



Gestión hospitalaria: una búsqueda constante del equilibrio

Entrevistas

María del Rocío Hernández
Presidenta de la Sociedad
Española de Directivos de
Atención Primaria

Luis Carlos Blesa
Presidente de la Asociación
Española de Pediatría

Asunción Torregrosa
Presidenta de la Sociedad
Española de Radiología Médica

Pilar Garrido
Presidenta de FACME

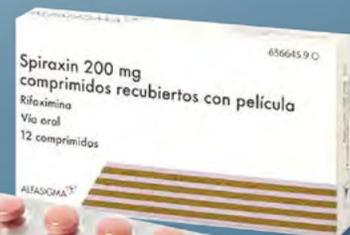


SPIRAXIN

Rifaximina- α



TRIPLE ACCIÓN
para una eficacia
intestinal asegurada¹⁻³



ALFASIGMA
es.alfasigma.com

SUMARIO

EN PORTADA



Gestión hospitalaria: una búsqueda constante del equilibrio

Una creciente presión en términos de demanda y de costes, unida a unos presupuestos muy justos, obliga a los gerentes a hacer malabarismos para tratar de cuadrar cuentas, listas de espera y reconocimiento profesional. Muchos expertos abogan por que todos los hospitales trabajen con planes estratégicos en los que estén implicados todos los profesionales con el objeto de optimizar costes.

12

REPORTAJES



Verano 2022. Todas las claves de la Sanidad

30



Los desafíos en salud, a debate

54

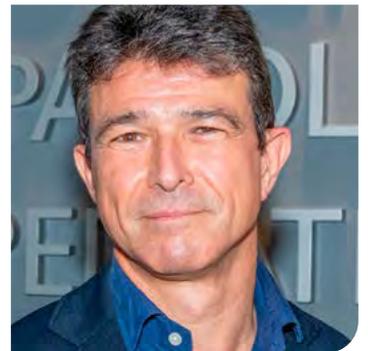
ENTREVISTAS



María del Rocío Hernández

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

18



Luis Carlos Blesa

Presidente de la Asociación Española de Pediatría

24



**Asunción Torregrosa
Andrés**

Presidenta de la Sociedad Española de Radiología Médica

34

ENTREVISTAS



Pilar Garrido
Presidenta de FACME

48

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA /REPORTAJE



El cambio cultural en la organización, clave para la transformación digital

44



FORO DE EXPERTOS



Un proyecto de país para la Sanidad española del siglo XXI: refundar la centenario Escuela Nacional de Sanidad

6

HISTORIA DE LA MEDICINA



La Lección de Anatomía y el Cirio Ardiendo

60

OTROS TEMAS

Informe 38
Fue Noticia 64
Instantánea Médica 70
Sala de Lectura 76
On-Line 78

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

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Distribuye: Jarpa Manipulado y Marketing Postal.

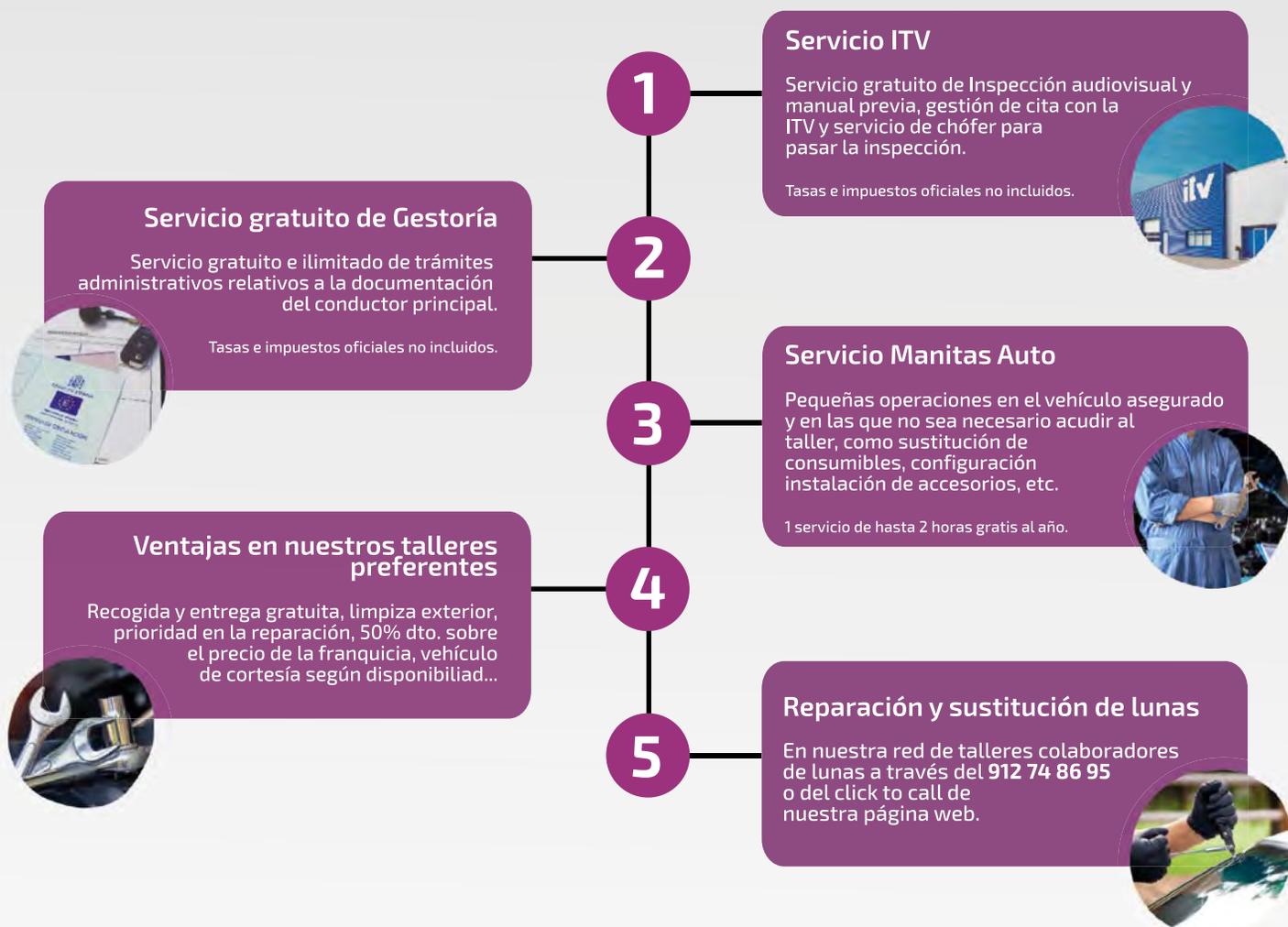
Suscripciones: 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

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. Dirijase 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

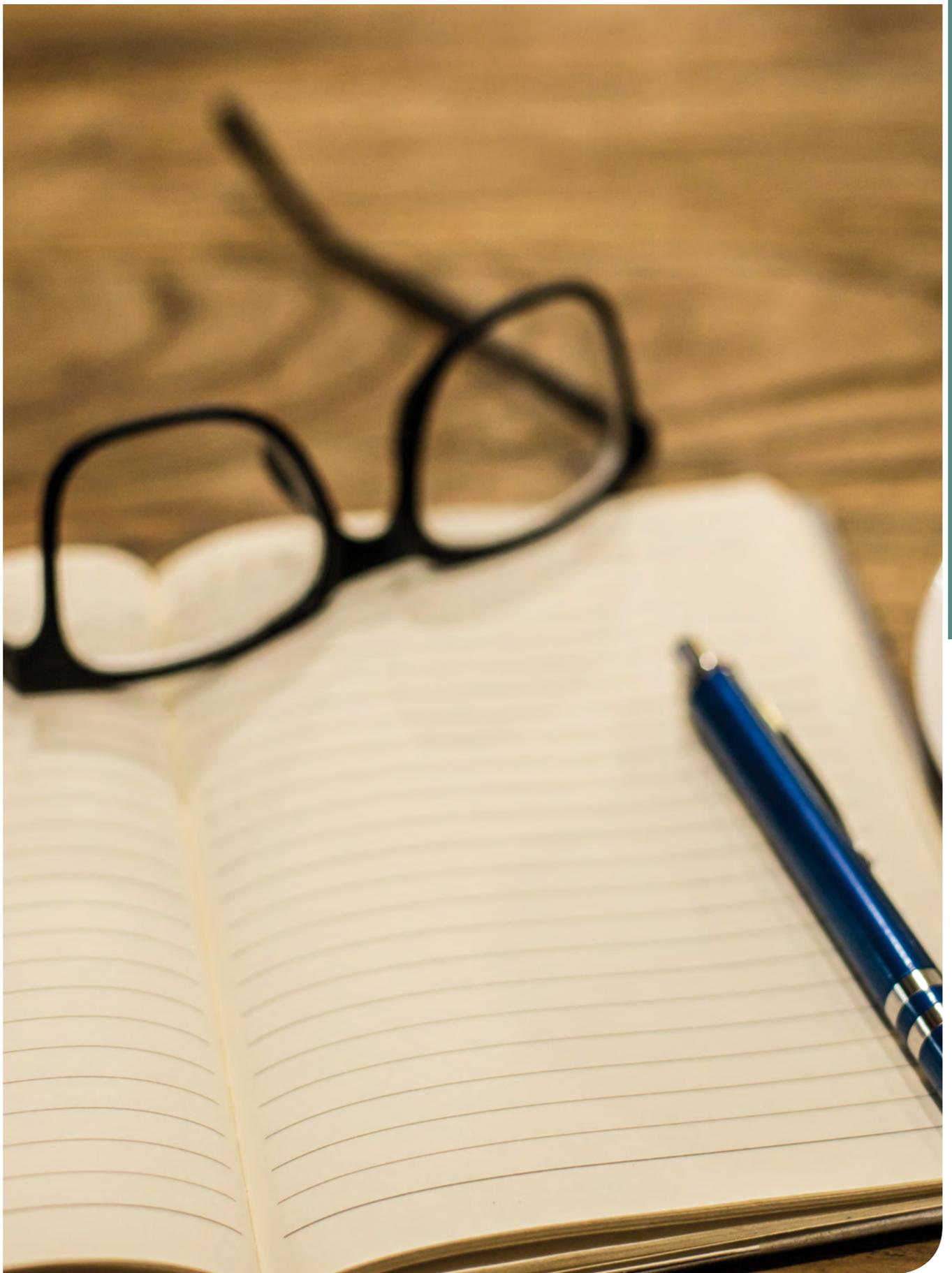
Síguenos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





FORO DE EXPERTOS

La mirada

maestra de la
actualidad



Un proyecto de país para la Sanidad española del siglo XXI: refundar la centenaria Escuela Nacional de Sanidad

Autores | Fernando Lamata Cotanda, José Manuel Freire Campo, José Ramón Repullo Labrador, José María Martín Moreno, Ferrán Martínez Navarro, Luis Guerra Romero y Antonio Sarría Santamera. Ex-directores de la ENS.

La Escuela Nacional de Sanidad (ENS) es la institución pionera de la Salud Pública española¹; en 2024 cumplirá un siglo de servicio a la salud del país habiendo participado activamente en la lucha contra enfermedades prevalentes que hemos tenido en estos cien años (desde el paludismo, la polio y la rabia, hasta las enfermedades crónicas no transmisibles, la pandemia por el nuevo coronavirus o los retos de nuestro sistema de salud).

Las Escuelas de Salud Pública² creadas en los años 20 del siglo pasado aportaron un gran avance al conocimiento y a la lucha contra las enfermedades, al mejorar la capacidad de respuesta de los cuerpos técnicos de la administración sanitaria incorporando los nuevos conceptos y estrategias en epidemiología e higiene urbana, alimentaria y laboral y en Medicina Preventiva. En el mundo anglosajón nacieron en sus universidades, como centros de postgrado, con un estatus similar al de nuestras facultades: Johns Hopkins (Baltimore), Harvard (Boston), *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM, Londres), etc. En los países de



Fernando Lamata Cotanda



José Manuel Freire Campo



José Ramón Repullo Labrador



José María Martín Moreno



Ferrán Martínez Navarro



Luis Guerra Romero



Antonio Sarría Santamera

cultura política continental fueron creadas como parte de la Administración, de las grandes escuelas de formación de funcionarios del Estado: en Francia, (ENSP), Portugal (ENSP), Escuela Nórdica de Salud Pública, España (ENS), etc. En ambos contextos se trataba de aunar disciplinas diversas en un ámbito académico comprometido tanto con la excelencia del saber, como con la mejora de la salud de la población; por eso fueron de gran utilidad a las autoridades sanitarias, formando a muchas generaciones de salubristas. En los últimos años, tras la reforma de la educación superior

en la UE, las escuelas de Salud Pública administrativas han ido paulatinamente integrándose en la universidad, aunque sin perder su función de formación de cuadros sanitarios de la administración pública.

En España, la ENS, tras la Ley General de Sanidad de Ernest Lluch en 1986, vivió una etapa de crecimiento y desarrollo; se integró con diversas formas organizativas en el marco del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), con un breve periodo de autonomía institucional en forma de organismo autónomo (1990-94). En los primeros años acometió un valioso proceso de revitalización de su estructura, con enfoques más amplios y actualizados de la Salud Pública y la Epidemiología. Además, la absorción de la antigua Escuela de Gerencia Hospitalaria permitió abrir la ENS al Sistema Nacional de Salud (SNS), incorporando el gran campo de la formación e investigación sobre sistemas y servicios sanitarios (planificación, gestión, evaluación, economía de la salud, etc.), y ampliando su ámbito docente a la función directiva de centros y servicios sanitarios y a la gestión clínica.

En este periodo abordó un ambicioso proceso de desarrollo docente, actualizando el Máster en Salud Pública (antes 'Oficial Sanitario'), cursado por profesionales de múltiples disciplinas, incluyendo diferentes cohortes MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública de toda España; el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo orientado a la intervención sobre el terreno ante las crisis epidémicas; el Máster en Administración Sanitaria, que formó varias generaciones de directivos en hospitales, Atención Primaria y servicios de salud de las CCAA; y los cursos de experto y

máster en dirección médica y gestión clínica en los que muchos sanitarios han mejorado sus competencias en gestión de servicios.

Posteriormente dos cambios del entorno plantearon nuevos retos de adaptación a la ENS: la culminación de la transferencia del INSALUD a todas las CCAA en enero de 2002, y la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (Plan de Bolonia) implantado desde 2005.

Algunas CCAA, tras recibir la transferencia del INSALUD desarrollaron iniciativas propias en formación de su personal directivo y gestor. Sin embargo, las iniciativas autonómicas fueron decayendo y/o cerrando: Cataluña (ESP-C), Madrid (CUSP) y Valencia (inicial IVESP y luego EVES) han sido los principales ejemplos de iniciativas positivas pero que no llegaron a tener continuidad; La Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada ha sufrido recientemente también importantes dificultades.

Las universidades españolas han puesto en marcha líneas formativas en Salud Pública, muchas de ellas conveniadas con administraciones sanitarias o centros de investigación. Pese al valor y calidad de algunos de los cursos, estas iniciativas no han sido capaces de construir estructuras estables que integren las disciplinas habituales de la Salud Pública y la Administración Sanitaria, y que combinen docencia, investigación y asesoría.

La ENS respondió a estos desafíos a través de la innovación académica con el ensayo precoz de modelos de formación a distancia y formando alianzas con la Universidad de Alcalá y con la UNED (la relación de la ENS con UNED

Una buena noticia es que los fondos europeos van a permitir renovar el edificio y las instalaciones de la ENS con unas obras que ya están en marcha



quedaba facilitada por estar ambas vinculadas a la Administración General del Estado). También aprovechando las sinergias intramurales de los Centros Nacionales del ISCIII y de los expertos de sus redes de investigación, lo que permitió ensanchar la cartera docente hacia otros ámbitos biológicos, científicos y tecnológicos. La vinculación con la UNED iniciada en 1994 acabó fructificando con la creación en 2010 del Instituto Mixto de Investigación IMI-ENS, que actualmente imparte diversos másteres y expertos, desarrolla un programa de doctorado UNED-ENS, y apoya líneas colaborativas de investigación.

A pesar de todo ello, la realidad es que la ENS está entrando en una crisis de viabilidad, ocasionada en lo inmediato por una progresiva y grave reducción de sus recursos humanos, pero cuyo problema de fondo está ligado al cuestionamiento implícito de la razón de ser y de los objetivos de una Escuela Nacional de Salud Pública incrustada en la Administración central cuya gestión sanitaria directa ha devenido muy residual.

La reducción del profesorado propio ha sido dramática y la del personal administrativo más aún; además, los procesos de gestión se han ido haciendo cada vez más alambicados y disfuncionales. La gran recesión (2008–2014), aceleró indudablemente el deterioro, que no se revirtió a la salida de la crisis, sino que se complicó más por un alto número de efectivos que se jubilaron sin ser repuestos.

La COVID-19 desde marzo de 2020 puso a prueba a toda la Sanidad española, también a la escuela; la experiencia en formación no presencial ha servido para mantener abiertas las aulas virtuales. Y se ha prestado todo el apoyo posible a investigaciones y docencia vinculadas a algunos programas del Ministerio de Sanidad en la lucha contra la pandemia. La gripe de 1918 es

un precedente histórico de una situación similar: puso en evidencia la falta de adaptación y capacidad de respuesta de la administración sanitaria, favoreciendo la adopción de un conjunto de medidas sanitarias de gran trascendencia en las décadas de 1920 y 1930, entre ellas el nuevo sistema de vigilancia epidemiológica (1931); y, sobre todo, la creación de la Escuela Nacional de Sanidad (1924) para la formación de los sanitarios.

El problema de fondo, agudizado tras las transferencias finales de 2002, es la falta de comprensión del papel y de las capacidades que aportaría una potente Escuela Nacional de Sanidad al fortalecimiento de la Salud Pública española y para el buen desempeño del SNS; tanto en la mirada interior (aprovechamiento de las experiencias de las CCAA para aprender unas de otras), como la mirada exterior (teniendo puentes con la comunidad latinoamericana y algunos países africanos para los que España y su sistema de salud es un claro referente).

La necesidad de un gran impulso al fortalecimiento de la salud pública y de la epidemiología en España ha sido puesto en evidencia, desgraciadamente, por la pandemia. La COVID-19 ha mostrado la urgente necesidad que tiene España de contar con capital humano altamente capacitado en Salud Pública, epidemiología, promoción de la salud, política y gestión sanitaria³. Es importante resaltar que este objetivo estratégico está explícitamente recogido en las propuestas de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprobadas por el Congreso⁴ de los Diputados en julio de 2020.

El problema de fondo es la falta de comprensión del papel y de las capacidades que aportaría una potente Escuela Nacional de Sanidad al fortalecimiento de la Salud Pública española y para el buen desempeño del SNS

La ENS, con sus 100 años de historia, constituye una oportunidad política e institucional de primer orden para que el Gobierno de España, sus autoridades sanitarias, científicas y universitarias pueden lanzar un proyecto ambicioso de refundación de la escuela de Salud

Pública que precisa nuestro país. Para este proyecto, estratégico para la Sanidad española, se precisa la colaboración del Ministerio de Universidades a través de la UNED; del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través del ISCIII, y del Ministerio de Sani-

dad que ejercería la rectoría sanitaria y canalizaría recursos para formar expertos sanitarios y para dar respuesta a los problemas y retos de formación en salud pública política y gestión sanitarias existentes en el SNS en colaboración con las CCAA.

La colaboración de los tres ministerios garantizaría el necesario apoyo y el enfoque amplio de todas las dimensiones. Un nuevo marco organizativo con autonomía de gestión ayudaría a gestionar proyectos con mayor solvencia y adaptabilidad.

