimonio de la gran labor llevada a cabo a lo largo de estas cuatro décadas.

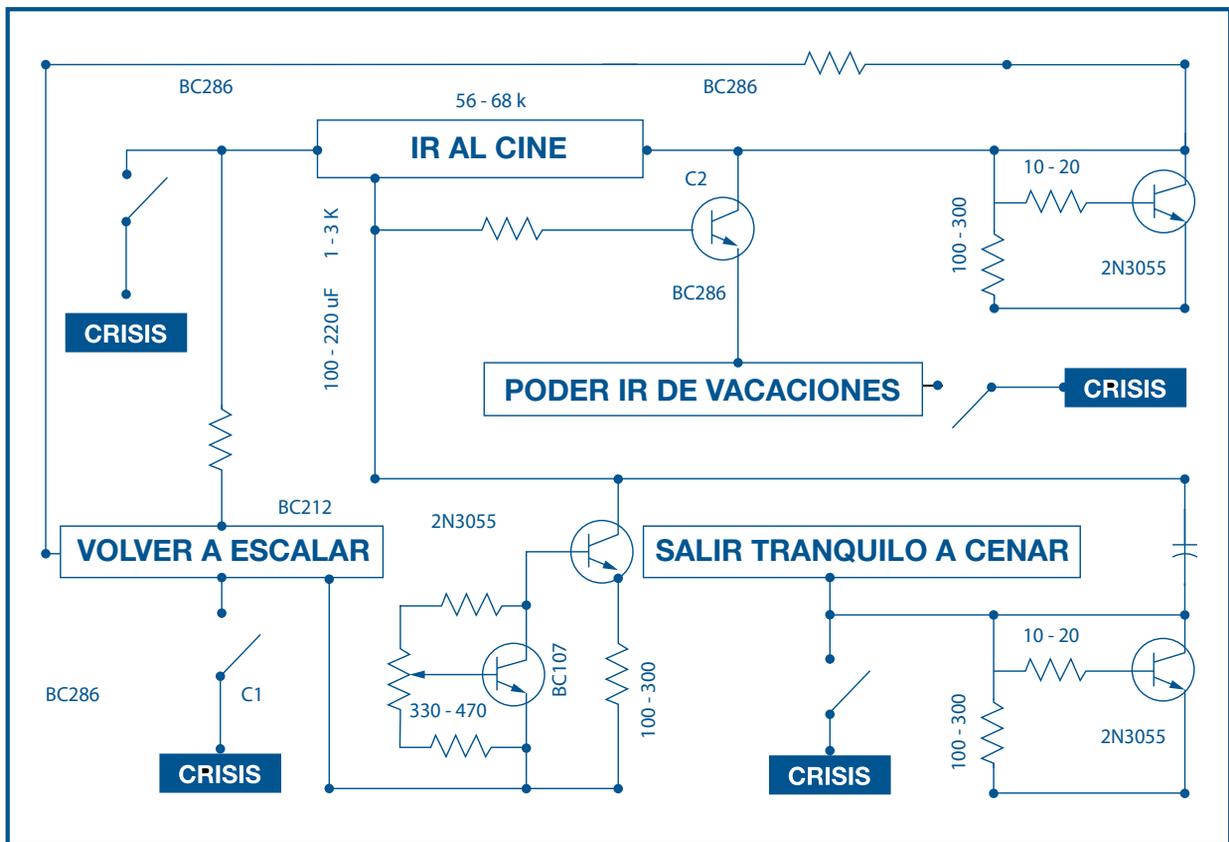
A lo largo de su trayectoria siempre ha estado al servicio de los profesionales de la Medicina con una información de calidad, incorporando siempre las últimas novedades en todos los campos de la Medicina y contando con los profesionales más prestigiosos. El paso del tiempo sólo ha servido para mejorarla, ya que se ha adaptado perfectamente a los nuevos modos de comunicación y en su formato digital se ha convertido en una fuente diaria de información de obligada lectura para todos los que seguimos la evolución del cono-

Zekilep®

comprimidos EFG

Acetato de
Eslicarbazepina

DESCONECTA LAS CRISIS EPILEPTICAS^{1,2} Y VUELVE A CONECTAR A TUS PACIENTES A SUS VIDAS.



Tu nueva alternativa de Kern Pharma
para el control de las crisis epilépticas^{1,2}.

1. Ficha Técnica Zekilep 800 mg comprimidos EFG
2. Ficha Técnica Zekilep 200 mg comprimidos EFG





cimiento de la Medicina en cualquiera de las disciplinas.

PATRICIA DE SEQUERA ORTIZ,
presidenta de la Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su sector en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La Medicina y la Sanidad, en general, y en España, en particular, han avanzado muchísimo en estas últimas cuatro décadas, logrando importantes hitos que nos parecían inalcanzables hace unos años y que son una realidad para el tratamiento y la mejora de la salud de las personas, y para la mejora de la calidad de vida en aquellos pacientes con enfermedades más graves. Y ello, además, teniendo en cuenta que hemos tenido que afrontar situaciones complejas y crisis sanitarias nunca vistas hasta la fecha, como la pandemia de la COVID-19, que nos ha hecho ver la importancia de nuestro modelo público sanitario y de atención asistencial.

La Nefrología es un buen ejemplo del progreso que hemos experimentado en el sector de la Salud en España, donde hemos logrado mejorar el tratamiento, la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales de forma muy notable, pero también nos sirve para mostrar el trabajo que sigue quedando por delante para continuar mejorando.

El envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades son dos aspectos que ya marcan el presente y el futuro de nuestro sistema sanitario, y en los que debemos centrar buena parte de nues-

tros esfuerzos para lograr que siga creciendo y avanzado de cara al futuro.

Hemos avanzado de manera muy importante y nos hemos situado como un país de referencia en el tratamiento renal sustitutivo para la enfermedad renal crónica (ERC), así como en el trasplante renal, donde somos líderes mundiales con tasas de donación y trasplante envidiadas por el resto de países europeos y occidentales.

Pero esto no es suficiente, porque la ERC sigue creciendo en nuestra sociedad como una epidemia silenciosa. De hecho, se-

EL MÉDICO, como revista impresa y luego como medio digital, ha sido en todos estos años un medio de comunicación de referencia en España

gún el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 55,4 millones de muertes que se produjeron en 2019 en el mundo, el 55 por ciento se debió a 10 patologías, entre las cuales se sitúa por primera vez la enfermedad renal. En España, se ha producido un aumento del 30 por ciento en su prevalencia y mortalidad en la última década, y hoy día afecta ya a entre un 10-15 por ciento de la población, con una alta tasa de infradiagnóstico, lo que la convierte en un grave problema de salud pública.

El reto pasa ahora por evitar que el paciente llegue a esa situación en la que la ERC impida a los riñones realizar su función o que al menos se detecte lo antes posible para no tener que llegar al trasplante, abordándola desde la prevención y el diagnóstico precoz, promoviendo estrategias y actuaciones dirigidas a reforzar la Atención Primaria, y a fomentar hábitos de vida saludable, desde la infancia, para así prevenir sus factores de riesgo (tabaco, obesidad, sedentarismo...) y frenar su crecimiento en las nuevas generaciones.

Desde la Sociedad Española de Nefrología consideramos muy importantes otras lí-

neas estratégicas como el fomento de los tratamientos domiciliarios, que aportan grandes beneficios para la calidad de vida y la conciliación laboral y familiar del paciente, o el de los trasplantes de donante vivo, un procedimiento que, aunque muchos no conozcan, representa la mejor opción para el paciente con ERC avanzada, y que cuenta con unos resultados que son mejores que los del donante fallecido en términos de supervivencia del trasplante y reducción de complicaciones.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO, primero como revista impresa y luego ya también como medio digital, ha sido en todos estos años un medio de comunicación de referencia en nuestro país que ha informado no sólo a la sociedad, sino también a los profesionales sanitarios, de las últimas noticias y novedades de mayor interés del ámbito de la salud y de las distintas especialidades médicas en España.

Con ello ha contribuido no solo a dar conocer mejor a la Medicina española a los ciudadanos sino también a ayudar a los sociedades científicas y médicos y profesionales sanitarios a difundir sus actividades de investigación, formación continua y o de prevención y concienciación social para alertar a la opinión pública sobre diversas enfermedades y problemas de salud. Su aportación ha sido relevante y es de agradecer por todos.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Como presidenta de SENEFRO, y en representación de la Junta Directiva de nuestra sociedad científica, sumarme a la celebración de este 40 aniversario de la Revista EL MÉDICO felicitándole por todos estos años de intenso trabajo y éxito, y agradeciendo su labor de información y divulgación del ámbito sanitario español. Mi enhorabuena a ella y a todo su equipo, y ¡a por otros 40 años más!

CUANTOS MÁS RETOS
EN ENFERMEDAD RENAL RESOLVAMOS
MÁS VIDAS CAMBIAREMOS





JOSÉ LUIS GIL SALÚ, secretario de la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

En estos últimos 40 años la Neurocirugía como especialidad ha evolucionado notablemente. De tratarse a los pacientes en los años 70 y 80 mediante métodos diagnósticos básicos (radiografía, arteriografía, neumoventriculografía, etc.), realizadas por los mismos neurocirujanos, el advenimiento de la TAC, primero, y de la RM, después, nos ha proporcionado una capacidad diagnóstica muy superior.

Las técnicas quirúrgicas han avanzado hasta el punto de estar hoy día basadas en precisiones milimétricas, gracias a la neuronavegación, y a la preservación de áreas elocuentes.

Hemos conseguido una formación muy seria de los especialistas, gracias a la mejora en los servicios de Neurocirugía y a la mejora de la capacidad docente.

Hemos incorporado la investigación aplicada en todos los centros, mediante fuertes lazos de conexión con las unidades de investigación, y los laboratorios de neuroanatomía. También, hemos mejorado la cantidad y calidad de vida de nuestros pacientes, gracias a la evolución tecnológica y formación neuroquirúrgica.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Ha sido un soporte de la información general y especializada en la Medicina española. Fuente de consulta obligada para todos nosotros.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde la SENEK queremos felicitar a la Revista EL MEDICO por su 40 aniversario y

la capacidad de difusión de las noticias relacionadas con nuestra profesión.

ENRIQUETA FELIP, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Los avances en el tratamiento del cáncer que han tenido lugar en las últimas décadas han supuesto un aumento en las posibilidades de curación y un aumento de la supervivencia de nuestros pacientes. Si consideramos los datos de forma global, los avances acumulados en estas cuatro décadas han llevado a cambiar de forma importante el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

En los años 80, la supervivencia a cinco años del global de los tumores malignos no superaba el 45 por ciento, mientras que en la actualidad se aproxima al 65 por ciento en España.

En la última década hemos vivido una auténtica revolución con el desarrollo de la Medicina de precisión de la mano de los biomarcadores, las terapias dirigidas a dianas moleculares concretas y el avance de la inmunoterapia. Esto nos ha permitido cambiar la historia natural de muchos tumores, como el cáncer de mama, el cáncer de pulmón o el melanoma, entre otros. Los nuevos tratamientos tienen en general un perfil de toxicidad más favorable en comparación con la quimioterapia convencional, permitiendo que los pacientes con tumores avanzados, además de vivir más tiempo, lo hagan con una mayor calidad de vida.

Durante los próximos años, es probable que ampliemos nuestros conocimientos de las distintas vías moleculares que confieren la resistencia a determinados trata-

mientos y del sistema inmune, logrando, por tanto, revertirla. Además, continuará el desarrollo de fármacos dirigidos a alteraciones moleculares concretas, las terapias con radioligandos o el desarrollo de fármacos que combinan un agente quimioterápico con un anticuerpo dirigido a una diana molecular, los llamados inmunocombinados.

Todo esto permitirá afianzar la Medicina de Precisión y perfilar qué paciente y en qué momento de la enfermedad puede obtener un mayor beneficio del tratamiento.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Estos 40 años no son más que el reflejo de un trabajo riguroso, comprometido y útil para los profesionales, lo que le ha servido para que se consolide como cabecera longeva y de referencia entre todos los agentes del Sistema Nacional de Salud, también los oncólogos médicos.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Desde SEOM felicitamos a la Revista EL MÉDICO por estos 40 años al servicio de los profesionales de la Medicina con una labor informativa y formativa, de debate, análisis y reflexión ininterrumpida que ha contribuido al crecimiento, los avances y los cambios del sistema sanitario y sus profesionales.

MANUEL BERNAL SPREKELSEN E ISABEL GARCÍA-LÓPEZ, presidente y secretaria general de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

En los últimos 40 años toda la Medicina y Cirugía ha vivido una transformación radical y la especialidad Otorrinolaringología

y Cirugía de Cabeza y Cuello no ha quedado al margen.

En el campo de la otología se ha normalizado el diagnóstico precoz de la sordera a través de las campañas de "screening" de la audición en los recién nacidos. Gracias a la incorporación de los implantes cocleares hay un antes y un después para todos los pacientes con sordera profunda o cófosis. También se han modernizado las prótesis ancladas en hueso, todas las prótesis auditivas se han venido miniaturizando para disimular el estigma que supone llevar una prótesis auditiva, todavía no tan normalizada como llevar gafas.

Las prótesis de oído medio usadas para la reconstrucción de la cadena osicular ya son en su mayoría de titanio y presentan una tasa mayor de tolerabilidad.

Las nuevas técnicas de reconstrucción del pabellón auricular mediante cartílago costal han supuesto un cambio estético radical para los pacientes con malformación del pabellón. En los últimos años se ha venido incorporando la cirugía endoscópica de oído en casos seleccionados que evitan las incisiones externas.

La rinología ha sufrido una completa vuelta de calcatín. Se han introducido métodos para la medición de las funciones, tales como manometrías y rinomanometrías, así como pruebas olfatorias y gustatorias más discriminatorias.

EL MÉDICO ha conseguido una destacada y meritoria longevidad, teniendo en cuenta la volatilidad vivida en el campo de la prensa

La mayoría de intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de sinusitis ha pasado de ser externa a hacerse por vía endoscópica. Ello ha incluido la cirugía endoscópica de la vía lagrimal, así como el desarrollo de la cirugía endoscópica de la base anterior del cráneo para el cierre de fistulas de líquido cefalorraquídeo y reconstrucciones de la base anterior del cráneo que, a la



postre, han llevado al desarrollo de unidades de cirugía endoscópica de la base del cráneo de la mano de los neurocirujanos, facilitando los abordajes endoscópicos endocraneales a cuatro manos y evitando las craneotomías en muchas patologías.

La mayoría de las intervenciones estético-funcionales de la nariz vienen realizándose por otorrinolaringólogos con conocimientos profundos de la función respiratoria. El desarrollo tecnológico, con cámaras HD o incluso 4K, endoscopios de ángulo abierto y nuevo instrumental quirúrgico adaptado han facilitado enormemente dichos avances.

También han salido al mercado anticuerpos monoclonales para reforzar el tratamiento medicamentoso de las rinosinu-

sitis crónicas más refractarias, que en nuestro país no están aprobadas para su uso hospitalario por razones económicas.

En el campo de la laringología, una buena parte de la cirugía abierta para el tratamiento de los cánceres ha sido sustituida por cirugía mínimamente invasiva con el láser carbónico acoplado al microscopio, lo que ha permitido evitar muchas traqueotomías y la preservación de la laringe.

Los nuevos protocolos que combinan quimioterapia y radioterapia tienen especial interés para los tumores de la vía digestiva y, especialmente, en orofaringe, la determinación del papilomavirus humano ha ayudado a descubrir por qué un grupo de pacientes presentaba mejores respuestas al tratamiento.

Las cirugías dirigidas a mejorar la función laríngea (voz, deglución y respiración) se



han incrementado y refinado, como respuesta a una mayor demanda en la calidad de vida de los pacientes relacionada con estas funciones.

En cuello, los vaciamientos, que antes eran casi exclusivamente radicales, han sido sustituidos por funcionales cuando existe la indicación y los otorrinolaringólogos han iniciado los pasos para incorporar técnicas reconstructivas en cabeza y cuello para cerrar los defectos creados tras grandes cirugías oncológicas.

