

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1236. Mayo 2023

ENTREVISTAS

Tomás Cobo

Presidente del CGCOM

Florentino Pérez

Presidente del CGE

Jesús Aguilar

Presidente del CGCOF

Remedios Martín

Presidenta de semFYC

La AP, prioridad de
los presupuestos
sanitarios de 2023



ATERINA
SULODEXIDA



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

La **protección endotelial** para el sistema venoso

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



ALFASIGMA 
es.alfasigma.com

SUMARIO

EN PORTADA



La AP, prioridad de los presupuestos sanitarios de 2023

El gasto en Sanidad supone la mayor parte de la inversión total de los presupuestos de las Comunidades Autónomas. Prácticamente todas han incrementado de forma sustancial las partidas económicas para sus departamentos de Salud. En este 2023 la AP, que está poniendo "en jaque" al Sistema Nacional de Salud (SNS), se lleva, al igual que el pasado año, la palma de la inversión destinada a Sanidad.

6

ENTREVISTAS



Tomás Cobo

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

14



Florentino Pérez

Presidente del Consejo General de Enfermería (CGE)

22



Jesús Aguilar

Presidente del Consejo General de Enfermería (CGCOF)

30



Remedios Martín

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

46



Daniel Ferrer-Vidal Cortella

Director de Atención Primaria de Tarragona en el Institut Català de la Salut y vocal de la SEDAP

52

SUMARIO

REPORTAJES



Digitalización, elemento clave para mejorar el SNS
38

REPORTAJE/ INNOVACIÓN



Retos en la transformación digital del SNS
58

FORO DE EXPERTOS/ INNOVACIÓN



Circularidad en Salud, ¿es posible?
Silvia Micalo. CEO de Sunshineoxygen
66



OTROS TEMAS

Proyecto FACSIMIL 72
Instantánea Médica 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, Blanca Erce y Beatriz Vadillo

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nekane Lauzirika, Paco Romero, Javier Granda, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Laura Clavijo y Bárbara Fernández.

Agencia: Europa Press.

Marketing: Laura Delgado

Humanidades Médicas: 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.

Imprime: COMECO. *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 El contenido incluido en este medio está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios facultados para prescribir o dispensar medicamentos. Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2023. 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.



Confianza

No es solo una palabra.

Es la tranquilidad que te da saber que ante cualquier situación, tu Seguro de Automóvil **te responderá siempre, y allí donde estés.**

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



Infórmate
en nuestra web



www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 913 43 47 00



La Mutua de los Profesionales Sanitarios... y sus familiares.





Prioridad para la AP, objetivo de unos presupuestos sanitarios expansivos

El gasto en Sanidad supone la mayor parte de la inversión total de los presupuestos de las Comunidades Autónomas. Prácticamente todas han incrementado de forma sustancial las partidas económicas para sus departamentos de Salud. En este 2023 la Atención Primaria, que está poniendo “en jaque” al Sistema Nacional de Salud (SNS), se lleva, al igual que el pasado año, la palma de la inversión destinada a Sanidad. Sin embargo, a pesar del esfuerzo que están realizando, España continúa estando en inversión sanitaria por debajo de la media de los países europeos de referencia.

Texto J N. Lauzirika

Fotos J EL MÉDICO



REPORTAJE PORTADA

Prioridad para la AP, objetivo de unos presupuestos sanitarios expansivos

Los Presupuestos Generales del Estado para 2023 en materia de Sanidad consolidan el compromiso del Gobierno para fortalecer el Sistema Nacional de Salud (SNS), con el objetivo de conseguir un sistema más robusto, más equitativo y moderno, que sea capaz de adaptarse a las necesidades de salud de la población.

Se destinarán 5.511 millones de euros para cubrir los gastos de Sanidad, lo que supondrán un aumento de 77 millones de euros en comparación con el ejercicio anterior.

El desglose de las cuentas públicas revela que un total de 3.010 millones se canalizarán directamente a través del propio Ministerio de Sanidad. Así, el equipo ministerial dispondrá con un 6,4 por ciento más de la financiación para políticas de salud que en el 2022, cuando la partida fue de 2.828 millones de euros.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), aunque valora el esfuerzo presupuestario del Gobierno central y las autonomías, en su análisis sostiene que continúa siendo “insuficiente para las actuales necesidades del SNS”.

El mayor presupuesto por habitante para este año es el de Asturias (2.133,13 euros), junto al País Vasco (2.114) y Navarra (2.019), y el menor el de Madrid (1.446,13 euros), que lo es por cuarto año consecutivo.

ANDALUCÍA



Cifra histórica del 7,4 por ciento del PIB

La consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, Catalina García, destaca con satisfacción el incremento de casi un 11 por ciento del presupuesto de su departamento en los Presupuestos Andaluces para este 2023 respecto a los prorrogados para 2022, hasta alcanzar la cifra récord de 13.837,5 millones de euros.

La inversión en salud, según la responsable del ramo, supera la cifra histórica del 7,4 por ciento del PIB, cuando en 2018 era del 6,1 por ciento, lo que supone que las cuentas han crecido con respecto a ese año en más de 4.000 millones, un 40 por ciento.

Las cuentas son una apuesta clara por la Sanidad Pública con un aumento del gasto medio por habitante hasta los 1.629 euros, lo que supone 460 euros más respecto al último ejercicio socialista.

Cerca de 4.500 millones de euros (30 por ciento) se dirigirán a la Atención Primaria para poner en marcha la nueva Estrategia de Atención Primaria en Andalucía, manteniendo las 400 enfermeras referentes escolares, a las que se suman las 400 enfermeras en consultas de acogida.

Serán unos presupuestos para fidelizar a los profesionales. Así, el gasto de personal del Servicio Andaluz de Salud (SAS) asciende a 6.467 millones, un incremento del 5,63 por ciento.

ARAGÓN



El más elevado de la historia

La Sanidad aragonesa contará con 2.549 millones de euros para Sanidad en 2023, lo que supone 306,1 millones más que en este ejercicio 2022 (13,6 por ciento) y un aumento del 60 por ciento desde 2014. Así lo ha expuesto la consejera de Sanidad del Gobierno de Aragón, Sira Repollés.

Ha defendido que Aragón es la comunidad autónoma en la que el presupuesto en Sanidad “aumenta con mayor intensidad” y desde 2015 se ha incrementado en más de 1.000 millones de euros. Los de este año serán los presupuestos más elevados de la historia.

Se invertirán 1.914,37 millones de euros por habitante, 250 euros más que el año pasado y 722 euros más que en los presu-

puestos de 2015, es decir, ha experimentado un incremento de un 165 por ciento, según han explicado desde el Ejecutivo.

En el caso de la demora terapéutica, la financiación para los conciertos sube casi un 70 por ciento con un millón de euros. También aumenta un 12 por ciento la cuantía prevista para Salud Mental, que supera los 13 millones de euros.

ASTURIAS



Supera los 2.000 euros por habitante

Las cuentas de la Consejería de Salud del Principado de Asturias para 2023 crecen en 159 millones de euros y alcanzan los 2.126 millones de euros, la mayor cuantía de la historia. El Principado superará por primera vez los 2.000 euros de inversión en salud por habitante y año. En concreto, las políticas en esta materia alcanzarán los 2.131,93 euros por persona, una cifra que se sitúa entre las más elevadas del país.

El consejero de Salud, Pablo Fernández, ha señalado que el presupuesto será utilizado para potenciar la Atención Primaria y la red de Salud Mental e impulsar la innovación tecnológica en toda la red pública. “Son los presupuestos más altos de la historia y tienen un objetivo claro: la apuesta por una Sanidad pública universal, equitativa y de calidad”.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) gestionará la mayor parte de los recursos de Salud, concretamente 2.064,4 millones de euros, un 5,4 por ciento más que el presupuesto actual.

El SESPA incrementa la partida para la red de Atención Primaria hasta alcanzar los 578,1 millones de euros, el 28,03 por ciento de su presupuesto. Asimismo, destina a los profesionales de esta red el 25,71 por ciento de los fondos dedicados a Recursos Humanos.

BALEARES



Mejorar la capacidad resolutive de la AP

El Govern contará con un presupuesto de 2.300 millones de euros para políticas de salud, lo que viene a suponer un 10 por ciento más con respecto al ejercicio de 2022. Así, la Consejería de Salud y Consumo aumenta su partida en 48 millones de euros, aunque el grueso en este ámbito se lo lleva el Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salud), 2.193 millones de euros, un 11 por ciento más.

El gasto sanitario per cápita en Baleares ha crecido 104,64 euros, hasta los 1.826,76 euros en 2023. La consejera de Salud, Patricia Gómez, ha destacado su compromiso de mejorar los recursos y la capacidad resolutive de la Atención Primaria al incrementar su partida contemplada en los presupuestos de 2023 de 73,8 millones, hasta llegar a 568 millones de euros. “Es prioritario”, ha recalado.

Respecto a los Recursos Humanos, el presupuesto de 2023 del Servicio de Salud aumenta en 72 millones, con lo que llega a los 1.023,6 millones, e incluye el incremento del 2,5 por ciento en el salario de todos los profesionales o la vuelta a las 35 horas semanales gracias a una inversión de 14 millones.

Este año se realizarán los procesos de oposición para la estabilización de 4.115 plazas de 85 categorías.

CANARIAS



El grueso, a la salud de las personas

El presupuesto del Servicio Canario de Salud (SCS) para este 2023 se incrementa un 9,6 por ciento llegando al umbral de los 3.800 millones. Así lo ha explicado el consejero de Sanidad del Ejecutivo canario, Blas Trujillo.

El dinero correspondiente a Sanidad tiene un peso específico dentro del presupuesto global de la Comunidad Autónoma de un 36,87 por ciento, lo que demuestra la clara apuesta por los servicios públicos esenciales del ejecutivo regional.

En concreto, el 95,5 por ciento del presupuesto del SCS se destina a financiar la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria, lo que constata que el grueso de los recursos se destina a la atención de la salud de las personas.

La dotación para Atención Hospitalaria se incrementa un 9,11 por ciento con un total de 2.443.196.836 euros, lo que supone 211,1 millones más que en 2022. El presupuesto de la Atención Hospitalaria contará con partidas específicas para combatir las listas de espera, para lo que se destinarán 110 millones.