Para todo ello, una buena noticia es que los fondos europeos van a permitir renovar el edificio y las instalaciones de la ENS con unas obras que ya están en marcha y que podrían culminarse antes del centenario de la escuela.

Otro dato positivo es que esta refundación universitaria de la ENS es relativamente modesta en los recursos financieros que precisa; se trata de una inversión selectiva en capital humano, así como en generar una arquitectura organizativa moderna y funcional. Con pocas semillas se obtendría una

gran cosecha en un plazo relativamente breve.

Estamos en una de esas encrucijadas de las sendas históricas. Los responsables políticos e institucionales tienen ante sí la posibilidad de gobernar virtuosamente un componente importante de la crisis sanitaria de la COVID-19 dotando a España de la gran Escuela de Salud Pública que precisa, de modo que emerja una escuela renovada, que siga fiel a sus compromisos seculares de excelencia científica y de servicios a la salud de nuestros ciudadanos ■

Referencias

1. Bernabeu-Mestre J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934. *Rev San Hig Púb* 1994;68; 65-69.
2. Evans D. The role of schools of public health: learning from history, looking to the future. *J Public Health*. 2009 Sep;31(3):446-50. doi: 10.1093/pubmed/fdp065.
3. Middleton J: The Role of Schools of Public Health in the COVID-19 Pandemic. *Port J Public Health* 2020;38 (suppl 1):1-3. doi: 10.1159/000515721.
4. Congreso de los Diputados. Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica. 2020. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf

Nota. Una versión resumida de este informe se ha publicado como editorial de la revista GACETA SANITARIA, órgano de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria): DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.03.008



M Hospital Rey Juan Carlos III



Gestión hospitalaria: una búsqueda constante del equilibrio

Una creciente presión en términos de demanda y de costes, unida a unos presupuestos muy justos, obliga a los gerentes a hacer malabarismos para tratar de cuadrar cuentas, listas de espera y reconocimiento profesional.

Texto  Francisco Rosa

Fotos  EL MÉDICO



REPORTAJE DE PORTADA

Gestión hospitalaria: una búsqueda constante del equilibrio

La eficiencia y la sostenibilidad se han consolidado como principios sagrados dentro de la gestión sanitaria, y eso hace que los responsables de esta parcela en los hospitales se vean obligados a una búsqueda constante del equilibrio para ajustarse a unos presupuestos que, o son justos, o directamente son insuficientes para atender la creciente demanda asistencial. Y es que, como apunta Carmen Vicente, miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), un hospital sostenible debe serlo “en todos los sentidos: económico, pero también ambiental, y en lo relativo a las políticas de personal y de atención al paciente”.

El Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad indica claramente que el gasto hospitalario no ha parado de crecer en la última década, con las únicas excepciones de 2012 y 2013, los años más duros de la disciplina fiscal y los recortes. Así, si en 2010 fueron más de 41.238 millones de euros los invertidos en esta área, esa cifra escaló hasta los 53.907 millones en 2020, último año con datos oficiales. Cabe decir que el acicate que supuso la pandemia no explica por sí solo esta cifra (de hecho, aunque se han puesto muchos esfuerzos, también económicos, para atender esta necesidad urgente, se han dejado de realizar intervenciones, revisiones y pruebas, con el consiguiente ahorro de costes, que ahora están suponiendo un incremento en la presión de la demanda asistencial). La deriva al alza del gasto hospitalario es previa: entre 2018 y 2019 este ya crecía de los 47.378 a los 50.100 millones de euros.

El volumen de gastos que soporta cada hospital viene determinado, entre otros factores, por el personal contratado, así como

por los bienes y servicios que adquiere, es decir, por lo que se conoce como Capítulos I y II. Vicente habla de un aumento en los gastos de personal, por un lado, por “los incrementos retributivos” y, por otro, “por el alto absentismo generado durante la pandemia por COVID”. Irene Manjón, gerente del Área de Salud de Badajoz, de la que dependen los hospitales Universitario de Badajoz, Perpetuo Socorro y Materno Infantil, confirma que dicho absentismo

El volumen de gastos que soporta cada hospital viene determinado, entre otros factores, por el personal contratado, así como por los bienes y servicios que adquiere, es decir, por lo que se conoce como Capítulos I y II

les está afectando y, aunque admite que pueda “tener su explicación en la fatiga pandémica”, a ella le “resulta muy difícil de gestionar”.

Al mando de las cuentas del Hospital de La Paz, en Madrid, está Rafael Pérez-Santamarina Feijóo, director gerente, quien también subraya la “desviación” al alza que se ha producido en el gasto de personal de este centro, derivado de “las contrataciones realizadas en el marco de la pandemia”, las cuales, asegura, aunque no se mantienen todas, sí lo han hecho en parte.

La gestión del gasto en Farmacia

No menos problemática estaría resultando la gestión del Capítulo II, si se atiende a las declaraciones de los y las gerentes consultados. Vicente recuerda que, durante los momentos más duros de la pandemia, las subidas han sido “importantísimas en adquisiciones de material de protección y, con ello, en gestión de residuos”, así como en todo lo relacionado con los sistemas de información, con la adquisición de software y licencias de uso que computan en este apartado.

Por su parte, Sonia Cortés, directora de Recursos Económicos del Hospital Vall d'He-

bron, calcula que el apartado de bienes y servicios consume en torno al 50 por ciento de su presupuesto y que, de ese total, “el 45 por ciento se lo lleva Farmacia, principalmente medicamentos oncológicos y para enfermedades minoritarias”, distribuyéndose el 55 por ciento restante entre gastos de laboratorio, aprovisionamiento, limpieza, lavandería, suministros energéticos, etc. Pérez-Santamarina confirma que La Paz también está notando un incremento en Farmacia, “especialmente en medicamentos para enfermedades raras, inmunoterapias en cáncer, etc.”, medicamentos, que, apostilla, “llegan con efectividad contrastada, pero presentan un coste que no llega a compensarse con la aparición de genéricos y biosimilares”.

En Badajoz, Manjón dice estar menos preocupada por el gasto en medicamentos hospitalarios, no porque este no se haya elevado, sino porque disponen de una Comisión de Farmacia “muy potente” que les permitiría tener un “control muy exhaustivo”. Más descontrolado anda, asegura, el de Atención Primaria, con una cultura de medicalización exacerbada, lo cual se explica por las carencias en recursos humanos y la falta de políticas de promoción de la salud y prevención.

En su caso, el temor está más en capítulos de gasto relacionados con la inversión en la renovación de infraestructuras, ya que los centros del Área de Badajoz “van cumpliendo años y requieren inversiones muy importantes, entre otros aspectos, para garantizar la eficiencia energética, una cuestión que se ha convertido en fundamental”. “Ahora estamos también con cambios en el helipuerto del Universitario de Badajoz, para lo que hemos tenido que realizar una obra nueva”, añade como ejemplo.

Ese proceso de renovación está superando también las previsiones de gasto del Hospital de la Paz, como explica su gerente: “Estamos inmersos en un gran proyecto, el Nuevo Hospital de la Paz, del que se de-



rivan pequeños proyectos, concursos para edificaciones, derribo y edificación nueva...”. Se trata, como apunta Pérez-Santamarina, de una remodelación cuya financiación quedará, en parte, “dentro del presupuesto”, y otra parte tendrán que negociarla “con servicios centrales”, ya que excederían las cuentas actuales, que rondan los 620 millones de euros para este 2022.

El efecto de la inflación en los hospitales

Adicionalmente, el hospital madrileño se está viendo amenazado en esta vuelta del verano por “un problema derivado de reclamaciones de desistimiento de contratos” que tienen con suministradores externos de servicios como “asistencias técnicas y alimentación”, entre otros. Estos estarían alegando un aumento de costes de parte de sus propios proveedores que, según el gerente de este centro madrileño, “quieren repercutir al hospital”. Pérez-Santamarina indica que La Paz está planteando a los servicios centrales del

Servicio Madrileño de Salud “una compensación dentro del contrato programa, para atender a esa desviación”. “Están llegando quejas de los servicios que nos están prestando asistencia, por la falta de materias primas, etc., con la amenaza de que va a repercutir en el coste. Con muchos de ellos tendremos que hacer nuevos concursos públicos. Es un tema complejo”, zanja.

Esto revela que, como ocurre en muchas familias y empresas, el incremento de precios está comenzando a suponer una amenaza para el equilibrio presupuestario de muchos hospitales. Vicente, que además de miembro de la Junta Directiva de SEDISA es gerente del San Juan de Dios de Zaragoza, un centro concertado, advierte que “el IPC ha subido mucho y muchos contratos llevan

incluida una cláusula de actualización al IPC, lo que hace que todos los proveedores te lo quieran repercutir”. En cuanto al coste de la energía, asegura que todos los centros que conoce “han triplicado el gasto, y eso tiene difícil solución”.

Un caso excepcional, en cuestión de suministros, lo representaría el Vall d’Hebron, que se beneficia, según Cortés, de “un concurso agregado del Instituto Catalán de la Salud (ICS) para todos los hospitales”, que les protege frente a las subidas de estos años. El ICS lo firmó hace cuatro y vence en 2023, por lo que esta fase de la crisis

por el alza de precios la están pasando “sin demasiado impacto”. “Sí en cuanto a consumo, por el clima, pero no en cuanto al precio”, asegura, y teme que eso cambie

Muchos expertos abogan por que todos los hospitales trabajen con planes estratégicos en los que estén implicados todos los profesionales con el objeto de optimizar costes



ya con la próxima negociación. “De momento, los proveedores están respetando los acuerdos y eso nos aporta estabilidad”, se congratula.

Procesos e intervenciones más costosas

Junto a estas cuestiones, los gastos de un hospital están determinados por el tipo de servicios que ofrece. Y es que, si se atiende a los últimos datos del Ministerio de Sanidad, correspondientes a 2019, hay determinados trasplantes, intervenciones quirúrgicas, así como algunos procesos de enfermedad, con costes altos para el sistema y cuyo volumen es difícil de predecir. Entre los procesos con mayor coste medio (entre 65.000 y 90.000 euros) estarían los trasplantes (cardíaco, pulmonar y pancreático, por ese orden), algunas intervenciones en neonatos, u otras de soporte respiratorio, como la traqueostomía con ventilación mecánica. Vicente alude también a determinados procesos crónicos, “como los de pacientes en diálisis, que pueden estar muchos años en tratamiento, o pacientes con problemas de salud mental, que pueden ser muy dependientes del sistema sanitario”.

Por tanto, ser un hospital de referencia para algunos de estos procesos va a marcar la diferencia en términos de gasto, como le pasa al Universitario de Badajoz. Extremadura cuenta con una población que supera el millón de habitantes, de los cuales, solo 248.000 pertenecen al Área de Salud de Badajoz. Pero al ser éste hospital el de referencia para procesos como cirugía cardíaca o maxilofacial, así como cirugías complejas, o neurorradiología intervencionista, dan servicio a toda la región en estos procesos, “lo que tiene un impacto presupuestario muy significativo”, indica Manjón, que añade: “Nos pasa

también en Digestivo, donde la provincia entera nos deriva pruebas complejas, o en trasplantes, ya que somos el único hospital que realiza intervenciones de estas características en riñón o hígado”.

Paralelo a esta realidad discurre el debate sobre si los recursos sanitarios deben estar concentrados o dispersos, es decir, accesibles a los mayores núcleos de población posible. La gerente del Área de Salud de Badajoz reconoce que la respuesta no es fácil. “Hay pueblos de la Siberia extremeña que se encuentran a 250 kiló-

metros de Badajoz. Hay cosas que tienen que estar accesibles, pero, ¿qué es mejor, tener una sistemática de transporte eficiente y dinámica, o tener todas las prestaciones en los hospitales periféricos, con el coste que eso su-

pone? Hay miles de razones a favor y en contra. Pienso que la tendencia es a contar con una cartera básica e imprescindible para todos en todas las zonas, y una adicional que habrá que ver cómo la abordamos”, resuelve.

Otro debate recurrente es el que se desprende de la derivación de pruebas o intervenciones a centros privados o concertados. Manjón justifica la derivación en el Servicio Extremeño de Salud de pruebas radiológicas o cirugías muy prevalentes, como la que se aplica con las varices, “ya que la demora es muy alta en el SES y se trata de procesos fáciles y rápidos”. A la pregunta de si es o no coste-eficiente esa derivación, responde que “al no tener los recursos para dar respuesta a la demanda, lo es, aunque está claro que externalizarlo nos sale siempre más caro”.

Por su parte, Pérez-Santamarina asegura que, aunque durante la pandemia La Paz ha derivado “intervenciones quirúrgicas, sobre todo en patología oncológica urgen-

te”, actualmente solo transfieren “pruebas complementarias, debido a la gran prescripción y acumulación de intervenciones retrasadas”. Y lo explica así: “Tenemos instalaciones para una serie de equipos de alta gama, pero, ha habido un incremento de solicitud de pruebas y hay dificultades para incorporar nuevas tecnologías que a veces requirieren obras, la contratación de personal, etc.”.

Herramientas para optimizar unos recursos más bien escasos

Como paraguas frente a esta tormenta perfecta de costes que se derivan de la prestación de una atención de calidad en los hospitales, por un lado está lo más obvio: el incremento presupuestario. En este sentido, Vicente afirma que siempre juegan con números “un poco escasos” en relación con la demanda; Pérez-Santamarina reconoce que, “con más presupuesto, se podría ofrecer más en términos asistenciales”; Cortés admite que, si dispusieran de más fondos, lo primero que habría que hacer sería “incrementar la remuneración de los profesionales”, mientras que Manjón define sus cuentas como “muy justas” y considera que un incremento de 2-3 puntos más serviría para responder adecuadamente a la demanda actual.

No obstante, estos gestores se muestran enfocados, más que en la queja, en la búsqueda de soluciones. Y en este apartado, el Vall d’Hebron puede servir de referencia para muchos hospitales. Por un lado, porque bebe de la cultura de compartir riesgos que se viene impulsando desde hace tiempo en la Sanidad catalana. “En Farmacia, compramos todo con concursos públicos agregados, que nos permiten obtener precios diferenciales. Además, con los medicamentos ultrainnovadores, primero los probamos en ensayos clínicos, tiempo durante el cual no tenemos que pagar el fármaco, lo que supone un ahorro importante”. A partir de la aprobación, se inicia la negociación con los laboratorios para gestionar juntos la incertidumbre. Uno de los paradigmas de

este modelo lo representan los acuerdos de riesgo compartido para aplicar las CAR-T., tras el acuerdo alcanzado con el Ministerio de Sanidad con las compañías suministradoras: “Son terapias valoradas en unos 360.000 euros, de los cuales, el 50 por ciento se paga al inicio del tratamiento, y el otro 50 por ciento a los 18 meses, si se cumplen los objetivos”. También disponen de techos de gasto para blindarse de incrementos en el volumen por encima de las cifras que los laboratorios plantean en los procesos de negociación de los precios.

Otro ámbito en el que destaca este hospital es en el de la captación de Fondos COVID. Según Cortés, han participado en convocatorias que les han permitido financiar “inversiones importantes”, como “la nueva área de simulación, dirigida a la formación de profesionales; un nuevo ciclotrón para fabricación de radiofarmacia; el laboratorio para muestras COVID, así como la automatización y la rehabilitación de Urgencias y plantas de hospitalización”. Para participar en este tipo de convocatorias, se apoyan en la Oficina de Compra Pública Innovadora, con técnicos que les ayudan a optimizar sus candidaturas. “En todo esto hemos ido de la mano del CatSalut”, matiza.

En el ámbito de la mesogestión, Vicente aboga también por que todos los hospitales trabajen con planes estratégicos en los que estén implicados todos los profesionales. De forma más específica, defiende el valor de los sistemas integrados de gestión por procesos, que proceden del mundo de la empresa y permiten optimizar los recursos descartando las intervenciones que no aportan valor. A este respecto, Manjón asegura que han intentado aplicar estos métodos, aunque sin mucho éxito, “ya que, con la pandemia, las comparativas dejaron de tener sentido”. No obstante, admite que volverá a sentarse con los profesionales del área para tratar de implantarlo.

En opinión de la gerente del Área de Salud de Badajoz, hay además otras posibles soluciones que pueden contribuir a opti-



mizar los resultados en salud, aunque algunas requieren de esfuerzos económicos extra. Por un lado, considera imprescindible, “empoderar a los pacientes, dándoles toda la información, de modo que conozcan lo que cuesta, por ejemplo, mantener un quirófano abierto y, a partir de ahí, que se responsabilicen con la situación y formen parte de las decisiones”. Asimismo, cree que hay que potenciar el rol de Enfermería, que para ella es “el futuro de muchos hospitales”, así como reforzar la Atención Primaria, sobre todo en prevención, aunque eso exige, reconoce, que se apliquen más recursos.

Para Pérez Santamarina, la clave de una buena gestión va a estar en “potenciar el uso los datos, por un lado, para mejorar la toma de decisiones y, por otro, como herramienta predictiva”, así como en hacer un “uso adecuado de la robótica”, la cual ya ofrece resultados que, a su juicio, “compensan las grandes inversiones” que requieren.

También se ha puesto encima de la mesa durante las entrevistas realizadas, la posibilidad de que los recursos que destinan los hospitales a colaborar en la realización de ensayos clínicos, o a ofrecer atención a pacientes de otras CCAA, de otros países, así como de mutuas, reviertan de una forma más directa en el presupuesto de estos, ya que, a día de hoy, suelen ser gestionados a nivel de consejería o servicio de salud. La solución intermedia que se aplica en la mayoría de los casos es la de canalizar algunos de esos fondos, como la remuneración por participación en la investigación o algunas donaciones, a través de fundaciones (IdiPAZ, en el caso de La Paz; Fundesalud en el SES, o Vall d'Hebron Instituto de Investigación y Vall d'Hebron Instituto de Oncología en el caso del centro catalán), entidades que gozan de una mayor flexibilidad en la gestión de recursos que los propios hospitales, explica Pérez-Santamarina ■



La AP
debe ser **visible**
y **querida**
por la **población**
a la que **atendemos**

María del Rocío Hernández Soto

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Texto | N. Lauzirika

Fotos | SEDAP



ENTREVISTA/GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

María del Rocío Hernández Soto

“La AP debe ser visible y querida

por la población a la que atendemos”

Especialista en Pediatría y sus áreas específicas, María del Rocío Hernández Soto es la nueva presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Apasionada de la Atención Primaria, desde marzo de 2019 es la directora gerente del Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte. Con una dilatada trayectoria en puestos de dirección de salud señala, a la Revista EL MÉDICO, que desde la nueva junta que lidera trabajarán por hacer más visible la asistencia del primer nivel sanitario, al tiempo que reconoce que una de las estrategias a reforzar en los puestos directivos/gerenciales es “el liderazgo y la comunicación”.

¿Cuáles son los objetivos que se marca como nueva presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)?

En primer lugar hacer visible la SEDAP al igual que debemos hacer visible la Atención Primaria en nuestro país. Y si me dices que en la pandemia los medios habéis dado a conocer la atención sanitaria en España, tanto en hospitales como en Atención Primaria, queremos que la AP sea visible y querida por la población a la que atendemos. Querida en el sentido de ser valorada, respetada, recomendada porque seamos capaces de resolver sus problemas de salud. Somos una junta directiva con gran conocimiento, compromiso e ilusión y como sociedad nacional queremos aglutinar y coordinar las diferentes iniciativas comunitarias para reforzar la AP a nivel nacional. Queremos que los gestores y profesionales de AP encuentren en nosotros una referencia y vamos a trabajar intensamente para dar una respuesta. Los últimos años debido a la pandemia, la AP se ha visto muy afectada, incluso en sus cimientos podríamos decir, y la SEDAP quiere aportar en esta recuperación.

¿Qué le llevó a aceptar el cargo?