En definitiva, la Otorrinolaringología sigue siendo una especialidad fundamentalmente quirúrgica, con un campo de enorme extensión y en constante evolución y desarrollo.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Sin duda, su publicación ha contribuido a mantenernos informados de la actualidad y los desarrollos en todos estos años.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Queremos sumarnos a las felicitaciones por el aniversario de EL MÉDICO. Es todo un logro haber logrado tal longevidad teniendo en cuenta la volatilidad vivida en el campo de la prensa. ¡Nuestra más cordial enhorabuena!

MANUEL MARTÍN CARRASCO,
presidente de la Sociedad Española de
Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

En los últimos 40 años se han producido una serie de transformaciones en el panorama tanto teórico como práctico de la Psiquiatría, que vinieron a la par de una evolución tanto ideológica como socioeconómica y cultural. Un cambio fundamen-

tal ha sido la aparición de la Psiquiatría de comunidad, que venía a sustituir a la Psiquiatría institucional o manicomial.

Esta transición, llevada a cabo con mejor o peor fortuna, se reflejó fundamentalmente en nuestro país por la integración de la especialidad de Psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud, con la creación de Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y el establecimiento de una red de salud mental ambulatoria, dotada con una serie de recursos que pivotaban en torno a los centros de salud mental comunitarios.

En cuanto a la profesión, la integración de la Psiquiatría en los sistemas de salud trajo consigo un énfasis en el carácter médico biológico de la salud mental, potenciado por el progreso de la investigación biológica, especialmente la psicofarmacología, el desarrollo de instrumentos fiables de evaluación psicopatológica y de nuevos procedimientos diagnósticos y sistemas de clasificación (CIE, DSM).

En conjunto, se ha producido un gran avance, tanto en la calidad de vida de los enfermos mentales, como en la atención que reciben. No obstante, hay todavía grandes retos por delante, especialmente tras el impacto sobre la salud mental de fenómenos como la pandemia COVID y la guerra de Ucrania, que han puesto a prueba nuestro sistema de salud.

Como datos significativos, hay que recordar que España invierte en salud mental el 5 por ciento del gasto sanitario, en contraste con el 7 por ciento de media de la Unión Europea, y que las cifras de profesionales sanitarios nos sitúan claramente en el furgón de cola. Se avecina un tiempo de reformas; quizás una nueva transición en salud mental esté emergiendo.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Es un lujo disponer de una prensa seria, rigurosa e independiente, como lo es EL MÉDICO. En estos tiempos en que las noticias vuelan, disponer de un medio que ofrece además una información contrastada y una opinión razonada es realmente un valor muy apreciable. Así que solo queda felicitarle y animarle a que continúe su labor.

FRANCISCO GARCÍA RÍO, presidente
de la Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Como neumólogos, la COVID-19 ha medido nuestras fuerzas y nuestras capacidades de reacción y acción; nuestro saber hacer profesional y nuestro compromiso con la sa-

lud respiratoria. Una muestra paradigmática son las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRIS) que han sido capitales durante la pandemia. Presentes solo en algunos hospitales, su papel ha

sido fundamental para minimizar los ingresos de pacientes con COVID-19 en las UCI. Por ello, desde SEPAR hemos declarado 2022 como el Año de las UCRIS y nuestro objetivo es que todos los hospitales de España cuenten con una unidad de estas características.

El deterioro medioambiental, que trae consigo más enfermedades respiratorias, más graves y mortales, a medio y a largo plazo es otro de nuestros retos. Por ello, nos seguimos comprometiendo para que en las ciudades se implementen zonas de bajas emisiones.

Otra lacra a combatir es el tabaquismo, un hábito que debería ser erradicado. Como so-

ciudad científica, en SEPAR abogamos por conseguir que se apruebe en España una nueva ley antitabaco, que no solo incluya normas y sanciones para el tabaco convencional, sino que se abra hacia otras nuevas formas de fumar, que han intentado ser introducidas como si fuesen inocuas.

El cáncer de pulmón, una de las consecuencias más visibles y lamentables del tabaquismo, es otro de los desafíos a los que nos enfrentamos. Nuestra campaña contra el hábito de fumar no ha dado los frutos deseables y hoy estamos proponiendo implementar en todas las comunidades autónomas un programa piloto de cribado CASSANDRA, para su detección temprana.

Tampoco podemos olvidar otras enfermedades presentes y crónicas como el asma, la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) o la apnea del sueño, que hacen sufrir a tantos pacientes y a sus familias, y nos impulsan cada día a cuidarlos más y mejor. A favorecer una mejor calidad de vida.

España necesita neumólogos con los conocimientos y habilidades para desarrollar su trabajo de forma profesional, incorporando nuevas técnicas y conocimientos. Trabajamos codo a codo con las universidades en la mejora de los programas académicos y para que la residencia en Neumología incremente su duración de cuatro a cinco años.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

En estos últimos 40 años, EL MÉDICO ha acompañado a los especialistas de la Medicina en su andadura, como un medio de comunicación de confianza. Aún más; ha estado presente y a nuestro lado ante el desafío de salud más importante que ha tenido la humanidad en el último siglo, la pandemia por la COVID-19.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Los 5.000 profesionales que integramos la SEPAR somos conscientes de



que todos estos desafíos exigen excelencia, pasión, compromiso y espíritu de superación, para que la salud respiratoria y la calidad de vida de todas las personas se vea favorecida. Sabemos que medios como EL MÉDICO trabajan también incansablemente por dar a conocer nuestra labor, y queremos felicitarles y desearles que continúen a nuestro lado con la profesionalidad y el compromiso con la ciencia y la difusión del conocimiento médico. ¡Enhorabuena! ¡Os deseamos que cumplan muchos años más y con buena salud respiratoria!

ANTONIO BUÑO, presidente de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEOCML)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

Los laboratorios clínicos han sufrido una importante transformación en las últimas 4 o 5 décadas desde un punto de vista organizativo, metodológico y cultural. Organizativamente se ha producido una importante consolidación e integración de los

laboratorios, así como una externalización de servicios en un intento de reducir los costes de la atención sanitaria. Hemos asistido a una creciente automatización de procesos en los laboratorios, donde cadenas robotizadas conectadas a analizadores de distintas disciplinas han ayudado a gestionar la creciente demanda de pruebas.

También hemos asistido a una mejora en la estandarización de muchos analitos clave para permitir la intercambiabilidad y trazabilidad de los resultados analíticos y la seguridad y salud de los pacientes.

Actualmente, en el laboratorio clínico tenemos carteras de servicios con miles de pruebas para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de enfermedades que se han incrementado a lo largo de estas décadas. Esta larga lista seguirá creciendo en un futuro conforme la investigación básica y clínica continúe desarrollándose.

La irrupción de nuevas tecnologías que son capaces de generar gran cantidad de “datos biomédicos” (secuenciación de nueva generación, multiparámetro/multiplex, de citometría de flujo, espectrometría de masas, etc.) nos ha hecho repensar el mejor enfoque diagnóstico del paciente. La transformación de la Medicina clínica en Medicina de precisión, donde intervienen de forma definitiva las pruebas del diagnóstico in vitro, ha hecho que los laboratorios clínicos tengan un papel clave en el desarrollo de la misma. Las pruebas a la cabecera del paciente o *point-of-care-testing* (POCT) han irrumpido de forma notable, aunque desigual, en muchas partes del mundo.

Otro aspecto relevante ha sido la clara apuesta por la implantación de sistemas de gestión de la calidad y la incorporación de sistemas de información en el laboratorio.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO constituye un medio referente dentro de la profesión, que actúa como

nexo entre todos los profesionales sanitarios, difundiendo la información de forma transversal, y expandiendo los temas de la actualidad sanitaria a profesionales de todas las especialidades y entornos.

La variedad de temas tratados, calidad de los contenidos, diseño, facilidad de acceso y la amplitud de la oferta formativa planteada generan un altísimo interés entre los profesionales de diferentes ámbitos y especialidades.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

Felicidades a El Médico por estos 40 años de trayectoria y enhorabuena a todo el equipo de profesionales que han hecho posible este hito.

CAROLINA DE MIGUEL BENADIBA,
presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿podría hacer un balance de su especialidad en estos últimos 40 años? ¿Qué logros se han conseguido?

La Medicina Física y Rehabilitación ha experimentado un gran cambio en complejidad y tecnificación en tratamientos y soluciones para hacer frente a los altos índices de discapacidad.

Cada vez es más reconocido el papel fundamental que tiene nuestra especialidad porque la ciudadanía demanda una atención eficiente y de calidad para prevenir y tratar las secuelas físicas de las dolencias y enfermedades.

La especialidad está adquiriendo competencias nuevas que se han ido desarrollando en estos años en ecografía, intervencionismo ecoguiado y no ecoguiado, el manejo de dolor y participación en las unidades del dolor, la

osteoporosis, participación en la prescripción de fármacos novedosos, y en la realización de intervencionismo en la propia consulta que eviten que el enfermo vaya a otras consultas, con lo que supone en tiempos, manejo del dolor, gasto económico y absentismo laboral.

También hay que destacar la ingeniería aplicada a la Rehabilitación en los exoesqueletos, avances en prótesis y ortésica en el tratamiento de las personas amputadas.

EL MÉDICO da la oportunidad a los profesionales de ahondar en temas actuales con rigor y desde diferentes ópticas

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

EL MÉDICO ha aportado al panorama sanitario un espacio profesional de reflexión y un análisis en profundidad del panorama sanitario que permite a los especialistas tener a su alcance preguntas y respuestas sobre importantes temas de actualidad que necesitan de reposo y una mirada más sosegada.

En el sector de la información sanitaria en los tiempos actuales imperan los contenidos rápidos y cambiantes. Se necesita de un espacio como EL MÉDICO en el que los profesionales puedan profundizar en diversas cuestiones de interés que necesitan de su tiempo para ser desmenuzados y comprendidos. Y esto es precisamente lo que consigue EL MÉDICO. Da la oportunidad a los profesionales de ahondar en las claves necesarias que les doten del conocimiento actual con el rigor y desde diferentes ópticas.

Felicitación a la Revista EL MÉDICO

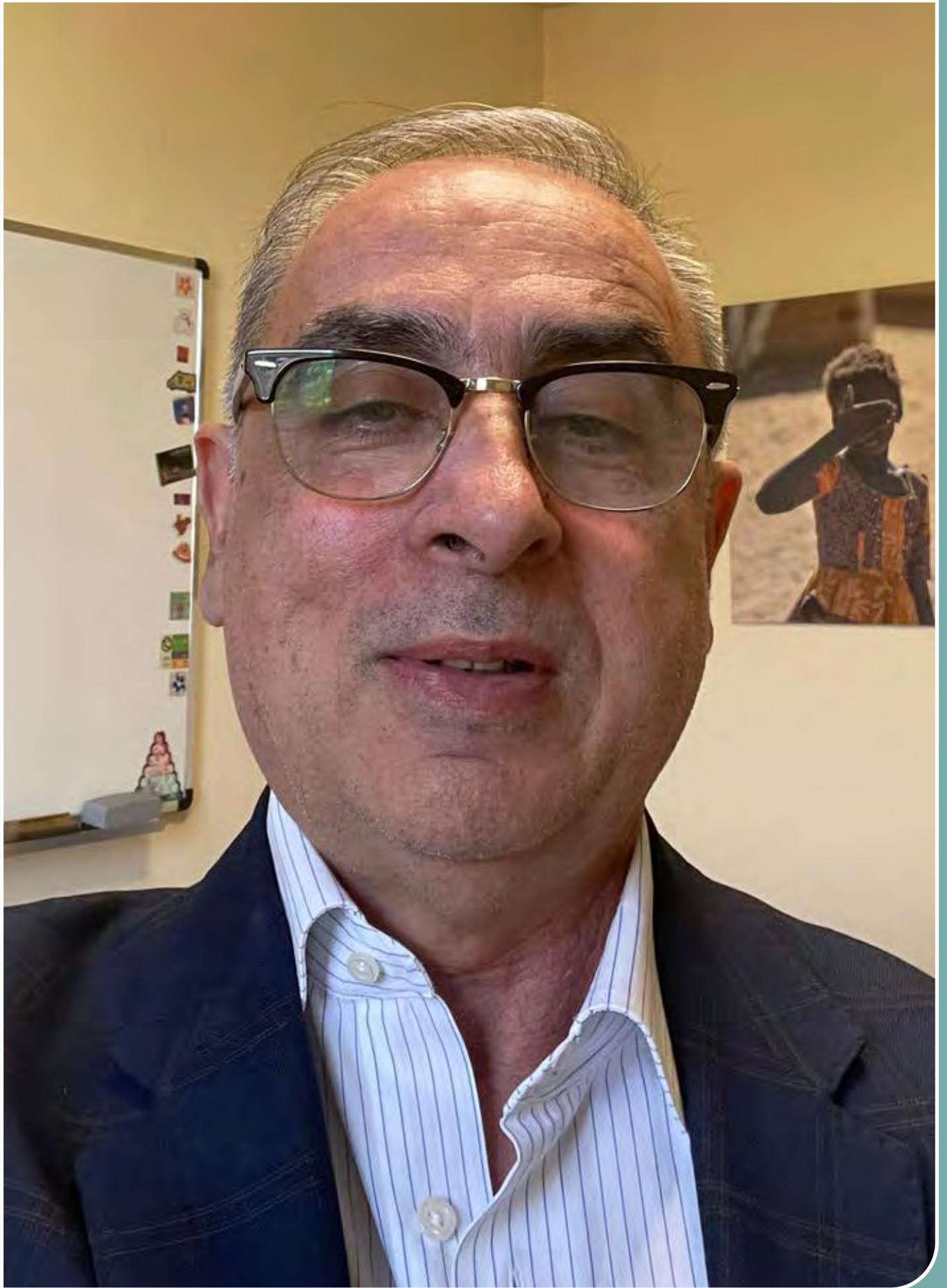
Desde la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física queremos felicitar y aplaudir a los profesionales que conforman la Revista EL MÉDICO por su importante labor de informar de forma profesional, atractiva y con el rigor y el análisis necesarios. Les deseamos mucho éxito en los próximos 40 años ■

Formación • Comunicación • Investigación



saned. **40** años *contigo*
GRUPO

tu
éxito
es
nuestro
éxito





Tiene que haber
una **estrategia
explícita**
de disminución de
desigualdades

José Martínez Olmos

Ex secretario general de Sanidad

Texto  Silvia C. Carpallo

Foto  EL MÉDICO



“Tiene que haber una estrategia explícita de disminución de desigualdades”

José Martínez Olmos es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Sin duda se trata de uno de los referentes en la Sanidad española, destacando especialmente su labor como director general de Farmacia en el Ministerio de Sanidad y como secretario general de Sanidad. Además, ha sido diputado en el Congreso, y hasta marzo de 2019 senador y portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad.

Desde la Ley General de Sanidad, pasando por la Ley de Salud Pública o el RDL16/2012, ¿cuáles han sido los cambios legislativos que más han marcado el discursar de estas últimas décadas en el SNS?

Además de las que citas, destacaría también la Ley de Cohesión, que coincide con la finalización del proceso de transferencias en el 2002. También la Ley de Salud Pública, aunque hay que decir que esta es una ley no desarrollada, como se pudo ver en el contexto de la pandemia. Es una ley que se crea en 2010 y se aprueba en 2011 como consecuencia de las amenazas que ya estábamos advirtiendo, como fue la Gripe A en el año 2009. Por eso pretendía prepararnos mejor como sistema ante todas las amenazas de Salud Pública, que entonces y hoy sabemos que se van a seguir produciendo.

¿Y por qué la Ley de Salud Pública es una ley sin desarrollar?

Es curioso, porque esta ley se aprobó mientras gobernábamos nosotros, con el apoyo del Partido Popular. Pero con el cambio de Gobierno, el Partido Popular la dejó sin desarrollar. Especialmente en dos aspectos,

que han supuesto estar menos preparados en esta última pandemia de la COVID-19. Uno de estos aspectos era la creación del Centro Estatal de Salud Pública, que ahora se está tratando de poner en marcha. El objetivo es reunir todos los recursos y todo el conocimiento para tener un buen sistema de vigilancia epidemiológica. El otro punto clave era precisamente una Estrategia de Salud Pública y, en cambio, ha sido ahora cuando se acaba de aprobar esta estrategia en el Consejo Interterritorial, once años después.