El presupuesto para Atención Primaria es de 1.179.216.452 euros, con un incremento del 9,04 por ciento y 87.139.913 euros más.

CANTABRIA



Consolida el crecimiento en salud

La Sanidad pública cántabra contará en 2023 con un presupuesto de 1.087 millones de euros, 59 millones más que este año, en términos absolutos, destinados a “consolidar el crecimiento experimentado en los últimos ejercicios de los recursos públicos destinados a financiar el sistema sanitario”, ha explicado el consejero Raúl Pesquera.

Las cuentas de su departamento se repartirán entre la Consejería, el órgano de dirección política y estratégica del sistema sanitario de Cantabria, cuya cifra global asciende a 28,9 millones de euros, 2 por encima de los consignados en este ejercicio (un 7,5 por ciento más), y el Servicio Cántabro de Salud (SCS), organismo autónomo responsable de la

prestación de asistencia sanitaria que, con casi un 6 por ciento más de presupuesto, alcanzará los 1.058 millones de euros de montante presupuestario, 58 por encima de los presupuestados en 2022.

El presupuesto del SCS servirá para potenciar la Atención Primaria, cuyo presupuesto total supone casi el 20 por ciento del global del SCS; ordenar eficazmente los recursos humanos y la estabilización; impulsar la salud mental; apostar por políticas de sostenibilidad energética, y seguir impulsando inversiones en alta tecnología con el plan INVEAT y la protonterapia.

CASTILLA Y LEÓN



De cada 3 euros de la Junta, 1,25 irán a Sanidad

La Sanidad de Castilla y León gestionará en el 2023 más de 4.753,2 millones de euros, el 8,9 por ciento, y 386 millones más que en el 2021, cuando se aprobaron los últimos presupuestos autonómicos, un dato récord también en gasto por habitante, que por primera vez superará los 2.000 euros, en concreto 2.054, 163 más que el actual.

El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, ha defendido que con esos presupuestos se mantiene el objetivo de dedicar al menos el 7 por ciento del PIB regional a la Sanidad, y se consolida el peso sanitario dentro de las Cuentas autonómicas, con el 42 por ciento de los créditos para las Consejerías, esto es de “cada 3 euros del presupuesto de la Junta, 1,25 se dedican a la Sanidad”.

El presupuesto destinado a la Sanidad “supone el 34 por ciento del total de la Comunidad”, lo que indica que la Sanidad es “una prioridad política y presupuestaria para esta legislatura”, ha defendido el consejero.

En gastos de personal se cuenta con 2.399 millones, el 50,48 por ciento del presupuesto de la Consejería, para la retribución de los profesionales, que supone un 11,29



REPORTAJE DE PORTADA

Prioridad para la AP, objetivo de unos presupuestos sanitarios expansivos

por ciento más que en 2021, con 244 millones de euros más.

Se dedicará a Atención Primaria un 20,49 por ciento del presupuesto de la Gerencia Regional de Salud, es decir, 783 millones de euros. Y la Atención Especializada tiene la mayor dotación presupuestaria en el ámbito de la Comunidad, con 2.783 millones de euros, lo que supone un incremento del 6,17 por ciento.

CASTILLA-LA MANCHA



Gasto similar al de 2022

El presupuesto de la Consejería de Sanidad para 2023 asciende a 3.678 millones de euros, de los que 3.554,5 corresponden al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), un millón más que el presente ejercicio, y 123,6 al resto de la Consejería (17,5 millones más, el 16,5 por ciento), del que una buena parte, 30 millones, son para vacunas.

El consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, Jesús Fernández Sanz, señala que las principales líneas de actuación de la consejería son la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, la Atención Primaria, la formación de los profesionales y la contratación para estabilizar lo más posible las plantillas y tender a la tasa de eventualidad más baja, de en torno al 7 por ciento.

Con ese presupuesto, similar al del pasado año, el resultado es una inversión diaria de 9,74 millones de euros en Sanidad, frente a los 6,6 millones de euros diarios en 2015, cuando llegó al gobierno.

Respecto a la inversión por persona, en 2015 era de 1.242 euros y en 2023 se al-

canzan los 1.794 euros por persona, y todo ello, con un aumento del número de tarjetas sanitarias de 27.000 desde entonces.

En el capítulo destinado al personal, se van a invertir 1.800 millones de euros, 600 más que en 2015.

COMUNIDAD VALENCIANA



3.888 millones para personal

La Comunidad Valenciana aumenta sus recursos para Sanidad. El Gobierno de la comunidad autónoma destinará 8.258 millones de euros a Sanidad en 2023, unos presupuestos que se incrementan en un 5,3 por ciento respecto a los del año anterior, es decir, casi 420 millones de euros más.

Además, el ejecutivo regional creará 995 plazas más para aumentar el personal de la Sanidad pública y adecuar las plantillas a las necesidades asistenciales actuales.

En cuanto a salud pública, el presupuesto se incrementa un 10 por ciento, hasta 84 millones de euros. Entre otros aspectos, se destinarán 8,2 millones de euros a extender la cobertura de vacunación, de manera que se continuará con la vacunación del papiloma a niños, y se comenzará a vacunar de herpes zóster a personas de 65 y 80 años. Además, se mejorará el sistema vacunal de información.

En gastos de personal se destinarán 3.688 euros millones de euros en 2023. Este incremento de personal va a permitir reforzar los nuevos servicios asistenciales que se van a poner en marcha, como es la futura unidad de referencia de atención a lesionados medulares que se va a abrir en el Hospital La Pedrera en Denia, los nuevos hospitales de día de diabetes

y unidades de pie diabético, así como la atención de los nuevos equipos de diagnóstico y tratamiento de última generación del plan INVEAT.

CATALUÑA



3.000 millones más que en 2022

El conseller de Salud de la Generalitat, Manel Balcells, ha subrayado que con el acuerdo presupuestario entre el Govern y Comuns, se destinará un 20 por ciento del presupuesto de Sanidad a la Atención Primaria, que se verá reforzada como “el pilar básico” del sistema sanitario de Cataluña.

Ha asegurado que son unos presupuestos “expansivos, de más de 3.000 millones sobre los presupuestos anteriores”.

El ejecutivo de Pere Aragonés destinará más del 26,6 por ciento del total de los presupuestos a Sanidad. De los 11.244 millones de euros para salud, 10.798 irán al Servicio Catalán de Salud. Y es que este ente gestiona la mayoría del sistema público sanitario de Cataluña. El dinero para este año supone 1.339,5 millones más que el año pasado.

El gobierno catalán ha incrementado en más de un 32 por ciento el dinero dirigido a la Atención Primaria, a la que destinará 390,4 millones de euros. Del mismo modo, cabe destacar lo dedicado a Salud Mental, que recibirá una partida de 505,1 millones de euros.

Entre los objetivos del Gobierno figuran también que las infraestructuras sanitarias se vean reforzadas.

EXTREMADURA



Para Sanidad, el 28 por ciento del presupuesto total

El Servicio Extremeño de Salud (SES) contará para 2023 con el mayor presupuesto de su historia, al llegar a los 2.185

millones de euros, lo que supone un incremento del 9,8 por ciento con respecto al de 2022 y representa el 28 por ciento del presupuesto total de la Junta de Extremadura.

El incremento presupuestario permitirá al SES seguir apostando por la mejora en digitalización de la Sanidad, reforzando la Atención Primaria, la atención a la salud mental, la salud pública, la formación de residentes, y por mantener, en la medida de lo posible, el poder adquisitivo de los más de 17.000 trabajadores del Servicio Extremeño de Salud.

La comunidad autónoma de Extremadura es la que mayor presupuesto destina per cápita a la Atención Primaria en 2023 euros, con 351,4 euros.

Con el presupuesto del SES, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales tiene una partida global de 2.845 millones de euros, 271 millones más que en 2022, lo que representa un 10,5 por ciento más que en 2022.

El SES, con este presupuesto, podrá dar cobertura a 625.000 estancias hospitalarias, 490.000 urgencias hospitalarias, y más de 13 millones de consultas de medicina y enfermería en los equipos de Atención Primaria.

GALICIA



La mayor subida para la promoción de la salud

El conselleiro de Sanidad, Julio García Comesaña, ha explicado que los presupuestos del departamento de la Xunta alcanzarán en 2023, los 4.972 millones de euros. Esta partida representa el 39 por ciento del total del gasto autonómico, registrando una subida de 383 millones respecto del vigente año (incremento del 8,4 por ciento).

De acuerdo con los diferentes programas presupuestarios de la Sanidad pública ga-



llega, la mayor subida se produce en el ámbito de la protección y promoción de la salud pública, con un ascenso del 17,1 por ciento, hasta llegar casi a los 106 millones de euros (15 millones más que el ejercicio pasado).

Este presupuesto financiará las ampliaciones de los programas de vacunación (hasta los 28,8 millones) y cribado, el Plan de Obesidad, la digitalización de los sistemas de salud pública o la puesta en marcha del Centro Galego para O Control e Detección de Enfermedades.

El gasto en personal se incrementa en 112,8 millones de euros, lo que supone un 5,7 por ciento más respeto del año pasado y con el que se consiguen los 2.083 millones de euros. De ellos, 576 millones se destinarán a los profesionales de Atención Primaria, 34 millones por encima del vigente presupuesto.

Una de las principales apuestas en el incremento del capítulo de personal es la inclusión de 139 nuevas plazas de formación MIR y EIR, una ampliación que supone una inversión de 3,8 millones de euros.

MADRID



2.444,6 millones para la Atención Primaria

Más dinero para salud. El Gobierno de la Comunidad de Madrid reserva para 2023 un total de 9.789,6 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 11,4 por ciento respecto a los anteriores presupuestos. La Atención Primaria será una de las prioridades y, para ello, contará con 2.444,6 millones de euros.

El ejecutivo regional pondrá en marcha un refuerzo del plan de listas de espera hasta 2024 que reducirá a la mitad los tiempos



REPORTAJE DE PORTADA

Prioridad para la AP, objetivo de unos presupuestos sanitarios expansivos

máximos de atención, según prioridad clínica. El presupuesto que se destinará a esta iniciativa será de 215 millones de euros.