Pues inicialmente responsabilidad y fue fundamental poder contar con el apoyo de profesionales y compañeros con los que he

compartido otros retos a lo largo de mi carrera profesional. A veces pienso que fui muy valiente o muy ingenua, porque es un gran reto y supone mucho trabajo añadido a mi cargo de responsabilidad actual y, por ello, esta es una junta directiva en la que no cabe centrarse en la presidenta, porque somos un gran equipo y todos aportamos mucho. Y bueno, quién podría negarse al encargo que te hace el consejero de Salud y Familias, que deposita su confianza en una.

La AP es el eje vertebrador del SNS, así lo reconocen gestores, políticos, todas las organizaciones sanitarias, pero los profesionales se quejan de que están sobrepasados. ¿Qué piensan/qué harán desde la SEDAP?

La AP es el eje vertebrador o debería ser. Tal y como sabemos por muchos estudios y publicaciones de organismos como la OMS, los sistemas sanitarios eficientes y más potentes son aquellos con una AP fuerte. Eso debe verse reflejado en los presupuestos, en la no politización y en la capacidad de autogestión, además de en una valoración real del trabajo de la AP. Desde la SEDAP queremos participar y aportar en todas las acciones que permitan una reorganización y revalorización de la AP

para atender de la manera más eficiente y de mayor calidad a la población, y con la mejor situación laboral de los profesionales, que son la clave de nuestro sistema.

La Medicina está feminizada. ¿Desde la SEDAP tienen en cuenta la perspectiva de género?

Así es, también la junta directiva tiene mayoría de mujeres, por tanto, somos muy sensibles a esta cuestión y también los compañeros del equipo. Lo somos en nuestros puestos de trabajo.

¿Cuáles son las medidas más urgentes a adoptar en la AP?

En cuanto a la AP tras la pandemia, en mi opinión nos tenemos que reorganizar y esto no quiere decir que no necesitemos más dotación presupuestaria, que sí es necesaria. Los gestores debemos tener como objetivo la eficiencia y la calidad. Damos por hecho la accesibilidad, pero no es la demanda-exigencia del “lo quiero ahora y lo quiero así como yo digo” que a veces se ve en los centros de AP. La falta de atractivo de la AP a los nuevos médicos de familia y enfermeras es uno de los principales problemas a los que hay que dar una solución, que va a requerir también de cierta creatividad. La recuperación de la atención integral a la cronicidad y las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la participación comunitaria son otras de las cuestiones clave para mejorar los resultados en salud de la población española.

¿Directivos y gestores de AP debieran de ser los facilitadores del cambio que precisa la Primaria?

Esta es una cuestión muy discutida, pero para mí está muy clara. Los cambios que hacen falta deben ser llevados a cabo por gestores que sean líderes y con gran conocimiento de la organización en todos los niveles, con experiencia y sin intereses partidistas. Su objetivo debe ser aportar mejoras a las organizaciones teniendo en cuenta a todos los actores intervinientes y el fin último, que es mejorar la salud de la población.

Los profesionales echan en falta el liderazgo y la empatía de los directivos/gerentes de AP. ¿Es una de las asignaturas pendientes?

Teniendo en cuenta que generalizar puede ser injusto, sí creo que debemos mejorar en liderazgo y, por supuesto, en comunicación. Y aquí me permito incluir la inteligencia emocional, como esencial para cuidarnos y para cuidar a los profesionales y compañeros. La capacidad de empatizar es innata y también se puede “aprender”, por ello a nivel de mi trabajo diario insisto en la formación en técnicas de comunicación, que aportan mucho a nivel profesional y sobre todo a nivel personal cuando se ponen en práctica. En la junta directiva, entendimos que esta es una de las asignaturas pendientes o, mejor dicho, una de las estrategias a reforzar y, por ello, una de las vocalías es de liderazgo y otra de comunicación.

¿Es importante la participación de los profesionales en la gestión de Atención Primaria?

Los profesionales son “nuestros pies y nuestras manos”. La gestión que puede hacer cada profesional en su nivel de responsabilidad es mucha, desde la gestión de su agenda de trabajo en consulta, hasta la gestión de sus actividades con la comunidad fuera del centro. Contamos con ellos y esperamos que ellos cuenten y se apoyen en nosotros.

¿Qué habría que hacer para que el paciente sea un paciente empoderado? ¿La



educación de la población en la salud será un pilar para el nuevo modelo asistencial?

La educación para la salud es uno de los pilares fundamentales de la AP y una de las acciones que a largo plazo puede aportar más en la mejora de la salud de la población. En cambio, es una de las estrategias que menos productiva nos parece, no se ven los resultados inmediatos, por ello, en AP es tan importante la longitudinalidad en estas estrategias, pues la continuidad en el tiempo muestra los resultados. Durante los años de la pandemia, la actividad asistencial ha estado marcada por las demandas de cada momento: técnicas de

Los gestores debemos tener como objetivo la eficiencia y la calidad

diagnóstico, seguimientos en domicilio, vacunación. Y la sobrecarga que ha supuesto ha dejado relegada a un segundo plano gran parte de las actividades de educación para la salud, y me consta que ya están siendo, no solo recuperadas, sino también reorientadas y reforzadas. Finalmente, la situación de salud en ocasiones, y hablamos de enfermedades de riesgo cardiovascular, diabetes tipo 2, obesidad, requieren de intervenciones de prevención tempranas que hacemos desde la organización, con ayuda de las corporaciones locales para poder ofertarse a más población, y también requiere, y esto es más complicado, un compromiso individual con la salud de cada uno.



ENTREVISTA/GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

María del Rocío Hernández Soto

¿Hacia dónde cree que debe ir la transformación de la AP para que sea sostenible?

La AP debe orientarse a la prevención de la enfermedad, a una mayor capacidad resolutoria, a un uso eficiente de los recursos, a un desarrollo profesional de todas las categorías profesionales, pudiendo desarrollar la totalidad de sus competencias, a una búsqueda de la excelencia, calidad y seguridad del paciente y hacia actividades y retos que la hagan atractiva a los profesionales: formación continuada, innovación, investigación. Y todo esto, para rizar el rizo, desarrollado por unos equipos de trabajo cohesionados, con profesionales felices, comprometidos e ilusionados, y liderados por líderes expertos, comprometidos, valientes, independientes y facilitadores del desarrollo profesional y más aún, personal de cada uno de los miembros del equipo. Como ves he repetido la palabra comprometidos porque es clave y para ello, la motivación es muy necesaria.

¿Qué papel jugarán los directivos?

El directivo debe ser el facilitador del cambio, para ello, debe tener conciencia de la necesidad de un cambio, formarse, escuchar a todos los clientes internos y externos, innovar y también, si es necesario, copiar iniciativas que estén dando resultados en nuestro país o en países de nuestro entorno con la misma problemática. Y sobre todo, debe ser independiente porque las cuestiones técnicas deben ser resueltas por los más expertos. Con esto no estoy diciendo desligarnos totalmente de la política, pero sí hacer ver y entender las cuestiones técnicas que subyacen a decisiones de los directivos comprometidos y con verdaderas ganas de mejorar la AP, que a largo plazo no solo mejorarán los resultados en salud de la población, sino que nos hará ser más eficientes.

¿Toda la situación de la primaria se solucionaría con más financiación?

Todo, todo no. Podríamos tener un presupuesto muy elevado y no saber invertirlo. Por tanto, sí, a tener el presupuesto necesario, y sí, a la optimización de este presupuesto orientado a las cuestiones priorizadas para aportar más salud.

¿Desde la SEDAP abogan por una AP más comunitaria, más preventiva y más domiciliaria?

Desde nuestro punto de vista, la AP es atendida por médicos y enfermeras de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y ya simplemente la denominación de la especialidad contempla el aspecto comunitario. Y por ello, en los equipos básicos de AP también se incluyen los trabajadores sociales. Los profesionales de AP debemos salir de los centros de salud y acercarnos a la comunidad: asociaciones de vecinos, centros de mayores, centros educativos. Y por supuesto, la atención a las personas inmovilizadas y con graves problemas de salud y fragilidad, pacientes con necesidad de cuidados paliativos, hay que prestarlas en el domicilio, residencia de mayores. Debemos llegar a la ciudadanía y esta es otra de las prioridades en AP desde nuestro punto de vista.

La pandemia aceleró los procesos de digitalización, la IA y otras herramientas sanitarias. ¿Hay que mejorar las competencias de los profesionales?

El aspecto de la digitalización ya está en la agenda de todas las organizaciones en nuestro país. El avance que en esta cuestión ha supuesto la pandemia era impensable, ahora debemos mejorar herramientas que se implantaron por necesidad y mantener las que han probado su eficacia y beneficio, tanto para el paciente como para el

profesional. Desde SEDAP haremos lo posible por difundir la formación y el uso de las herramientas digitales, y al igual que con el liderazgo, esta cuestión es prioritaria y de hecho la vicepresidenta primera es la responsable de la estrategia de digitalización y sistemas de información.

¿Qué le gustaría conseguir en estos cuatro años de presidenta de la SEDAP?

Nuestro reto principal es servir a la AP para conseguir mejorar la calidad de la atención, la satisfacción de los profesionales y la salud de la población que atendemos, haciendo el uso más eficiente de los recursos. También queremos mostrar la AP española para que sea referente a nivel europeo, donde podemos aportar mucho, como se ha demostrado en estos dos últimos años y anteriormente, por nuestra orientación a la promoción de la salud. Hay dos aspectos que deberíamos mejorar en AP a nivel nacional. Uno, es incrementar la cartera de servicios en salud mental, la figura del psicólogo clínico en los centros de AP es muy necesaria. Y el otro es aumentar la presencia de trabajadores sociales más coordinados con el equipo básico de AP y con los trabajadores sociales de las corporaciones locales. Y por último, quiero añadir que soy una apasionada de la Atención Primaria y tengo confianza en que podemos mejorar mucho, los directivos nos debemos a los profesionales y a la población a la que atendemos ■

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





La **salud**
de la **Pediatría**
en **España**
es **preocupante**

Luis Carlos Blesa Baviera

Presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP)

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | AEP



ENTREVISTA

Luis Carlos Blesa Baviera

"La salud de la Pediatría en España es preocupante"

La defensa del modelo pediátrico español y el reconocimiento oficial de las especialidades pediátricas son objetivos prioritarios de la Asociación Española de Pediatría (AEP), presidida por Luis Carlos Blesa Baviera.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios que se ha marcado la junta directiva de la AEP?

Nuestros objetivos prioritarios son, principalmente, dos: la defensa del modelo pediátrico español, que garantiza que todos los niños y adolescentes españoles sean atendidos por pediatras en cualquier nivel asistencial desde el nacimiento hasta los 14-15 años, pues los pediatras somos los profesionales más eficaces y mejor capacitados y formados en el manejo de la salud infantojuvenil; y el reconocimiento oficial de las especialidades pediátricas, igual de necesarias que en la Medicina del adulto, pero que no están reconocidas de forma oficial ni acreditada la formación específica de los especialistas que se entiende indispensable para ello.

¿Cuál es la situación actual de la Pediatría en AP?

Nos gustaría ser más optimistas, pero tenemos razones para la inquietud. Los pediatras españoles atienden a algo más del 15 por ciento de la población española, que corresponde a niños menores de 15 años. En Atención Primaria la situación es especialmente delicada.

España, ¿cuenta con el suficiente número de pediatras?

Hay déficit de profesionales y plazas de Pediatría cubiertas por otros médicos no pediatras, pero el verdadero problema no es solo que falten trabajadores, sino la ausencia de condiciones adecuadas y atractivas de contratación. Urgen medidas reales en el ámbito político, académico y sanitario que proporcionen recursos y hagan atractiva la Atención Primaria para los profesionales egresados. Esperamos que los responsables sanitarios estatales y autonómicos adopten las medidas correspondientes para rectificar esta situación en beneficio de la salud de los niños, adolescentes y de sus familias.

¿Con qué herramientas se cuenta para mejorarla?

La AEP integra a 24 sociedades de especialidades pediátricas, siendo dos de ellas la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPE-AP) que, formando parte del Foro Nacional de Médicos de Atención Primaria (FOMAP), han hecho llegar sus propuestas al Ministerio de Sanidad y a las diferentes consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas.

¿Qué propuestas se han hecho desde la AEP a la Administración?

Algunas de ellas son medidas ya solicitadas y reclamadas hace mucho tiempo, pero, desafortunadamente, la mayoría no

han sido tenidas en cuenta. Nunca será tarde para revertir o, por lo menos, paliar el problema, pero la implementación de dichas medidas es verdaderamente urgente.

Las áreas de capacitación específica en Pediatría son clave para el desarrollo de competencias de los pediatras, ¿cómo mejoran la asistencia infantojuvenil?

La gran amplitud de conocimientos y habilidades necesarias, así como los progresivamente cada vez mayores avances técnicos y tecnológicos de la Medicina, obligan a la especialización de la profesión pediátrica. Es indudable su necesidad en la salud infantojuvenil, del mismo modo que en la Medicina del adulto. Los logros conseguidos en calidad asistencial y resultados en salud son de los mejores del mundo, pero su formación y acreditación debe estar reconocida oficialmente y de una forma homogénea y reglada.

Hace unos meses, el Gobierno anunció que no creará un área de capacitación específica en Pediatría para AP, ¿cómo han recibido este anuncio?

No coincidimos con las previsiones oficiales respecto a las necesidades presentes ni futuras de pediatras ni consideramos adecuada la respuesta ofrecida. De hecho, nos oponemos totalmente a lo manifestado por el Gobierno. La formación específica de los pediatras que ejercen su profesión en Atención Primaria redundan en excelentes resultados en salud y es necesario reconocerla. No es comprensible que para la atención sanitaria en Atención Primaria de la población adulta se exija una especialidad, como es la Medicina de Familia, y no se contemple un área de capacitación específica (ACE) de Pediatría para la Atención Primaria de la población infantojuvenil. La Pediatría de Aten-

ción Primaria tiene un papel clave dentro del modelo asistencial pediátrico español. Se trata de profesionales altamente resolutivos que solucionan más del 90 por ciento de las demandas de salud de la población infantil y adolescente, supervisan su crecimiento y desarrollo y participan, junto con las enfermeras pediátricas, en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud.

¿Cuáles pueden ser las consecuencias?

Este modelo de éxito está en peligro si no se toman en consideración y se implementan con urgencia las medidas largamente reclamadas por nuestro colectivo. Actualmente, un 30 por ciento de los niños carece de atención pediátrica específica debido a una falta de previsión que ha conducido a un déficit crónico de especialistas en el primer nivel asistencial, que todavía será mayor al no garantizarse el relevo generacional de los profesionales pediátricos próximos a jubilarse. Sin una Pediatría de Atención Primaria que funcione, el sistema caerá en cascada, y la Pediatría Hospitalaria se verá también gravemente afectada

¿En qué áreas deberían estar más presentes los pediatras?

Probablemente deberíamos tener mayor presencia en el ámbito educativo y comunitario, así como en las áreas de decisión de la gestión sanitaria y de las universidades, pues las necesidades en salud infanto-juvenil no siempre están presentes en estas instituciones y organismos.

¿Cómo pueden fomentar las pautas preventivas entre los ciudadanos?

De una forma conjunta, especialmente con el resto de los profesionales sanitarios, pero también, con las autoridades administrativas y políticas, el ámbito educativo, las instituciones civiles, la industria, los medios de comunicación e información, etcétera. La sociedad en general debe tener presente que las medidas más efica-



ces y coste-efectivas en el ámbito de la salud son las realizadas a nivel preventivo y, en ellas, el papel de la Atención Primaria es fundamental.

Tras estos años, ¿cómo está la salud de la Pediatría en España?

Se podría resumir en una palabra: preocupante.

¿Qué demandas asistenciales se han incorporado tras la pandemia?

La pandemia ha puesto de manifiesto algunas de las fortalezas de nuestro sistema sanitario, pero, aún más, ha puesto de relevancia sus carencias y debilidades, mucho tiempo ocultas y no atendidas. Las necesidades son físicas y biológicas, pero también psicológicas y sociales, como corresponde a una visión global e integral de la salud. La población necesita ser atendida en sus demandas de una forma coherente y proporcional. Es necesario dotar a la Sanidad de los suficientes recursos humanos, materiales y presupuestarios, pero también la

población debe de saber hacer un buen uso, y no un abuso, del sistema sanitario.

¿Les preocupa la salud mental infanto-juvenil?

Por supuesto, desde una visión global de la salud. Un fenómeno al que prestamos atención creciente es el de los rápidos cambios sociales y familiares que ha experimentado la sociedad española en los últimos años, porque están condicionando los estilos de vida y la salud en estos grupos de edad y propiciando nuevas necesidades asistenciales. La migración, la marginalización, el maltrato y la violencia, el abuso de tóxicos, las enfermedades de

transmisión sexual o los crecientes problemas de salud mental en la población infantil y adolescente plantean nuevos retos en las consultas del pediatra.

transmisión sexual o los crecientes problemas de salud mental en la población infantil y adolescente plantean nuevos retos en las consultas del pediatra.

En este sentido, ¿cómo están trabajando?

En nuestro último congreso nacional se presentaron los datos de una encuesta llevada a cabo por el Grupo de Trabajo

Todas las especialidades pediátricas son necesarias y nuestro trabajo en común, coordinado y con protocolos consensuados, es muy relevante



ENTREVISTA

Luis Carlos Blesa Baviera

Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia, integrado por la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (SPI-AEP), la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Según este sondeo, en el que participaron más de 1.000 pediatras de diferentes ámbitos asistenciales, en torno al 95 por ciento admiten estar muy preocupado por el incremento de los problemas de salud mental de la población pediátrica y refieren tener una formación insuficiente en esta área.

¿Cómo se puede trabajar para detectar dichas patologías de forma más precoz? ¿Es necesario un manejo coordinado con Psiquiatría/Psicología?

En primer lugar, aumentando los recursos destinados a este problema, que, actualmente, son muy insuficientes. Importancia capital tiene la coordinación con los diferentes estamentos sociales y educativos. Y, por supuesto, el trabajo conjunto con los psicólogos y psiquiatras es fundamental. Desde Pediatría planteamos la necesidad de mejorar la formación en salud mental de todos los pediatras, incorporando tres meses de rotación en servicios de atención a salud mental durante la residencia; mejorar la coordinación entre pediatras de Atención

Primaria y los equipos de salud mental integrados por enfermeras, psiquiatras y psicólogos; fomentar planes preventivos a nivel autonómico, como el cribado de la depresión aprobado en el País Vasco, que realizará un control de salud mental a todos los niños y niñas en la revisión de los 12 años, y mejorar la comunicación, no solo de los profesionales de la salud que

tratan con este tipo de pacientes, sino también de sus familias.

¿Con qué otras especialidades tienen más relación, tanto desde el punto de vista asistencial, formativo e investigador?

Todas las especialidades pediátricas son necesarias y nuestro trabajo en común, coordinado y con protocolos consensuados, es muy relevante. Las especialidades pediátricas, muchas veces en el ámbito hospitalario, tienen una gran relación con otras especialidades equivalentes de adultos y con otras transversales, como radiólogos, microbiólogos, analistas de laboratorio, genetistas, cirujanos, traumatólogos, anestelistas... En el ámbito de la Atención Primaria, nuestra relación es muy estrecha con las enfermeras pediátricas, pero también con los médicos de familia y otros profesionales de este sector: matronas, odontopediatras, trabajadores sociales, etc.

¿Qué papel tiene FACME en esta relación?

Como federación nacional que reúne a las sociedades científico-médicas, su papel es muy relevante, pues aúna los esfuerzos y trabajos realizados en aquellas tareas que requieren de la participación de distintas entidades.

Este papel integrador y coordinador es, dentro de la complejidad de la Medicina, muy necesario.

¿Tienen relación con sociedades europeas e internacionales?