Precisamente, como profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde desarrolla su labor profesional en la actualidad, ¿cómo diría que ha cambiado la gestión de la Salud Pública, desde una crisis como la de la Gripe A hasta la pandemia?

Se ha demostrado que no ha sido una prioridad del sistema sanitario. Uno de los problemas de esta área es que, si funciona, es invisible, porque lo que no aparece es la enfermedad. Esto hace que lo que haya que hacer es un posicionamiento de la Salud Pública en la sociedad. Porque lo que ha pasado durante muchos años es que el porcentaje de recursos que se dedican a ella ha sido muy pequeño y son servicios infradotados, una situación que ahora los ciudadanos han visto evidente en la COVID-19.

Hablando precisamente de esas medidas que nunca llegan a ver la luz, ¿qué ha sido estos años del Pacto por la Sanidad?

El Pacto por la Sanidad sigue siendo deseable, pero sigue siendo bastante imposible. No solamente porque lo hemos visto en los

diferentes intentos que hemos hecho, sino porque realmente el impacto que tiene la salud de inversión económica, el tema de la provisión público-privada, etc., siguen suponiendo posturas muy opuestas en los partidos políticos. Podemos estar de acuerdo en los objetivos que tenemos que conseguir, en medidas a tomar, porque realmente, como se ve en el marco del Consejo Interterritorial o en las diferentes comisiones relacionadas con la Sanidad, los consensos son mucho más amplios de lo que aparentan, especialmente en la parte más técnica. Pero a la hora de definir los modelos, no; porque hay diferentes intereses. También económicos, claro está. Es el caso, por ejemplo, de Madrid y en su momento Valencia, con una mayor apuesta por la provisión privada, que no es la visión que tiene la otra parte del arco parlamentario. Yo he sido protagonista de dos negociaciones de Pacto de la Sanidad, y el problema ha sido que, aunque los responsables de Sanidad han querido ir adelante, los responsables de Economía, no. Esto es así de simple.

Otros temas en los que ha habido poco entendimiento han sido aquellos de especial interés social, como el aborto, la eutanasia, o incluso en su momento la ley antitabaco, ¿cómo marcaron la agenda política sanitaria?

Al sistema sanitario lo han marcado relativamente poco, porque son cuestiones que tienen como denominador común que la mayoría de la sociedad considera que deben ser derechos que tengan los ciudadanos. Otra cosa es que la articulación de esos derechos implica al sector sanitario y genera un debate ético en los profesionales. Pero son avances que se producen porque los va demandando la sociedad.

Hablando precisamente de ir al paso de la sociedad, parece que la Sanidad debería

adaptarse a una población más envejecida, con patologías crónicas, y aún así no termina de adaptarse, ¿qué pasos se han ido dando en esta dirección estos años?

Ha habido avances, pero el aumento de la cronicidad requiere de una adaptación más relevante, que sobre todo se basaría en contar con más profesionales de enfermería, formando a este personal además en campos más específicos relacionados con la cronicidad. Incluso se podría ampliar el papel que tiene la oficina de farmacia, que está desaprovechada en este sentido. Otra cuestión clave es la digitalización que va a ayudar a gestionar muchos procesos de una forma más eficiente y sencilla. Ya hay experiencias en este sentido en los llamados “hospitales líquidos”, que ya tienen espacios de seguimiento de pacientes crónicos sin la necesidad del contacto personal.

Cuando hablamos de cronicidad, la otra palabra que va unida es la de sostenibilidad, ¿por qué seguimos hablando de la infrafinanciación del sistema?

Vivimos una etapa difícil, porque los recortes del año 2012 afectaron a todo el sector público. Esto se ha notado especialmente en la parte de personal, con menor oferta de empleo, y con muchos jóvenes saliendo de España estos años. Los profesionales, por lo tanto, se han visto sobrecargados y a la

Hay que ser capaces de aprovechar la capacidad que tiene el sistema de incorporar innovación en un mundo global

vez se fueron incrementando las listas de espera. Pero también hemos tenido un retraso en la actualización del parque tecnológico, que se está empezando a solventar ahora. El tema de la sostenibilidad depende del enfoque con el que se mire. Si pensamos en el futuro, hay que ser capaces de aprovechar la capacidad que tiene el sistema de incorporar innovación en un mundo global. Al fin y al cabo, el volumen de personas que se puede beneficiar es tan gran-

de, que hay que pensar de forma global con compras a gran escala. El ejemplo más claro ha sido la compra centralizada de vacunas en Europa. Hay que aprovechar las economías de escala en el mercado europeo para llegar a acuerdos de compra o de fijación de precios para la entrada de la innovación.

De hecho, una de las partidas que siempre ha preocupado es la del gasto farmacéutico, y es cierto que en estos años se ha avanzado en nuevos modelos como las subastas, las compras centralizadas, los acuerdos de riesgo compartido, ¿cómo ha evolucionado el sistema en estos años en este sentido?

Si analizas estos últimos 40 años ha entrado la innovación, y si analizas el caso concreto de España prácticamente no ha habido ningún avance relevante que no se haya incorporado a la cartera de servicios. Sin embargo, el gasto en términos de PIB no se nos ha disparado. Estamos en torno al 6,5 y 7 por ciento ahora porque hemos tenido más inversión, pero redondeando hemos estado en torno al 6 por ciento durante treinta años, la incorporación de la innovación ha sido espectacular tanto en España

como en Europa. Esto es posible porque los sistemas son universales y porque el mercado es un mercado global. Si apareciera ahora, por ejemplo, una vacuna efecti-

va contra el cáncer de mama, se va a vender en todo el mundo desarrollado y eso permite precios más baratos. Por eso es importante tener en cuenta la ventaja que supone crear procedimientos para acuerdos más globales, no solo compras centralizadas en todo el SNS, como por ejemplo se hizo también con la compra de vacunas de la Gripe A, sino a nivel europeo, ya que supone un mayor potencial.

El otro gran capítulo es del de personal. Ahora que vuelve a estar de actualidad la reforma del Estatuto Marco, ¿cuáles cree que deberían ser las reformas necesarias para acercar las condiciones laborales de los médicos españoles a Europa?

En el tema de acercarse o no Europa, hay una cuestión a tener en cuenta. El salario de cualquier profesional sea o no sanitario, en otros países europeos, donde el nivel de vida y los precios son más elevados, no es comparable. La convergencia con Europa depende realmente de si hay convergencia o no entre las diferentes economías. Dicho esto, el tema no es compararse con Europa, sino mejorar lo que tenemos. Esto pasa, desde mi punto de vista, por ser capaces de retribuir por resultados, de forma que no sea un café para todos. Es decir, crear políticas que sean capaces de motivar al personal pero también conseguir mejores resultados en salud. Mejora salarial sí, pero también mejora en los resultados.

Pero, para eso, necesitaríamos más capacidad y transparencia para medir lo que hacemos...

Los datos existen, pero hay que generar los indicadores y mayor transparencia. Es la prioridad en la que tenemos que centrarnos.

En el caso concreto de la Atención Primaria, donde hay una especial desmotivación del personal, ¿qué papel ha tenido en el manteniendo del SNS y por qué parece que está siempre relegada a un segundo plano en la agenda política?

Su papel clave puede observarse en que los indicadores que estaban vinculados a la prevención y diagnóstico precoz en los años 80 mejoraron mucho, precisamente, por la extensión del modelo. Pero son muchos los factores que influyen a la hora de analizar la situación actual del primer nivel asistencial. Desde la sobrecarga de tra-



bajo o trabajar en zonas rurales, con problemas de comunicación, etc. Aunque el principal problema es que como país no hemos conseguido hacer atractiva la Atención Primaria para los profesionales. En la universidad si en todos los años te hablan un total de 45 minutos de la Atención Primaria sería estar exagerando. Por supuesto, luego contribuye si está mal pagado, la carga asistencial, etc., todo ello hace que no sea la especialidad más atractiva. Pero no revisar ni fortalecer la Atención Primaria es un error. Necesitamos que la AP sea fuerte, porque el 80 por ciento de los problemas de salud no son problemas que necesiten del hospital.

Otro de los sectores que está en plena reforma es la Salud Mental. Fue en la LGS cuando se inició una intensa reforma psiquiátrica, ¿de dónde venimos y a dónde vamos, ahora que con la pandemia nos hemos dado cuenta del impacto de esta?

Esta es otra asignatura pendiente. Se han dado pasos, de hecho, se acaba de aprobar una Estrategia de Salud Mental para la que el Gobierno ha puesto 100 millones de euros. Y es cierto que es un hito, pero sigue siendo insuficiente. La reforma de la Salud Mental es más trascendente y costosa. El salto cualitativo que hay que dar es la incorporación de la psicología a la cartera de servicios. Pero esto son palabras mayores. Lo que sí ha cambiado es que ahora la Salud Mental está en centro de la preocupación social y por lo tanto obliga a que las administraciones tengan que responder. Pero esto debe tener un desarrollo de más tiempo, no nos podemos quedar con un hito de 100 o 500 millones, se requie-

re tiempo y constancia o volveremos a perder la batalla.

Volviendo a esas grandes reformas sanitarias, no podíamos dejar de mencionar la transferencia de competencias de las CC. AA., ¿qué beneficios ha traído y qué medidas siguen siendo necesarias para lograr una mayor cohesión y equidad?

Fue una decisión globalmente muy positiva. Si vemos los indicadores de salud que había por CC. AA., como se puede consultar en el portal estadístico del Ministerio, desde los años 70 y pico hasta ahora si comparamos mortalidad infantil, morbilidad, cáncer, etc., cualquiera de los indicadores ha mejorado de manera sustancial y ha hecho que las distancias entre comunidades autónomas también disminuyan. La Sanidad de los años 80 en muchas autonomías como las Castillas, Andalucía o Extremadura dejaba mucho que desear. Teníamos cuatro hospitales y una red muy pobre de Atención Primaria. La descentralización viene a cambiar eso y a darle un verdadero impulso. Por ello el balance global es positivo. Esto no significa que no haya retos, especialmente en cuanto a la cohesión del sistema y en la lucha contra la desigualdad. Esto requiere un fortalecimiento de las competencias que ya tiene el Ministerio.

¿Esto pasa por reforzar el papel del Consejo Interterritorial?

El CISNS puede mejorar su coordinación, pero para mí la clave está en que las desigualdades las tiene que corregir el Gobierno con un Fondo de Cohesión. Esto requiere recursos. El que hay ahora es muy peque-

ño, cuando estábamos gobernando era de 100 millones y era muy pequeño, pero cuando se dio el cambio de gobierno disminuyó notablemente. El Gobierno actual lo ha subido, pero sigue sin ser suficiente. Tiene que haber una estrategia explícita de disminución de desigualdades. Marcar-se unos indicadores para todo el territorio y poner recursos para alcanzarlos de forma paralela para todos. Los Fondos de Cohesión de los estados federales para corregir las desigualdades suelen ser en torno al 3 o 5 por ciento del presupuesto general, eso significaría que, si gastamos en torno a los 70.000 millones, tener unos 2.000 millones para el Fondo de Cohesión. Esto no lo puedes tener mañana, pero es necesario tener ese horizonte. En cuanto a mejorar la coordinación del CISNS, todo lo que se pueda hacer es bueno, pero tengo menos queja de la que tiene mucha gente, creo que el CISNS funciona razonablemente. Normalmente se cumple lo que se acuerda, solo excepcionalmente no se cumple, lo que pasa es que llama la atención y el estereotipo es ese.

Hablando precisamente de coordinarse, uno de los hitos ha sido el trabajo de interoperabilidad, en la historia clínica digital y la tarjeta sanitaria, ¿son un modelo a seguir?

Es uno de los ejemplos, sí, pero ahora estaría bien que, aprovechando la digitalización, fuéramos capaces de generar sistemas de información que son los que realmente te permiten anticiparte a los problemas y dar respuestas más adaptadas.

Por último, ¿qué papel cree que han tenido publicaciones como la Revista EL MÉDICO para la divulgación de la actualidad sanitaria?

Es una labor importante porque el sector sanitario necesita información especializada, y es una labor impagable, porque permite profundizar y tener viva la memoria histórica, y eso es algo a destacar de vuestro trabajo ■



coloquios
El Médico



El sistema debe huir
del **conformismo**
porque todavía necesita
de una decidida **política**
reformista para su
mejora”

Rubén Moreno Palanques

Ex secretario general de Sanidad

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | EL MÉDICO



"El sistema debe huir del conformismo porque todavía necesita

de una decidida política reformista para su mejora"

Médico, científico y político con diferentes cargos dentro del Partido Popular, Rubén Moreno ha sido una de las figuras clave de la Sanidad de estas últimas cuatro décadas. Si bien su trayectoria comenzaba en la Generalitat valenciana, su salto a la política nacional como secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria y como secretario general de Sanidad, le hizo tener un papel decisivo en etapas como la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.

Echando la vista atrás, en una de nuestras últimas entrevistas, comentaba que las reformas más importantes del sistema sanitario ya estaban hechas, ¿cuáles diría que han sido las reformas más importantes en estos 40 años?

Me refería a las introducidas por la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 1997, la Ley de Autonomía del Paciente de 2002, la Ley de Cohesión y Calidad de

Estamos, posiblemente, en el momento más delicado en términos de ordenación profesional de las últimas décadas

2003, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, el Estatuto Marco de 2003, el Real Decreto Legislativo de garantías y uso racional de los medicamentos de 2015... Y otras que, todavía hoy, vertebran el SNS. Entre ellas, destaco especialmente la culminación de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CC. AA.) del año 2001 y la ley que regulaba el nuevo modelo de financiación autonómica para el conjunto de las CC. AA. de régimen co-

mún y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Con todo, el sistema debe huir del conformismo porque todavía necesita de una decidida política reformista para su mejora, transparencia y sostenibilidad.

Tal y como comenta, uno de los hitos más importantes fue la transferencia de competencias a las CC. AA., en el que tuvo un especial protagonismo. Con la perspectiva del tiempo, ¿cuáles han sido los principales beneficios de esta medida? ¿Qué quedaría por mejorar a la hora de lograr una mayor cohesión y equidad en el SNS?

Las transferencias han servido claramente para aproximar las decisiones de gestión en el ámbito sanitario a las necesidades particulares de los ciudadanos en cada territorio. Sin embargo, hay un gran margen de mejora en términos de convergencia, de cohesión y de sinergia, lo que requiere desarrollar medidas diligentes desde ámbitos como, por ejemplo, el modelo de financiación. El sistema sanitario debe ser-

lo para todos y contar con todos sus agentes. Debe estar orientado a los ciudadanos y pacientes, y la financiación no solo debe ser suficiente, sino que debe ser evaluada, como debe-

rían serlo todas las políticas y uso de recursos públicos.

En este contexto, ¿qué papel ha tenido el CISNS y qué papel debería desempeñar a futuro?

El Consejo Interterritorial ha intentado ser útil para equilibrar la toma de decisiones en todo el SNS y buscar la cohesión y la equidad, pero hay un consenso en reconocer que, como país, no hemos

logrado articular entre todos un sistema sanitario público adecuadamente coordinado y armónico. Entre otras cosas, porque resulta muy difícil hacer operativos instrumentos legales y materiales basados en el principio de unanimidad establecido legalmente para la toma de decisiones en el Consejo Interterritorial del SNS, como se ha puesto de manifiesto durante la pandemia de COVID-19. Debería adaptar su funcionamiento y reglamento, que data del año 2003, a lo planteado en la Ley 40/2015 para las conferencias sectoriales, a la que está sujeto.

Al igual que el Pacto de Toledo, ¿por qué en estos años no hemos logrado el ansiado Pacto por la Sanidad?

O los Pactos de la Moncloa... Desde el Partido Popular llevamos años trabajando, tanto desde el Gobierno como desde la oposición, para hacer factible el gran acuerdo, siendo la ocasión más reciente la que representa nuestra propuesta, durante la pandemia de COVID-19. Desgraciadamente existe una creciente polarización, no todos tienen la misma voluntad ni una predisposición tan orientada a conseguir dicho pacto, y hay quien todavía, a estas alturas y a pesar de la compleja situación del sistema sanitario, no es capaz de dejar a un lado sus intereses partidistas para hacerlo posible.

Otro de los logros ha sido sacar adelante, entre todas las administraciones, la historia clínica digital y la tarjeta sanitaria, ¿qué ha supuesto este hito de interoperabilidad?