De esta forma, se proporcionará a los ciudadanos una asistencia programada no urgente para cirugías, primeras consultas y pruebas diagnósticas con el objetivo de situarlas en un tiempo inferior a 45 días de demora media.

Además, comenzarán las obras de remodelación del Niño Jesús, Ramón y Cajal, el Clínico San Carlos, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Sureste, Severo Ochoa, La Princesa y el antiguo hospital Puerta de Hierro, así como la obra del acceso al Infanta Leonor desde el barrio de Santa Eugenia, en Madrid capital.

Otro hito será el nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones, que contará con nuevas acciones destinadas prioritariamente a la atención a niños y adolescentes, con la creación de hospitales de día y el refuerzo de los programas infanto-juveniles.

En materia de recursos humanos, se continuará primando la estabilidad y el reconocimiento de la carrera profesional para el personal temporal, con la mejora de las condiciones retributivas de más de 22.000 trabajadores del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

MURCIA



Mejora de las condiciones laborales

El apoyo e impulso a la Atención Primaria ha sido el eje sobre el que el consejero de Salud, Juan José Pedreño, ha basado su intervención en la Asamblea Regional para explicar los detalles de su Departamento en los Presupuestos Regionales de 2023, que contarán con un 6,32 por ciento más que en el ejercicio anterior, hasta alcanzar los 2.352 millones de euros.

En este sentido, incluye una partida específica de 537 millones de euros para Atención Primaria, con un incremento de 72

millones respecto a las cuentas de 2022. Se trata del primer presupuesto específico para este nivel asistencial, que incluye las aportaciones necesarias para poner en marcha los objetivos de la Nueva Estrategia de Atención Primaria.

Un total de 329 millones de euros van destinados al personal que presta servicios en Primaria y otros 18 millones para nuevas acciones, como la creación de 213 nuevas plazas, de las que 111 serán de médico de familia, 12 de pediatras, 9 de matronas, 30 de enfermeros, 11 fisioterapeutas, 11 trabajadores sociales, 11 auxiliares de enfermería y 18 plazas de auxiliares administrativos.

El 68 por ciento del presupuesto (1.602 millones) se dedica al personal y las mejoras de las condiciones laborales, lo que supone un incremento de más de 180 millones de euros respecto al presupuesto inicial de 2022, y que incluye la oferta pública de empleo ya anunciada, con 2.961 plazas.

NAVARRA



El foco en los profesionales

Navarra vuelve a ser en 2023 la tercera comunidad autónoma con mayor gasto sanitario per cápita, con 2.019,65 euros por persona, solo detrás de Asturias y País Vasco.

Un año más, Salud se sube a lo más alto del podio en los presupuestos generales del Gobierno de Navarra. El departamento que dirige Santos Indurain contará en 2023 con 1.332 millones de euros, 72 más que este año, en una subida del 5,62 por ciento. Curiosamente, ese incremento no afectará directamente a dos de los principales problemas que arrastra el departamento en los últimos años: las listas de espera y la AP.

En el primer caso, las partidas destinadas a peonadas en el Hospital Universitario de

Navarra descienden en 1,1 millones de euros con respecto al año 2022 mientras que en el segundo su presupuesto pasa de 148 millones de euros a 144. De ellos, 4,89 millones se destinarán a peonadas en Atención Primaria.

El Gobierno de Chivite sostiene que en salud se prioriza y se pone el foco en los profesionales y su capacitación, por ejemplo, “a través del plan de formación con fondos europeos para todo el Servicio Navarro de Salud; además, la inversión estratégica en investigación y la inversión en infraestructuras básicas y tecnología de última generación en la red de hospitales públicos”.

Uno de los conceptos de cuentas que más puede influir en la mejora de la Sanidad navarra es el de Complemento de productividad. Bajo este epígrafe se recogen las conocidas como peonadas, horas extra para que los sanitarios aligeren las listas de espera en horarios vespertinos. Será de 5,93 millones de euros en el Hospital Universitario de Navarra, frente a los 7 de este 2022.

PAÍS VASCO



Crecimiento constante contra las desigualdades

Los presupuestos del Departamento de Salud del País Vasco alcanzarán en 2023 los 4.638,9 millones de euros, un 6 por ciento más (256,9 millones) con respecto al presupuesto de 2022. Se mantiene así el crecimiento constante registrado en los últimos años: un 5,9 por ciento en 2022 respecto a 2021; 4 por ciento en 2021 sobre 2020; y 6 por ciento en 2020 frente al año anterior.

Se trata, nuevamente, del departamento con mayor dotación económica, en línea con el compromiso del Gobierno del lehen-



dakari Urkullu, que destina tres de cada cuatro euros de su presupuesto total a sus políticas sociales.

Un esfuerzo continuado cuyo objetivo es, en palabras de la consejera de Salud, Gotzone Sagardui, avanzar hacia una salud sin desigualdades, más cercana y al servicio de las personas, a través del impulso de las políticas públicas relacionadas con la salud y el bienestar.

De hecho, la partida presupuestaria de 2023 supone rebasar el techo de los 2.000 euros por habitante, hasta llegar a 2.114 euros per cápita, lo que representa un incremento cercano al 25 por ciento desde la cifra del último año prepandemia (2019).

En esa línea, es la atención sanitaria directa a la ciudadanía la que concentra también en 2023 la mayor parte del crecimiento presupuestario. Así, la dotación destinada a Osakidetza vuelve a crecer, en concreto un 6 por ciento, alcanzando la cifra de 3.733 millones de euros.

De esa cifra total, más de dos tercios (65 por ciento) se destinan a personal, cuyo

gasto asciende desde los 2,264 millones de euros del pasado ejercicio a 2.426 millones en 2023.

El pasado mes de octubre el Consejo de Gobierno aprobó la mayor ampliación de plantilla de Osakidetza en las dos últimas décadas, con un total de 2.467 plazas (de ellas, 358 para Atención Primaria), que sitúan la plantilla estructural del Servicio Vasco de Salud en 30.073 puestos.

LA RIOJA



Otros perfiles sanitarios

La consejera de Salud, María Somalo, ha destacado que nunca hasta ahora un gobierno había invertido tanto en Salud y que “lo va a hacer el gobierno de Concha Andreu, que además, demuestra su firme apuesta por el refuerzo de la Atención Primaria y la incorporación de más profesionales al sistema público de Salud de La Rioja”.

Con una inversión que supera los 115 millones de euros, el presupuesto desti-

nado a la Atención Primaria contempla más de 2 millones de euros para contratar a profesionales de todas las categorías: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos clínicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y administrativos, entre otros.

El presupuesto de Salud para 2023 del Gobierno de Concha Andreu crece más de un 6 por ciento el próximo año, hasta los 586.541.554 euros, con 13 millones más para el refuerzo de la Atención Primaria.

En cuanto a Atención Primaria, María Somalo ha detallado que “con una inversión que supera los 115 millones de euros, su presupuesto contempla más de 2 millones para contratar a profesionales de todas las categorías: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos clínicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y administrativos, entre otros”.

El presupuesto para Atención Primaria crece en 12,85 millones con respecto a 2022, lo que se traduce en un 12,51 por ciento más ■



La **OMC**
y los **colegios**
profesionales
necesitamos
quitarnos
el **mantra**
del **corporativismo**

Tomás Cobo

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Texto | Eva Fariña

Fotos | CGCOM



ENTREVISTA Tomás Cobo

“La OMC y los colegios profesionales necesitamos quitarnos el mantra del corporativismo”

“La Organización Médica Colegial (OMC) y los colegios profesionales necesitamos quitarnos un poco el mantra del corporativismo”, afirma Tomás Cobo, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). “Parece que los colegios profesionales trabajan solo por la defensa de la corporación correspondiente, y no es así. Realmente, los colegios profesionales deben servir para poner orden, autorregularnos y ponernos al servicio de la sociedad con el fin de que nadie, en un momento determinado, pueda transgredir esa confianza que el ciudadano deposita en el médico, y en un momento muy particular, que es cuando está enfermo”. Los colegios, según Tomás Cobo, son también los responsables de asegurar que los profesionales tengan los conocimientos y las capacitaciones requeridas. “Este es el compromiso que tenemos las organizaciones profesionales, en este caso la de médicos, con la ciudadanía”. Para conseguir estos objetivos, la principal herramienta es el Código de Deontología Médica, recientemente aprobado. “Es un código de comportamiento, y resulta clave para la autorregulación de nuestra profesión”, añade el presidente.

Recientemente hemos conocido el nombramiento de José Manuel Miñones como ministro de Sanidad, ¿cuáles son sus principales peticiones? ¿Y qué le ofrece desde el CGCOM?

Nuestra primera toma de contacto con él ha sido muy buena, porque ha tenido la amabilidad de dedicarnos su segundo acto como ministro de Sanidad; en concreto, nos ha acompañado en el Congreso de los Diputados durante la presentación del nuevo Código de Deontología Médica. Por tanto, mi primera impresión personal de José Manuel Miñones ha sido buena y de agradecimiento por haber venido en sus primeras 36 horas de mandato a la presentación de un hito para la profesión. Ahora vamos a ver cómo se desarrolla su acción. Desde luego, tiene un papel importantísimo, porque España va a presidir la Comunidad Europea, y él va a ocupar un lugar destacado.

¿Será un mandato de continuidad o el ministro ha planteado ideas nuevas?

Hasta donde yo sé, va a mantener el equipo con el que ya veníamos trabajando. En principio, continúan Silvia Calzón en la Se-

cretaría de Estado, y también Celia Gómez, directora general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, e, incluso, Mercedes Pastor, jefa de Gabinete de Carolina Darias. A priori, es bueno, porque el equipo no va a deshacer el camino ya comenzado ni nos va a hacer reconstruir proyectos que ya tenemos en marcha, como el Real Decreto de Formación Médica Continuada.

Se habla mucho de la defensa del Sistema Nacional de Salud, ¿cree que realmente está en peligro?