Sí, como no podría ser de otra forma. La AEP participa en distintos foros europeos

e internacionales. Por poner un ejemplo, con evidentes lazos emocionales e históricos, la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).

¿Cuál es la participación de sus socios en los foros internacionales?

La Pediatría española tiene una gran consideración y la participación de nuestros socios se realiza de diferentes formas, en ocasiones a título personal, y, en otras, a título corporativo, como integrantes de las diferentes sociedades, plataformas, comités y grupos de trabajo presentes en la AEP.

Con respecto a la investigación, ¿cuál es la situación y qué medidas quieren tomar para fomentarla?

Siempre hemos dicho y reivindicaremos que la labor de cualquier pediatra, independientemente de donde trabaje, tiene un evidente y prioritario componente asistencial, pero también, y no menos importantes, docente e investigador. Se deben de habilitar los recursos suficientes, especialmente de disponibilidad de tiempo, para poder dedicarse a todos ellos. En este sentido, la AEP cuenta con una herramienta clave, la Fundación Española de Pediatría (FEP) cuyo objetivo es apoyar, fomentar e impulsar la investigación y la formación en temas relacionados con la Pediatría y la salud y el bienestar del niño y el adolescente y sus familias. La institución destina cada año una partida económica relevante a apoyar diferentes líneas de actuación a propuesta de sus comités y grupos de trabajo y, en ocasiones, a instancias de la propia entidad, siempre con el foco puesto en dar respuesta a las demandas y necesidades del momento percibidas por el colectivo profesional pediátrico. Conocer estas necesidades nos permite identificar y priorizar aquellas líneas de investigación de mayor impacto en cada ámbito. Además, contamos con nuestra plataforma INVEST-AEP, para fomentar la investigación básica y clínica competitiva y de calidad en Pediatría ■



¿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



MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO



Verano 2022.

Todas las claves
de la **Sanidad**

Texto  Eva Fariña

Fotos  EL MÉDICO



Durante del verano del 22, el protagonismo de la COVID-19 ha sido mucho menor que hace uno y dos veranos; por el contrario, en los últimos meses ha aumentado la información relativa a la viruela del mono.

Las principales novedades, en ambos casos, se han referido principalmente a la vacunación. Por un lado, las comunidades autónomas ya están preparando las campañas para este octubre, especialmente de gripe y de COVID-19.

Por el momento, la falta de vacunas para la viruela del mono ha obligado a las autoridades sanitarias a destinar estos fármacos a los colectivos de riesgo. Precisamente este ha sido uno de los temas abordados en la XL Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), celebrada a finales de agosto en San Sebastián.

Infradiagnóstico de la viruela del mono

Los epidemiólogos han alertado del infradiagnóstico de la viruela del mono en España. Además, también han criticado el retraso de la notificación, lo que dificulta el control del brote.

Respecto al coronavirus, a 30 de agosto las comunidades autónomas habían notificado 9.554 nuevos casos de COVID-19, frente a 29.645 el mismo día de la semana anterior. De esos casos notificados, 8.984 eran mayores de 60 años, según el Ministerio de Sanidad. En definitiva, los contagios se han reducido de forma paulatina durante el verano, tras la última gran ola de ómicron registrada durante el pasado mes de junio y principios de julio.

Relevo en la Dirección General de la Cartera Común

En el ámbito del Ministerio de Sanidad, este verano ha destacado el relevo de Patricia Lacruz por César Hernández. El hasta ahora jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es el nuevo director general de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Farmacia.

Las primeras reacciones al nombramiento de César Hernández han sido positivas. Uno de los primeros en pronunciarse ha sido Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

“Esperamos recuperar el tiempo perdido, ya que son muchos los retos de la Farmacia a corto y medio plazo”, ha dicho Jesús Aguilar. “Esperamos mayor voluntad de diálogo por parte del director general, y que de nuevo la profesión farmacéutica pueda recuperar un interlocutor para avanzar en las necesidades de un colectivo esencial en el conjunto del sistema sanitario”, ha añadido.

La enfermera Catalina García, consejera de Andalucía

Otro nombramiento destacado ha sido el de la enfermera Catalina García Carrasco como consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. De esta forma, Juanma Moreno, presidente de la Junta, ha modificado la anterior Consejería dirigida por Jesús Aguirre. El exconsejero ha sido elegido presidente del Parlamento andaluz gracias a los votos del Partido Popular.

La enfermera Catalina García, consejera de Andalucía

Otro nombramiento destacado ha sido el de la enfermera Catalina García Carrasco como consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. De esta forma, Juanma Moreno, presidente de la Junta, ha modificado la anterior Consejería dirigida por Jesús Aguirre. El exconsejero ha sido elegido presidente del Parlamento andaluz gracias a los votos del Partido Popular.

El sindicato Satse ha subrayado que García Carrasco, exviceconsejera de la Consejería de Salud y Familias en la pasada legislatura,

“es una gran conocedora de la situación actual de la Sanidad andaluza y de sus profesionales”.

Remedios Martín preside semFYC

También ha habido relevo en la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Así, Remedios Martín Álvarez es la nueva presidenta tras su nombramiento durante el XLII Congreso de la semFYC. “Estoy orgullosa de ser médica de familia y trabajaré para recuperar el prestigio de la especialidad”, ha manifestado.

La candidatura encabezada por Remedios Martín era la única que se presentaba a esta elección. Susana Aldecoa, Gisela Galindo y Paula Chao ocuparán las tres vicepresidencias de la SemFYC.

Verano sanitario de 2022: recursos humanos

Durante este verano sanitario de 2022 el Ministerio de Sanidad ha publicado que el Gobierno va a convocar 11.112 plazas de Formación Sanitaria Especializada en 2023. Carolina Darías, ministra de Sanidad, ha indicado que esta convocatoria supone un 38 por ciento de incremento, unas 3.000 plazas más con respecto a junio de 2018.

En concreto, 8.503 plazas serán para médicos internos residentes (MIR), con un 4 por ciento más; 1.953 para enfermeros (EIR), con un 7 por ciento de incremento; 227 para Psicología (11 por ciento más) y 60 para Biología (30 por ciento más). En cuanto a las plazas de Farmacia, la cifra se aproxima a 300.

En total, habrá 486 plazas más a nivel general que el año pasado, alrededor de un 5 por ciento más, de las que 323 serán de Medicina y 73 de Medicina Familiar y Comunitaria. “Provisionalmente” unas 20 plazas serán para la especialidad de



nueva creación de Psiquiatría Infantil y Adolescencia, pero el Gobierno confía en que “se pueda incrementar”.

Además, durante este verano sanitario de 2022 se han conocido diversos estudios o informes relativos a los recursos humanos en el sistema sanitario español. Por ejemplo, se ha sabido que Andalucía, Cataluña y Madrid tienen 139.548 médicos colegiados, el 49,2 por

Andalucía, Cataluña y Madrid tienen 139.548 médicos colegiados, el 49,2 por ciento del total de España

ciento del total de España. El resto de comunidades y ciudades autónomas cuenta con 144.263 médicos colegiados, es decir, el 50,8 por ciento. Así se ha desprendido de un informe realizado por el Centro de Estudios Sindical Médico Granada que lidera Vicente Matas.

Respecto a la jubilación anticipada del médico, otro informe del Sindicato Médico de

Granada ha apuntado que supone un recorte sobre la pensión inicial reconocida por la que se ha cotizado de hasta el 21 por ciento. También conlleva otro recorte adicional de hasta el 4 por ciento si finalmente la pensión queda por encima de la pensión máxima, si se adelanta dos años.

“Tras la pandemia, las condiciones laborales se han deteriorado. Es muy posible que muchos médicos quieran una jubilación anticipada de forma voluntaria. Para evitarlo, resulta prioritario mejorar sus condiciones”, ha dicho Vicente Matas, autor de ambos informes ■



En **nuestro país**
se **hace**
Radiología
de **excelencia**

Asunción Torregrosa Andrés

Presidenta de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos SERAM/EL MÉDICO



ENTREVISTA

Asunción Torregrosa Andrés

“En nuestro país se hace Radiología de excelencia”

Asunción Torregrosa Andrés preside la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Entre sus objetivos está aumentar la visibilidad de su sociedad y velar por los intereses de sus socios.

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

Entre nuestros objetivos prioritarios está aumentar la visibilidad de la especialidad y de los profesionales que participan en ella, fundamentalmente entre la población general, instituciones, medios de comunicación y otras especialidades. De manera genérica, velar por los intereses de la especialidad de Radiodiagnóstico, tanto desde el punto de vista científico como profesional.

¿Qué papel tiene la Radiología en el proceso asistencial?

La mayoría de los procesos asistenciales en la práctica médica actual se basan en pruebas de imagen realizadas en los servicios de Radiología. Participamos en la toma de decisiones de innumerables procesos, tanto diagnósticos como terapéuticos. Por tanto, nuestro papel es determinante.

¿Qué importancia tiene la formación de los médicos residentes y los que ya han terminado la formación en sus objetivos?

Somos una sociedad científica y profesional para la que la formación constituye un gran porcentaje de nuestra actividad. Esta no se centra solo en el congreso nacional que se celebra cada dos años, sino con múl-

tiples actividades presenciales y virtuales que organizamos conjuntamente con otras sociedades radiológicas, con las secciones y filiales de la SERAM y, con otras especialidades médicas. Esto último, la multidisciplinariedad o el compartir el conocimiento es de suma importancia en la práctica médica actual para beneficio del paciente.

Con respecto a las subespecialidades, ¿se deben potenciar? ¿En qué áreas?

Sin duda, el presente y el futuro de la especialidad se basan en la subespecialización; es decir, la excelencia se alcanza con el máximo conocimiento en cada una de las áreas que conocemos como órgano-sistema (abdomen, neuro, musculoesquelético, pediatría, área de la mujer, cardio-tórax y vascular-intervencionista). Aumentar un año el tiempo de formación en Radiología elevaría el grado de conocimiento de los residentes en cada una de las áreas. En concreto, Radiología Vascular e Intervencionista, al menos, necesita un área de capacitación específica que ya está dimensionada por la Sociedad Española de Radiología Vascular e Intervencionista (SERVEI) y esperando que el Ministerio de Sanidad la ponga en marcha.

¿En qué pilares se sostiene el desarrollo profesional del radiólogo?

Sobre todo en la formación continuada, el equipamiento tecnológico adecuado, el trabajo e interacción con otros especialistas, y por supuesto, unas condiciones laborales

dignas del trabajo y el nivel de responsabilidad desarrollado.

¿Cómo se adapta la formación a la innovación tecnológica?

Los radiólogos somos los médicos con más capacidad de adaptación a los cambios tecnológicos por la idiosincrasia de la especialidad. Por tanto, adaptamos la formación a la innovación tecnológica de manera natural, del mismo modo que hacemos con la práctica asistencial o la investigación. El gran desarrollo tecnológico de los últimos 20 años ha aumentado el grueso del conocimiento en Radiología que no abarcan los cuatro años de la formación de los residentes.

¿Qué aporta la Inteligencia Artificial y el Big Data a la Radiología?

Ambas disciplinas ofrecen ayuda al diagnóstico y, por consiguiente, al manejo de los pacientes.

Y, ¿la Radiómica y la Radiología personalizada?

Permiten optimizar e individualizar el tratamiento en función de las características intrínsecas de los tumores obtenidas de las imágenes radiológicas. Es un avance muy importante en la Medicina actual y futura.

¿Cómo se debe hacer frente a la obsolescencia de la tecnología?

No dejando que ocurra. Ahora bien, el recambio de los equipos debe hacerse de manera planificada y con la participación de los profesionales. Si llega dinero de Europa hay que aprovecharlo, pero no se pue-

La mayoría de los procesos asistenciales en la práctica médica actual se basan en pruebas de imagen realizadas en los servicios de Radiología

Sin duda, el presente y el futuro de la especialidad se basan en la subespecialización

de permitir trabajar con equipos con 20 años de funcionamiento. Y, esto es lo que ha puesto de manifiesto el plan INVEAT.

¿Qué problemas aparecen si se utiliza tecnología “antigua”?

La utilización de esta tecnología supone un mayor tiempo de adquisición de imágenes, menor resolución de las mismas, menor control de la dosis de radiación, menor calidad de imagen..., en definitiva, limitaciones que afectan directamente a la capacidad diagnóstica y terapéutica de los radiólogos.

¿Cómo repercute en la asistencia?

Sin duda, repercute directamente en la atención al paciente.

¿Hay equidad de acceso a los nuevos equipos en todo el territorio nacional?

El plan INVEAT ha favorecido el acceso a la tecnología en toda España. Sin él, mi opinión, es que no la hay. Hay diferencias notables entre las distintas comunidades autónomas.

¿Cuáles son las especialidades con las que tienen más relación?

De las quirúrgicas, con Neurocirugía, Traumatología, Cirugía General, Cirugía Vascul ar y Otorrinolaringología. De las médicas, con Oncología Médica y Radioterapia, Gastroenterología, Neurología, Cardiología, Neumología, Medicina Interna y Pediatría. También interactuamos con Anatomía Patológica, por la clásica correlación radiopatológica, y cada vez más con Alergología, por los medios de contraste. Me gustaría destacar la cada vez más frecuente relación con

Los radiólogos somos los médicos con más capacidad de adaptación a los cambios tecnológicos por la idiosincrasia de la especialidad

los ingenieros biomédicos, científicos de datos y otros tecnólogos.

Con respecto a los países de nuestro entorno, ¿cómo está la Radiología española?

Al mismo nivel. En nuestro país se hace Radiología de excelencia. No obstante,

siempre hay que mirarse en espejos cercanos. Para ello, mantenemos relaciones estrechas con países como Italia y Francia.

¿Existe presencia de radiólogos españoles en los foros científicos internacionales?

Absolutamente, sí y cada vez más. De hecho, somos muy respetados entre nuestros colegas de otros países.

¿España cuenta con el suficiente número de radiólogos?

Definitivamente, no. No nos gustaría “morir de éxito”. No solamente se solucionaría aumentando las plazas MIR, sino aligerando los trámites burocráticos de contratación de radiólogos no comunitarios formados en España y poner las medidas necesarias para evitar la fuga de talento.

¿Cómo han vivido estos dos años de pandemia?

Adaptando los servicios a la particularidad de una pandemia motivada por un patógeno desconocido y de transmisión respiratoria. Intentando que los pacientes no COVID mantuvieran la atención médica necesaria en función de su patología. Pedimos perdón si no lo hemos conseguido, pero nos hemos dejado la piel en ello ■

La multidisciplinariedad es de suma importancia en la práctica médica actual





Radiología. Diagnóstico, intervencionismo y futuro

El origen de la Radiología se marca en el año 1895 con el descubrimiento por W. Roentgen de un nuevo tipo de energía: los Rayos X. A partir de este momento se inicia un proceso de desarrollo tecnológico continuo de la mano de la física, la química, la ingeniería y la informática que ha llevado a convertir a la especialidad de Radiodiagnóstico en uno de los pilares fundamentales de la atención sanitaria en la actualidad.

Texto | Dr. Eduardo Álvarez-Hornia Pérez

Fotos | SERAM



INFORME

Radiología. Diagnóstico, intervencionismo y futuro

Según la OMS, el 80 por ciento de las decisiones médicas en nuestro entorno se toman basándose en pruebas radiológicas, con un papel esencial de la imagen médica (en todas sus variedades) en el diagnóstico, seguimiento e incluso en el tratamiento del paciente.

¿Cuáles son esas técnicas de imagen más habituales?

La radiología simple (“las placas de rayos X”) sigue siendo la exploración más realizada en los servicios de radiodiagnóstico. Las ventajas de su utilización son sobradamente conocidas: amplia disponibilidad, fácil realización, reproductibilidad, coste, seguridad y gran rendimiento diagnóstico especialmente en valoración del tórax y lesiones del hueso.

La Tomografía Computarizada (TC) también utiliza rayos X pero en este caso no obtiene una imagen única en un solo plano. El tubo gira alrededor del paciente emitiendo rayos X que son recogidos por una placa con múltiples detectores. Se realiza un barrido del territorio a explorar y mediante procesamiento informático se obtienen las imágenes volumétricas con las que reconstruir en cualquier plano del espacio o en forma tridimensional.

La TC tiene una gran resolución espacial permitiendo ver lesiones milimétricas que no son detectables en los estudios de radiología simple y por su rapidez y precisión, es la técnica ideal para la patología urgente, permitiendo estudios de cuerpo completo en una única y rápida exploración.

La mamografía es otra prueba basada en los rayos X, que se utiliza para el estudio del tejido mamario. Es la técnica fundamental de los programas de detección precoz del cáncer de mama y junto con la eco y la RM, son los grandes pilares del manejo de la patología mamaria. Actualmente, los equipos digitales aportan

una gran calidad de imagen y una mínima radiación y los equipos modernos con tomosíntesis permiten una evaluación volumétrica de la mama (ya no son sólo imágenes en un plano). En los últimos años también se ha desarrollado la ma-

mografía con contraste para mejor caracterización de lesiones.

La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen que utiliza los ultrasonidos como fuente de producción de imágenes.



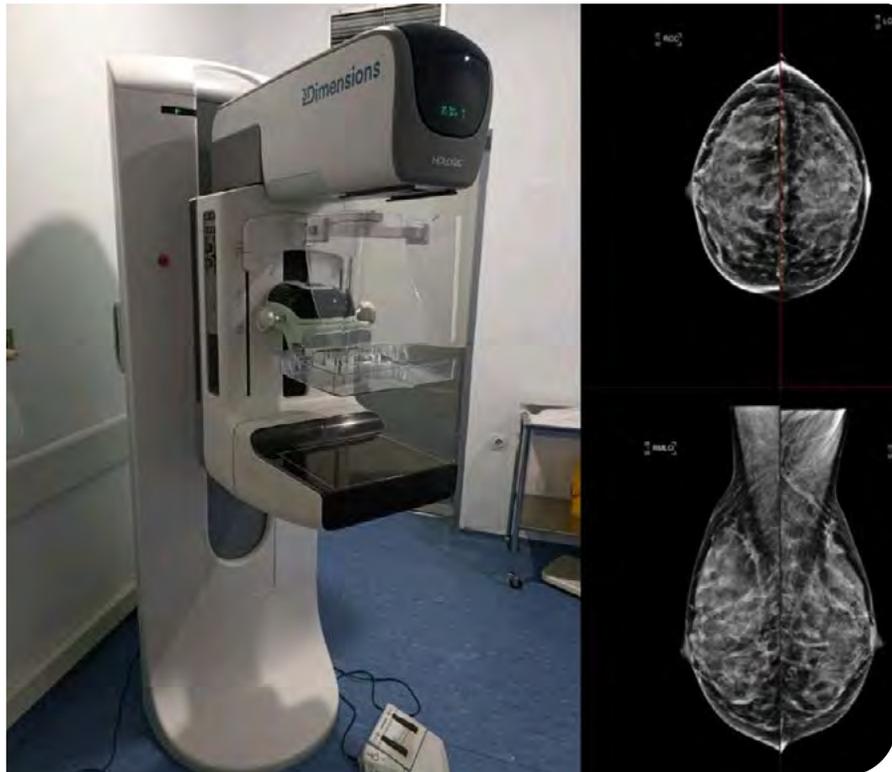
Por su coste, disponibilidad, portabilidad, versatilidad y posibilidad de realizar una exploración dinámica escuchando activamente al paciente es una técnica que tiene una altísima rentabilidad diagnóstica y múltiples campos de aplicación. La principal limitación de la ecografía viene determinada por las alteraciones a la transmisión del sonido en el hueso y en el aire, lo que hace que la ecografía tenga dificultad para evaluar estructuras con aire (como el pulmón) o protegidas por hueso.