La digitalización y la incorporación de todo tipo de avances tecnológicos han sido positivas en términos de seguridad y de agilidad en el acceso, por ejemplo, a un diagnóstico precoz en todo el SNS. Sin embargo,



los progresos en este ámbito deberían ser mayores a estas alturas y espero que los fondos europeos Next Generation posibiliten, de verdad, avances determinantes y tangibles en este ámbito. Con todo, aun estamos lejos de conseguir un SNS armónico al que el paciente pueda acudir en las mismas condiciones con independencia de su lugar de residencia.

Asimismo, una de las palabras más repetidas en los últimos años, sin duda, es “sostenibilidad”, ¿cómo se ha adaptado el sistema con una población envejecida, que supone un mayor gasto y una menor fuente de ingresos? ¿Y cómo influye en esto la falta de una financiación finalista?

Nuestro sistema sigue orientado a la patología aguda mientras la realidad se caracteriza por las patologías crónicas, la pluriopatología, la fragilidad, la dependencia... El modelo de financiación del SNS está pendiente de renovación. Esta actualización debe conllevar más fondos y una gestión óptima de los mismos (de todos los recursos disponibles) para poder maxi-

mizar resultados, principalmente en términos de salud. Sin embargo, de acuerdo con lo reflejado en el ‘Programa de Estabilidad 2022-2025’, el Gobierno prevé reducir el porcentaje de PIB invertido en Sanidad al 6,7 por ciento y así será imposible progresar y que esa inversión tenga carácter transformador. En cualquier caso, es imperativo la evaluación de esa financiación y un sistema de transparencia a todos los niveles.

Una de las necesidades ha sido racionalizar el uso y el gasto en medicamentos. ¿Cuáles cree que han sido las medidas más destacadas a este respecto?

Creo que uno de los mayores hitos fue el que impulsamos con la adquisición de los tratamientos innovadores frente a la Hepatitis C. El entendimiento con la industria fue crucial para, desde la aplicación combinada de fórmulas como el precio-volumen,

el riesgo compartido, el techo de gasto... poder tratar a más de 140.000 pacientes. Es un modelo para imitar. Pero la medida singular más relevante fue la firma del convenio de colaboración por el acceso y la sostenibilidad que establecimos entre el Gobierno y Farmaindustria basado en un protocolo

de colaboración suscrito en noviembre de 2015. Su objetivo principal era conciliar el acceso de los ciudadanos a las innovaciones terapéuticas del SNS en condiciones de equidad, y sostenibilidad. A la vez, constituía un instrumento de control eficaz de la inversión pública en medicamentos, ya que, si el crecimiento del gasto público en fármacos originales superaba el de la economía española, la industria se comprometía a realizar compensaciones monetarias. Lamentablemente, ese convenio ya no se ha renovado.

Pese a estas medidas, ¿valoramos lo suficiente que en solo unos años haya-

No hemos logrado articular entre todos un sistema sanitario público adecuadamente coordinado y armónico



mos hecho realidad la inclusión de innovación terapéutica, como la terapia génica?

En Sanidad, y más cuando se trata de una innovación con la que curar y/o ganar salud, bienestar y años de vida, nunca es, ni será, suficiente. Siempre queremos más innovaciones y cada vez más efectivas al alcance de todos con independencia de dónde vivamos. Esto requiere más I+D+i que únicamente será posible con la generación de sinergias y la suma de voluntades e intereses entre todos los agentes que conforman el sector salud. Todo ello es especialmente acuciante teniendo en cuenta que es imprescindible una evolución hacia un sistema abierto y promotor de la innovación y el desarrollo, que no solo se oriente hacia las tecnologías de la información, sino también hacia la Medicina Personalizada de Precisión.

En esta línea, ¿han mejorado las fórmulas de colaboración público-privada?

No lo suficiente, ni en el ámbito concreto de la Farmacia, ni en términos generales en Sanidad. En un ámbito en el que las necesidades son y serán siempre complejas y mayores que los recursos existentes y disponibles, solo se puede hacer frente a este desequilibrio aunando todo activo disponible, sin importar su titularidad. Creo que debe profundizarse en esta dirección, impulsando lo público, complementándolo con lo privado cuando sea necesario y velando siempre por la promoción de la salud y la prevención y un abordaje integral, multidisciplinar, personalizado y humanizado de las enfermedades. La única razón de ser del sistema sanitario es el paciente, y atenderle en las mejores condiciones y cuidar de su salud es lo que debe guiar la acción política pública.

Otro de los grandes capítulos es el de Recursos Humanos. Ahora que vuelve a estar de actualidad la reforma del Estatuto Marco, ¿cuáles cree que deberían ser las reformas necesarias para acercar las condiciones laborales de los médicos españoles a Europa?

Estamos, posiblemente, en el momento más delicado en términos de ordenación profesional de las últimas décadas. Carencia de especialistas, especialidades por desarrollar (por ejemplo, Urgencias y Emergencias), necesidad inaplazable de mejoras en atracción y fidelización de talento desde avances

en estabilidad y retribución, agresiones en las consultas al alza... Es un ámbito en el que las reformas son tanto o más urgentes, si cabe, que en lo relativo a la financiación. No obstante, el Gobierno actual tampoco está respondiendo a las expectativas. Ha cambiado tres veces al director general de Ordenación Profesional desde junio de 2018, generando inestabilidad; no da cumplimiento a los acuerdos suscritos por el Gobierno con los sindicatos en marzo de 2017 y marzo de 2018; no ofrece soluciones útiles y consistentes para las 218 plazas de formación sanitaria especializada en Medicina vacantes este año; no resuelve solicitudes de los profesionales como el reconocimiento de la profesión de riesgo, la elección de plaza MIR en tiempo real, la flexibilización de las jubilaciones... Es decir, no trata a los profesionales como el principal activo del sistema sanitario que son. Así no es de extrañar que la Organización Médica Colegial emitiese 4.130 certificados de idoneidad a médicos para trabajar en extranjero en 2021, todo un récord acrecentado, todavía más, por el hecho de

que Medicina de Familia fue “la especialidad que más certificados solicita”.

En el caso concreto de la Atención Primaria, ¿qué papel ha tenido en el mantenimiento del SNS y por qué parece que está siempre relegada a un segundo plano en la agenda política?

Primaria ha sido, es y será cardinal para posibilitar un funcionamiento óptimo del SNS, pero nunca podrá desarrollar todo su potencial si su situación no se mejora en términos generales, especialmente desde el prisma de la financiación y de su capacidad resolutive real. El plan de acción impulsado por el Gobierno en octubre del pasado año ha disgustado a los profesionales, especialmente a las sociedades científicas del primer nivel asistencial y a los sindicatos, que los consideran insuficiente a todas luces. La crítica situación que atraviesa la Atención Primaria en España, evidenciada y potenciada por la

COVID-19, exige medidas precisas, consensuadas con los propios profesionales y adecuadamente financiadas a corto, medio y largo plazo. No obstante, como llevamos viendo desde junio de 2018, y especialmente en Atención Primaria, este Gobierno no es capaz de ir más allá de los anuncios grandilocuentes y las notas de prensa.

Por último, ¿qué papel cree que han tenido publicaciones como la Revista EL MÉDICO para la divulgación de la actualidad sanitaria?

Su revista ha sido uno de los referentes de la información sanitaria en las últimas décadas, y ha servido a todos los agentes del sector para conocer la actualidad del SNS. Hoy en día lo sigue siendo y estoy convencido de que seguirá siendo así muchos años más ■



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en
Lyceum

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

Lyceum

www.lyceum.es



saned.

GRUPO

www.gruposaned.com



En los últimos
40 años
hemos pasado
de una **Sanidad**
paternalista
a tener un **paciente**
empoderado

María José Avilés

Expresidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Texto J N. Lauzirika

Foto J SEDAP



“En los últimos 40 años hemos pasado de una Sanidad paternalista

a tener un paciente empoderado”

En el congreso anual de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), María José Avilés se despidió como presidenta de esta entidad para dar paso a Rocío Hernández Soto. Avilés analiza cuál ha sido la evolución de la Sanidad y del primer nivel asistencial a lo largo de estos 40 años.

Con motivo del 40 aniversario de EL MÉDICO, ¿qué balance haría de su sector en estos últimos 40 años?

En el sector sanitario se ha avanzado muchísimo en estos 40 años. En campos como la terapia génica e inmunoterapia celular, secuenciación del genoma, la cirugía robótica, vacunas, control de enfermedades infecciosas, de enfermedades cardiovasculares, la incorporación de herramientas digitales... son algunos ejemplos de avances espectaculares. Pero además de todos los avances científicos y tecnológicos, me gustaría resaltar el cambio que se ha producido en la relación paciente-médico versus profesional sanitario. Hemos

Nuestra pirámide de población envejecida exige un cambio del sistema sanitario para enfocarlo a la atención de las personas con enfermedades crónicas

pasado de un sistema paternalista, donde el médico tomaba las decisiones sobre el tratamiento a seguir, a una relación más de iguales con un paciente empoderado, formado e informado que quiere estar implicado en la toma de decisiones acerca de su proceso asistencial una vez conocidas todas las alternativas posibles.

En estas décadas de Ley General de Sanidad, el modelo sanitario ha tenido que enfrentarse a la presión asisten-

cial, el envejecimiento de la población, la cronicidad... ¿Hacia dónde tiene que caminar el Sistema Nacional de Salud (SNS) para que siga siendo universal, gratuito y de calidad? ¿Cómo ha evolucionado?

Qué duda cabe que el sistema sanitario necesita una transformación acorde a la evolución de la pirámide de población, a las nuevas necesidades de la sociedad, a las expectativas de un paciente más informado y formado y a la era digital en la que vivimos. Tenemos una pirámide de población envejecida y ello exige un cambio cultural y organizativo del sistema sanitario para enfocarlo a la atención de las personas con enfermedades crónicas, con un seguimiento proactivo de las mismas, destacando el papel prioritario que debe tener el profesional de enfermería en este enfoque de atención a la cronicidad. Es necesario potenciar los estilos

de vida saludables y el envejecimiento activo, sin olvidar la integración sociosanitaria, punto débil del sistema como se ha puesto de manifiesto en la pandemia. Hemos de incorporar la perspectiva y necesidades del paciente

en los proyectos sanitarios desde el principio de su elaboración. Además, debemos de disponer de herramientas digitales al servicio de los profesionales para facilitarles su práctica diaria y como elementos de mejora de la accesibilidad al sistema sanitario por parte del paciente/usuario. Para que pueda seguir siendo gratuito y de calidad tenemos que poner el foco en la eficacia y la eficiencia. Incorporar solo prácticas sanitarias que aporten valor, basadas en la evidencia científ-

fica, las recomendaciones de “no hacer” por parte de sociedades científicas de muchas especialidades son un ejemplo de aquello que ocupa tiempo, recursos y no contribuye a mejorar la salud.

¿Qué logros destacaría? ¿Se ha tenido/se tiene en cuenta la aportación de la gestión sanitaria y del directivo de la salud en las organizaciones sanitarias?

Sí que se ha avanzado y se conocen muchas experiencias de éxito en todas las CCAA. El trabajar de manera coordinada y conjunta todas las autonomías trasladando pautas de actuación comunes a directivos es fundamental para avanzar en el desarrollo y potenciación de la figura del directivo como líder que potencie y facilite el trabajo en equipo, y el desarrollo profesional. Los equipos directivos deben tener competencias en liderazgo y comunicación, trabajo en equipo y formación específica en gestión sanitaria para abanderar el cambio.

¿La financiación se ha incrementado lo necesario para abordar las nuevas necesidades?

Se ha aumentado la financiación, qué duda cabe, si bien es verdad que el esfuerzo inversor tiene que continuar si queremos seguir ofreciendo unos servicios sanitarios de calidad; si bien el aumento de la financiación debe ir acompañada de los cambios organizativos necesarios y dirigida a la consecución de mejorar los resultados en salud. Tiene que haber un equilibrio real entre la financiación en los ámbitos asistenciales de Atención Primaria (AP), Hospitalaria y Salud Pública. Hay que gestionar globalmente porque el paciente es único y va pasando por los distintos ámbitos asistenciales en función de su patología y situación clínica.



Como integrante desde el 2008 en cargos directivos de la SEDAP, ¿qué papel han jugado los profesionales/directivos en la transformación del sistema?

El papel que han jugado tanto profesionales como directivos ha sido crucial, y añadiría el papel de otros agentes de salud como son pacientes y ciudadanos. En los últimos años se ha producido un cambio importante en las relaciones entre los profesionales sanitarios y pacientes. Uno de sus efectos es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy en términos de percepción por el paciente, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. En la pandemia tanto los profesionales sanitarios como los directivos se han dejado la piel, han tenido que gestionar la incertidumbre, incorporar experiencias nuevas que han permitido ir sorteando los obstáculos que se iban presentando día a día y todas esas experiencias aprendidas van a continuar, se van a expandir y van a contribuir a la transformación del sistema. Y no hay que hablar en pasado, sino en presente porque tanto los profesionales como los directivos tienen un papel relevante en la transformación del sistema sanitario presente y futuro, sin ellos no es viable dicha transformación o adaptación a los nuevos tiempos.

Se ha visto en la pandemia que la AP es clave para el futuro de la Sanidad. ¿Es

valorada por la ciudadanía y la Administración?

La pandemia nos ha enseñado que es necesario crear un modelo más resiliente, que afiance la Sanidad pública en el estado de bienestar. Una de las prioridades indicadas por todos los gobiernos es la necesidad de reforzar los servicios de Atención Primaria, por el papel fundamental que han tenido y deben tener en el futuro, en la respuesta y control de la pandemia y posibles pandemias que pudieran venir. La ciudadanía valora la AP y hay que trasladarle la importancia de su implicación para conseguir que la atención sanitaria se preste con eficiencia, asegure la equidad y accesibilidad con los máximos estándares de calidad y la máxima seguridad para pacientes y profesionales, respetando los valores éticos para conseguir la excelencia en nuestro sistema sanitario. La Administración sanitaria tiene que ser facilitadora de la labor de los profesionales sanitarios marcando directrices, estableciendo estrategias, con evaluación continua de las mismas para establecer las áreas de me-

jora necesarias y midiendo a través de indicadores de resultados en salud.

Los profesionales, sobre todo los de AP, tienen que participar en una nueva gestión sanitaria. ¿Sus quejas son solo económicas?

Por supuesto que tienen que participar en la nueva gestión, como ya he referido en varias preguntas anteriores, la mejora es labor de todos y cada uno de los agentes sociales que intervienen en la salud. La clase política, estableciendo estrategias sanitarias y un marco de financia-

La Administración tiene que ser facilitadora de la labor de los profesionales sanitarios marcando directrices, estableciendo estrategias, con evaluación continua de las mismas

ción adecuado; los directivos comprometidos, implicados y con la formación y capacidad de liderazgo suficiente para trasladar estas estrategias y ser facilitadores del trabajo de los profesionales; los profesionales sanitarios ofreciendo un servicio

de calidad, incorporando solo aquellas prácticas sanitarias que aportan valor, gestionando su agenda y personalizando la atención en función del paciente a atender, sin olvidar nunca la humanización y la atención bio-psico-social; pacientes y ciudadanos haciendo un uso



responsable de los recursos sanitarios e implicándose en el cuidado de su salud. Hay muchos cambios que se pueden producir con ayuda de todos y que no llevan acompañada dotación presupuestaria.

¿Desde la SEDAP qué consideran lo más urgente e imprescindible en Sanidad para los próximos años?

Desde las sociedades científicas y en este caso la SEDAP, tenemos un papel fundamental como catalizadores de la información y difusión de las experiencias de éxito de las CC. AA. Este *benchmarking* sigue siendo imprescindible para seguir avanzando. Una línea de trabajo que hemos comenzado en los últimos tiempos es la colaboración con otras sociedades científicas con intereses comunes con la SEDAP. Fruto de estas colaboraciones es la firma de convenios de colaboración firmados con la Sociedad Española de Calidad (SECA) y con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). El desarrollo de las líneas de trabajo contempladas en dichos convenios serán cruciales para la mejora y transformación del sistema sanitario en su conjunto cara al futuro. Tras más de dos años de pandemia, es más importante que nunca analizar las experiencias implementadas para garantizar que la AP no presencial no aumente las desigualdades de acceso a los servicios y tampoco disminuya la calidad de los servicios sanitarios. Seguir apostando por la transformación digital y que ésta se instaure asegurando que las modalidades de acceso se personalicen adecuadamente al cliente.