Sí, sí, ¡y tanto que está en crisis! Nuestro modelo sanitario está en crisis, igual que el británico, que es idéntico al nuestro. Desde el punto de vista de la profesión médica, el sistema español necesita afianzar a los profesionales. Por una parte, tenemos la precariedad laboral, que afecta a cerca del 50 por ciento de los médicos en España. La segunda brecha es la de los salarios, que son francamente inferiores a los que tienen nuestros compañeros en Europa. En tercer lugar está la falta de tiempo que tenemos los médicos para realizar la formación médica continuada.

¿Qué cambios recientes se han producido en el ámbito laboral?

Respecto a la precariedad, es cierto que se ha dado un paso importante, pero ahora se tiene que cumplir en los 17 servicios autonómicos de salud. Así, el Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Esta normativa sí da un paso para la consolidación de empleo, pero ahora se tiene que desarrollar en cada autonomía. A todos estos temas debemos añadir el problema de las agresiones, así como las consecuencias de la COVID-19. Casi un 50 por ciento de la población médica tiene síntomas de *burnout*. En definitiva, si los profesionales están en crisis, el modelo también.

¿De qué manera esta situación afecta directamente a los pacientes?

Se han generado unas expectativas sociales en la población muy grandes, y el sistema ya no da abasto para corresponderlas. Eso genera también una insatisfacción importante en la sociedad. Todos estos factores nos hacen pensar que el modelo está en crisis.

Respecto a los recursos humanos, uno de los problemas es la falta de personal.

Sí, en determinadas especialidades tenemos falta de profesionales médicos, sobre todo en Atención Primaria, en Pediatría o en Anestesia.

Usted dice que el Sistema Nacional de Salud es el mejor regalo que tenemos los españoles.

No me cabe la menor duda de que el modelo sanitario que tenemos es el mejor regalo que España se ha hecho a sí misma en los

últimos 100 años. Es el pilar de la justicia social y la clave de nuestro bienestar, sin ninguna duda.

¿Se cuida lo suficiente desde las administraciones? Por ejemplo, ¿en época electoral se utiliza como herramienta para captar votos?

Se usa como arma arrojadiza, y por eso solicitamos un pacto de estado. Por cierto, estuvimos a punto de conseguirlo cuando presentamos en el Parlamento de la Nación las 45 medidas para reformar el Sistema Nacional de Salud. La mayor parte de los diputados de la Cámara aprobaron estas iniciativas, pero hace falta ejecutarlas. Para conseguirlo, se tienen que poner de acuerdo los dos partidos mayoritarios (PSOE y PP), porque habrá una serie de medidas que serán impopulares y que no pueden utilizarse como arma arrojadiza. Creo que deberían hacer lo mismo en el ámbito de la Educación y la Justicia.

Entre los puntos débiles del SNS está la Atención Primaria y la cronicidad, en general. Al menos estos temas ahora están sobre la mesa de debate.

Uno de los ámbitos en el que la pandemia causó más impacto fue en el sociosanitario. Donde más muertes se registraron fue, concretamente, en las residencias de mayores. Esa parte sociosanitaria necesita también una atención inmediata, un refuerzo para mejorar la Salud Pública y la especialidad de Medicina familiar y comunitaria. Otra paradoja de nuestro modelo universal es que la salud bucodental, por ejemplo, depende casi exclusivamente de la atención privada. Por tanto, hay muchos factores que deben mejorar.

¿Cuál es la clave para mejorar la Atención Primaria?

Efectivamente, en Medicina de Familia y comunitaria es necesario mejorar y optimizar los recursos. Por ejemplo, Atención

Primaria camina en sentido divergente a la Atención Hospitalaria, cuando debería ser convergente.

¿En qué sentido?

Los médicos de Primaria deberían tener herramientas de diagnóstico que les permitan ser lo más eficaces posibles para que no dependan tanto de la Atención Hospitalaria. Además, tiene que haber una continuidad no solo en la asistencia de las personas con enfermedades crónicas o durante el envejecimiento, sino también entre Primaria y Hospitalaria.

¿Es una cuestión de presupuesto?

Es una cuestión de dinero siempre, pero también se trata de mejorar la eficiencia y la eficacia. Como he dicho, el médico de Primaria debe acceder a más pruebas diagnósticas que le permitan ser más resolutivo. Un médico especialista debe tener la oportunidad de prescribir en un momento determinado una prueba diagnóstica o radio-diagnóstica básica, como puede ser un escáner o una resonancia, y no depender exclusivamente de la Atención Hospitalaria para hacer la prueba. Por tanto, es una cuestión de dinero, pero también de optimizar recursos y, sobre todo, de mejorar la comunicación entre AP y AH, algo que resulta clave.

¿Cómo se puede mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales?

Es necesario mejorar el acceso a las historias clínicas electrónicas en todo el SNS, en todo el país.

Son los mismos problemas de siempre, el diagnóstico parece claro.

Pasan los años y vamos a peor. Falta una mirada más de Estado y un diálogo entre

los dos grandes partidos políticos que se alternan en el Gobierno. Y ya en el ámbito autonómico, todavía hay más atomización de partidos, con cambios en las gerencias cuando varía el signo político. ¡Hasta ahí ha llegado la política! En este sentido, debemos defender la profesionalización de los gerentes para que no estén al albur de los cambios políticos.

Por otro lado, siempre se habla de las diferencias entre comunidades autónomas, entre provincias e, incluso, entre hospitales de una misma ciudad. ¿Qué le parece?

La solución es, una vez más, armonizar la situación del SNS. No puede ser que un médico de un servicio autonómico de salud pueda cobrar hasta siete euros más por hora de guardia que otro en el mismo SNS, con las mismas responsabilidades de cara al paciente. También es significativo que las CC. AA. tengan diferentes

carteras de servicios. En este sentido, apostamos por la conciliación y por una altura de miras de los representantes políticos para defender nuestro modelo sanitario.

Los profesionales también tenemos la responsabilidad de mantener el modelo y evitar que solo la gente con dinero tenga acceso a los recursos diagnósticos y terapéuticos.

Aparte del RD de Formación Médica Continuada o la reforma de la ley del Medicamento, ¿qué otros cambios normativos están pendientes?

Una buena noticia ha sido la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, al menos la propuesta de ley para su creación. Todavía estamos en una fase inicial de desarrollo, pero confiamos en su puesta en marcha. Por supuesto, también estamos esperando el Real Decreto-ley



ENTREVISTA Tomás Cobo

12/2022, de 5 de julio, que modifica la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, aprobada en 2003. Esta normativa va a permitir que, siguiendo una directiva europea, haya un incremento en la consolidación de empleo, que es una de las brechas de las que he hablado anteriormente. Asimismo, también quiero mencionar la próxima reforma del RD de las especialidades en Ciencias de la Salud, que data de 2008.

¿Cuáles son las principales novedades del nuevo Código Deontológico de la profesión?

Es uno de los códigos más avanzados y modernos de Europa, que se alinea con los principios universales de la Medicina, que son la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Aborda circunstancias que son novedosas, entre ellas la relación del médico con las redes sociales, la Medicina no presencial, la maternidad subrogada, el big data o la inteligencia artificial. También modifica algunos criterios de temas tan interesantes como la eutanasia y el aborto.

¿Qué cambios afectan más directamente al paciente?

El código incorpora la seguridad del paciente, es decir, el deber deontológico del médico de informar de los efectos adversos. Incide mucho en la adecuación del esfuerzo terapéutico a la perspectiva de supervivencia y bienestar del paciente. Eso que antes se llamaba el encarnizamiento terapéutico se considera una falta deontológica grave.

¿Hay cambios significativos respecto a la relación del médico con la industria?

No, no hay ningún cambio en cuanto al conflicto de intereses. La industria es la que progresivamente, con sus códigos de buena conducta, se va adaptando a la ética desde el punto de vista médico.

¿Qué dice el código respecto a las redes sociales?

Indica el comportamiento que debe tener el médico en las redes sociales; por ejemplo, considera una falta deontológica cuestionar criterios que van en contra de la salud pública, y un caso evidente lo hemos tenido en el tema de la vacunación contra la COVID-19. Un médico no puede decir que la vacunación no sirve para nada. Todos conocemos a estrellas o *influencers* que son médicos y que, en un momento determinado, defienden más las pseudociencias que la evidencia científica, que es en lo que los médicos debemos basar nuestra actividad asistencial.

¿Se ha aprobado la actualización del código con amplio consenso?

No ha habido unanimidad, sino que la reforma ha generado mucho debate dentro de la asamblea, aunque finalmente claro que se ha llegado a un consenso. A mi modo de ver, nuestro código es más novedoso y completo, incluso, que el que ha presentado la Asociación Médica Mundial en Berlín.

¿Está satisfecho con el resultado?

Sí, porque hemos conseguido actualizarlo y, además, es un documento vivo. No nace como si fuera la Biblia, sino que a medida que se vayan sucediendo cambios en la sociedad o en la tecnología, desde la Asamblea General del CGCOM podremos añadir documentos para actualizar el código, siempre con el paciente en el eje de toda la asistencia sanitaria. El paciente es la clave.

¿Qué opinión tiene en relación con la maternidad subrogada?

La maternidad subrogada realmente es una maternidad por sustitución, y en el código dejamos claros tres aspectos. En pri-

mer lugar, la vigilancia de la dignidad de la persona gestante. En segundo lugar, hay que tener en cuenta el interés superior del menor, y atender a cuestiones como las personas encargadas de cuidarle. En tercer lugar, hablamos de la necesidad de un comité bioético multidisciplinar que evalúe si se puede llevar a cabo la maternidad por sustitución. El código condena desde el punto de vista ético el hecho del pago o contrato, pero no si la gestación es altruista, por ejemplo, entre hermanas. Es una situación similar a la que se plantea con un donante vivo. Una persona viva puede donar a un familiar un órgano de forma altruista.

Casi un 50 por ciento de la población médica tiene síntomas de *burnout*, y si los profesionales están en crisis, el modelo también

El criterio que debe prevalecer es el del interés del menor, y todo depende del contexto en el que se produzca; de ahí la necesidad de contar con un comité bioético. Yo no hablaría tanto de la edad cronológica, sino de la biológica. Con 45 años puedes tener mala salud y con 60 estar muy sano. Una comisión o un comité debe evaluar todos estos factores para indicar la idoneidad de la gestación.

¿Y el criterio de la edad de la madre?