La Resonancia Magnética (RM) es una técnica de diagnóstico radiológico basada en la respuesta de los tejidos al ser sometidos a un campo magnético muy potente y excitados mediante pulsos de radiofrecuencia.

El funcionamiento de la RM es complejo e implica múltiples procesos físicos. Los estudios son largos y la colaboración del paciente es muy importante. La seguridad es un elemento fundamental en la prueba, siendo imprescindible conocer si el paciente es portador de algún dispositivo incompatible.

La RM permite obtener imágenes en múltiples planos y secuencias que proporcionan una información tanto morfológica como funcional. Su principal ventaja sobre otros métodos de imagen es la alta resolución de contraste que permite estudiar los tejidos con gran detalle y la hace especialmente útil para la valoración del sistema nervioso, las estructuras músculo-articulares y estudiar lesiones viscerales.

En todas las pruebas de imagen pueden emplearse medios de contraste, que son fármacos específicos que favorecen la visualización y el estudio de tejidos, cavidades o lesiones. La finalidad de los medios de contraste no es sólo el estudio morfológico de las estructuras, sino que también pueden aportar información funcional y





INFORME

Radiología. Diagnóstico, intervencionismo y futuro



dinámica y permiten distinguir tejidos sanos de enfermos.

Los principales contrastes

- **Contrastes gastrointestinales:** se administran por vía oral, rectal (enema opaco), por estomas o a través de catéteres con el fin de evaluar posibles alteraciones en la pared y en la luz del tubo digestivo.
- **Contrastes intracavitarios:** rellenan trayectos fistulosos (fistulografía) o cavidades anatómicas como la vejiga (cistografía) o el útero (histerosalpingografía) y permiten valorar alteraciones morfológicas.
- **Contrastes intravasculares:** existen distintos contrastes con composiciones diferentes según la técnica de imagen. En el caso de las pruebas basadas en rayos X son fundamentalmente compuestos derivados del Iodo. Para la RM

el contraste es totalmente diferente y el compuesto principal es el Gadolinio. En el caso de la ecografía el contraste está formado por burbujas de gas, siendo el compuesto principal el hexafluoruro de azufre.

En todas las técnicas de imagen es el radiólogo, como médico especialista, el que planifica cómo debe realizarse la exploración, determina si el contraste es necesario o si hacen falta pruebas complementarias para completar la valoración del paciente.

Radiodiagnóstico... pero no solo diagnóstico

Además de la vertiente diagnóstica, la Radiología tiene una faceta cada vez más intervencionista: Todas las técnicas radio-

lógicas permiten realizar procedimientos intervencionistas, tanto para el diagnóstico (punciones con aguja fina o biopsias con

Según la OMS, el 80 por ciento de las decisiones médicas en nuestro entorno se toman basándose en pruebas radiológicas

aguja gruesa) como para el tratamiento, aumentando día a día el número de patologías que pueden ser tratadas con técnicas mínimamente invasivas por los radiólogos intervencionistas. La selección de la técnica más adecuada va a depender de las características de la lesión y del paciente, la disponibilidad de equipamiento y la experiencia de los radiólogos.

El futuro

Los principales avances de las técnicas de imagen siguen unas líneas comunes para todas las modalidades: Optimizar tiempos y flujos de trabajo para hacer más ágil el manejo e intentar disminuir las listas de



espera. Buscar el mejor rendimiento diagnóstico con la mayor seguridad y confort para el paciente. Disminuir radiación, tiempo de exploración, ruido, etc.

Los equipos de TC de última generación (doble energía, TC espectral, contaje de fotones) permiten aumentar la discriminación de tejidos incluso sin contraste y disminuyen las dosis de radiación.

Los equipos de RM intentan aumentar la comodidad del paciente y cada vez existe mayor desarrollo de las técnicas que aportan información de la funcionalidad y no sólo de la morfología.

La ecografía tiene cada vez equipos de mayor resolución y que permiten estudios multiparamétricos, en los que valoramos la anatomía y otros parámetros como la ri-

gidez del tejido (elastografía) o su vascularización (con estudios Doppler o con contraste).

La Radiología es una especialidad “joven” y con un desarrollo tecnológico constante y especialmente vertiginoso

en los últimos 20 años, que no tiene miedo al cambio y a la modernidad. En los últimos años están incorporándose nuevas herramientas que mejoran la comunicación como la impresión de modelos 3D, herramientas que mejoran el pro-

ceso diagnóstico como la radiómica (que convierte imágenes en datos cuantificables y nos permite detectar patrones relacionados con agresividad o respuesta al tratamiento de algunas lesiones) o la inteligencia artificial que permite automatizar algunas tareas de clasificación e

incluso de detección de lesiones. Todas estas técnicas novedosas van a permitir extraer más información de las exploraciones, pero al mismo tiempo generan mucha más información que requiere tiempo y dedicación de los radiólogos para ser valorada.

La amplia variedad de técnicas de imagen disponibles, con sus distintas ventajas y limitaciones, hace que el papel de los radiólogos sea fundamental: aplicar la exploración más adecuada y velar por el uso correcto de las pruebas de imagen haciendo una medicina eficiente y orientada a las necesidades individuales de cada paciente.

El radiólogo actual no es sólo un especialista que interpreta imágenes y realiza informes sino un clínico más, un médico consultor que resuelve las dudas de otros especialistas, que participa activamente en los comités multidisciplinares y realiza no sólo diagnóstico, sino también intervencionismo mínimamente invasivo guiado por imagen ■

El radiólogo actual no es solo un especialista que interpreta imágenes y realiza informes sino un clínico más, un médico consultor que resuelve las dudas de otros especialistas



El cambio cultural en la organización, clave para la transformación digital

La transformación digital, inteligencia artificial u otras herramientas que vengan de la mano de la digitalización y las nuevas tecnologías están presentes en los procesos clínicos y en la gestión. Patricia Alonso Fernández, médica adjunta del Servicio de Admisión en Hospital Clínico San Carlos y miembro de la Junta Directiva de SEDISA; y Candela Calle, directora general de la Fundación San Francisco de Asís y miembro de la Junta Directiva de SEDISA, explican cómo se están implantando dichos aspectos en el día a día de la gestión.

Texto | Clara Simón

Fotos | EL MÉDICO



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ REPORTAJE

El cambio cultural en la organización, clave para la transformación digital

La transformación digital mueve a una organización de un mundo definido, en el mejor de los casos, por procesos, orientados generalmente a la eficiencia y la calidad, a un mundo basado en los datos, que ponen mucha más claridad sobre qué es lo que a la gente le importa; los resultados y la experiencia. “El elemento más importante de la transformación digital es el cambio cultural que debe de realizar la organización, dado que puede implicar la reelaboración de la mayoría o de todas las áreas dentro de una organización, así como de las habilidades e interacciones de los equipos e, incluso, del propio concepto de valor”, asegura Patricia Alonso Fernández.

Tal y como detalla, “la transformación digital aporta la posibilidad de contar con información no solo sobre el qué, sino también sobre el cómo, cuándo, dónde y por qué”.

Estos son los elementos que ayudan a analizar y predecir patrones y tendencias, que permiten optimizar la gestión de recursos e imprimirán agilidad en la toma de decisiones y la corrección de estas, de los elementos clave en el entorno actual.

Este análisis se ha convertido en uno de los grandes aliados a la hora de hacer un análisis prospectivo, y no solo “forense”, de la actividad gestora, de la eficiencia operativa de los procesos y recursos, de los resultados en salud...

Optimización de procesos

Fruto de la interrelación entre los datos y los procesos, la transformación digital cambia estos últimos, permitiendo salir del permanente esfuerzo en obtener unos procesos optimizados, para centrarse en aquellos que sí deben de realizarse, aunque sea de una forma diferente.

Por ejemplo, en este sentido, la minería de procesos ayuda a conocer cómo los pro-

cesos se desvían del “debe ser”, qué problemas hay y qué se puede optimizar del proceso. Esto es aplicable a cualquier área dentro del sistema sanitario, desde unidades clínicas, al área de planificación asistencial, al de compras, al de mantenimiento, etc.

Para la experta, se parte de la idea de que la transformación digital es la aplicación de tecnología digital a cualquier proceso, producto o incluso estrategia, de manera que este pueda modificar la forma en la que se gestiona, mejorando los resultados del mismo en términos de valor para cualquiera de los actores del sistema. Por ello, “casi cualquier herramienta que genere datos, o más específicamente datos de calidad, se convierten en elemento clave del ecosistema sobre el que se asienta la transformación digital”.

Experiencia acumulada

En su opinión, en los procesos clínicos es donde se lleva más tiempo trabajando en este campo. Actualmente, “sabemos que el *Internet of Things* (IoT), el análisis masivo de datos mediante inteligencia artificial y el *machine learning*, la minería de datos... nos permiten enfoques predictivos que nos ayudan a tomar decisiones clínicas, generan alertas para actuar de forma proactiva con los usuarios, ayudan a establecer unos itinerarios de atención diferentes para cada paciente en función de determinadas variables clínicas, a predecir la respuesta a tratamientos, etc. Su aplicación a procesos asistenciales probablemente es casi infinita”.

En ese sentido, un reto interesante sobre el que se está trabajando es la implementación de la información sobre resultados y experiencia de paciente para que la res-

puesta que ofrezca el sistema sanitario sea cada vez más personalizada y acorde a las prioridades y necesidades que tienen los usuarios.

Agilidad en la toma de decisiones

Eso, absolutamente trasladable en términos de experiencia de empleado, “también es parte clave de lo que se debe entender como transformación digital de los centros, aunque aparentemente no cuen-

te con el glamur que ofrecen las grandes herramientas tecnológicas”, indica Patricia Alonso, quien añade que probablemente las ventajas más importantes se basen en la agilidad y la mejora en la

toma de decisiones, en la simulación de escenarios y los análisis posteriores que permitan la corrección de estas decisiones.

A esto hay que añadir la mejora los resultados en términos de valor, que puede ser diferente para cada una de las partes del sistema, de la accesibilidad basada, además, en la prevención activa, y la mejora de la experiencia de pacientes y de los propios profesionales.

En resumen, unas mejoras en términos de gestión sanitaria que, de la mano de la transformación digital, salvan vidas.

Generar un nuevo valor

Por su parte, Candela Calle recuerda que los avances tecnológicos y los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales están impulsando una transformación importante en las organizaciones sanitarias.

De hecho, la tecnología ya hace años que entró en el hospital, en los procesos diagnósticos y de tratamientos, y en el campo de la gestión, con los cuadros de mando.



Hoy en día, la tecnología es un factor clave para la mejora de los procesos para la productividad, la innovación, la competitividad y, sobre todo, para la gestión de los hospitales.

En su opinión, la tecnología es clave para generar un nuevo valor, tener resultados en un momento determinado y ser transparente. Además, “nos ayuda a ser más eficientes. Los directivos necesitamos soluciones rápidas para afrontar los retos provocados por la velocidad de los cambios que se están produciendo en nuestras organizaciones, si no lo hacemos, nos quedaremos atrás. Los cambios de hábitos, la pandemia por la COVID-19 y la digitalización están provocando una gran transformación en los centros sanitarios y debemos abordarlo de la mejor manera”.

Indicadores

Todas las instituciones tienen un cuadro de mando con diferentes indicadores y esto ayuda a los directivos a marcar la ruta a seguir para llevar a cabo una buena gobernanza en las instituciones. “Con el cuadro de mando conocemos a tiempo real lo que sucede, disponemos de una visión global y

real que nos facilita la toma de decisiones, permitiendo actuar de forma ágil ante incidencias, detectar las tendencias y orientarnos hacia el cliente. Utilizar el cuadro de mando para monitorizar todos los parámetros y disponer de una imagen real de lo que ocurre dentro y fuera de la misma es una buena herramienta digital para directivos y gerentes”, detalla Candela Calle,

Los cambios de hábitos, la pandemia por la COVID-19 y la digitalización están provocando una gran transformación en los centros sanitarios y debemos abordarlo de la mejor manera

quien añade que “la tecnología nos ayuda a hacer buenos diagnósticos a las personas enfermas y a los directivos nos ayuda a conocer cuál es la temperatura de la organización y su evolución desde un punto de vista global. Gracias a la tecnología tenemos datos de todo tipo para hacer un buen diagnóstico de hacia dónde debemos ir”.

Retos futuros

Con respecto al futuro, la experta subraya dos grandes retos. El primero pasa por el cambio de hábitos y forma de trabajar de los profesionales. “Esto representa un cambio cultural importante que necesitamos abordar. Hemos de dotar a los profesionales en habilidades digitales, dotar en *soft-skills* y pensar en nuevas formas de trabajar. Estamos hablando de liderar de forma diferente para hacer organizaciones

más virtuales y adaptarnos con agilidad a un entorno cambiante”.

El otro gran reto es la ciberseguridad. Actualmente, en los hospitales está todo digitalizado y hay riesgo de sufrir un ciberataque. De hecho, constantemente vemos en las noticias ataques a empresas, universidades y hospitales. Hace unos meses pasó en un hospital catalán y en una universidad. “Sabemos que es imposible estar 100 por cien protegidos ante este tipo de amenazas, pero debemos trabajar para minimizar el riesgo”, propone Candela Calle.

La inteligencia artificial, el *Big Data* y la robótica son una realidad y los directivos se deben preparar para adaptarse y tener instrumentos y mecanismos que permitan ajustar la gestión a estos cambios estructurales que se están viviendo ■

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





Los logros de las sociedades científicas

son los logros
de la **Ciencia**

Pilar Garrido

Presidenta de FACME

Texto Clara Simón Vázquez

Foto FACME



“Los logros de las sociedades científicas son los logros de la Ciencia”

¿Cómo han evolucionado las sociedades científicas en los últimos años?

Las sociedades científicas han ido evolucionando de forma progresiva y notable, sobre todo en los últimos años. Se han ido profesionalizando, apoyándose en estructuras estables, como secretaría, gestión, comunicación..., que ayudan a dar respuesta a las necesidades y consecución de los objetivos de los profesionales a los que representan.

¿Qué papel han tenido en la articulación del SNS?

Las sociedades científicas son las representantes del conocimiento. Las autoridades buscan nuestra interacción para la toma de decisiones, aunque mucho menos de lo que se debería. Su influencia en los ambientes científicos y profesionales debería ser incuestionable y cada vez mayor.

¿Tienen las sociedades científicas el protagonismo que se merecen?

En mi opinión no. FACME está haciendo una labor muy importante para ayudar a que las sociedades científicas tengan el papel que se merecen. Muchas veces las administraciones se apoyan en el hecho de que en ocasiones hay más de una sociedad por especialidad.

¿Qué papel tiene FACME para potenciarlo?

Nuestra respuesta es que para eso está FACME, que puede vertebrar y hacer de nexo para identificar a los verdaderos especialistas de las sociedades implicadas en esa área de conocimiento. Durante estos años hemos demostrado con creces nuestra capacidad. Una de las cosas que no siempre se entiende desde la Adminis-

tración es el elevadísimo nivel de especialización que tenemos. Cuando se busca asesoramiento en un tema concreto las sociedades son capaces de reconocer entre sus pares aquel que cumple los criterios porque es experto en ese tema. Por ello, deberían poder confiar en que nosotros le vamos a proporcionar el/los expertos más adecuados.

¿En qué áreas deben estar fundamentalmente presentes?

Las áreas en las que FACME y las SSCC deberían estar siempre presentes son aquellas en las que se diriman cuestiones científico-técnicas y profesionales. El trabajo que hemos desarrollado desde la pandemia, nuestra implicación y puesta a disposición de las administraciones ha sido reconocida en múltiples ocasiones, por lo que no debería ahora haber un retroceso. FACME ha defendido asimismo la importancia crucial de las sociedades científicas en la formación continuada y especializada.

Desde FACME, ¿cómo se está articulando la formación?

Un ejemplo es el modelo de recertificación profesional, documento consensado por las 46 sociedades científicas federadas, que detalla la estructura básica a seguir para recertificar a los especialistas. Se ha llevado a cabo a través de la revisión de los modelos de desarrollo profesional continuo (DPC) y de recertificación existentes en varias sociedades científicas y que ha tomado también como referencia para posible convalidación los modelos europeos y canadiense. También, en todo lo que tiene que ver con acceso a medicamentos o decisiones de innovación, de tecnología... De hecho, se ha constituido recientemente el Grupo de Trabajo de FACME sobre Evaluación y Financiación Selectiva de Medi-

camentos con el objetivo de proponer mejoras al sistema de evaluación y toma de decisiones sobre la financiación pública de los fármacos.

¿Cómo ha mejorado la formación ofrecida por las sociedades científicas?

Los programas formativos de las sociedades científicas son muy buenos porque somos nosotros los que conocemos nuestras propias necesidades. Es una de sus mayores fortalezas. Dichos programas están fundamentalmente orientados a los profesionales que ya han acabado la formación médica especializada (MIR), aunque también hay programas formativos orientados a complementar su formación. Me gustaría señalar también que la formación está muy alineada con las sociedades europeas, americanas y las guías de práctica clínica internacionales, por lo que tiene mucha solidez.

¿Cuáles han sido los logros obtenidos por las sociedades científicas?

Los logros de las sociedades científicas son los logros de la Ciencia, porque representamos el conocimiento científico. La pandemia de la COVID-19 es un buen ejemplo de lo rápido que se han implementado los logros de la Ciencia. De hecho, se colaboró estrechamente con el Ministerio de Sanidad en la estrategia de vacunación y elaboró distintas recomendaciones para la vacunación contra la COVID-19, además de elaborar recomendaciones en torno a distintos temas como test antigénicos, la actuación en rebrotes y las medidas de protección, entre otros.

¿Cómo se han estructurado y trabajan las SSCC?

Hay muchos modelos y estructuras diversas. Además, casi todas están alineadas

con sus homónimas europeas, norteamericanas o latinoamericanas.

¿Cómo se han ido adaptando a los avances que se han ido produciendo?

Se han ido adaptando progresivamente gracias al esfuerzo, compromiso e interés que tienen los profesionales que están afiliados. Pertenecer a una sociedad científica es una decisión voluntaria que toman la inmensa mayoría de los especialistas, conocedores de lo mucho que aporta estar asociados en términos de acceso a formación y colaboración, por no hablar del compromiso con los pacientes.

¿Están ganando peso las sociedades científicas a la hora de la toma de decisiones?

Estamos logrando poco a poco que las autoridades busquen nuestra interacción, ser reconocidas como la voz experta en los temas que tienen que ver con conocimiento científico y con formación. Pero hay todavía mucho margen de mejora para que se tenga en cuenta tanto a las sociedades científicas a título individual, como a FACME para todos los aspectos transversales, especialmente una vez que parece que lo peor de la pandemia ha pasado. No podemos volver a caer en errores del pasado.

¿Cuál es su relación con las distintas administraciones?

Desde FACME intentamos tener una relación continua en el tiempo y fructífera para las dos partes. Siempre nos ponemos a disposición de las autoridades con la máxima lealtad y transparencia. Además, saben que estamos abiertos a colaborar en las iniciativas concretas que propongan y que estén alineadas con nuestra misión y valores.

¿Se ha avanzado en la relación con las administraciones?

Poco a poco sí se ha ido avanzando. El avance a raíz de la pandemia ha sido im-

portante. En general, están más abiertos y reconocen más nuestra función, aunque me preocupa que esto pueda cambiar cuando ya no haya la urgencia de toma de decisiones que hemos vivido.

¿Se ha mejorado en garantizar la equidad en las distintas comunidades autónomas?

Mientras no tengamos indicadores comunes, decididos de común acuerdo entre administraciones y profesionales y que estén medidos de la misma forma es muy difícil contestar. Los resultados en salud deben ser públicos.

¿Cuáles son las principales trabas con las que se encuentran las sociedades científicas?