La transformación digital ha venido para quedarse, pero ¿la atención presencial sigue siendo clave en la asistencia médico-paciente?

Vivimos en la era digital y ya disponemos de una estrategia de salud digital del SNS que nos toca. Ahora bien, en esta apuesta no podemos olvidar aspectos fundamentales como la accesibilidad y la equidad, ya que no todos los pacientes disponen de habilidades en el manejo de las nuevas tecnologías. La atención a distancia debe estar consensuada con el paciente y no ser la única opción para no abrir una brecha digital con pacientes y población. La atención presencial y no presencial no son excluyentes, sino complementarias. La modalidad de atención no presencial debe cumplir con los mismos estándares de calidad que la

La atención no presencial debe cumplir con los mismos estándares de calidad que la práctica clínica presencial, como la intimidad y la confidencialidad

práctica clínica presencial, como la intimidad y la confidencialidad, y atenerse a un abordaje integral, diferenciando situaciones concretas de individualización de pacientes y determinación de enfermedades, ya que no todos los procesos clínicos precisan de modalidad no presencial.

¿Y qué pasa con la protección de datos?

Los datos deben ser tratados respetando las normas de protección de datos personales; y debemos asegurarnos de que cada paciente está debidamente informado y acepta de forma expresa el uso de las tecnologías. En la pandemia tuvimos que actuar de manera urgente dando soluciones inmediatas, pero ahora toca evaluar la atención virtual para garantizar que no se produzcan desigualdades de acceso para aquellos colectivos que tienen peor salud, mayor vulnerabilidad socioeconómica, dificultades cognitivas o de comunicación, dificultades digitales. Las competencias digitales tanto de profesionales como de pacientes deben contemplarse en cualquier estrategia de desarrollo de la atención virtual. Y para liderar la transformación digital necesitamos gestores comprometidos, implicados y capacitados. El compromiso tiene que ir de la mano del conocimiento,

apuesta firme por la profesionalización de la gestión sanitaria.

El reto sociosanitario también está ahí...

Efectivamente, la pandemia ha puesto de manifiesto que la falta de coordinación de los servicios sanitarios y sociales es una realidad con consecuencias muy negativas. Las personas que viven en las residencias, este es su domicilio y por tanto deben ser atendidos por los equipos de Atención Primaria (EAP) al igual que los demás pacientes que viven en sus casas. Las residencias deben tener asignado un EAP de referencia y las personas que allí viven deben estar “en el radar del sistema sanitario” como cualquier otro paciente. Mejorar los cuidados en el lugar donde se encuentra el paciente, potenciando el papel de la enfermería y el trabajador social, para promover los autocuidados y la movilización de recursos sociales en el ámbito domiciliario es uno de los retos actuales en materia sociosanitaria.

¿Qué cree que ha aportado/sigue aportando la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO en el panorama sanitario?

EL MÉDICO ha aportado y sigue aportando mucho a la sociedad como vehículo de transmisión de información, de conocimientos y de novedades fundamentalmente en temas de política y gestión sanitarias. Estamos en la era de la comunicación y el sector sanitario tiene que buscar canales de comunicación eficaces y la prensa sanitaria especializada es uno de ellos. No solo es importante comunicar bien en salud y acercar la información sanitaria a la sociedad, sino que es imprescindible para implicar a pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones acerca de su enfermedad y de estilos de vida saludable. Y esta información tiene que ser veraz, clara y fidedigna para poder exigir la asunción de la responsabilidad que les corresponde como ciudadanos ■

SOMOS información



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



El papel del directivo
es **fundamental**
y **clave** en el
funcionamiento
del **sistema**
de **salud**”

Joaquín Estévez

Director de la Fundación Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

Texto | Clara Simón Vázquez

Foto | EL MÉDICO



" El papel del directivo es fundamental y clave

en el funcionamiento del sistema de salud"

Joaquín Estévez, director de la Fundación Española de Directivos de la Salud (SEDI-SA), pone en valor el papel de la formación de los directivos y gestores sanitarios, en la que se ha avanzado en estos últimos años para mejorar la asistencia.

¿Qué cambios significativos se han producido en la gestión clínica en estos últimos 40 años?

Sin duda, se han dado en los últimos 40 años muchos y diversos condicionantes de la actividad sanitaria práctica y organización asistencial, como la variabilidad en la práctica clínica, las crecientes expectativas ciudadanas, la gran innovación de tecnologías y el marco económico en los servicios públicos, que han ocasionado nuevos planteamientos en la organización de los centros sanitarios. En ellos, el objetivo fundamental es mejorar los resultados de la práctica clínica, a la vez que una mayor participación e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que utilizan en su actividad asistencial. En este marco, la gestión clínica trata de organizar y optimizar la utilización de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para mejorar la calidad asistencial y la eficiencia. No obstante, el concepto de gestión clínica, por diversos determinantes políticos, administrativos, sectoriales e históricos ha quedado paralizado desde hace años, transformándose en el concepto más global de gestión por procesos.

¿En qué se basa?

El enfoque basado en procesos es un principio de gestión básico y fundamental para la mejora de los resultados, siendo imprescindible si tenemos en cuenta que los procesos se basan en los ocho principios básicos para la gestión de la calidad: enfoque al paciente, liderazgo, participación de los profesionales, enfoque basado en proce-

sos, enfoque de sistema para la gestión, mejora continua y relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores. Y aquí aún queda mucho camino por recorrer, para lo que es necesario investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, analizar y optimizar los procesos de atención a los enfermos y dotarse de la estructura organizativa y de control adecuada.

Y, ¿en los puestos de los directivos de la Salud?

En primer lugar, me gustaría destacar que dentro de los fines fundacionales de SEDI-SA y su fundación, la principal misión que intentamos llevar a cabo es la de la profesionalización de la figura del directivo de la salud para el correcto, eficiente y eficaz desempeño de toda aquella actividad relacionada con la gestión sanitaria. Dicha profesionalización es la piedra angular que asegura una mejor calidad asistencial y favorece la sostenibilidad del sistema, avanzando y evolucionando hacia la transformación del modelo de gestión sanitaria tradicional.

¿Cómo se está trabajando en esta línea?

Para conseguir este ambicioso objetivo es necesario que los directivos y gestores de la salud estén formados y se doten de ciertas habilidades necesarias para garantizar la ya mencionada sostenibilidad, lograr la

excelencia y fomentar una continua creación de valor. Por ello, como digo, la formación en gestión sanitaria va unida totalmente de la mano de la obtención de una adecuada profesionalización de la gestión sanitaria. A este respecto, es de destacar el esfuerzo formativo realizado por los directivos de la salud en su formación, algo que debe ser acompañado por la profesionalización de la contratación y despido de los directivos por parte de los servicios regionales de salud, algo que frecuentemente no se da. Además, el papel del directivo es fundamental y clave en el funcionamiento del sistema de salud, y resulta necesario visibilizar y reconocer su liderazgo en el funcionamiento de los centros donde desarrollan su actividad habitual.

¿Qué pasos se han seguido en la profesionalización de la gestión/dirección?

El reto es conseguir la profesionalización de la gestión sanitaria tanto en el ámbito privado como público. En este último caso, a través del cumplimiento del marco estatutario actual que establece que las convocatorias deberán responder a los principios de igualdad, mérito y capacidad y cumpliendo los principios de publicidad y concurrencia, tal y como regula el artículo 13.2 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP). Cada comunidad autónoma debe desarrollar un sistema de profesionalización de los directivos de la salud desde un punto de vista estratégico, real y adaptado a la idiosincrasia de su realidad sanitaria, pero siempre desde la despolitización de los nombramientos y ce-

El concepto de gestión clínica ha quedado paralizado, transformándose en el concepto más global de gestión por procesos

ses, profesionalizando el sistema de selección y el desarrollo de la carrera profesional, y enfocando hacia el que debe ser el objetivo principal: la obtención de una gestión sanitaria de calidad, que aporte excelencia asistencial a los ciudadanos y sostenibilidad al sistema.

¿Se ha avanzado en la despolitización de la gestión?

La despolitización de la gestión y la transparencia deben ser un hecho, de forma que el perfil del directivo se establezca como el de un profesional de la gestión, un cargo sometido a una evaluación objetiva basada en resultados asistenciales, económicos, de participación profesional y de liderazgo social, dentro de un código de buena gestión directiva. Junto al nombramiento regulado del directivo, es fundamental que el cese de cargos de gestión se regule de forma objetiva, por indicadores evaluables. Dado que es una necesidad para el sistema, todos los

partidos políticos, así como grupos empresariales y entidades en el ámbito de la salud, deben apostar por la profesionalización de los directivos de la salud y de la gestión sanitaria, como deber ético ante los pacientes y la sociedad. Del mismo modo, el enfoque debe afectar a los que llegan a los puestos de decisión más altos en las comunidades autónomas y que toman decisiones al respecto. Existen iniciativas en este sentido en algunas CC. AA., si bien aún queda mucho camino por recorrer, y procede evitar que dichas iniciativas solo acaben expresando buenos deseos. Estas iniciativas deben significar el avance irreversible hacia la implantación de medidas realizables.

¿Cómo ha repercutido esa profesionalización en la mejora de la calidad asistencial?

Cuando un directivo de la salud tiene la formación y experiencia necesarias para liderar y gestionar una organización sanitaria repercute, sin duda, en la calidad de la asistencia que reciben los pacientes. Pero otro reto en los sistemas sanitarios es, precisamente, incluir objetivos evaluables por indicadores en los contratos de gestión.

¿Sobre qué ejes ha pivotado la formación de los directivos de la salud?

Desde SEDISA y la Fundación SEDISA impulsamos la formación en competencias tanto técnicas como transversales, fundamentadas en un liderazgo transformacional, que da respuesta a los ejes que determinan la transformación de las instituciones y que están alineados con la

Agenda 2030. Un líder transformacional se centra en transformar a otros a ayudarse mutuamente, a mirar por los demás, a estar alentando y armonioso, y para mirar hacia fuera para la organización como un todo. El líder aumenta la motivación, la moral y el rendimiento de su grupo de seguidores. Es lo que promovemos a través de la Escuela SEDISA de Liderazgo.

¿Qué camino falta por recorrer?

Se debe seguir impulsando la mencionada formación por competencias y que los directivos de la salud puedan certificar dichas competencias necesarias según su perfil profesional y el cargo desempeñado o el cargo al que se quiere optar. Pero esto debe ir acompañado por la profesionalización de la selección de puestos directivos por parte de los sistemas sanitarios, así como de los sistemas de contratación, y que una vez que se llegue al cargo sean tenidos en cuenta derechos profesionales de los directivos, como el de la carrera profesional.

¿Se están desligando los puestos de gerentes/directivos de designaciones políticas?

A diferencia de hace unos años, en la actualidad, no hay ningún político que se atreva a afirmar que la profesionalización no es necesaria. No obstante, las designaciones o despidos políticos se siguen dando y no dependen siquiera de uno u otro partido político sino de cada momento y de las personas que ostentan cargos políticos.

¿Cómo se está trabajando en este sentido?

Desde la Fundación SEDISA ofrecemos la mejor formación posgrado en gestión y planificación sanitaria a través del Máster Universitario de Gestión y Planificación Sanitaria en colaboración con la Universidad Europea. Además, hay en marcha diversos programas específicos, más concretos, relacionados con temas de actualidad, retos, etcétera. Por otra parte, desde SEDISA se está trabajando para poder lanzar el Grado de Gestión Sanitaria. En paralelo, SEDISA cuenta con el proyecto de Desarrollo Profesional Continuado, apostando a través de este por el desarrollo y disposición al servicio del sistema de salud y de las autoridades sanitarias de un procedimiento propio mediante el cual certificar de manera objetiva la competencia profesional de las personas candidatas a ocupar puestos de responsabilidad en las organizaciones sanitarias españolas, tanto del ámbito público como privado.

¿Cómo se va a materializar esa certificación?

Dicha certificación consiste en un procedimiento de calidad que distingue, certifica y pone en valor la cualificación de las personas que desarrollan su carrera profesional en el ámbito de la gestión sanitaria. El objetivo del proyecto DPC SEDISA es el desarrollo de un sistema



objetivo, riguroso, válido y fiable, que distinga a aquellas personas cuya experiencia, formación y logros profesionales, avalen de manera cierta su competencia profesional para el adecuado desempeño de posiciones de responsabilidad directiva en organizaciones sanitarias disponiendo de un Sistema de Certificación Integral de Directivos de la Salud, extendiendo la iniciativa hacia la certificación de los niveles de mando intermedio y jefe de servicio. Este proceso de autoevaluación y certificación se realiza de manera voluntaria y constituye una herramienta de mejora continua de las competencias directivas, contando además con la ayuda y guía de la figura de un mentor especializado en función de los diferentes tipos de perfil directivo.

¿Qué mejoras se están obteniendo?

Poco a poco los servicios regionales de salud son más conscientes del desarrollo de competencias por cargos y perfiles directivos y están cada vez más abiertos a esta visión.

¿Cómo se trabaja en la continuidad asistencial?

Aunque hemos asistido y asistimos a diferentes definiciones de continuidad asistencial, existe consenso en que debe haber, al menos, la inclusión de la experiencia del paciente y atención continua en el tiempo, aunque son necesarios matices además de estos dos ítems. Y es que debe haber unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal. La coordinación se explicaría como el modelo de trabajo profesional que permite acciones organizadas en la atención al paciente evitando duplicidades y favoreciendo la fluidez en la atención, llegando a su máximo grado cuando esta

coordinación incluye la integración con la atención social.

¿Están los clínicos cada vez más interesados en la gestión?

Sí. De hecho, desde la Fundación SEDISA colaboramos en diferentes programas formativos en torno a la gestión dirigidos a clínicos, aunque hay que seguir fomentando la formación en gestión por parte de los profesionales sanitarios.

¿Debe la gestión formar parte de su formación universitaria y de especialidad?

Efectivamente. Debería ser una materia impartida en la formación universitaria y, además, recibir formación específica sobre gestión dependiendo de su especialidad y de su función asistencial.

¿Cómo se afronta el futuro en cuanto al cuidado de crónicos, asistencia sociosanitaria, envejecimiento de la población?

Precisamente, estos tres temas forman parte de las claves fundamentales en la gestión sanitaria en el presente y futuro inmediato, como el envejecimiento de la población y la cronicidad, el cambio de paradigma de una Sanidad sostenible, la necesidad de la evolución en el modelo de financiación, la evaluación y los resultados, el acceso a la innovación, los nuevos modelos de gestión, la implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la participación de los profesionales sanitarios en la gestión, la participación de los pacientes y ciudadanos y la necesidad de nuevos directivos, que lideren la evolución y transformación del sistema sanitario, aportando profesionalización, calidad y eficiencia a la gestión sanitaria. El importante envejecimiento de la población, junto a la evolución de la Medicina y aportación de soluciones efectivas a enfermedades relevantes, cronicando patologías agudas como algunos cánceres, conlleva que la

cronicidad haya adquirido un protagonismo fundamental en el sistema sanitario en los últimos años.

¿Cómo se está abordando?

Para hacerle frente, entre los retos más relevantes en esta misión, destacan la estandarización de los modelos de atención a la cronicidad, con un planteamiento estratégico, la implantación de la Medicina Preventiva y de la Educación para la Salud, la promoción de la labor y el rol de la Enfermería en la atención a la cronicidad y la evolución de los sistemas sanitarios, potenciando el papel de la Atención Primaria en coordinación con el ámbito hospitalario en un modelo de continuidad asistencial integrado.

¿Qué papel tienen las TIC en este proceso?

Siendo cierto que asistimos a una transformación digital, debemos hacer hincapié en un atraso al respecto en el área de la salud y los sistemas sanitarios. A modo de ejemplo, en los sistemas de información, aún hoy no contamos en España con un sistema de información común, dada la falta de estrategia clara y priorizada en esta área. El papel de las tecnologías de la información y la comunicación dependerá en todo caso, en el proceso de la estrategia, de la concienciación sobre su papel de profesionales sanitarios, pacientes y directivos de la salud, de la formación y del impulso por parte del sistema sanitario.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al sector sanitario en estos 40 años?