El criterio que debe prevalecer es el del interés del menor, y todo depende del contexto en el que se produzca; de ahí la necesidad de contar con un comité bioético. Yo no hablaría tanto de la edad cronológica, sino de la biológica. Con 45 años puedes tener mala salud y con 60 estar muy sano. Una comisión o un comité debe evaluar todos estos factores para indicar la idoneidad de la gestación.

Por tanto, ¿se puede decir que no están en contra de la maternidad por sustitución?

Estamos en contra de que se pague nada, y estamos a favor de que haya una vigilancia de la dignidad de la gestante. También estamos a favor del interés superior del menor y a favor de que haya un comité multidisciplinar que evalúe cada caso, porque se debe analizar cada circunstancia.

En la regulación de todas estas normativas, como la ley trans, la interrupción del embarazo o la maternidad subrogada, ¿se tiene en cuenta la valoración del médico?

Es uno de los problemas que hemos tenido con la aprobación de la ley trans. Una vez



más, hemos pedido que hubiera un comité multidisciplinar, también en la búsqueda del interés superior del menor, especialmente los menores de 14 años. Desde la profesión hemos hecho esta petición, para que un comité multidisciplinar, basado en la evidencia científica, determinara y protegiera los intereses del menor.

Volviendo al ámbito de los Recursos Humanos, ¿qué le parece el debate relacionado con la falta de profesionales en el SNS? ¿Dónde está exactamente el problema? Vd. ha dicho que en España hay 407 médicos por cada 100.000 habitantes, “una de las cifras más elevadas de Europa”.

Necesitamos un registro completo de todos los médicos porque, aunque para ejercer tienen que estar colegiados, no están obligados a registrar su especialidad. Por tanto, nos hace falta un registro de médicos especialistas en España que nos ofrezca realmente una imagen clara de cuáles son las especiali-

dades en las que necesitamos más médicos, y cuáles son las especialidades en las que sobran. Hablar de la falta de médicos en general no es bueno, porque no es cierto. No faltan médicos en general, porque en algunas especialidades sobran, como ya se han pronunciado algunas comisiones nacionales de la especialidad. Por ejemplo, en Cirugía torácica o Cirugía cardiovascular ahora mismo no hacen falta más especialistas.

¿Descartaría la opción de aumentar el número total de plazas MIR sin saber las necesidades del sistema sanitario público?

En algunas especialidades ya sabemos que nos hacen falta médicos, como Atención Primaria, Pediatría o Anestesia, por ejemplo. El incremento de plazas MIR, siempre y cuando haya unidades docentes para formarles, nos parece una idea fenomenal, si van dirigidas hacia especialidades en las que hay déficit de médicos.

El Consejo se ha involucrado mucho en los últimos años en la denuncia y publicación de datos de agresiones a sanitarios, ¿cree que ‘aflorar’ o publicar este problema ayuda a reducir el número de agresiones?

Aparte de concienciar a la población del problema que tenemos con las agresiones, el Consejo también ha conseguido cambiar la ley para que la agresión a un sanitario sea delito. Además, hemos puesto en marcha, junto con el Ministerio de Interior, un programa de protección a través del interlocutor nacional de policía y con interlocutores en cada uno de los colegios de médicos para la atención inmediata a las agresiones a los sanitarios.

¿Se forma a los profesionales sanitarios para afrontar estas situaciones peligrosas?

Hemos diseñado una serie de cursos para la protección y la prevención de agresiones.



ENTREVISTA Tomás Cobo

Se han puesto muchas medidas en marcha gracias al impulso inicial del Consejo General, y luego ya las consejerías han ido tomando más conciencia de esta lacra.

Ha mencionado el *burnout*, ese síndrome del profesional quemado que afecta a los médicos y al conjunto de los profesionales sanitarios. ¿Cómo es la salud mental del médico postpandemia?

¡Mala! Según un estudio que presentamos en 2022 junto con Mutual Médica, el 50 por ciento de los médicos tiene síntomas de *burnout*. Y el 33 por ciento de los médicos en activo se jubilaría si pudiera, un dato que consideramos trágico teniendo en cuenta que la esencia de nuestra profesión se basa en la vocación de servicio a los demás.

¿Cuáles son los principales motivos de esta desmotivación?

En parte es como consecuencia de los efectos de la pandemia, sin duda, pero también influyen las malas condiciones laborales, así como la sobrecarga asistencial, las agresiones, y, en general, las condiciones de trabajo.

¿Cómo valora los datos del último informe del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (Paime)?

De los últimos datos del Paime lo que más nos preocupa es el aumento de la incidencia de casos en los más jóvenes, es decir, menores de 35 años que sufren *burnout* en su trabajo. Debemos ayudarles para cuidar su salud mental. Precisamente para los residentes y los estudiantes de Medicina hemos diseñado un programa, con un teléfono de asistencia directa. Quizás estos nuevos profesionales se ven sometidos a una tensión muy alta. Desde muy jóvenes, en el bachiller, ya están presionados para sacar una nota altísima si quieren ingresar en la carrera de Medicina. Esa presión se mantiene durante la universidad y, posteriormente, mientras preparan el MIR. Sigue durante la formación médica

continuada, con las guardias y la tensión asistencial. En un momento determinado, quiebran. Es algo que debemos revisar.

Se habla de la feminización y también de los nuevos patrones entre la juventud, ¿de qué manera cambian los roles de la profesión?

Hemos observado un cambio entre los *millennials* no sólo en España, sino que es un cambio general. Apuestan por otro concepto de vida, también relacionado con las nuevas tecnologías. En la balanza de cómo quieren vivir su vida el trabajo no necesariamente tiene por qué pesar más, y de ahí vienen todas las reivindicaciones que hacen de conciliación. Se trata de una evolución natural, y si nos vamos al siglo XIX vemos que los mineros en Asturias o en Gales solo descansaban el domingo por la mañana. La sociedad evoluciona progresivamente y consigue logros, que deben compensarse con la necesaria asistencia y la sostenibilidad del modelo. Respecto a la feminización de la profesión médica, pienso que se trata de una oportunidad, y debemos tratar de compensar, desde el punto de vista organizativo, la asistencia y la conciliación.

¿Cómo valora, hasta el momento, su experiencia como presidente del CGCOM? Ya tenía relación con el Consejo desde hace años, pero ¿ha cambiado mucho su perspectiva desde la toma de posesión el 9 de septiembre de 2021?

Estoy muy contento de haber terminado el Código de Deontología, por fin, después de seis años. Creo que es el ventrículo izquierdo de la OMC. Los médicos, además del Código Penal y el Código Civil, debemos cumplir el Código de Deontología Médico. También estoy muy satisfecho de la firma del convenio con la Unión Europea

de Médicos Especialistas (UEMS) y con el Ministerio de Sanidad, recién llegada Carolina Darias, para la acreditación de la formación médica continuada en el entorno internacional. Y otro hito en el que hemos participado directamente y con múltiples reuniones ha sido el Real Decreto de Formación Médica Especializada. ¡A ver si de una vez se crea la especialidad de Urgencias y Emergencias! Ya se han creado las de Psiquiatría infantil y Medicina Legal, ambas necesarias.

¿Y qué otros proyectos quedan pendientes?

El siguiente proyecto en nuestra hoja de ruta es la renovación de los estatutos de la Organización Médica Colegial, con la idea de unificarlos con los de la Asamblea y del Consejo para tener unos estatutos únicos. Otro tema destacado es reavivar, potenciar y pulsar la validación periódica de la colegiación, es decir, la recertificación. Estamos trabajando en colaboración con la Federación de las Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) y el Ministerio, en línea con el nuevo RD de Formación Médica Continuada. También me gustaría destacar otro proyecto muy importante, como la puesta en marcha del observatorio contra las pseudociencias, junto con el Ministerio.

¿Qué acciones destacaría de su labor como vicepresidente de la UEMS y también de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel)?

He conseguido que se firme un convenio entre la UEMS y la Confemel que establece un reconocimiento mutuo de las acciones de ambas entidades, dirigidas, por un lado, a la protección de los médicos, pero también a la promoción de la formación médica especializada y continuada, así como de los protocolos de calidad asistencial comunes ■