La principal traba con la que nos encontramos es el poco reconocimiento al trabajo realizado y el esfuerzo que hay detrás. Todo depende del compromiso individual y de una dedicación de tiempo de los profesionales que ya lo tenemos muy comprometido. A veces es desalentador todo lo que haces y lo poco que llega a la Administración.

¿Cuál es la relación con la industria farmacéutica en investigación y formación?

En España somos buenos en investigación, pero hay que insistir en promover investigación académica liderada por los clínicos para dar respuesta a determinadas preguntas que si no se quedan sin contestar, lo que en estos momentos es extremadamente difícil.

¿Qué han aprendido las sociedades científicas estos años para afrontar los venideros?

Tras la experiencia de la pandemia lo fundamental que todos hemos aprendido es que juntos llegamos mucho más lejos. Además, los médicos hemos demostrado con creces que se puede contar con noso-

tros, que estamos donde se nos necesita. La COVID-19 puso de manifiesto que por encima de todo estaban los pacientes y creo que estuvimos a la altura de las circunstancias. También hemos aprendido que se puede trabajar en un entorno más ágil, con menos burocracia y que se puede poner, de verdad, el foco en el paciente.

¿Qué ha aportado EL MÉDICO al panorama sanitario?

Los medios de comunicación especializados en el ámbito sanitario, como EL MÉDICO, permiten que todos los agentes implicados tengamos canales a través de los cuales nos mantenemos informados de las cuestiones específicas que nos interesan. Han sido los que han logrado que la profesión se abra poco a poco y comparta sus iniciativas y logros, así como los temas que les preocupan. EL MÉDICO, por ser uno de los pioneros en esta asumir esta labor, tiene un valor especial que me gustaría resaltar. Además, cabe destacar que se ha mantenido fiel a los principios éticos de la profesión periodística.

Felicitación a la revista EL MÉDICO

Quiero transmitir en nombre de toda la Junta Directiva de FACME nuestra felicitación a todos los profesionales que trabajan en EL MÉDICO por un aniversario tan importante y desear que siga siendo uno de los medios de referencia durante muchos años más ■

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





saned.
GRUPO

El Médico
Interactivo

El Médico

*Desde 1981
comunicando
en salud*







Los desafíos en salud a debate

Texto y fotos | Nerea Garay



REPORTAJE

Los desafíos en salud, a debate

Bajo el lema “La contribución de la industria farmacéutica a los desafíos de salud”, en el encuentro de la UIMP que contó con el patrocinio de Farmaindustria, se intercambiaron ideas constructivas entre ponentes del sector privado industrial y de las administraciones.

En sus sesiones, y con distintos formatos (conferencias, mesas redondas), celebradas en el Palacio de la Magdalena, se estudiaron cuáles pueden ser los nuevos derroteros de la relación entre salud, investigación biomédica, Sistema Nacional de Salud (SNS), economía e industria farmacéutica poniendo el acento en cómo potenciar las contribuciones de esta.

Porque de lo que no cabe duda es de que la industria farmacéutica va a experimentar importantes transformaciones como contempla la Estrategia Farmacéutica Europea. Los ponentes alertaron de la profunda y extensa reestructuración y progreso del subsector de las vacunas, un nuevo entendimiento de la globalización con una nueva distribución de las cadenas de valor y suministro propiciadora de una cierta reindustrialización y un salto cualitativa en los mecanismos de cooperación científica.

Plan Estratégico

La ministra de Sanidad inauguró las jornadas avanzando que el Gobierno de España ya está trabajando en un nuevo Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica que, entre otros, facilitará el desarrollo en campos como la innovación, el acceso o la sostenibilidad del sector.

“El nuevo Plan supondrá un impulso a las cadenas de suministro y el refuerzo de las necesidades estratégicas del sector y contará con el apoyo de la futura Ley de Garantías y Uso racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios que, al mismo tiempo, va a mejorar sin duda el ecosistema farmacéutico en nuestro país”, avanzó.

Darias aseguró que España tendrá un papel clave en el impulso a la Estrategia Farmacéutica Europea durante la presidencia española del Consejo de la Unión Europea, en el segundo trimestre de 2023.

Defendió asimismo la necesidad de seguir reforzando el carácter estratégico de la industria farmacéutica y de emprender iniciativas que permitan facilitar el desarrollo del sector en nuestro país, asegurando el abastecimiento, la equidad en el acceso a los nuevos tratamientos y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Recordó algunas de las medidas que el Ejecutivo de España ha puesto en marcha para mejorar la prestación farmacéutica en el Estado, como es el caso de la aprobación de la Red de Evaluación de Medicamentos en el SNS, la creación de herramientas como Valtermed, o el impulso dado a la financiación pública de medicamentos huérfanos, que alcanzó su máximo histórico el pasado 2021.

Diálogo con la Administración

En su ponencia “Apuesta de la industria farmacéutica por España”, Juan Yermo, director general de Farmaindustria, habló de “apuesta del sector por España” y subrayó la disposición a trabajar con la Administración en el desarrollo de un Plan Estratégico para la industria farmacéutica que ofrezca estabilidad, predictibilidad y claridad regulatoria a las compañías.

“Es fundamental mantener el diálogo regular con la Administración, buscar consensos y potenciar la colaboración público-privada”, recalzó.

Consideró que los retos y oportunidades que debe contener ese plan, ya previsto

por el Gobierno y sobre el que ya se han mantenido los primeros contactos, se concentran en tres grandes ámbitos: el acceso de los pacientes a la innovación, la investigación biomédica y la producción de medicamentos.

En cuanto al acceso, recordó que este se ha deteriorado mucho en España estos últimos años, alejándonos de los países de referencia europeos, y recordó que Farmaindustria ha presentado una batería de

propuestas a la Administración para conseguir mejorar las tasas de acceso de los pacientes a los nuevos medicamentos, las nuevas terapias y a la innovación incremental.

El Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica facilitará el desarrollo en innovación, acceso y sostenibilidad del sector

En esta línea, insistió en la calidad de inversión -y no tanto de gasto- de los medicamentos, y por tanto de su contribución a la eficiencia: “Aumentan la esperanza y la calidad de vida -explicó Yermo-, mejoran la productividad y reducen otros gastos sanitarios y no sanitarios. Son un *win-win* sin parangón”.

Investigación

En cuanto a la investigación, destacó que España se encuentra entre los primeros países en la realización de ensayos clínicos en todo el mundo, como lo demuestra el hecho de haber sido el primer país de Europa y el cuarto del mundo en ensayos clínicos de potenciales tratamientos contra el coronavirus. “Con una estrategia para potenciar también las fases de investigación básica y preclínica, en un marco regulatorio y de cooperación público-privada adecuado, España se puede consolidar como un gran polo de atracción de inversión en investigación en medicamentos”, subrayó.

El tercer reto y oportunidad, dijo, pasa por fortalecer nuestro tejido industrial



de producción de medicamentos. La respuesta durante la pandemia, donde no se produjeron desabastecimientos de medicamentos, mostró la gran capacidad industrial del sector. Sin embargo, advirtió, el complejo contexto económico y geopolítico actual afecta duramente a la producción, sobre todo a medicamentos con márgenes muy estrechos.

“La competencia de otros países, en particular de las grandes economías emergentes, aumenta, pero en España tenemos las bases apropiadas para convertirnos en un gran *hub* de producción de medicamentos en Europa”, sostuvo.

Estas oportunidades se sustentan, insistió Yermo, no tanto en un deseo cuanto en la realidad del gran peso económico y social del sector farmacéutico en España.

Con este mismo hilo conductor, el director general de Farmaindustria recordó que el sector es, junto a la automoción, líder industrial en inversión en investigación (con más de 1.200 millones anuales destinados a I+D); en productividad y exportación (el

medicamento ya es el cuarto producto más exportado del país), y en empleo de calidad, cualificado, igualitario y diverso (más del 53 por ciento de los puestos de trabajo corresponden a mujeres, y el 45 por ciento de los puestos directivos).

“España está por tanto bien situada para aprovechar esta realidad y convertirla en motor de crecimiento y bienestar. Lo que hace falta ahora es que las palabras se concreten en medidas y acuerdos que proporcionen ese entorno adecuado para el desarrollo de nuestro sector. La convicción, apuesta y compromiso de las compañías farmacéuticas es total”, finalizó.

Producción de medicamentos

El XXI Encuentro de la Industria Farmacéutica Española analizó también la producción de medicamentos en España y los desafíos y oportunidades de la investigación biomédica.

El sector se ha convertido en uno de los principales dinamizadores de la economía española, por sus niveles de producción, exportación, productividad y empleo de calidad.

La exportación marcó en 2021 un récord histórico, con 17.076 millones de euros, lo que convierte al medicamento en el cuarto producto más exportado: representa el 5,4 por ciento de todas las exportaciones que realiza nuestro país.

De hecho, las exportaciones farmacéuticas suponen el 20,4 por ciento del total de estas operaciones en España de productos de alta tecnología, lo que convierte a esta industria, junto con la aeroespacial, en el sector más importante en este ámbito.

España cuenta con una base industrial muy sólida que le permitiría, con una estrategia adecuada, aumentar las capacidades de fabricación de medicamentos, lo que serviría para garantizar el abaste-

Sería una pérdida de oportunidad no hacer una apuesta firme por reforzar el tejido industrial farmacéutico en España



cimiento de medicamentos estratégicos en nuestro país y mejorar la competitividad productiva de la industria farmacéutica a través de su capacitación en conocimiento, tecnología y digitalización.

Estos son algunos de los argumentos esgrimidos en el coloquio sobre el “Presente y futuro de la producción de medicamentos en España”, en el que participaron Nabíl Daoud, director general de Lilly España; Ignasi Biosca, director general de Reig Jofre, y Arantxa Catalán, directora de *Public Affairs* de Sanofi España, bajo la moderación de Javier Urzay, subdirector general de Farmaindustria.

Agilizar el acceso a las terapias

En su intervención advirtieron de que en España existe un retraso de 500 días desde que Europa autoriza una terapia. Por ello, los responsables de las multinacionales farmacéuticas en España sostuvieron que si el Gobierno desea que la inversión se incremente en sus fábricas, al igual que la producción de medicamentos, precisan

agilizar el acceso para las terapias innovadoras.

Daoud, de Lilly España, reconoció que dos de los productos fabricados en Alcobendas no están aprobados todavía en España, por lo que lo exportan todo. “Si vamos a poner una planta en el país para fabricar, por lo menos que se de acceso”, subrayó en plena coincidencia con el resto de los responsables de las multinacionales.

Tras el acceso de César Hernández a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, los responsables farmacéuticos mostraron su confianza en volver al diálogo para agilizar el acceso a los nuevos fármacos.

También demandan las multinacionales una mayor facilidad y agilidad administrativa, un ecosistema público-privado, al tiempo que incentivos en forma de exenciones fiscales.

En esta línea, Farmaindustria tampoco mostró duda alguna de la importancia de optimizar el acceso a los medicamentos para facilitar las inversiones de las multinacionales. Porque, tal y como apuntó Javier Urzay, “el acceso a la innovación es la marca de país. Algunas compañías están estudiando importantes inversiones en España para sustituir a proveedores chinos”, reconoció.

Diálogo con la industria

Precisamente César Hernández en su primera conferencia en calidad de director general de Farmacia aseguró que su objetivo número uno será la reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

“Para ello seguiré hablando con todos los agentes del sector, porque el diálogo no compromete a nada y es bueno porque le-

gitima las decisiones”, apuntó. Una escucha activa, aunque reconoció que “habrá dificultades en el camino y muchos desencuentros, pero también encuentros”, remarcó Hernández.

Hizo hincapié al señalar que ningún director general, ni funcionario del Ministerio de Sanidad ha pretendido ir contra el acceso. “Muchas veces es muy difícil, extremadamente complicado, conciliar el triángulo innovación-acceso-sostenibilidad y no renunciar a ninguno de los tres aspectos”.

Reclamó “responsabilidad” a la industria ya que para que la prestación farmacéutica funcione requiere de una “responsabilidad colectiva”, en la que él intentará, “poner todo de mi parte” para facilitar que todo funcione bien.

Hernández se refirió también a la relación de la industria farmacéutica con Europa. “Quisiera tener la posibilidad de influir desde nuestra posición española, en cómo se hacen las cosas a nivel global”, remarcó

Farmaindustria aboga por el diálogo, el consenso y la colaboración con la Administración

En la jornada de clausura del encuentro de la industria farmacéutica intervino de forma telemática la ministra de Industria, de Comercio y Turismo, Reyes Maroto, quien calificó de “éxito colectivo” la labor del sector de la industria farmacéutica durante la pandemia, ya que “supo aprovechar este contexto para reposicionarse y atraer la fabricación y envasado de vacunas a nuestro país”.

Destacó el “compromiso” de la industria farmacéutica con la innovación y señaló que el objetivo del Gobierno para contribuir a este sector pasa por “abordar una transformación del sector salud con acciones en las que la ciencia, la innovación y la digitalización vayan de la mano para afrontar los nuevos retos sanitarios” ■

Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

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

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



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







La Lección
de
Anatomía
y el Cirio
Ardiendo

Autor  Dr. Ángel Rodríguez Cabezas. Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas. Sociedad Española de Historia de la Medicina



El médico holandés Nicolás Tulp (1593-1674) no ha quedado en el olvido histórico gracias a dos famosos cuadros. Me refiero a las obras *Lección de Anatomía* de Rembrandt (1632) y a un retrato del propio Tulp realizado por N. E. Pickenoy.

Tulp alcanzó gran fama en su tiempo como médico, cirujano y anatomista, oficios que alternó con la política desde el puesto de burgomaestre de Ámsterdam, para el que fue elegido cuatro veces. Era importante, en aquella época, ser buen anatomista, ya que el progreso de la anatomía ayudaba a que la cirugía se convirtiera en una profesión con base científica.

En la *Lección de Anatomía* Nicolás Tulp es el personaje central del cuadro, el tocado con chambergo, el que sujeta con su mano derecha los músculos flexores del

antebrazo. A los treinta y nueve años, los que tenía en el cuadro, Tulp, tutor de anatomía del gremio de cirujanos, era un médico muy culto que alcanzó gran notoriedad por su descripción de la válvula ileo-cecal.

Aunque el cuadro representa una lección de anatomía, de los siete personajes que observan la escena, sólo dos son médicos, los más próximos a Tulp, los que muestran más interés; los demás son grandes burgueses que están atentos y revelan sorpresa ante la pieza anatómica perfectamente destacada por Rembrandt en un mágico alarde de contrastes luminosos.

Nicolás Tulp alcanzó gran fama en su tiempo como médico, cirujano y anatomista

Está demostrado que la disección de aquel cadáver se comenzó el 16 de enero de 1632. El colegio de cirujanos de Ámsterdam no autorizaba más que una disección pública al año, en el cuerpo de un condenado a muerte. La autorización se basaba más en motivaciones teológicas que científicas, pues al hacerlo se intentaba demostrar la sabiduría de Dios al crear al hombre. Era buena fecha, pues durando la intervención varios días, las bajas temperaturas de invierno propiciaban la mejor conservación del cadáver del condenado, en este caso de Aris Kindt,

que fue sentenciado a la pena capital por el delito de robo. La intervención anatómica se realizó en el Anfiteatro Anatómico

ESTE EDIFICIO LO MANDÓ
CONSTRUIR EL PR^o PRIOR
DE LA ORDEN D JERONIMOS
YANEZ DE FIGVERO A. EN
1402 COMO HOSPITAL EN
DE SAN JUAN BAPTISTA
Y EN ESTE HOSPITAL SE
LLEVO A CABO POR PR^o
MERA VEZ EN LOS REINOS
DE ESPAÑA LA DISECCION
DEL CVERPO HVMANO POR
ESPECIAL PRIVILEGIO
DE ROMA



del Colegio de Cirujanos. Entre el atrezo del cuadro se adivina un libro de anatomía, probablemente el de Vesalio de 1543 (*De humana fabrica corporis*). Como puede apreciarse, la composición es razonablemente simétrica, de tal forma que ningún personaje tiene relevancia posicional sobre los demás. Era la norma de la época en los retratos en grupo.

El profesor Tulp sostiene en su mano derecha una pinza que prende la musculatura flexora superficial de los dedos, conclusión fácilmente adoptable al observar la termi-

nación anatómica en múltiples tendones sobre la segunda falange de cada dedo. Sin embargo, en su mano izquierda, semiflexionada, está el significado de la lección. Voluntariamente adopta esta postura para demostrar la función de los músculos que sostiene con la pinza. Es, pues, toda una lección de anatomía funcional.

Otro retrato de Tulp, pintado por Pickenoy, lo representa señalando con su índice un cirio ardiente. En la parte baja una leyenda indica lo que el médico quiso expresar con el ademán: *Aliis inserviendo consumor*

(me consumo para servir a otros). Con esa vela que se extingue dando luz hasta el final quiso significar el servicio a los demás. Luego, el cirio ardiendo fue símbolo de generosidad en mucha iconografía, como la antorcha en la antigüedad lo fue de la vida y la energía, de la lealtad y la veracidad (Olimpiadas). Más tarde, con el sincretismo que utilizó el cristianismo, el cirio sustituyó a la antorcha como símbolo de Cristo, y aún más tarde, en algunos países centroeuropeos el signo del cirio, como simbolismo de abnegación y fidelidad, se extendió a la profesión médica ■



ac



La tualidad del sector



1 de septiembre



El 49,2 por ciento de médicos colegiados trabaja en Andalucía, Cataluña o Madrid. Andalucía, Cataluña y Madrid tienen 139.548 médicos colegiados, el 49,2 por ciento del total de España. El resto de comunidades y ciudades autónomas cuenta con 144.263 médicos colegiados, es decir, el 50,8 por ciento. Son datos de un informe realizado por el Centro de Estudios Sindicato Médico Granada que lidera Vicente Matas. En España se ha producido un incremento de 7.620 médicos colegiados (el 2,8 por ciento) con relación al año pasado y de 64.780 colegiados (el 29,6 por ciento) desde el año 2009. El mayor incremento se ha producido entre los médicos jubilados, que son 3.564 (el 8,1 por ciento) más que el año pasado y 30.461 (el 180,4 por ciento) más que el año 2009. Los médicos en activo se han incrementado en 4.056 (el 1,7 por ciento) con relación al año pasado y en 34.343 (el 17 por ciento) con relación al año 2009. De estos médicos en activo, los menores de 35 años son 58.191 (el 20,5 por ciento del total), entre los que están los MIR, que pueden ser como máximo 30.379. Se han producido incrementos del 6 por ciento desde el año 2020 y del 18,6 por ciento desde el año 2017. Los mayores de 55 años en activo son 80.023 (el 33,8 por ciento del total de activos) cuando en el año 2009 solo eran 44.862 (el 22,2 por ciento del total de activos) ■

5 de septiembre

Un 31 por ciento más de problemas de suministro de medicamentos. Se ha producido durante el primer semestre de 2022 respecto al semestre anterior debido, probablemente, a una mayor concienciación y comunicación de los problemas por parte de la industria y a una mayor capacidad de detección de las autoridades. Lo publicaba la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), dependiente del Ministerio de Sanidad ■

El Ministerio aumenta en un 5 por ciento su oferta de Formación Sanitaria Especializada. Por cuarto año consecutivo, el Ministerio de Sanidad vuelve a lanzar la mayor oferta de Formación Sanitaria Especializada (FSE) de la historia. En esta ocasión, la convocatoria 2022/2023 está conformada por un total de 11.171 plazas. Esto supone que el Ministerio ha aumentado en un 5 por ciento su oferta de Formación Sanitaria Especializada respecto al año anterior. Asimismo, supone un 38 por ciento respecto a hace 4 años. La convocatoria 2022/2023 está conformada por un total de 11.171 plazas. Las pruebas de acceso para las diferentes titulaciones tendrán lugar el 21 de enero de 2023. La estimación inicial es que el inicio de los actos de adjudicación comience en abril, con lo que la incorporación a la plaza adjudicada sería finales del mes de mayo del próximo año. Por titulaciones, a Medicina corresponde un total de 8.550 plazas; a Enfermería, 1.961; a Farmacia, 308; a Psicología, 231; a Biología, 60; a Física: 42; y a Química, 19 ■