Nuestro sector sigue requiriendo vías de comunicación como EL MÉDICO, de amplia perspectiva y calidad. Feliz 40 Aniversario y enhorabuena por los logros y éxitos conseguidos. Ética, valores, calidad y estilo es lo que posicionó a EL MÉDICO en lo más alto de las publicaciones especializadas en salud, donde 40 años después continúa ■



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**

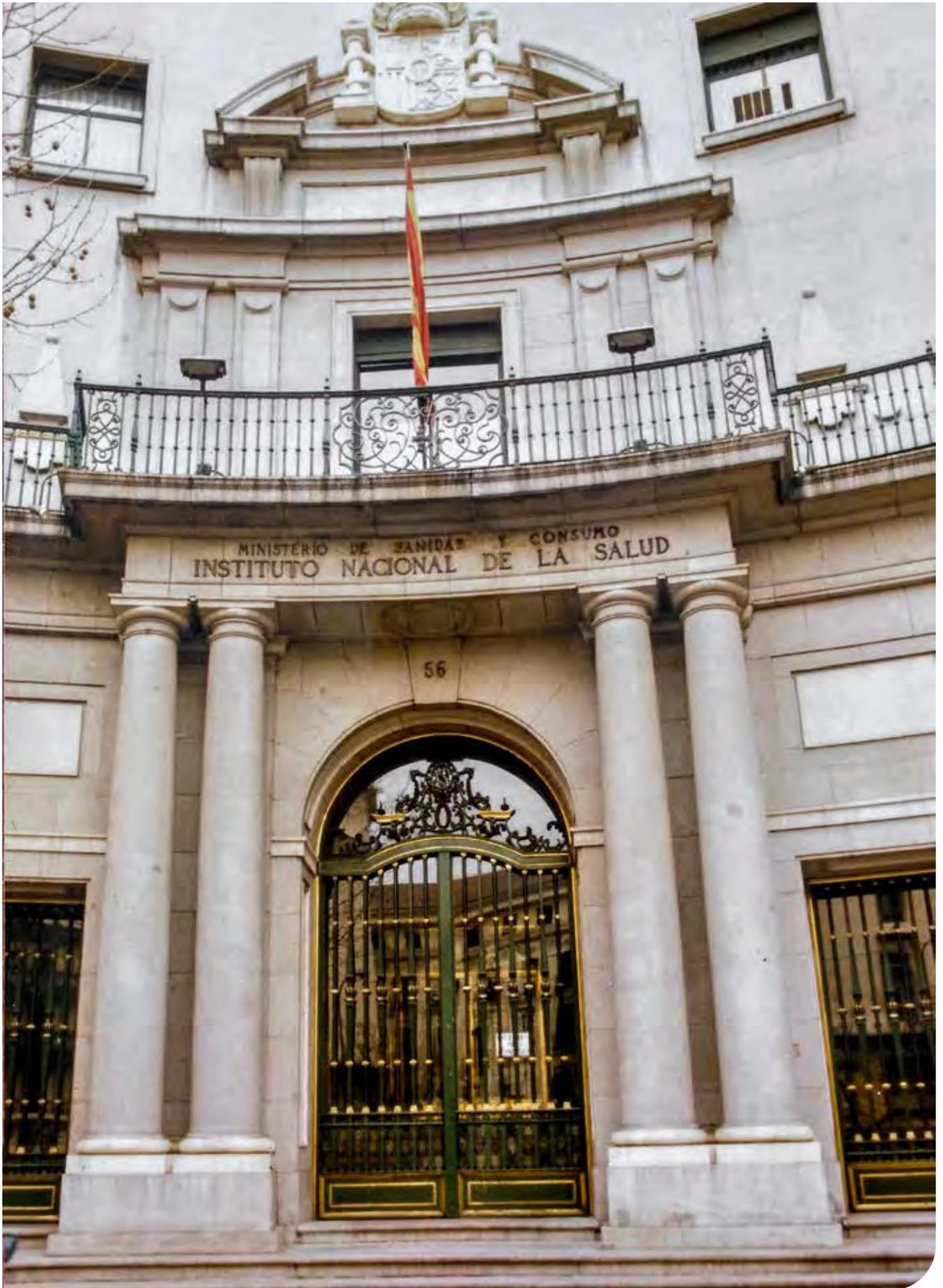


**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA





Grandes hitos de 40 años sanitarios

El Sistema Nacional de Salud se ha ido adaptando a las circunstancias y nuevas necesidades para ofrecer una asistencia de calidad, centrada en el paciente, basada en la formación de los profesionales y reforzada por la labor investigadora. Analizamos en unas pocas pinceladas los principales logros sanitarios de estos 40 años de existencia de la Revista EL MÉDICO

Texto  Clara Simón Vázquez

Fotos  EL MÉDICO



El Ministerio de Sanidad tiene cinco años más que la Revista EL MÉDICO. A lo largo de estos ha sufrido transformaciones importantes y ha dejado de tener algunas competencias, una vez que estas se transfirieron a las comunidades autónomas. Uno de los mayores retos a los que se ha enfrentado la Sanidad en nuestro país ha sido este, la descentralización sanitaria, plasmada a través de las transferencias en esta materia a las distintas comunidades autónomas. El proceso no fue sencillo. En 1981, en Cataluña, se produjo el primer traspaso. Un proceso que culminó de manera definitiva en el verano de 2002.

Hay que recordar que el Sistema Nacional de Salud se configuró a través de la Ley General de Sanidad de 1986 como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas, convenientemente coordinados. El SNS español se encuentra entre uno de los mejores del mundo por su cobertura y calidad de servicios.

Durante estos años, ha sido capaz de irse adaptando a las circunstancias, hacer frente a los recortes tras las distintas crisis económicas vividas y, sobre todo, lograr una asistencia de calidad centrada en el paciente, situación que se ha visto en la dedicación de los profesionales sanitarios en estos dos últimos años de la COVID-19, que han trabajado sin descanso para salvar muchas vidas.

En 2003 se aprueban leyes fundamentales. El Congreso de los diputados, el 14 de mayo, da el visto bueno a la Ley de Cohesión y Calidad con el respaldo de todo el arco parlamentario, con Ana Pastor como ministra.

Esta ley, junto con la de Ordenación Profesional y la del Estatuto Marco, son las que rigen el nuevo marco regulador para asegurar la sostenibilidad y la modernización del sistema sanitario. Dichas normas son los pilares básicos del ordenamiento jurídico sanitario. Con ellas, se ha pretendido mantener la equidad del Sistema Nacional

de Salud dentro del marco del estado del bienestar.

En este contexto, hay que destacar la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias Frente al Tabaquismo que entró en vigor en enero de 2006 con medidas alineadas con la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo de 2002. También se han implantado estrategias para varias enfermedades prevalentes, como las cardiovasculares, el cáncer y la obesidad; o la última, de tan solo hace unos días: Estrategia de Salud Pública 2022.

RR. HH.

En estos años, se ha avanzado en la formación continuada de los profesionales sanitarios, que se refleja en una mayor competencia y mejor atención. También se traduce en una actividad investigadora importante, que se ve en el gran número de artículos publicados en revistas científicas de alto impacto, llevados a cabo por profesionales sanitarios de nuestro país.

La formación continuada llevada, a cabo a través de las sociedades científicas, y la recertificación suponen una actualización de conocimientos para los profesionales sanitarios. También se ha avanzado en la ordenación profesional con nuevas especialidades y la áreas de capacitación específica. Pero, sin duda, mención especial merece el sistema de formación vía MIR, que se consolidó en 1984 como única vía legal de especialización.

En este contexto, hay que prestar especial atención a los médicos de Atención Primaria. Su especialidad, Medicina de Familia, fue reconocida oficialmente en 1978. Son los profesionales clave para el funcionamiento del SNS. La precariedad laboral y su baja remuneración son reivindicacio-

nes que llevan años reclamando a través de la convocatoria de diferentes movilizaciones en las distintas comunidades autónomas, donde, además, difieren tanto el salario como las condiciones de trabajo de los profesionales. A esta situación hay que sumar el poco tiempo que pueden dedicar a cada paciente y la sobrecarga de trabajo, que se ha visto agudizada en los dos últimos años de pandemia.

La situación de la Primaria es delicada. Necesita una solución, ya que gran parte de la atención, cercana al 80 por ciento, se lleva a cabo en este nivel asistencial. El envejecimiento poblacional y la cronicidad son los retos más inmediatos para los que se requieren recursos, gestión y las herramientas necesarias. En este sentido, pendiente queda de desarrollo el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, aprobado a finales de 2021 y la eterna demanda de destinar el 25 por ciento del presupuesto sanitario a este nivel asistencial.

Avances en la investigación

Gracias a la profesionalización de los distintos agentes implicados, la Organización Nacional de Trasplantes ha dado tantos frutos. Se puso en marcha en 1989, bajo la dirección de Rafael Matesanz, y se ha convertido en referente mundial en la materia. El modelo español se ha exportado a numerosos países que siguen la senda en trasplante, donación y organización.

En estos 40 años también hemos asistido a numerosos avances en el campo de la investigación. En 2011, publican el primer borrador del Genoma Humano. A partir de aquí se suceden diferentes pasos en los distintos ámbitos. Hoy, los análisis genéticos personalizados están disponibles, su precio se va convirtiendo en asequible y muchos están, incluso, *online*. Toda esta tecnología ha servido para poder secuen-

Mención especial merece el sistema de formación vía MIR, que se consolidó en 1984 como única vía legal de especialización



ciar diferentes tumores, patógenos... con rapidez, y prueba de ello ha sido la secuenciación del SARS-CoV-2, que ha permitido conocer datos importantes del coronavirus causante de la COVID-19. Gracias a eso, se ha podido avanzar en la lucha para controlarlo.

Otro hito lo constituye el desarrollo de la Medicina Personalizada y la posterior Medicina Personalizada de Precisión, que ha supuesto un gran avance en el control de ciertas patologías, entre las que cabe destacar el cáncer. La accesibilidad a terapias dirigidas es ya una realidad en el manejo de ciertos tumores, entre los que destacan mama, pulmón, colon...

Durante estos años se han dado grandes pasos en la investigación en farmacología. Modificar el curso de la enfermedad es el objetivo de gran parte de las estrategias actuales y del futuro. Curar o, al menos, cronificar cuando lo primero no sea posible. Al conocer la diana donde actuar, se puede llegar hasta ella, modulándola, mo-

dificándola, inactivándola o bloqueándola. Otras líneas se centran en activarla para poder luchar contra una enfermedad, las conocidas vacunas terapéuticas. Una de las áreas donde más se está trabajando es en el campo de las enfermedades neurodegenerativas. Por su parte, la inmunoterapia también se ha asentado fuertemente en Oncología.

Las CAR-T han irrumpido con fuerza en el campo de la Hematología. La inmunoterapia con células CART (Chimeric Antigen Receptor-Modified T-Cells). Cada vez son más los pacientes que se están beneficiando de esta terapia. Su salto a otros tumores sólidos ya es una realidad y se dispone de los primeros datos en pacientes con cáncer de testículo, ovario, endometrio, trompa de Falopio, sarcoma y cáncer gástrico.

Durante muchos años se han estado investigando en tumores y los vectores ARNm han sido la clave para el desarrollo de las vacunas frente a las distintas variantes del SARS-CoV-2. Katalin Karikó, Robert Lan-

ger y Drew Weissman son los científicos que han demostrado que el ARNm y la tecnología de transferencia hace que las células del organismo sean capaces de producir unas determinadas proteínas para activar el sistema inmunitario, es el caso de las vacunas frente al SARS-CoV-2, o para tratar algunas enfermedades, como pueden ser algunos tipos de tumor.

La regulación legislativa en torno al medicamento ha venido marcada por la aprobación de varias normas fundamentales: la Ley del Medicamento de 1990, 2006 y 2015.

Por otro lado, los distintos ministros que han ocupado el despacho del Paseo del Prado han tenido que lidiar con distintas crisis, entre las que destacan la colza, en 1981; las vacas locas, 2001; ébola, 2014, y COVID-19, desde 2019; entre otras. Con un sistema sanitario fuerte y vertebrado, centrado en la atención del paciente y sostenido por grandes profesionales, se podrán sortear los nuevos retos ■



Fundación Josep Carreras
CONTRA LA LEUCEMIA

| 30 Aniversario

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

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

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

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

105.205 socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.