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en
Lyceum

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

Lyceum

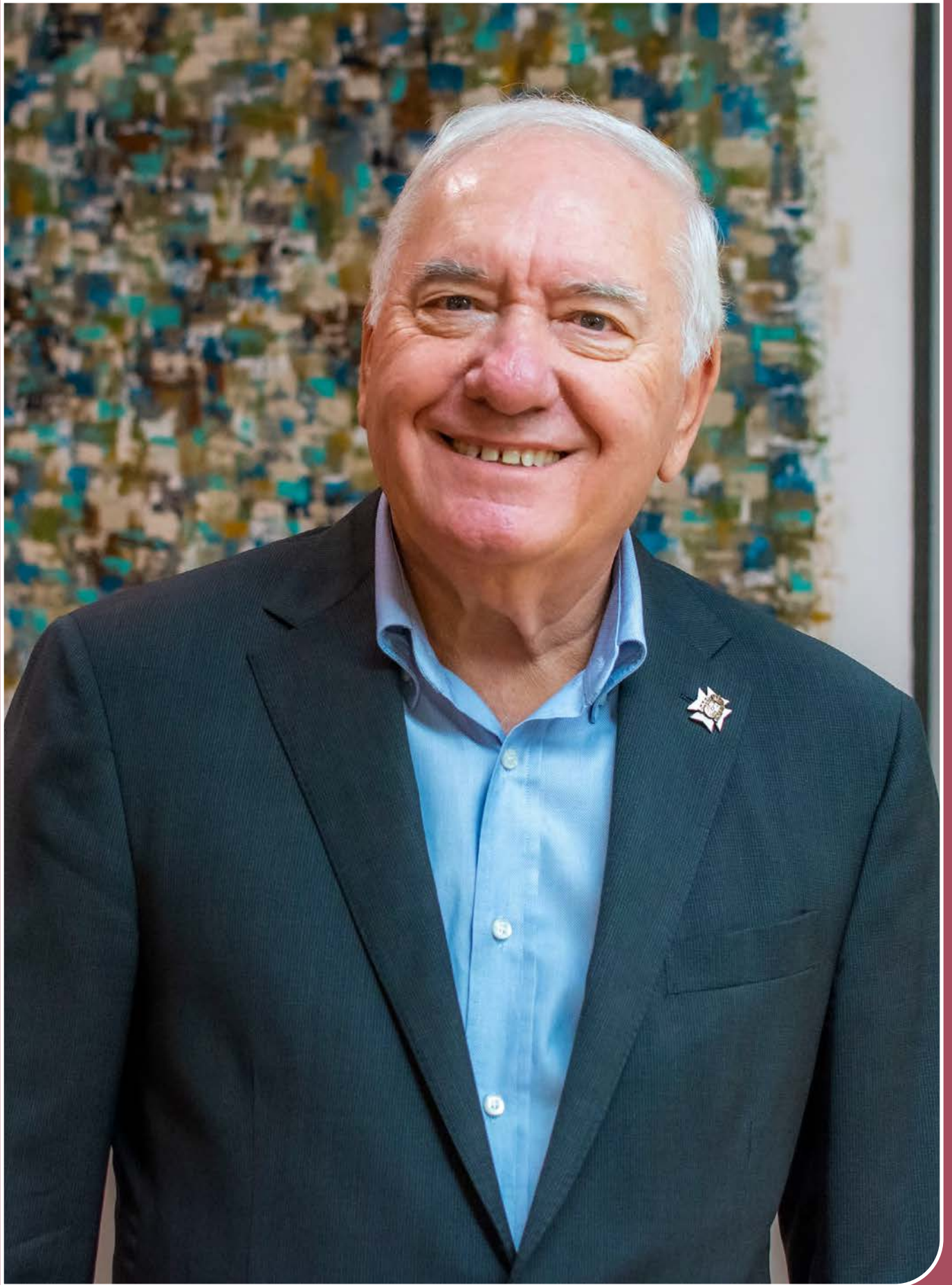
www.lyceum.es



saned.

GRUPO

www.gruposaned.com





La ratio enfermera-paciente es, sin duda, nuestro principal problema

Florentino Pérez Raya

Presidente del Consejo General de Enfermería (CGE)

Texto | Eva Fariña

Foto | CGE



ENTREVISTA

Florentino Pérez Raya

“La ratio enfermera-paciente es, sin duda, nuestro principal problema”

Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE), hace un balance general de la profesión en esta entrevista concedida a EL MÉDICO. Según ha dicho, “la ratio enfermera-paciente” es el principal problema de la profesión, junto con la temporalidad, los contratos precarios y la falta de reconocimiento.

En octubre de 2022 revalida su mandato al frente de la Presidencia del Consejo con mayoría absoluta, ¿qué significa para usted este apoyo?

Para mí, este apoyo es fundamental para continuar al frente de un proyecto que empezamos cinco años atrás y en el que seguimos embarcados para mejorar la calidad de vida, defender los intereses de nuestras enfermeras y ofrecerles formación de calidad para seguir creciendo como profesión. Es evidente que las enfermeras y enfermeros son profesionales cada vez más formados, informados y preparados, y el sistema sanitario debe aprovechar mucho más este potencial.

¿Cuáles son los proyectos más destacados que están en marcha?

En estos años hemos puesto en marcha muchos proyectos que han tenido buenos resultados y que tenemos que seguir potenciando en el futuro. Hablo, por ejemplo, de las ayudas a los colegios para programas de fomento de la investigación; del aperturismo en la gestión mediante la creación de 12 comisiones importantes formadas por presidentes y miembros de sus juntas de gobierno; de las iniciativas para el desarrollo de la profesión, y la lucha por el Grupo A y por la defensa de la Enfermería para posicionarla a la vanguardia, el lugar que le corresponde. Estoy muy agradecido por la confianza y el aval que supone la reelección, porque significa que el CGE está representando y luchando por las necesidades reales de este colectivo. Seguiremos trabajando de forma incan-

sable para posicionar a las enfermeras en el lugar que les corresponde y lograr que alcancen el reconocimiento público e institucional que les pertenece.

¿Y cuáles son los principales proyectos que quiere desarrollar en los próximos años?

Para nosotros es fundamental potenciar la formación y la investigación enfermera. Hemos destinado una partida de los presupuestos de la organización colegial de dos millones de euros para este propósito. Ayudas a la investigación, becas para desarrollar proyectos y cursos de formación continuada son algunas de nuestras actividades en la actualidad. Queremos apoyar a los colegios de manera que puedan hacer extensible las ayudas a todos los colegios y dar la visibilidad que la Enfermería merece.

También tienen proyectos en el área de la investigación.

A través de nuestro Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y del Instituto Español de Investigación Enfermera continuamos trabajando en estos objetivos y son parte fundamental de nuestras áreas de mejora. De hecho, ya hemos celebrado dos ediciones de los premios de Investigación del Consejo General de Enfermería. En esta segunda edición de los galardones repartimos 55.000 euros para becar distintos proyectos que servirán en un futuro para mejorar la calidad de vida de todas las personas. Además, continuamos reivindicando todas las carencias a las que se

enfrenta el sistema sanitario en general y la profesión enfermera en particular.

¿Cuáles son los principales problemas que tiene la Enfermería en la actualidad? ¿En qué medida le ha afectado también la crisis sanitaria causada por la pandemia?

Las ratios enfermera-paciente son, sin duda, el principal problema al que nos enfrentamos en la actualidad ya no sólo como profesión, sino como sociedad. La falta de profesionales se ha acentuado desde la pandemia, un momento en el que vimos como la necesidad de enfermeras era crucial para sostener el sistema. Ahora, tras los miles de ‘contratos COVID’ que se hicieron en esos duros momentos, todo vuelve al punto de partida en el que nos encontrábamos. Seguimos a la cola de Europa en cuanto a número de enfermeras.

¿Qué respuesta reciben por parte de los gestores y las administraciones?

Nos enfrentamos a un ninguneo constante por parte de las administraciones, que no terminan de apostar por las enfermeras. No es de recibo que sigamos perteneciendo al Grupo A2 en la administración, cuando nuestra formación es igual que la de otros profesionales que se encuentran en el Grupo A1. Apostamos por que se cree un grupo A sin subgrupos.

¿Qué otros problemas laborales tienen los profesionales de Enfermería?

La temporalidad, los contratos precarios y la falta de reconocimiento también son problemas graves a los que se enfrenta la Enfermería. Además, me gustaría señalar el colapso que sufre la Atención Primaria, especialmente visible desde la pandemia. Hemos visto como muchas patologías se han infradiagnosticado y la atención a

los pacientes crónicos ha pasado a un segundo lugar que, ahora, hay que solucionar. Igualmente, es imprescindible el desarrollo efectivo de las especialidades de Enfermería, proceso en el que las Administraciones sanitarias acumulan años de retraso, a pesar de llevar mucho tiempo aprobadas. La implantación de las categorías profesionales de todas las especialidades y la definición de los puestos de trabajo son una urgencia.

Respecto al déficit de profesionales de Enfermería, ¿cómo valora la situación actual? Es una de las peticiones que ha hecho al nuevo ministro de Sanidad, José Manuel Miñones.

Faltan enfermeras en todos los ámbitos asistenciales. El número es insuficiente para atender a toda la población. No hay ningún ámbito que se salve de esta situación de déficit, las ratios de enfermera por población son claras, en España hay 6,2 enfermeras por 1.000 habitantes y la media de la UE son 8,6 por 1.000 habitantes, según la OMS. El número de enfermeras en España ha ido creciendo en los últimos años, pero el crecimiento es insuficiente. Calculamos que en la actualidad son necesarias unas 100.000 más en estos momentos para llegar a las ratios de la media de la UE. Y si a este déficit de enfermeras sumamos el envejecimiento de la población, el incremento de cuidados y el seguimiento de pacientes crónicos pluripatológicos, el déficit es mayor.

Recientemente el Gobierno ha descartado aumentar el número de plazas ofertadas en el grado de Enfermería para el ingreso de nuevos estudiantes universitarios, ¿qué explicaciones les han dado?

Estimamos que haría falta duplicar las plazas universitarias en toda España. Las universidades tienen en su mano un aumento del 15 por ciento en sus plazas sin tener que pasar por amplios trámites en la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Para el deseable in-

cremento mayor sí habrá que proceder a un nuevo proceso de acreditación (profesores, aulas...) pero un 15 por ciento se puede llevar a cabo sin demasiados problemas.

¿Cuáles son las consecuencias?

La negación del Gobierno a invertir en mayores plazas es una mala noticia, pero también es cierto que debemos ser cautos. Para alcanzar la cantidad de enfermeras y enfermeros que España necesita se precisa de una planificación y coordinación entre universidad y Sanidad. No se trata de que, alentados por la necesidad de aumentar el número de egresados, todas las universidades del país, ya sean públicas o privadas, disparen el número de plazas ofertadas. Eso podría dar lugar a un exceso de enfermeras que acabasen engrosando las listas del paro.

¿Cuáles son sus propuestas?

Instamos en primer lugar al Consejo Interterritorial del SNS a que apruebe las medidas necesarias para que se dé el soporte económico suficiente para que las universidades puedan ampliar el número de plazas en Enfermería, al igual que se ha hecho con los médicos. También pedimos que desde las CC. AA. se coordine la implementación del aumento de plazas y contratos en el sistema sanitario.

El Partido Popular, como respuesta a las reclamaciones del sector, ha pedido aumentar al menos un 15 por ciento las plazas ofertadas en Enfermería, sin modificar los planes de estudios. ¿Cree que aprobará este aumento si llega al Gobierno?

Como hemos comentado, el compromiso actual ya permite este aumento del 15 por ciento. No obstante, hemos de decir que

antes de llegar a gobernar todo son promesas electorales. Nosotros necesitamos actos. Llegue quien llegue al Gobierno, ya veríamos qué y cómo se lleva a cabo este aumento de plazas y consecuentemente de aumento de plantillas.

Como ha comentado, la ratio del Sistema Nacional de Salud es de 6 enfermeras por cada 1.000 habitantes, ¿cuál debe ser la progresión para mejorar esta ratio teniendo en cuenta el aumento de la cronicidad o el envejecimiento de la población?