6 de septiembre

La Ley de la Ciencia mejora las condiciones. La norma, publicada en el BOE, incorpora numerosas propuestas de CC. OO. que mejoran las condiciones laborales del personal de investigación, y también en el Sistema Nacional de Salud. La nueva Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación recoge importantes avances res-



pecto a las leyes vigentes. Entre otras, la garantía, por primera vez, de una financiación pública de la I+D estable y creciente para converger con Europa. Esta será de un 1,25 por ciento del PIB en 2030. Se establece así un horizonte a medio plazo de financiación de los agentes públicos del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación. Por otra parte, destaca el nuevo 'contrato de actividades científico-técnicas', para el personal de investigación científico y técnico. Este es un contrato indefinido, exento de tasa de reposición, que se usará también para líneas financiadas con fondos europeos ■

14 de septiembre



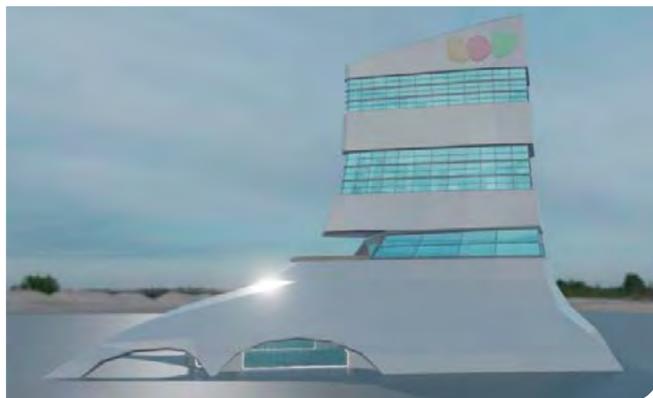
Oscar Zurriaga, presidente de la Sociedad Española de Epidemiología. Óscar Zurriaga ocupaba hasta ahora el cargo de vicepresidente de la sociedad. Es licenciado y doctor en Medicina por la Universidad de Valencia y Máster en Salud Comunitaria. Actualmente, es profesor titular en el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de València. Asimismo, desempeña el cargo de jefe de la Sección de Estudios e Información Epidemiológica en la Generalitat de la Comunidad Valenciana. En los últimos años también ha estado muy ligado al campo de la investigación, ya que lideró el área de Investigación, Innovación Tecnología y Calidad de la Consejería de Sanidad. En esta nueva etapa de dos años, tendrá como reto trabajar para seguir aumentando la visibilidad de la epidemiología. También ampliar la base de la SEE y estrechar su relación con la ciudadanía ■

SEMI reclama formar a más especialistas en Medicina Interna. Tras la oferta, en la última convocatoria de plazas MIR para 2023, de 413 plazas para la formación de especialistas en Medicina Interna en todo el país, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) es insuficiente. Considera que no dará respuesta a la necesidad de más especialistas en la especialidad. Ni siquiera para solventar la falta de relevo generacional de médicos internistas que acusa el SNS. Por eso, pide formar más especialistas en Medicina Interna con este fin. Según uno de los últimos estudios dispo-

nibles sobre déficit de facultativos elaborado conjuntamente por la CESM y la OMC, en 2030 se habrán retirado en torno a 70.000 médicos del SNS ■

16 de septiembre

Se anuncia el primer evento de salud en el Metaverso en España. Se trata del Health Care Congress, una iniciativa de 'Hospital Metaverso'. Su objetivo es abordar cuestiones clave en la aplicación de esta metodología en la gestión, en la prestación y en la organización de los servicios de salud en todas sus dimensiones. Es decir, tanto en la prestación y en la organización de los servicios de salud en todas sus dimensiones. Dispone de un espacio de intercambio directo entre start up's e inversores y se celebrará el 27 de octubre ■



19 de septiembre

CSIF exige equiparación salarial en el SNS. La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) exige al Ministerio de Sanidad la equiparación salarial en el SNS. En concreto, reclama la subida de retribuciones, regulación de trienios y posibilidad de una carrera profesional para todas las trabajadoras fijas e interinos. Esta reivindicación forma parte del conjunto de peticiones





FUE NOTICIA

La actualidad del sector

que el sindicato presentará en la Mesa de Negociación del Ámbito de la Sanidad. Solicita, entre otras, la revisión completa del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, si bien considera que, tras 20 años en vigor, “debe adaptarse a los cambios normativos y a las numerosas sentencias judiciales que lo corrigen”. CSIF también pide que se inicie el procedimiento de rebaja de la edad de la jubilación del personal sanitario. En concreto, mediante coeficientes reductores por peligrosidad y penosidad y el cumplimiento de determinados requisitos. Es decir, tener 60 años de edad, 35 años de cotización en la Seguridad Social y 25 años de servicio en la Administración ■

21 de septiembre

La accesibilidad a Atención Primaria no está garantizada. CC. OO., junto al resto de más de un centenar de organizaciones que integran la plataforma ‘Salvemos la Atención Primaria’, registraba una carta dirigida a la ministra de Sanidad, Carolina Darias, alertando de que, actualmente, la accesibilidad a Atención Primaria no está garantizada. Tal y como reveló el barómetro sanitario del pasado mes de junio, el 65,7 por ciento de las personas que piden cita en Medicina de familia la consiguen después de 48 horas. De esta forma, el tiempo medio de demora de quienes no son atendidos en 24 horas es de 8,8 días. De los mismos, el 62,5 por ciento tienen una demora superior a 6 días. Ante esta situación ‘Salvemos la Atención Primaria’ ha solicitado a la ministra una reunión urgente para abordar esta problemática y medidas para solucionarla. Respecto a las propuestas de la organización para mejorar la accesibilidad a Atención Primaria, destacan las siguientes: publicar periódicamente las demoras para la atención sanitaria en Atención Primaria, en Medicina de familia, Pediatría y Enfermería; garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas; asegurar la atención presencial en aquellos casos en que así sea solicitada por las personas a la hora de pedir cita ■

Carrera profesional para temporales en el SERMAS: una realidad el 1 de octubre. La Comunidad de Madrid implantará el modelo de carrera profesional para el personal temporal del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con efectos de 1 de octubre. Esta medida supondrá mejoras retributivas para más de 22.000 profesionales estatutarios temporales. Los mismos percibirán unos incrementos salariales de hasta los 14.600 euros anuales. Todo ello, dependiendo de la categoría laboral y el nivel. Para esta media, el Gobierno regional destinará 85 millones de euros anuales. En concreto, el plan es comenzar con aquellos interinos que ya tienen el reconocimiento administrativo de nivel correspondiente. Para el resto de personal se implantará el modelo con efecto económico de 1 de enero de 2023, es decir, para antiguos eventuales y sustitutos ■



22 de septiembre

Agustín Albillos, nuevo presidente de la SEPD. Tras la celebración de su LXXXI Congreso Nacional, la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) elige nuevo presidente a Agustín Albillos Martínez, jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) y catedrático de Medicina en la Universidad de Alcalá. Agustín Albillos tiene amplia experiencia dentro de la sociedad. Ya había sido presidente



del Comité Científico entre 2008 y 2015. Además, era vocal de la Junta Directiva desde 2012 hasta la actualidad ■

27 de septiembre



Seram alerta de la falta de radiólogos en España. La Sociedad Española de Radiología Médica (Seram) alerta de la falta de médicos especialistas en Radiología y de técnicos de imagen dentro del sistema sanitario español. Según esta sociedad científica, la mayoría de los servicios de Radiología están un 15-20 por ciento por debajo de las plantillas idóneas ■

Darias anuncia un Plan de Medicina Personalizada. La ministra de Sanidad, Carolina Darias, anuncia que el Gobierno está trabajando en un 'Plan de Medicina Personalizada y de precisión 5P para el Sistema Nacional de Salud (SNS)'. En concreto, este plan busca actualizar a los centros sanitarios públicos. De esta forma, podrán emplear "pruebas genéticas de gran valor para el diagnóstico y pronóstico de enfermedades de alto impacto sanitario y social". También, la ministra ha destacado las medidas contra la temporalidad entre los profesionales sanitarios del sector público, recordando que con las ofertas públicas puestas en marcha "67.000 profesionales sanitarios accederán a la fijeza". Igualmente, ha informado sobre el trabajo en un nuevo marco jurídico "para poner límites" a los contratos temporales ■



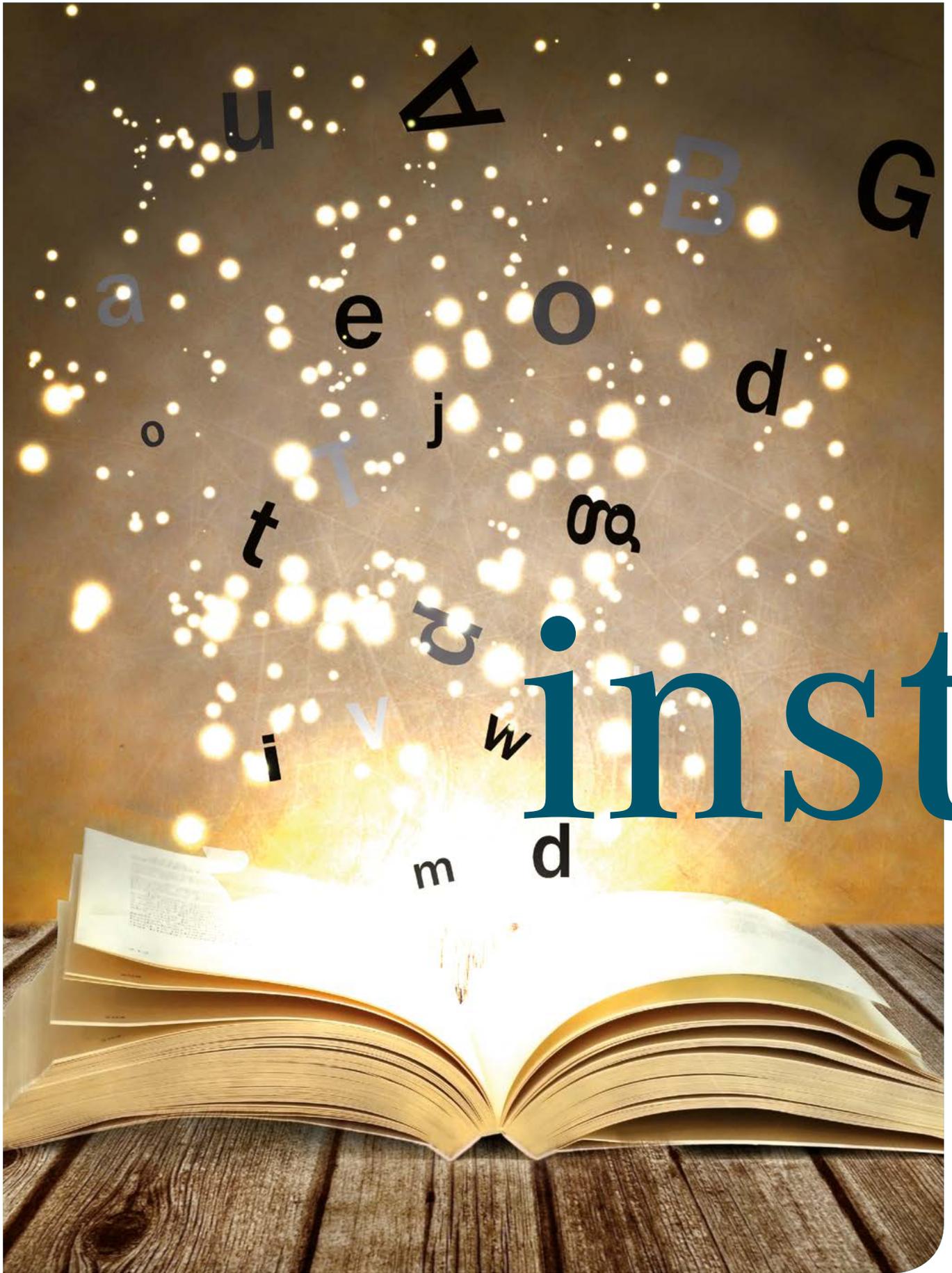
28 de septiembre

Las rentas más bajas pagarán menos por el copago farmacéutico. Durante la celebración del III Observatorio de la Sanidad, el director general de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Farmacia del Ministerio de Sanidad, César Hernández adelantaba que las rentas más bajas pagarán menos por el copago farmacéutico. Este cambio se prevé que esté listo antes de que acabe la legislatura, puesto que se encuadra en la reforma de la Ley de Garantías del Medicamento, que estará antes de final de año. Ha adelantado también que la cartera básica se ampliará, además de con la salud bucodental, con la genética ■

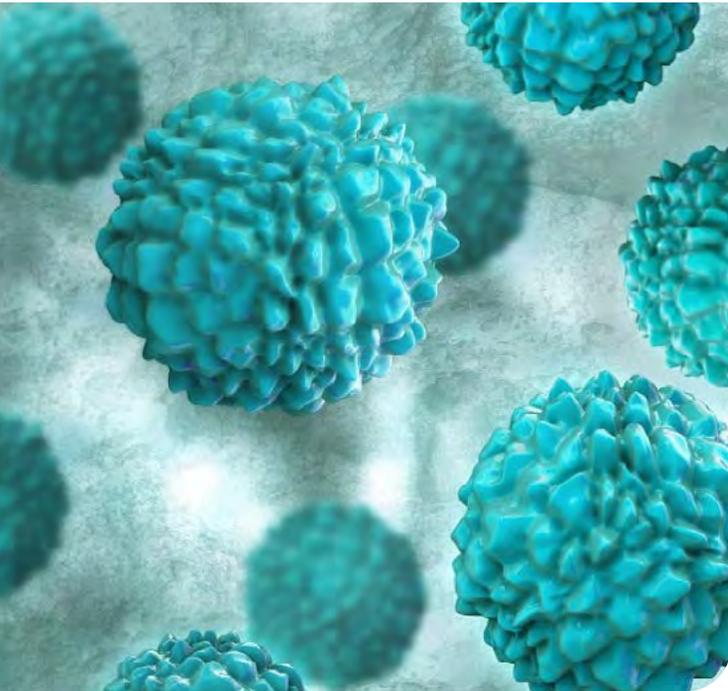
30 de septiembre

"La gestión también salva vidas". Así pusieron de manifiesto los participantes en la mesa "El valor y compromiso de los directivos de la Salud y la Gestión Sanitaria" enmarcada en las XII Jornadas Nacionales de SEDISA, la Sociedad Española de Directivos de la Salud, celebradas en Bilbao. Durante las mismas se hizo especial hincapié en cuestiones como "la gestión será más cercana y eficiente", el valor de la autogestión o las competencias. A este respecto, SEDISA considera que son profesionales y que como tal deben ser tratados. "Si demostramos que tenemos esas competencias, debieran ser similares en todas las CC. AA. para que se incorporen nuestros perfiles de forma homogénea en todo el territorio y no haya discriminación alguna", apuntaron. Por otro lado, junto al Grado en Gestión Sanitaria, SEDISA tiene planteadas otras tres líneas de trabajo propuestas y desarrolladas por el Comité de Profesionalización de la Sociedad. Se habló también de los valores de los directivos: "Los tres más importantes son la ética, la transparencia y el liderazgo; el directivo tiene que tener estos tres valores muy claros", apuntaron al respecto ■

NOTA: Cronología del 1 de septiembre al 30 de septiembre de 2022. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.el-medicointeractivo.com>



La
antánea
médica



Norovirus y la enfermedad de Crohn

Un nuevo estudio podría haber resuelto el misterio que rodea a la enfermedad de Crohn, una enfermedad inflamatoria del intestino en la que las defensas inmunitarias, destinadas a atacar a los microbios invasores, se dirigen por error al propio tracto digestivo del organismo, según publican sus autores en la revista 'Nature'. El norovirus, una infección común que provoca vómitos y diarrea, es uno de los varios virus y bacterias que se cree que desencadenan la aparición de la enfermedad en los pacientes de Crohn, pero se desconoce el motivo. La pista surgió cuando estudios anteriores descubrieron que un determinado cambio genético (mutación) está presente en la mayoría de los pacientes con la enfermedad. Esta mutación hace que las células del revestimiento intestinal sean más vulnerables a los daños. Sin embargo, el misterio se profundizó de nuevo cuando se supo que la mitad de los estadounidenses tienen esta misma mutación genética de riesgo, pero menos de medio millón desarrollan la enfermedad de Crohn. El nuevo trabajo realizado revela por primera vez que, en los individuos sanos, los defensores del sistema inmunitario, denominados células T, segregan una proteína denominada **inhibidor de la apoptosis cinco (API5)**, que indica al sistema inmunitario que debe detener el ataque a las células del revestimiento intestinal ■

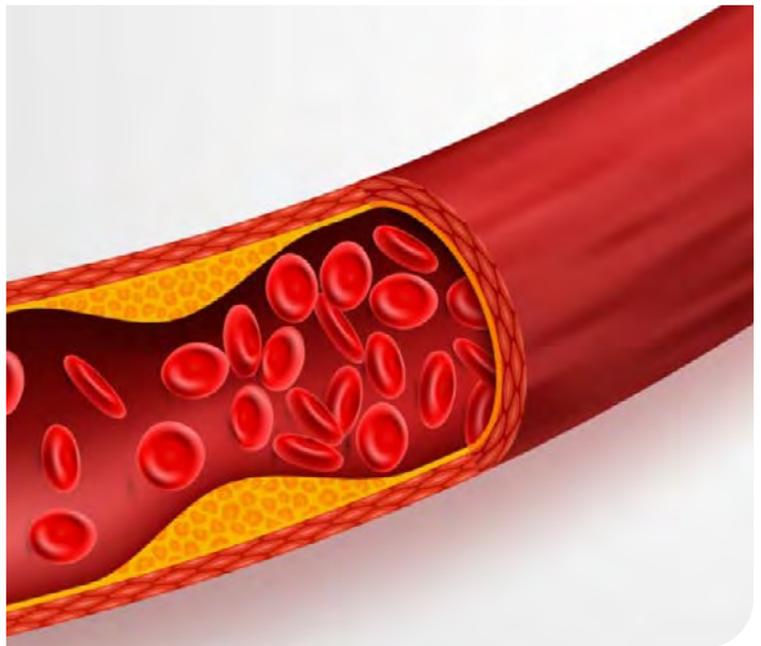
Protección duradera contra la COVID-19

Un estudio en más de 10 millones de habitantes de Carolina del Norte (Estados Unidos) ha demostrado la eficacia de las vacunas contra la COVID-19, las dosis de refuerzo y la infección previa tanto para reducir el riesgo de una futura infección como para evitar la hospitalización y la muerte. La investigación, publicada en la revista científica 'Journal of the American Medical Association (JAMA)', ofrece una imagen más clara de los beneficios que pueden aportar la vacunación y la infección previa, y compara la eficacia de las vacunas y los refuerzos entre quienes tienen y no tienen un caso previo de COVID-19. Además, demuestra la eficacia de la serie primaria de vacunas contra la COVID-19 un año y medio después de su administración. Los resultados también sugieren que la infección por ómicron puede proteger contra la reinfección por esta misma variante, aunque el nivel de protección disminuye con el tiempo. Los investigadores descubrieron que los que recibieron la serie primaria de vacunas tenían menos probabilidades de infectarse o de experimentar resultados graves de la infección que los que no estaban vacunados, incluso después de un año y medio. Los que recibieron una dosis de refuerzo tenían una mayor protección que los que solo recibieron la serie primaria ■