1 hombre, **Josep Carreras**
30 años de lucha **#imparablescontralaleucemia**

Gracias. Entra en www.imparables.org



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Zekilep 200 mg comprimidos EFG. Zekilep 800 mg comprimidos EFG. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Zekilep 200 mg comprimidos EFG. Cada comprimido contiene 200 mg de acetato de escilicarbapazina. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 5.1. **Zekilep 800 mg comprimidos EFG.** Cada comprimido contiene 800 mg de acetato de escilicarbapazina. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimidos. **Zekilep 200 mg comprimidos EFG.** Comprimidos blancos, oblongos, biconvexos, con una ranura en cada cara y una longitud de 11,8 mm. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. **Zekilep 800 mg comprimidos EFG.** Comprimidos blancos, oblongos, biconvexos, con una ranura en cada cara y una longitud de 18,9 mm. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Este medicamento está indicado en: monoterapia para el tratamiento de crisis de inicio parcial, con o sin generalización secundaria, en adultos con epilepsia recién diagnosticada; terapia adyuvante en pacientes adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, con crisis de inicio parcial, con o sin generalización secundaria. **4.2. Posología y forma de administración. Posología. Adultos.** Zekilep se puede tomar en monoterapia o añadirse al tratamiento anticonvulsivo existente. La dosis inicial recomendada es de 400 mg una vez al día y se debe aumentar a 800 mg una vez al día después de una o dos semanas de tratamiento. En función de la respuesta individual, la dosis puede incrementarse a 1.200 mg una vez al día. Algunos pacientes en monoterapia se pueden beneficiar de una dosis de 1.600 mg una vez al día. **Poblaciones especiales. Pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años).** No es necesario ajustar la dosis en la población de edad avanzada, siempre que la función renal no esté alterada. Debido a los datos limitados de la pauta de 1.600 mg en monoterapia en pacientes de edad avanzada, no se recomienda, esta dosis, para esta población. **Insuficiencia renal.** El tratamiento con Zekilep de pacientes, adultos o niños mayores de 6 años, con insuficiencia renal debe llevarse a cabo con precaución, y se debe ajustar la dosis según los valores de aclaramiento de creatinina (CLCR) de la siguiente manera: CLCR >60 ml/min: no se requiere ajuste de la dosis. CLCR 30-60 ml/min: dosis inicial de 200 mg (o 5 mg/kg en niños mayores de 6 años) una vez al día o 400 mg (o 10 mg/kg en niños mayores de 6 años) cada dos días durante dos semanas, seguida por una dosis diaria de 400 mg (o 10 mg/kg en niños mayores de 6 años). No obstante, puede aumentarse la dosis en función de la respuesta individual. CLCR <30 ml/min: no se recomienda el uso en pacientes con insuficiencia renal grave debido a la escasez de datos. **Insuficiencia hepática.** No se requiere el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada. No se ha evaluado la farmacocinética del acetato de escilicarbapazina en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver sección 4.4); en consecuencia, no se recomienda el uso del medicamento en estos pacientes. **Población pediátrica. Niños mayores de 6 años de edad.** La dosis inicial recomendada es 10 mg/Kg/día, una vez al día. La dosis se debe aumentar en 10 mg/Kg/día, a intervalos de una o dos semanas, hasta 30 mg/Kg/día, de acuerdo a la respuesta individual. La dosis máxima es 1.200 mg una vez al día. **Niños con un peso corporal de \geq 60 kg.** Los niños con un peso corporal de 60 kg o más deben recibir la misma dosis que los adultos. No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia del acetato de escilicarbapazina en niños de 6 años o menos. **Forma de administración:** Vía oral. Zekilep puede administrarse con o sin alimentos. Cambio de presentación (formulación): En función de los datos comparativos de biodisponibilidad entre la formulación de comprimidos y la suspensión, se puede hacer el cambio de los pacientes de una formulación a otra con precaución. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo, a otros derivados de carboxamida (por ejemplo carbamazepina, oxcarbazepina), o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1. Bloqueo aurículoventricular (AV) de segundo o tercer grado. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Ideación suicida:** Se han notificado conductas e ideación suicidas en pacientes tratados con principios activos antiepilépticos en diversas indicaciones. Un metaanálisis de estudios aleatorizados controlados con placebo de medicamentos antiepilépticos también ha demostrado un leve incremento del riesgo de conductas e ideación suicidas. Se desconoce el mecanismo de este riesgo, y los datos disponibles no excluyen la posibilidad de un aumento del riesgo para el acetato de escilicarbapazina. En consecuencia, debe vigilarse a los pacientes para detectar signos de conductas e ideación suicidas, y debe considerarse el tratamiento pertinente. Se debe aconsejar a los pacientes (y a sus cuidadores) que consulten a un médico ante la aparición de signos de conductas e ideación suicidas. **Trastornos del sistema nervioso:** El acetato de escilicarbapazina se ha asociado con ciertas reacciones adversas del sistema nervioso central, tales como mareo y somnolencia, que podrían aumentar la aparición de lesiones accidentales. **Otras advertencias y precauciones:** En caso de que se deba interrumpir el tratamiento con este medicamento se recomienda retirarlo gradualmente, con el fin de minimizar un posible aumento de la frecuencia de las convulsiones. **Reacciones cutáneas:** En el 1,2% del total de la población tratada con escilicarbapazina en ensayos clínicos en pacientes epilépticos se produjo como reacción adversa erupción. Se han notificado casos de urticaria y angioedema en pacientes que toman escilicarbapazina. El angioedema en el contexto de una reacción de hipersensibilidad/anafiláctica asociada con edema laríngeo puede ser mortal. Si se desarrollan signos o síntomas de hipersensibilidad debe interrumpirse inmediatamente la administración de acetato de escilicarbapazina y debe iniciarse un tratamiento alternativo. En la experiencia post comercialización con el tratamiento de escilicarbapazina se han notificado reacciones adversas cutáneas graves (SCARS), incluyendo Síndrome de Stevens Johnson (SJS)/ necrólisis epidérmica tóxica (TEN) y reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), que pueden ser potencialmente mortales o ser mortales. En el momento de la prescripción, se debe informar a los pacientes de los signos y síntomas, y se les debe controlar estrechamente para detectar reacciones cutáneas. Si aparecen signos o síntomas que insinúan la aparición de estas reacciones, se debe retirar el tratamiento de Zekilep inmediatamente y se debe considerar un tratamiento alternativo (según corresponda). Si los pacientes han desarrollado tales reacciones, el tratamiento con Zekilep no debe reiniciarse en estos pacientes en ningún momento. **Allelo HLA-B*1502 en los grupos étnicos chino Han, Thai y otras poblaciones asiáticas:** Se ha demostrado que el allele HLA-B*1502 en individuos de origen Thai y del grupo étnico chino Han, presenta una fuerte asociación con el riesgo de desarrollar reacciones cutáneas graves como el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) durante el tratamiento con carbamazepina. La similitud de la estructura química del acetato de escilicarbapazina con la de la carbamazepina, hace posible que los pacientes positivos para el HLA-B*1502 puedan presentar riesgo de desarrollar SSJ durante el tratamiento con acetato de escilicarbapazina. La prevalencia de HLA-B*1502 en poblaciones Thai y del grupo étnico chino Han, se encuentra alrededor del 10%. Siempre que sea posible, se deberá estudiar la presencia de este allele en estos sujetos antes de comenzar un tratamiento con carbamazepina o con principios activos químicamente relacionados. Si dichos pacientes resultan positivos para el allele HLA-B*1502, sólo se considerará el uso de acetato de escilicarbapazina en aquellos casos en los que los beneficios superen a los potenciales riesgos. Debido a la prevalencia de este allele en otras poblaciones asiáticas (por ejemplo, por encima de 15% en Filipinas y Malasia), se deberá considerar realizar pruebas genéticas en dichas poblaciones de riesgo debido a la presencia de HLA-B*1502. **Allelo HLA-A*3101 – Poblaciones con ascendentes europeos y japoneses:** Existen algunos datos que sugieren una asociación entre el HLA-A*3101 y un mayor riesgo de inducción por parte de la carbamazepina de reacciones adversas cutáneas incluyendo SSJ, NET, erupción con eosinofilia (DRESS), u otros menos graves como pustulosis exantemática generalizada (PEAG) y erupción maculopurpúrica en personas de ascendencia europea y en japoneses. La frecuencia del allele HLA-A*3101 varía ampliamente entre las poblaciones étnicas. El allele HLA-A*3101 tiene una prevalencia del 2 al 5% en las poblaciones europeas y cerca del 10% en población japonesa. La presencia del allele HLA-A*3101 puede incrementar el riesgo de reacciones cutáneas inducidas por carbamazepina (mayoritariamente las de menor gravedad) del 5,0% en la población general al 26,0% entre los sujetos de ascendencia europea, mientras que su ausencia puede reducir el riesgo del 5,0% al 3,8%. No existen suficientes datos para apoyar la recomendación del estudio del allele HLA-A*3101, antes de comenzar el tratamiento con carbamazepina o compuestos químicamente relacionados. Si los pacientes de ascendencia europea o de origen japonés saben que son positivos para el allele HLA-A*3101, se considerará el uso de carbamazepina o compuestos químicamente relacionados, en aquellos casos en los que los beneficios superen a los potenciales riesgos. **Hiponatremia:** Se ha notificado hiponatremia como reacción adversa en 1,5% de los pacientes tratados con escilicarbapazina. En la mayoría de los casos la hiponatremia es asintomática; sin embargo, puede estar acompañada por síntomas clínicos como empeoramiento de las convulsiones, confusión o disminución de la conciencia. La frecuencia de hiponatremia se incrementó con el aumento de la dosis de acetato de escilicarbapazina. En pacientes con enfermedad renal preexistente que provoque hiponatremia, o en pacientes tratados de forma concomitante con medicamentos que podrían por sí mismos provocar hiponatremia (por ejemplo diuréticos, desmopresina, carbamazepina), deberán controlarse los niveles de sodio sérico antes y durante el tratamiento con acetato de escilicarbapazina. Además, deben determinarse los niveles de sodio sérico en caso de presentarse signos clínicos de hiponatremia. Aparte de esos casos, deberán determinarse los niveles de sodio durante las pruebas rutinarias de laboratorio. Si se presentara hiponatremia clínicamente significativa, debe interrumpirse la administración de acetato de escilicarbapazina. **Intervalo PR:** Se han observado prolongaciones del intervalo PR en ensayos clínicos con acetato de escilicarbapazina. Deberán tomarse las precauciones pertinentes en pacientes con afecciones médicas (por ejemplo, niveles bajos de tiroxina, anomalías de la conducción cardíaca), o si se usan concomitantemente medicamentos que se sabe que están asociados con la prolongación de PR. **Insuficiencia renal:** Deben tomarse las precauciones pertinentes en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal, y debe ajustarse la dosis según los valores de aclaramiento de creatinina (ver sección 4.2). No se recomienda el uso en pacientes con CLCR <30 ml/min debido a la escasez de datos. **Insuficiencia hepática:** Dado que los datos clínicos son limitados en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada, y que se carece de datos clínicos en pacientes con insuficiencia hepática grave, el acetato de escilicarbapazina debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada, y no se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia hepática grave. Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es, esencialmente "exento de sodio". **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos. El acetato de escilicarbapazina es ampliamente metabolizado a escilicarbapazina, que se elimina principalmente por glucuronidación. La escilicarbapazina *in vitro* es un inductor débil de CYP3A4 y UDP-glucuronil transferasas. La escilicarbapazina *in vivo* mostró un efecto inductor sobre el metabolismo de los medicamentos que se eliminan principalmente a través del metabolismo del CYP3A4 (ej. Simvastatina). Por tanto, puede ser necesario aumentar la dosis de los medicamentos que se metabolizan principalmente a través del CYP3A4 cuando éstos se utilicen de forma concomitante con acetato de escilicarbapazina. La escilicarbapazina *in vivo* puede tener un efecto inductor sobre el metabolismo de los medicamentos que se eliminan principalmente por conjugación a través de las UDP glucuronil transferasas. Al iniciar o interrumpir el tratamiento con este medicamento, o al modificar la dosis, puede llevar de 2 a 3 semanas alcanzar el nuevo nivel de actividad enzimática. Este retraso debe tenerse en cuenta cuando se utilice este medicamento justo antes o en combinación con otros medicamentos que requieren ajustes de la dosis al ser administrados en forma conjunta con este medicamento. La escilicarbapazina tiene propiedades inhibitorias con respecto a la CYP2C19. Por lo tanto, pueden surgir interacciones al administrar conjuntamente dosis altas de acetato de escilicarbapazina con medicamentos que son metabolizados principalmente por la CYP2C19 (ej. Fenitoína). **Interacciones con otros medicamentos antiepilépticos: Carbamazepina.** En un estudio en sujetos sanos, la administración concomitante de 800 mg de acetato de escilicarbapazina una vez al día y de 400 mg de carbamazepina dos veces al día lugar a una disminución promedio del 32% en la exposición al metabolito activo escilicarbapazina, provocada muy probablemente por una inducción de la glucuronidación. No se observó ningún cambio en la exposición a la carbamazepina ni a su metabolito, el epóxido de carbamazepina. En función de la respuesta individual, puede ser necesario aumentar la dosis de acetato de escilicarbapazina si se utiliza de forma concomitante con carbamazepina. Los resultados de los estudios con pacientes mostraron que el tratamiento concomitante aumentó el riesgo de las siguientes reacciones adversas: diplopía, coordinación anormal y mareos. No puede excluirse el riesgo de aumento de otras reacciones adversas específicas provocadas por la administración conjunta de carbamazepina y acetato de escilicarbapazina. **Fenitoína:** En un estudio en sujetos sanos, la administración concomitante de 1.200 mg de acetato de escilicarbapazina una vez al día y fenitoína dos veces al día lugar a una disminución promedio del 31-33% en la exposición al metabolito activo, escilicarbapazina, muy probablemente provocada por una inducción de la glucuronidación, y a un aumento promedio del 31-35% en la exposición a la fenitoína, muy probablemente provocado por una inhibición de la CYP2C19. En función de la respuesta individual, es posible que deba aumentarse la dosis de acetato de escilicarbapazina y que deba disminuirse la dosis de fenitoína. **Lamotrigina:** La glucuronidación es la principal vía metabólica tanto para la escilicarbapazina como para la lamotrigina, y en consecuencia podría esperarse una interacción. Un estudio en sujetos sanos con 1.200 mg de acetato de escilicarbapazina, una vez al día, mostró una interacción farmacocinética promedio de carácter menor (la exposición de la lamotrigina disminuyó 15%) entre el acetato de escilicarbapazina y la lamotrigina, y en consecuencia no se requieren ajustes a la dosis. No obstante, debido a la variabilidad interindividual, el efecto puede ser clínicamente relevante en ciertos individuos. **Topiramato:** En un estudio en sujetos sanos, la administración concomitante de 1.200 mg de acetato de escilicarbapazina una vez al día y topiramato no mostró ningún cambio significativo en la exposición a la escilicarbapazina, pero sí una disminución del 18% en la exposición al topiramato, muy probablemente provocada por una reducción en la biodisponibilidad del topiramato. No se requiere ajuste de la dosis. **Valproato y levetiracetam:** Un análisis farmacocinético de la población en estudios de fase III con pacientes epilépticos adultos indicó que la administración concomitante de valproato o levetiracetam no afectó a la exposición a la escilicarbapazina, pero esto no ha sido verificado mediante estudios convencionales de interacción. **Oxcarbazepina:** No se recomienda el uso concomitante de acetato de escilicarbapazina con oxcarbazepina, ya que puede provocar sobreesposición a los metabolitos activos. **Otros medicamentos:** Anticonceptivos orales: La administración de 1.200 mg de acetato de escilicarbapazina una vez al día a mujeres que usaban un anticonceptivo oral combinado mostró una disminución promedio del 37% y 42% en la exposición sistémica al levonorgestrel y al etinilestradiol, respectivamente, provocada más probablemente por una inducción de la enzima CYP3A4. Por lo tanto, las mujeres en edad fértil deberán utilizar un método anticonceptivo adecuado durante el tratamiento con este medicamento, y hasta el final del ciclo menstrual en curso tras la interrupción del tratamiento (ver sección 4.6). **Simvastatina:** Un estudio en sujetos sanos demostró un descenso promedio del 50% en la exposición sistémica a la simvastatina cuando se administraba conjuntamente con 800 mg de acetato de escilicarbapazina una vez al día, provocado muy probablemente por una inducción del CYP3A4. Puede ser necesario aumentar la dosis de simvastatina cuando ésta se utilice de forma concomitante con acetato de escilicarbapazina. **Rosuvastatina:** Hubo una reducción media del 36 - 39% en la exposición sistémica en voluntarios sanos cuando se coadministró con acetato de escilicarbapazina 1.200 mg una vez al día. El mecanismo de esta reducción es desconocido pero podría ser debido a la interferencia en el transporte de la rosuvastatina aislada o en combinación con la inducción de su metabolismo. Dado que la relación entre la exposición y la actividad del fármaco no está clara, se recomienda la monitorización de la respuesta al tratamiento (p. ej. niveles de colesterol). **Warfarina:** La administración conjunta de 1.200 mg de acetato de escilicarbapazina una vez al día con warfarina mostró una disminución pequeña (23%) pero estadísticamente significativa en la exposición a S-warfarina. No se observó ningún efecto sobre la farmacocinética de R-warfarina, ni sobre la coagulación. No obstante, debido a la variabilidad interindividual en la interacción, deberá prestarse atención especial a la monitorización del INR durante las primeras semanas tras el inicio o la finalización del tratamiento concomitante de warfarina y acetato de escilicarbapazina. **Digoxina:** Un estudio en sujetos sanos no mostró que la administración de 1.200 mg de acetato de escilicarbapazina tuviera efecto alguno sobre la farmacocinética de la digoxina, lo que sugiere que el acetato de escilicarbapazina no tiene ningún efecto sobre la P-glicoproteína transportadora. **Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO):** Basándose en la relación estructural del acetato de escilicarbapazina con los antidepresivos tricíclicos, teóricamente es posible una interacción entre el acetato de escilicarbapazina y los IMAO. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia. Riesgos relacionados con la epilepsia y los medicamentos antiepilépticos en general.** Se ha demostrado que en la descendencia de mujeres con epilepsia la prevalencia de malformaciones es de dos a tres veces mayor que el índice de aproximadamente 3% en la población general. Las malformaciones notificadas más frecuentemente son labio leporino, malformaciones cardiovasculares y defectos del tubo neural. El tratamiento con múltiples medicamentos antiepilépticos puede estar asociado con un mayor riesgo de malformaciones congénitas en comparación con la monoterapia; por lo tanto, es importante utilizar monoterapia siempre que sea posible. Las mujeres con probabilidades de quedarse embarazadas o en edad fértil deben recibir asesoramiento especializado. Debe revisarse la necesidad del tratamiento antiepiléptico cuando una mujer planea quedarse embarazada. No debe suspenderse el tratamiento antiepiléptico de forma súbita, ya que podría provocar convulsiones intercurrentes con potenciales consecuencias graves tanto para la madre como para el niño. **Mujeres en edad fértil / anticoncepción:** El acetato de escilicarbapazina interacciona negativamente con anticonceptivos orales. Por tanto, debe utilizarse un método anticonceptivo alternativo, eficaz y seguro durante el tratamiento y hasta el final del ciclo en curso tras la suspensión de éste. **Embarazo:** No existen datos sobre la utilización de acetato de escilicarbapazina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad para la reproducción (ver Fertilidad). Si las mujeres a las que se administra acetato de escilicarbapazina quedan embarazadas o planean quedarse embarazadas, debe reevaluarse cuidadosamente el uso de este medicamento. Deben administrarse dosis mínimas efectivas, y siempre que fuera posible debe preferirse la monoterapia como mínimo durante los tres primeros meses del embarazo. Se debe asesorar a las pacientes con respecto a la posibilidad de aumento del riesgo de malformaciones, y debe dárseles la oportunidad de realizar estudios de detección prenatal. **Vigilancia y prevención:** Los medicamentos antiepilépticos pueden contribuir a la deficiencia de ácido fólico, una posible causa que contribuye a la anomalía fetal. Se recomienda un complemento de ácido fólico antes y durante el embarazo. Como no se ha probado la eficacia de este complemento, se puede ofrecer un diagnóstico prenatal específico incluso para las mujeres con un tratamiento complementario de ácido fólico. **En el neonato:** Se han notificado trastornos hemorrágicos en el neonato, provocados por los medicamentos antiepilépticos. Como medida preventiva debe administrarse vitamina K1 en las últimas semanas del embarazo, y al neonato. **Lactancia:** Se desconoce si el acetato de escilicarbapazina / metabolitos se excreta en la leche materna. Los estudios en animales han mostrado excreción de escilicarbapazina en la leche materna. Como no puede excluirse un riesgo para el lactante, debe suspenderse la lactancia durante el tratamiento con acetato de escilicarbapazina. **Fertilidad:** No hay datos sobre los efectos de acetato de escilicarbapazina en la fertilidad humana. Los estudios en animales han demostrado una alteración de la fertilidad después del tratamiento con acetato de escilicarbapazina. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de este medicamento sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña a moderada. Algunos pacientes pueden experimentar mareo, somnolencia o trastornos visuales, particularmente al inicio del tratamiento. Por lo tanto, se debe advertir a los pacientes que las capacidades físicas y/o mentales necesarias para utilizar máquinas o conducir podrían verse deterioradas, y que no se les aconseja hacerlo hasta que no se compruebe que la capacidad para llevar a cabo estas actividades no está afectada. **4.8. Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad:** En ensayos clínicos (tratamiento como terapia adyuvante y monoterapia), fueron tratados con acetato de escilicarbapazina 2.434 pacientes con crisis de inicio parcial (1.983 pacientes adultos y 451 pacientes pediátricos) y el 51% de los pacientes experimentaron reacciones adversas. Las reacciones adversas fueron por lo general de intensidad leve a moderada, y se produjeron predominantemente durante las primeras semanas del tratamiento con acetato de escilicarbapazina. Los riesgos que se han identificado para este medicamento son principalmente reacciones adversas de clase, dosis dependiente. Las reacciones adversas más comunes, notificadas en los ensayos clínicos en terapia adyuvante controlados con placebo en pacientes epilépticos adultos y en ensayos clínicos controlados con comparador activo en monoterapia, comparando acetato de escilicarbapazina con carbamazepina de liberación controlada, fueron mareo, somnolencia, cefalea y náuseas. La mayoría de las reacciones adversas fueron notificadas por <3% de los pacientes dentro de cualquier grupo de tratamiento. En la experiencia poscomercialización con el tratamiento de escilicarbapazina se han notificado reacciones adversas cutáneas graves (SCARS), incluyendo Síndrome de Stevens Johnson (SJS)/ necrólisis epidérmica tóxica (TEN) y reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) (ver sección 4.4). **Tabla de reacciones adversas:** Las reacciones adversas asociadas al acetato de escilicarbapazina obtenidas de los ensayos clínicos y de la vigilancia poscomercialización se presentan a continuación. Para las reacciones adversas se ha utilizado la siguiente clasificación: muy frecuentes (\geq 1/10), frecuentes (\geq 1/100 a <1/10), poco frecuentes (\geq 1/1.000 a <1/100) y de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Tabla 1: Reacciones adversas asociadas al tratamiento con escilicarbapazina en los ensayos clínicos y la vigilancia poscomercialización.