La situación de las enfermeras en nuestro sistema sanitario es muy preocupante, ya que existe un déficit estructural de profesionales desde hace años que se ha agravado con la pandemia. En España hay 6 enfermeras por 1.000 habitantes y en la media de la UE en torno a 9 enfermeras por 1.000 habitantes. Esto provoca un déficit en muchos servicios y que no podamos dar la calidad asistencial y seguridad clínica necesarias a la población. Una enfermera en hospitalización puede tener a su cargo 12-15 pacientes, mientras que en la media de la UE llevan 8. Nosotros luchamos por aumentar esta ratio, porque repercute directamente en el cuidado de los pacientes. El

futuro es, además del aumento de plazas y la mejora de las condiciones, conseguir que las enfermeras y enfermeros que se forman en España no abandonen el país en busca de otras oportunidades por el maltrato que reciben en su propio lugar de residencia.

¿Existe un registro fiable y actualizado de profesionales de Enfermería en España?

El CGE dispone del registro de las enfermeras colegiadas en España, que nos envían y actualizan muchos de los colegios provinciales. Algunos colegios no nos en-



ENTREVISTA

Florentino Pérez Raya

vían los datos de sus colegiados y se lo hacen llegar al Ministerio de Sanidad, de donde se puede obtener toda la información de enfermeras colegiadas en nuestro país. Por otra parte, todas las enfermeras extranjeras que trabajan en España deben estar colegiadas para ejercer la profesión; por tanto, figuran en nuestro registro o el registro nacional de profesionales del Ministerio de Sanidad.

¿Se está haciendo algún tipo de planificación a medio o largo plazo? ¿Tienen cifras de las jubilaciones de enfermeras en los próximos años?

No, y es algo que estamos demandando a las autoridades competentes. Es importante que se cree un grupo técnico para planificar las necesidades de enfermeras a medio-largo plazo, y dar solución al déficit actual. Necesitamos establecer objetivos que mejoren tanto las ratios de enfermeras como las necesidades de enfermeras especialistas. Cada año realizamos un informe de recursos humanos de la profesión enfermera, y calculamos que se jubilarán unas 5.500 por año en los próximos 10 años. Por lo tanto, teniendo en cuenta que egresan de las universidades unas 10.500 aproximadamente, la mitad de las que egresan serán destinadas a suplir las jubilaciones. El incremento de ratios está muy mermado con la situación actual.

En plena crisis y remodelación de Atención Primaria, ¿cuál es y cuál debe ser el papel de Enfermería? ¿Debe tener un mayor protagonismo?

Hay que tener en cuenta que las enfermeras no queremos hacer de médicos, nos ceñimos a nuestras competencias. Pero también es importante señalar, en los últimos años, que la Enfermería española ha alcanzado un alto grado de capacitación, con formación avanzada en distintas especializaciones, que le permite dar un servicio sanitario indepen-

diente para determinadas dolencias, dentro del ámbito de actuación enfermero. Cuando hablamos de Atención Primaria, no debemos olvidar que España cuenta con una fuerza de 40.000 enfermeras en este ámbito, de las que casi 15.000 son enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, cruciales en el nivel primario de atención. Estas profesionales cuentan con una formación de dos años como especialistas, además de los cuatro años de grado; sin embargo, muchas de ellas no se contratan en Atención Primaria y trabajan en hospitales, por lo que es urgente un cambio en este modelo. Lo que no es viable es perpetuar un sistema sanitario férreo e inamovible justo cuando la pandemia ha hecho evidentes sus carencias.

En Atención Hospitalaria la enfermera cada vez tiene también una mayor especialización. ¿Cree que tiene el suficiente reconocimiento? ¿Piensa también que puede y debe tener un mayor protagonismo?

Como comentaba, la Enfermería española ha alcanzado un alto grado de capacitación, con formación avanzada en distintas especializaciones. De hecho, diversos estudios científicos señalan que cuanto más formación y especialización tengan las enfermeras, menos mortalidad se produce y mayor calidad asistencial se proporciona. Queda mucho por hacer en este ámbito. Así, mientras las enfermeras solo se pueden especializar en siete ámbitos, los médicos se especializan en más de 40. Nos hemos dirigido en numerosas ocasiones al Ministerio de Sanidad para pedir su implicación en el desarrollo de las especialidades enfermeras.

¿Cuál es su respuesta?

Hasta ahora, nuestras peticiones han sido sistemáticamente ignoradas, porque es más conveniente contar con enfermeras para todo, que pueden ser trasladadas en cualquier momento, según las necesidades de los servicios, que una enfermera especialista que ofrezca los mejores cuidados a los pacientes, tal y como demuestra la evidencia científica. Por otro lado, es muy importante destacar que la investigación enfermera aumenta a pasos agigantados

y podemos hacer mucho más de lo que hacemos. Nuestro ámbito son los cuidados y, como he dicho antes, no queremos hacer de médicos, pero es cierto que podemos realizar, desde nuestro ámbito, muchas más funciones. El crecimiento de las enfermeras es imparable y en los últimos 20 años se ha visto cómo hemos evolucionado, por lo que debe darse también el reflejo en la realidad del día a día de los hospitales.

Usted ha pedido la creación del cargo de jefa de Enfermería, ¿qué funciones tendría?

Debemos tener en cuenta que no es solo una petición particular nuestra, sino que se trata de una recomendación aprobada y apoyada por todos los países en el seno de la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por tanto, debería ser un compromiso al que debería dar respuesta nuestro Gobierno. Sería como la directora general de Enfermería en el Ministerio para llevar estrategias de cuidados dirigidas a la población y contar con la voz y conocimiento experto de una enfermera en la toma de políticas y estrategias de salud. Es fundamental que esta figura esté integrada en el organigrama del Ministerio de Sanidad y, por tanto, forme parte de los órganos decisorios.

¿Y cuáles serían los principales beneficios para el sistema sanitario?

La formación y las competencias de las enfermeras aportan una visión realista y técnica de las necesidades de cuidados que tiene la población y mejoran la gestión y organización del SNS.

En general, ¿qué percepción tiene el paciente de las funciones de Enfermería?

Somos los profesionales mejor valorados por la población. Son muchas las encuestas que lideran las enfermeras, pero luego, a la hora de la verdad, las administraciones nos dan de lado y no adecúan el reconocimiento de la sociedad con el suyo.

En los últimos años se ha trabajado mucho para reducir el sexismo relacionado con la profesión, ¿considera que se ha conseguido?

En absoluto. Nos queda mucho camino todavía por andar en este sentido. Sí es verdad que se ha conseguido hacer pensar a muchas personas que la sexualización de la profesión es un error enorme, pero año tras año seguimos viendo disfraces de enfermera sexy en carnaval o Halloween, así como fiestas temáticas en las que la enfermera juega un papel muy sexualizado y machista.

¿Tiene cifras relacionadas con las agresiones a profesionales de Enfermería? Recientemente han puesto en marcha la campaña #StopAgresiones.

El último Observatorio de Agresiones del Consejo General de Enfermería, correspondiente a 2021, registra 1.629 agresiones a enfermeras, una cifra muy similar a las 1.657 que se produjeron en 2020. Por comunidades autónomas, Andalucía es la que ha registrado un mayor número de estos sucesos, con 612, seguida de Navarra (167), Castilla y León (161), Galicia (154) Islas Baleares (143), Castilla-La Mancha (112) y Murcia (102). Por el con-

trario, las regiones que menos agresiones han notificado son Extremadura (1), Melilla (1), Cantabria (3), Aragón y Canarias (7, cada una) y Cataluña (8). Si bien no hay datos del País Vasco. Durante la pandemia vimos que todo eran aplausos a las 8, pero las cifras apuntan que la población se ha olvidado de eso. Tenemos que seguir trabajando para evitar, prevenir y controlar estas agresiones, instando a todas las profesionales a que denuncien. Denunciar es primordial para acabar con esta lacra.

¿Las enfermeras reciben formación para afrontar posibles casos de agresiones tanto verbales como físicas?

Nuestro principal objetivo es proteger a las enfermeras y enfermeros a los que representamos. Tal es así que hace justo unas semanas lanzamos también, en colaboración con Policía Nacional, un curso formativo gratuito, impartido por el ISFOS, de 20 horas de duración.

¿En qué consiste?

Está destinado a todas aquellas enfermeras que quieran formarse en prevención, comunicación, agresiones desde la perspectiva judicial y protocolos de actuación. También hemos hecho una infografía y un vídeo animado con los principales consejos para evitar las agresiones.

Respecto a la pandemia, ¿cómo valora la gestión que se ha hecho en España, a grandes rasgos? ¿Cree que la imagen de los profesionales sanitarios ha salido reforzada gracias a su trabajo y actitud durante los últimos años?

La gestión que se realizó al principio fue nefasta. Nos enfrentábamos a algo totalmente desconocido para todos. Las administraciones central y autonómicas se vieron envueltas en un caos absoluto, que dejó totalmente desprotegidos a todos los profesionales sanitarios. También es cierto que, posteriormente, con la llegada de

la vacunación, la Sanidad española ha demostrado cómo se hace un buen trabajo. Somos el país que logró las mayores tasas de vacunación y es un orgullo para nosotros. La imagen de los profesionales sanitarios ya era buena, pero es cierto que la pandemia nos ha ayudado a ponernos al frente del foco mediático.

¿Qué diferencias por comunidades autónomas existen en cuanto a las condiciones laborales de las enfermeras?

Las diferencias son muy notables, empezando por el salario. En cada comunidad autónoma los servicios de salud tienen asignados unos salarios fijos y variables por complementos como turnicidad, festivos, etc. con grandes diferencias. A esto se suma las diferencias en jornada laboral anual, días de libre disposición o libranzas distintas. Esta falta de homogeneidad hace que unas autonomías sean más atractivas que otras para ejercer la profesión enfermera.

En las plazas o zonas de difícil cobertura, ¿hay algún tipo de incentivo para las enfermeras?

No hay incentivos, y esto es un problema importante. Hay que generar complementos de destino que compensen la dispersión geográfica y el estar fuera de núcleos urbanos para facilitar la cobertura de estas plazas.

¿Cree, entonces, que se deben mejorar las condiciones laborales en estos puestos a los que nadie quiere ir?