LDLc y enfermedad cardiovascular

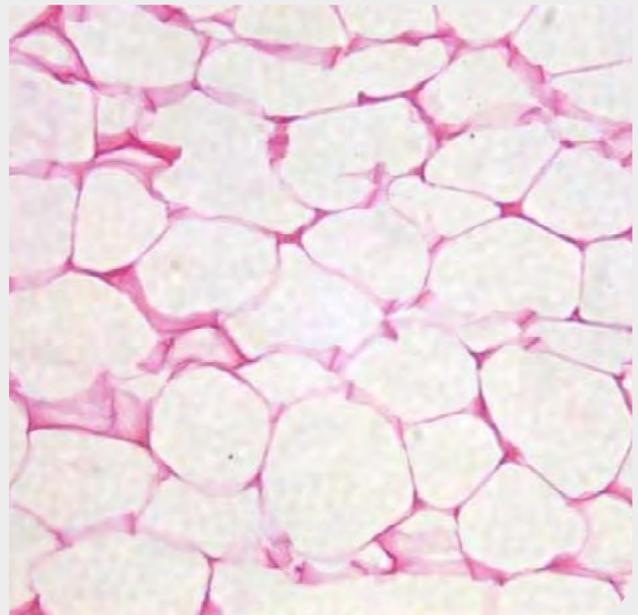
Investigadores de la Universidad Brigham Young (Estados Unidos) y de Nueva Gales del Sur (Australia) han evidenciado que el colesterol LDL, por sí solo, tiene una asociación “muy débil” con la enfermedad cardíaca y el ictus. Asimismo, el trabajo, publicado en la revista ‘Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity’, ha mostrado que cuando las personas con LDL alto y triglicéridos y HDL óptimos recibieron una estatina, no hubo ningún beneficio. “Las personas que no tienen sobrepeso, tienen niveles bajos de azúcar en la sangre, hacen ejercicio y siguen una dieta baja en carbohidratos, por lo general tienen niveles óptimos de triglicéridos y HDL y, a veces, tienen niveles altos de LDL. Nuestros hallazgos muestran que las personas que tienen esta combinación saludable de dieta y estilo de vida, así como LDL alto, no mostraron ningún beneficio al tomar una estatina”, han enfatizado los expertos. Además, consideran que su revisión también desafía la afirmación de larga data de que las dietas bajas en carbohidratos, que a menudo son altas en grasas saturadas (animales), contribuyen a la enfermedad cardíaca. “La presión arterial



alta, la obesidad, el tabaquismo y el nivel alto de azúcar en la sangre son los principales impulsores de las enfermedades cardíacas. El colesterol es un espectador inocente, y las grasas saturadas en la dieta han sido demonizadas inmerecidamente”, han enfatizado ■

El tejido adiposo como reservorio del coronavirus

Un estudio realizado por investigadores de Stanford Medicine (Estados Unidos) ha demostrado que el SARS-CoV-2, el virus que provoca la COVID-19, puede infectar el tejido graso humano. Este fenómeno se observó en experimentos de laboratorio realizados con tejido adiposo extraído de pacientes sometidos a cirugías bariátricas y cardíacas, y posteriormente infectado en una placa de laboratorio con SARS-CoV-2. Además, se confirmó en muestras de autopsia de pacientes fallecidos con COVID-19. La obesidad es un factor de riesgo para la infección por el SARS-CoV-2, así como para la progresión de los pacientes, una vez infectados, hacia la enfermedad grave y la muerte. Las razones ofrecidas para esta mayor vulnerabilidad van desde el deterioro de la respiración resultante de la presión del peso extra, hasta la alteración de la capacidad de respuesta inmunitaria en las personas obesas. Pero el nuevo estudio aporta una razón más directa: el coronavirus puede infectar directamente el tejido adiposo. Esto, a su vez, provoca un



ciclo de replicación viral dentro de las células grasas residentes, o adipocitos, y causa una pronunciada inflamación en las células inmunitarias que se encuentran en el tejido graso. ■



Falta de sueño y enfermedades cardiovasculares



El sueño insuficiente crónico puede afectar negativamente a las células madre inmunitarias, lo que puede provocar trastornos inflamatorios y enfermedades cardiovasculares, según un nuevo estudio de la Escuela de Medicina Icahn del Mount Sinai de Nueva York (Estados Unidos). Más concretamente, perder constantemente una hora y media de sueño por noche aumenta potencialmente el riesgo, advierten. La investigación, publicada en el 'Journal of Experimental Medicine', es la primera que demuestra que el sueño altera la estructura del ADN dentro de las células madre inmunitarias que producen los glóbulos blancos -también conocidas como células inmunitarias- y esto puede tener un impacto duradero en la inflamación y contribuir a las enfermedades inflamatorias. Las células inmunitarias luchan contra las infecciones, pero si el número de estas células es demasiado elevado, reaccionan de forma exagerada y provocan inflamación. El estudio también es el primero en demostrar que recuperar el sueño no revierte los efectos de la interrupción del mismo, resaltan. "Este estudio comienza a identificar los mecanismos biológicos que vinculan el sueño y la salud inmunológica a largo plazo. Demuestra que, tanto en humanos como en ratones, la interrupción del sueño influye profundamente en la programación de las células inmunitarias y en su ritmo de producción, lo que hace que pierdan sus efectos protectores y que, de hecho, empeoren las infecciones, y estos cambios son duraderos.

Tratamiento epigenético en lesiones medulares

Investigadores del Imperial College de Londres (Reino Unido) han demostrado que tratamientos semanales con un activador epigenético pueden ayudar a la regeneración de las neuronas sensoriales y motoras de la médula espinal cuando se administran a ratones 12 semanas después de una lesión grave, según publican en la revista de acceso abierto 'PLOS Biology'. Basándose en su éxito anterior, los investigadores utilizaron una pequeña molécula llamada TTK21 para activar la programación genética que induce la regeneración de los axones en las neuronas. La TTK21 cambia el estado epigenético de los genes activando la familia CBP/p300 de proteínas coactivadoras. El tratamiento comenzó 12 semanas después de la lesión medular grave y duró 10 semanas. Los investigadores descubrieron varias mejoras tras el tratamiento con TTK21 en comparación con el tratamiento de control. El efecto más notable fue un mayor brote de axones en la médula espinal. También descubrieron que la retracción de los axo-



nes motores por encima del punto de la lesión se detuvo, y que el crecimiento de los axones sensoriales aumentó. Estos cambios se debieron probablemente al aumento observado en la expresión de genes relacionados con la regeneración ■

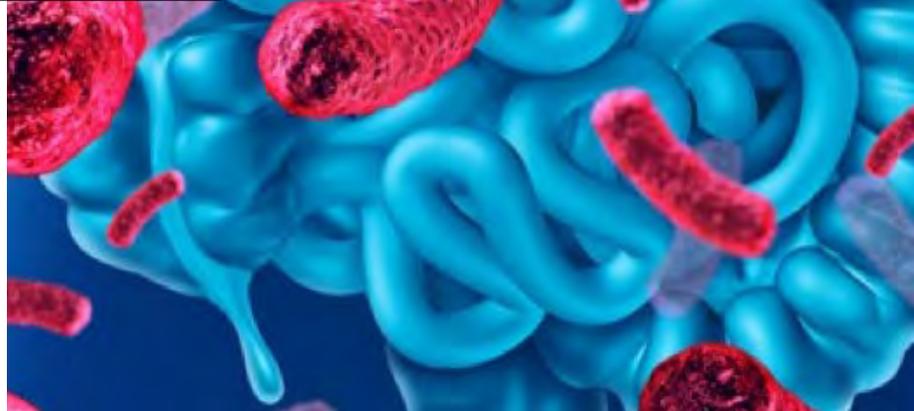
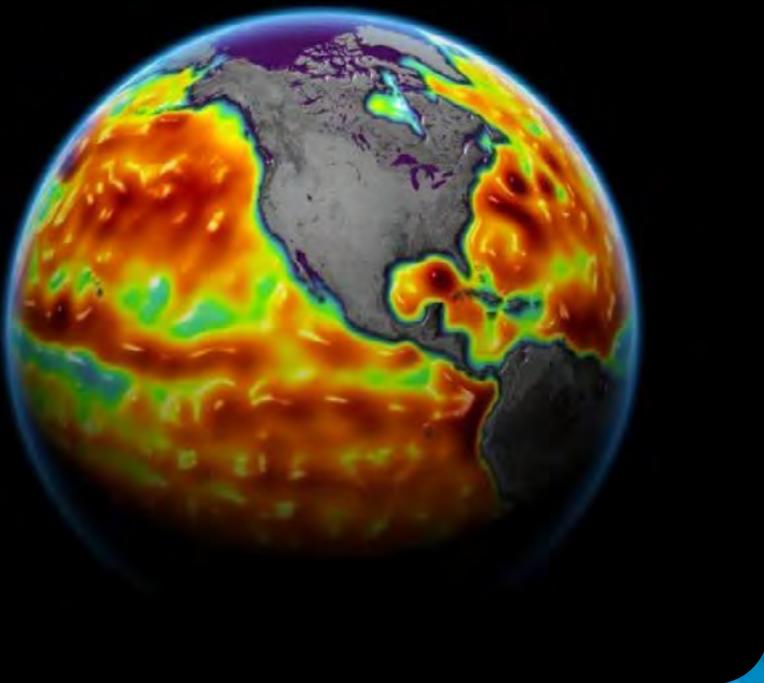
Calentamiento global y enfermedad cardíaca

Un estudio a nivel nacional en Francia ha informado de que, durante la ola de calor de 2019, las temperaturas cálidas estaban estrechamente relacionadas con la pérdida de peso en los pacientes con insuficiencia cardíaca, lo que indica un empeoramiento de su condición, según publican sus autores en 'ESC Heart Failure', una revista de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). "Este estudio es el primero que muestra una relación estricta entre la temperatura ambiente y el peso corporal en pacientes con insuficiencia cardíaca –destaca el autor del estudio, el profesor François Roubille, del Hospital Universi-

tario de Montpellier (Francia)–. El hallazgo es oportuno dadas las olas de calor de este año. La pérdida de peso que observamos en las personas con insuficiencia cardíaca puede provocar una presión arterial baja, especialmente al ponerse de pie, e insuficiencia renal, y es potencialmente mortal. Con la previsión de aumento de las temperaturas en el futuro, los médicos y los pacientes deben estar preparados para reducir la dosis de diuréticos cuando se produzca la pérdida de peso" ■

¿Qué ocurre si se mezclan dos microbiomas intestinales?

Un equipo de investigadores dirigido por el grupo Bork en EMBL Heidelberg en Alemania, junto con sus colaboradores en los Países Bajos y Australia, han iniciado una investigación en la que pretenden saber qué sucede cuando dos microbiomas intestinales se mezclan, y, para ello, van a usar el trasplante de microbiota fecal (FMT, por sus siglas en inglés), que es la transferencia de microbios y fluidos intestinales inferiores de un individuo a otro, para tratar enfermedades inflamatorias del intestino, como la colitis ulcerosa y las infecciones bacterianas. Utilizando datos clínicos y metagenómicos de más de 300 FMT, los investigadores descubrieron que probablemente sea el receptor y no el donante el que determina principalmente la mezcla microbiana resultante de este procedimiento. Esto se basa en un estudio de 2016 del grupo Bork que mostró que las cepas microbianas de un donante pueden coexistir con las de un receptor con síndrome metabólico ■





SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Neumología

EPOC fácil

Coordinación científica: David Palacios y Raúl de Simón

El documento, elaborado por siete médicos de familia, expertos en patología respiratoria, y un especialista en Neumología, ha contado con la colaboración de la compañía farmacéutica AstraZeneca, y muestra de un modo sencillo y práctico el abordaje de las ocho áreas temáticas con mayor relevancia en la EPOC.



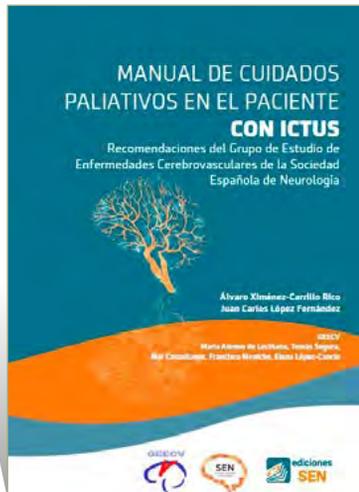
David Palacios, presidente de Semergen Madrid, recuerda que esta obra “es el fruto de meses de reuniones, gestiones y valoraciones buscando optimizar la gestión clínica de los pacientes con EPOC en la Comunidad de Madrid” ■

Neurología

Manual de Cuidados Paliativos en el paciente con ictus

Autores: Álvaro Ximénez-Carrillo y Juan Carlos López

Se trata de una obra que aborda por primera vez las recomendaciones en el ámbito de los cuidados paliativos en el ictus agudo. Su objetivo es ayudar a desarrollar las habilidades necesarias en comunicación, definición de objetivos, toma de decisiones, manejo de síntomas y cuidados específicos en el final de la vida de los pacientes con ictus grave.



Para la elaboración de este manual se ha constituido un comité de redacción y revisión que ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre el tema, incluyendo las guías internacionales disponibles en la actualidad, y se han elaborado unas recomenda-

ciones a partir de los resultados basadas en niveles de evidencia y grados de recomendación según la clasificación de 2016 de la American College of Cardiology (ACC) y American Heart Association (AHA) Task Force.

El Manual revisa de una manera clara y concisa cómo debe desarrollarse el proceso asistencial y cuáles son las herramientas necesarias. Todo ello con las particularidades propias en el manejo del ictus grave como son: premura de tiempos, dificultad o imposibilidad para la comunicación con el paciente, el estrés del acontecimiento y la concatenación de decisiones sobre tratamientos curativos (trombólisis intravenosa y trombectomía) y paliativos.

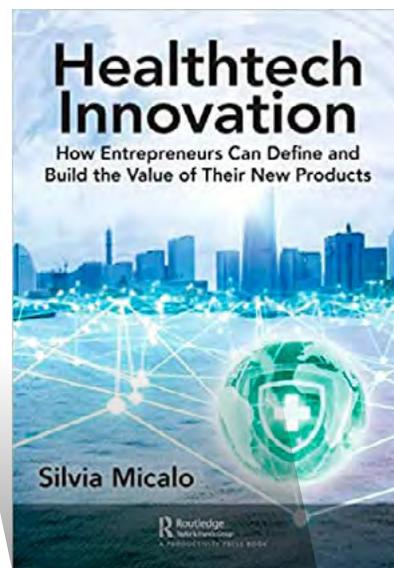
También pone en énfasis cómo la comunicación es una competencia decisiva para mejorar la calidad de la toma de decisiones y la satisfacción del paciente y la familia y, tras repasar conceptos como el de “ensayo terapéutico inicial” y “adecuación del esfuerzo terapéutico”, se revisa el manejo de los síntomas habituales generales y específicos, incluidos los relacionados con el final de la vida, sin que se pierda nunca de vista la multidisciplinariedad de las actuaciones ■

Tecnología

Health Tech Innovation

Autora: Silvia Micalo

Se trata de una guía práctica de supervivencia para emprendedores que luchan por asegurar una posición estratégica dentro del ecosistema de tecnología de la salud. Se espera que para 2026, el tamaño del mercado mundial de salud digital sea de alrededor de 657 mil millones de dólares. Este libro está diseñado para ayudar a los innovadores a navegar este panorama complejo y recientemente volátil. Cubre la estrategia comercial, el marketing, la adquisición de fondos y la operación en un contexto regulatorio global. Está escrito en un lenguaje sencillo, evidenciado por las últimas investigaciones académicas y de la industria, y explicado con ejemplos del mundo real y estudios de casos ■



SOMOS información



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



App Salud Infantil PAPI

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AE-Pap) ha creado una nueva herramienta en forma de app para contribuir a la salud de la infancia y de la adolescencia llamada Salud Infantil PAPI (Programa de Actividades Preventivas de la Infancia).

Se trata de un formato moderno, manejable, estructurado y dinámico que busca empoderar a los padres y a las madres, entregando todos los temas de salud de su hijo/a juntos a través de un código QR para iniciar la descarga del programa.

Se han escrito un total de 339 temas sobre cuidados en salud infantil y adolescente desglosados en nueve tramos de edades diferentes, desde el recién nacido hasta los 13-17 años. Son 194 temas de consejos variados para los familiares, 13 temas para niños de 9 a 12 años, 18 para adolescentes de 13 a 17 y 114 temas para profesionales de la salud infantil. Son temas resumidos seleccionando los consejos más valiosos y con un formato ameno.



Se abordan materias necesarias como la prevención de abusos sexuales, la prevención del acoso y ciberacoso, la parentalidad positiva y coherente, la promoción del buen trato, el estímulo del habla, cómo evitar los tóxicos ambientales, cómo tratar las rabietas, cómo educar a los niños/as con límites, cómo fomentar el uso responsable de los medicamentos, cuándo permitir el uso de los teléfonos móviles, cómo favorecer la promoción de la igualdad, de la salud afectiva y del desarrollo sexual, entre otros ■

TonicApp

Se trata con esta web un espacio online dedicado a concienciar a la población general sobre los avances científicos en medicina de precisión. A través de materiales didácticos y visuales, la web pretende convertirse en un punto de referencia para que todas aquellas personas interesadas puedan conocer mejor lo que la medicina de precisión puede aportar a la mejora de la vida de las personas.



La web también cuenta con un apartado en formato blog que, además de reflexionar sobre las últimas novedades sobre la medicina de precisión, recoge testimonios de pacientes que se han beneficiado de este tipo de tratamientos. El primero de estos testimonios es el de Imanol, un joven de Bilbao al que se le diagnosticó un cáncer cuando era adolescente y que, gracias a un análisis genético, se le pudo tratar con una terapia que resultó eficaz para su patología ■

Keep it ON

Bial España ha puesto en marcha Keep it ON, una plataforma digital que ofrece consejos de nutrición, de actividad física, ejercicios de cognición y de la voz para mantener activos a las personas con párkinson.

En el área de la nutrición, se pueden encontrar consejos y entrevistas de expertos (nutricionistas, logopedas, chefs...), recetas de comidas para las personas con párkinson y especiales para problemas con estreñimiento o disfagia. Dentro de la actividad física, se incluyen rutinas en vídeos de ejercicios especiales, coordinados y presentados por especialistas e incluso ejercicios de baile. También se pueden encontrar ejercicios de cognición y juegos de estimulación cognitiva para el párkinson y actividades para mejorar la memoria, la agilidad y el lenguaje. Y, orientado por un logopeda especialista, se ofrecen ejercicios de voz, clases de música, canciones, retos hablados e incluso representaciones teatrales ■



¿Piensas en cómo vincularte más con tu Barrio?

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



Ya lo estamos haciendo.

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

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

Súmate y descubre cómo puedes PARTICIPAR.



Conoce que:

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

Si quieres AYUDAR en tu Barrio avísanos:

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:**

Indicaciones terapéuticas: Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamonemia. 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. **Anianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los anianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifamicina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Sigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifamicina, rifaximina puede causar una coloración rojiza de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es esencialmente "exento de sodio". **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifamicina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibió las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiepilépticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la C_{max} y el AUC_∞ de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas:** **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes (> 1/10); Frecuentes (> 1/100 a < 1/10); Poco frecuentes (de > 1/1.000 a < 1/100); Raras (> 1/10.000 a < 1/1.000); Muy raras (< 1/10.000); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipostesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presincope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematoquecia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepato biliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullidos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritemas, prurito, púrpura, urticarias. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquimia, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma 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:** Carboximetilalmidón 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:** Alfaisigma, 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.

Formación • Comunicación • Investigación



saned. **40**
GRUPO años *contigo*

tu
éxito
es
nuestro
éxito