Sistema de clasificación de órganos	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Frecuencia no conocida
Trastornos de la sangre y del sistema linfático			Anemia	Trombocitopenia, leucopenia
Trastornos del sistema inmunológico			Hipersensibilidad	
Trastornos endocrinos			Hipotiroidismo	
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		Hiponatremia, disminución del apetito	Desequilibrio electrolítico, deshidratación, hipocloremia	
Trastornos psiquiátricos		Insomnio	Trastornos psicóticos, apatía, depresión, nerviosismo, agitación, irritabilidad, trastorno de hiperactividad / déficit de atención, estado confusional, cambios de estado de ánimo, llanto, retraso psicomotor, ansiedad	
Trastornos del sistema nervioso	Mareo, somnolencia	Cefalea, alteración de la atención, temblores, ataxia, trastornos del equilibrio	Coordinación anormal, deterioro de la memoria, amnesia, hipersomnia, sedación, afasia, disestesia, distonía, letargia, parosmia, síndrome cerebeloso, convulsión, neuropatía periférica, nistagmo, trastornos del habla, disartria, sensación de ardor, parestesia, migraña	
Trastornos oculares		Diplopía, visión borrosa	Deficiencia visual, oscilopsia, trastorno del movimiento binocular, hiperemia ocular	
Trastornos del oído y del laberinto		Vértigo	Hipoacusia, acúfenos	
Trastornos cardíacos			Palpitaciones, bradicardia	
Trastornos vasculares			Hipertensión (incluyendo crisis hipertensivas), hipotensión, hipotensión ortostática, rubor, enfriamiento periférico	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos			Epistaxis, dolor torácico	
Trastornos gastrointestinales		Náuseas, vómitos, diarrea	Estreñimiento, dispepsia, gastritis, dolor abdominal, boca seca, molestias abdominales, distensión abdominal, gingivitis, melena, dolor en los dientes	Pancreatitis
Trastornos hepatobiliares			Trastornos hepáticos	
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		Erupción cutánea	Alopecia, piel seca, hiperhidrosis, eritema, dermatopatía, prurito, dermatitis alérgica	Necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens- Johnson, reacción al medicamento con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), angioedema, urticaria
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo			Mialgia, trastorno del metabolismo óseo, debilidad muscular, dolor en extremidades	
Trastornos renales y urinarios			Infección de las vías urinarias	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		Fatiga, alteración de la marcha, astenia	Malestar, escalofríos, edema periférico	
Exploraciones complementarias		Aumento de peso	Presión arterial disminuida, peso disminuido, presión arterial aumentada, niveles de sodio disminuido en sangre, niveles de cloruro disminuidos en sangre, osteocalcina aumentada, hematocrito disminuido, niveles de hemoglobina disminuida, niveles de transaminasas elevadas	
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos			Toxicidad medicamentosa, caída, quemadura térmica	

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas. Trastornos oculares y del sistema nervioso: En los pacientes tratados en forma concomitante con carbamazepina y acetato de eslicarbazepina en estudios controlados con placebo observaron las siguientes reacciones adversas: diplopía (11,4% de sujetos con carbamazepina concomitante, 2,4% de sujetos sin carbamazepina concomitante), coordinación anormal (6,7% de sujetos con carbamazepina concomitante, 2,7% de sujetos sin carbamazepina concomitante) y mareos (30,0% de sujetos con carbamazepina concomitante, 11,5% de sujetos sin carbamazepina concomitante), ver sección 4.5. **Intervalo PR:** El uso del acetato de eslicarbazepina se asocia con un aumento en el intervalo PR. Pueden producirse reacciones adversas relacionadas con la prolongación del intervalo PR (por ejemplo, bloqueo AV, síncope, bradicardia). **Reacciones adversas de clase:** No se presentaron reacciones adversas raras, como depresión de la médula ósea, reacciones anafilácticas, lupus eritematoso sistémico ni arritmias cardíacas graves durante los estudios controlados con placebo del programa para epilepsia con acetato de eslicarbazepina. No obstante, sí se han notificado con oxcarbazepina. Por lo tanto, no puede excluirse su ocurrencia tras el tratamiento con acetato de eslicarbazepina. Ha habido notificaciones sobre disminución de la densidad mineral ósea, osteopenia, osteoporosis y fracturas en pacientes en terapia prolongada con medicamentos antiepilépticos relacionados estructuralmente como carbamazepina y oxcarbazepina. No se ha identificado el mecanismo por el que el metabolismo óseo está afectado. **Población pediátrica:** En estudios controlados con placebo realizados en pacientes con edades comprendidas entre 2 y 18 años con convulsiones de inicio parcial (238 pacientes tratados con acetato de eslicarbazepina y 189 con placebo), el 35,7% de los pacientes tratados con acetato de eslicarbazepina y el 19% de los pacientes tratados con placebo experimentaron reacciones adversas. Las reacciones adversas más frecuentes en el grupo tratado con acetato de eslicarbazepina fueron diplopía (5,0%), somnolencia (8,0%) y vómitos (4,6%). El perfil de reacciones adversas del acetato de eslicarbazepina es generalmente similar en todos los grupos de edad. En el grupo de edad de 6 a 11 años, las reacciones adversas más frecuentes observadas en más de dos pacientes tratados con acetato de eslicarbazepina fueron diplopía (9,5%), somnolencia (7,4%), mareo (6,3%), convulsión (6,3%) y náuseas (3,2%); en el grupo de edad de 12 a 18 años fueron somnolencia (7,4%), vómitos (4,2%), diplopía (3,2%) y fatiga (3,2%). No se ha establecido todavía la seguridad de eslicarbazepina en niños de 6 años o menores. El perfil de seguridad de acetato de eslicarbazepina fue generalmente similar entre los pacientes adultos y pediátricos, a excepción de la agitación (frecuente 1,3%) y dolor abdominal (frecuente 2,1%), que fueron más frecuentes en niños que en adultos. Mareo, somnolencia, vértigo, astenia; trastorno de la marcha; temblor, ataxia; alteración del equilibrio, visión borrosa, diarrea; erupción cutánea e hiponatremia fueron menos frecuentes en los niños que en los adultos. La dermatitis alérgica (poco frecuente, 0,8%) sólo se notificó en la población pediátrica. Los datos de seguridad a largo plazo en la población pediátrica obtenidos de las extensiones en abierto del estudio fase III fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido del producto, sin ningún hallazgo de interés. **Notificación de sospechas 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 de notificación del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es **4.9. Sobredosis.** Los síntomas observados tras una sobredosis de eslicarbazepina están asociados principalmente con síntomas del sistema nervioso central (p. ej. crisis de todos los tipos, estado epiléptico) y trastornos cardíacos (p. ej. arritmia cardíaca). No existe ningún antídoto específico conocido. Se deberá administrar el tratamiento sintomático y de apoyo que corresponda. En caso necesario, los metabolitos del acetato de eslicarbazepina pueden ser eliminados de forma efectiva mediante hemodiálisis **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. Lista de excipientes.** Povidona K30, Croscarmelosa sódica, Estearato de magnesio. **5.2. Incompatibilidades.** No procede. **5.3. Período de validez.** Zekilep 200 mg comprimidos: 3 años. Zekilep 800 mg comprimidos: 30 meses. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **5.5. Naturaleza y contenido del envase.** Zekilep 200 mg comprimidos: Blisters de PVC/PVdC/Aluminio, embalados en cajas de cartón de 60 comprimidos. Zekilep 800 mg comprimidos: Blisters de PVC/PVdC/Aluminio, embalados en cajas de cartón de 30 comprimidos **5.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Kern Pharma, S.L. Venus, 72 - Pol. Ind. Colón II 08228 Terrassa - Barcelona, España. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Zekilep 200 mg comprimidos: nº registro 85775. Zekilep 800 mg comprimidos: 85282. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Zekilep 200 mg comprimidos: Febrero 2021. Zekilep 800 mg comprimidos: Julio 2021. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Zekilep 200 mg comprimidos: Febrero 2021. Zekilep 800 mg comprimidos: Julio 2021. **10. PRESENTACIONES DEL PRODUCTO Y PRECIO.** Zekilep 200 mg comprimidos EFG, envase de 60 comprimidos: PVP IVA (4%) =51,14€. Zekilep 800 mg comprimidos EFG, envase de 30 comprimidos: PVP IVA (4%) 102,28€. **11. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** medicamento con receta, caducidad inferior a 5 años, medicamento genérico (EFG), incluido en la oferta del SNS (INSNS), aportación reducida (cicero), debe llevar dispositivo de seguridad (VERIF). Para más información consultar la Ficha Técnica completa del producto.



SPIRAXIN

Rifaximina-α

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, divertiéculis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración: Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. **Anancios:** 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 con todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DACD o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se usa rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entericos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Shigella 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 evidencia 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 inhibe las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero sí 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, antiépilepticos, antiarrítmicos, anticépticos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la Cmax 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 de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchos de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada y a 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 (>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 infecciones:** 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: Hiposteisia, 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, hematoculia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobilares:** 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, urticaria. **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, polaquimia, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductivo 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:** Carboximetilβ-lactidínico sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE/PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasisigma 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.



ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinita A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estado II). **Posología y forma de administración: Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:** Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. **Tratamiento de la úlcera venosa crónica:** Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. **Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estado II):** Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinita A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "evento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a < 1/10); poco frecuentes (≥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). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. Poco frecuentes: Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melenas, piroxia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. Poco frecuentes: Eczema, eritema, urticaria. **Frecuencia no conocida:** Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** **Muy raras:** Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Frecuencia no conocida: Anemia. **Trastornos del aparato reproductivo y de la mama:** Frecuencia no conocida: Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Frecuencia no conocida: Asma. **Trastornos renales y urinarios:** Frecuencia no conocida: Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** Frecuencia no conocida: Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <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:** Carboximetilβ-lactidínico sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE/PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasisigma 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.

Bibliografía: 1. Bignamini AA, Matuška J. Adv Ther. 2020 Mar;37(3):1013-1033. 2. Carroll BJ et al. J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38. 3. Ligi D, et al. J Cardiovasc Pharmacol. 2020 Mar;52(3):208-210. 4. Castro-Ferreira R et al. Ann Vasc Surg. 2018. Jan;46:380-393.

A lo largo de sus 40 años de historia, la Revista EL MÉDICO, así como la edición digital EL MÉDICO INTERACTIVO, ha sido reconocida en numerosas ocasiones, siendo galardonada con premios tanto a la labor informativa como a la innovación en el ámbito de la comunicación. EL MÉDICO o su equipo de redacción han recibido un total de 10 reconocimientos a lo largo de estos años.

1998 Premio de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

1999 Premio de la Fundación Española del Corazón. Sociedad Española de Cardiología (SEC).

2001 Premio de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS).

2005 Premio del Foro Español de Pacientes.

2009 Premio del Foro Español de Pacientes y la Fundación Josep Laporte.

2011 Finalista en los premios de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

2013 Premio del Instituto Novartis de Comunicación Biomédica a Leonor Rodríguez, directora de la Revista, por su trayectoria profesional.

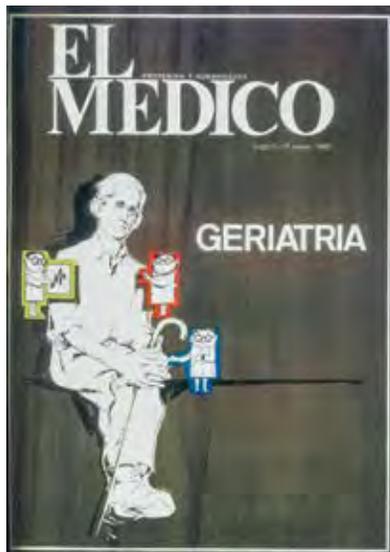
2015 Premio VI Edición PlataformaSinDolor a Nekane Lauzirika, redactora, por un reportaje publicado en la Revista EL MÉDICO.

2016 Premio de la Fundación Bamberg.

2018 Premio de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud a Leonor Rodríguez, directora de la Revista, por su labor al frente de la publicación.

2022 Premio XII edición de los premios periodísticos Fundación Grünenthal a Antonio Morente, redactor, por un reportaje publicado en la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO

En el capítulo de colaboraciones, la publicación tiene acuerdos de colaboración con numerosas entidades del ámbito sanitario. Entre otras, EL MÉDICO tiene líneas de trabajo abiertas con la Sociedad de Directivos de la Salud (SEDISA), la Sociedad de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) y con la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME). También con la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), entre otras colaboraciones ■





La ciencia y la innovación son claves para avanzar hacia un futuro más sostenible, por eso mantenemos nuestro compromiso por la inversión y la colaboración.



Impacto *positivo*

en la innovación

Síguenos en:

Web: bayer.es

Ivoox: [Bayer Contigo](#)

[@bayerespanaoficial](#)

[@BayerEspana](#)

[Bayer España](#)

[Bayer](#)

//// Salud y alimentación para todos

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.