Por supuesto que deben mejorarse las condiciones laborales, deben tener asignado un complemento de destino que compense la lejanía y la soledad con la que se trabaja como enfermera.

¿En qué medida se siguen marchando las enfermeras españolas a trabajar a Portugal, Inglaterra y otros países de nuestro entorno?



ENTREVISTA

Florentino Pérez Raya

Se siguen marchando, sí. Reino Unido, Irlanda y Noruega son tres de los países que más demandan enfermeros y enfermeras de España con ofertas de empleo que hacen que decidan irse al extranjero a trabajar.

¿Cuáles son los principales motivos?

La principal causa, como hemos dicho anteriormente, es la poca valoración que reciben por parte de las Administraciones, y que se traduce en trabajo precario, altísima temporalidad, baja remuneración, etc. Además del bajo salario, se enfrentan a largas jornadas, están exhaustas, especialmente desde la pandemia. Muchas veces se sienten abandonadas por los gobernantes, ya que todavía no les han reconocido los niveles de responsabilidad para los que están perfectamente preparadas. De 2021 a 2022 se duplicó el número de enfermeras formadas en España que fueron a trabajar a otro país, pasando de 572 a 1.100. Y sólo en enero y febrero de 2023, el número alcanzaba ya las 286.

¿Cómo valora las posibilidades de formación continuada que tienen las enfermeras en España?

Actualmente hay bastantes oportunidades de formación continuada, pero es necesario hacer accesible esta formación a todos los profesionales. El Consejo General de Enfermería, a través del ISFOS, oferta numerosos cursos y formación para los colegiados, a través de los colegios provinciales. De hecho, hemos destinado casi dos millones de euros para fomentar la formación y la investigación en la profesión.

¿Cree que debería haber más apoyo de las instituciones públicas, hospitales, etc.?

Sin duda, más allá de nuestras paredes, las administraciones y la industria deberían apoyar muchísimo más la formación. Una enfermera formada que conoce la nueva evidencia científica podrá cuidar y ayudar más a los pacientes durante todas las etapas de su vida.

En cuanto a la investigación, ¿qué nivel tiene la Enfermería española? ¿Es posible investigar en el sistema sanitario público o privado español teniendo en cuenta la alta carga asistencial?

La investigación es uno de los grandes retos pendientes a los que nos enfrentamos. Estamos en un momento en el que las enfermeras para investigar tienen que sacrificar sus vidas personales. No existen muchas figuras de enfermeras investigadoras independientes, sino que la mayoría se ve obligada a compaginar su día a día de labor asistencial con la investigación, robándole horas y sueño a su vida. Las administraciones deben conocer esta situación y ponerle remedio. Es importante que haya enfermeras que se dediquen a investigar y que no sea una excepción. La evidencia científica mejora la calidad de vida de todo el Sistema Nacional de Salud.

¿Cómo es la relación del CGE con otras entidades como el sindicato Satse, la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) o las sociedades científicas de la profesión?

Nuestra relación con todas las asociaciones, sindicatos y organismos que defienden a la Enfermería es muy buena. Trabajamos conjuntamente por y para dar lo mejor a la profesión, así seguiremos haciéndolo en los próximos años.

¿Y cómo valora la comunicación entre el Consejo y las administraciones pú-

blícas, especialmente el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación y las Consejerías de Sanidad? ¿Se escucha la voz de las enfermeras en estos ámbitos de toma de decisiones? Por ejemplo, ha lamentado que la exministra Carolina Darias nunca haya recibido a ningún representante del CGE.

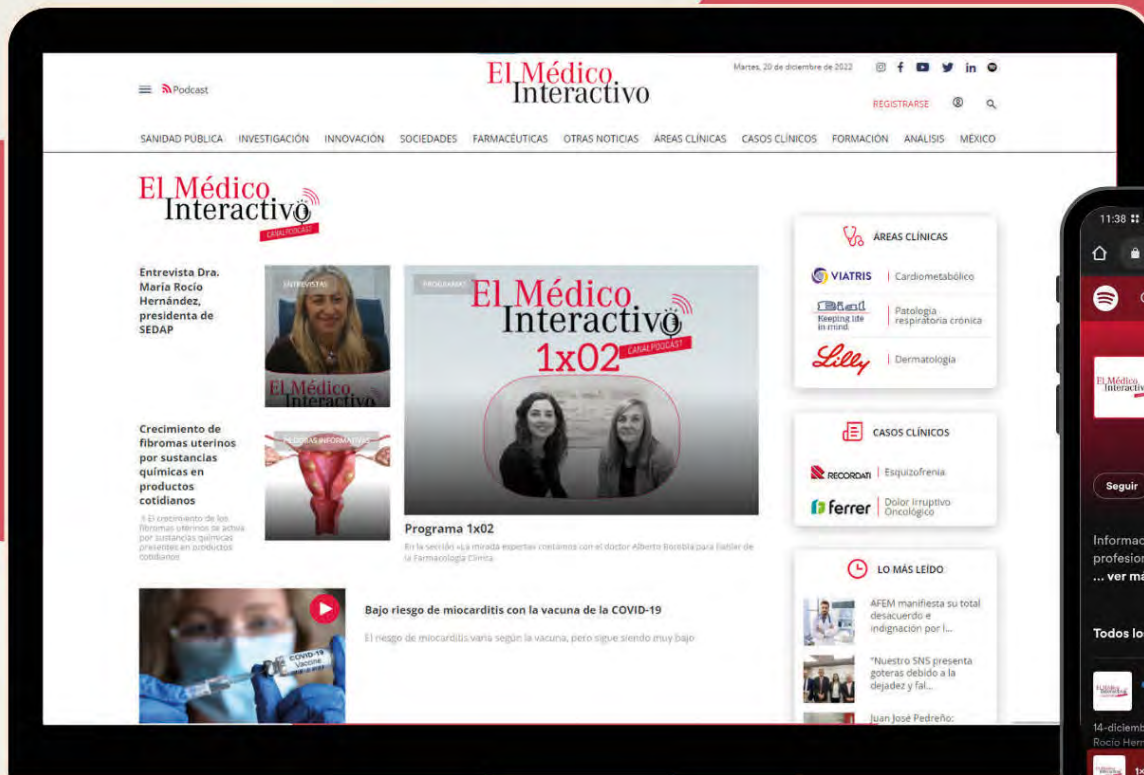
Sin duda, que la exministra no nos recibiese en su despacho en los dos años que estuvo en el cargo es algo que nos extrañó por injusto y porque no se puede trabajar para la Sanidad sin contar con la profesión más numerosa, que es la Enfermería. Nuestra relación con las administraciones siempre ha sido cordial, pero evidentemente no se escucha nuestra voz. Es necesario incluir a más enfermeras en puestos de toma de decisión en toda España, debemos estar en todas las reuniones. Sin enfermeras, el sistema colapsaría, y eso deben saberlo.

¿Ha pensado en alguien para ser su sustituto al frente del Consejo?

Hace apenas medio año que celebramos las elecciones en el Consejo General y salí elegido presidente. Todavía nos queda un largo camino por delante en esta legislatura. No es cuestión de pensar en sustitutos, sino de trabajar en equipo.

¿Por qué no hay más mujeres en las presidencias colegiales, en una profesión con mayoría femenina? ¿Se debe a renuncias personales o hay otras causas? ¿Tiene alguna explicación?

Hay que tener en cuenta que en nuestra organización colegial ahora mismo hay más presidentas que presidentes; de hecho, el 65 por ciento son mujeres. Si tomamos como referencia todas las juntas de gobierno se observa que existe una mayoría de mujeres en la dirección de los colegios de Enfermería. Por otra parte, también nuestra comisión ejecutiva es paritaria ■



El Médico Interactivo

Canal de pódcast



Donde esté
un medicamento,
debe haber
un farmacéutico



Jesús Aguilar

Presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF)

Texto  Eva Fariña

Fotos  CGCOF



ENTREVISTA Jesús Aguilar

“Donde esté un medicamento, debe haber un farmacéutico”

Recientemente se ha celebrado la toma de posesión de José Manuel Miñones, licenciado en Farmacia, como ministro de Sanidad. En el acto estuvo presente Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF), quien en esta entrevista para EL MÉDICO muestra su satisfacción: “Por primera vez un licenciado en Farmacia es nombrado ministro de Sanidad. Para nosotros es un orgullo”. En esta entrevista, Jesús Aguilar analiza también una serie de cuestiones relacionadas con la profesión farmacéutica, especialmente la tan esperada reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, así como la solicitud de potenciar la actuación profesional del farmacéutico.

¿Qué impresión le ha causado José Manuel Miñones?

Se trata de un farmacéutico que cuenta con una dilatada y reconocida trayectoria en el ámbito académico y en la investigación. Y, desde luego, tiene una profunda vocación de servicio, que le viene de familia. El día de su toma de posesión tuve la oportunidad de felicitarle personalmente y nos hemos puesto a su disposición, como siempre, para trabajar juntos por nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

¿Cuáles son las principales peticiones del Consejo al ministro, teniendo en cuenta el tiempo que queda de legislatura?

Nadie sabe cuánto tiempo va a estar en el Ministerio, depende de las próximas elecciones, es complicado saberlo. En cualquier caso, llevo siete años de presidente y este es mi octavo ministro, así que la media es un tanto corta. El primer día no le hicimos personalmente ninguna petición, sino que se las haremos cuando nos reunamos con él. Desde luego, tenemos importantes asuntos pendientes, como la revisión de la ley del medicamento y todo el tema de la tramitación en el ámbito de la Salud Pública. Además, con Carolina Darias, su antecesora, y Teresa Ribera, ministra de Transición Energética y Reto Demográfico e Ione Belarra, ministra de Derechos Sociales, firmamos el pasado mes de marzo

el programa de farmacia comunitaria rural, que tiene ahora como primer objetivo la puesta en marcha de un proyecto piloto. Esperemos que podamos llevarlo a cabo con este ministro.

¿Y qué le ofrecen los farmacéuticos y el CGCOF a José Manuel Miñones?

Al nuevo ministro le ofrecemos toda la colaboración que le haga falta, así como nuestro apoyo y trabajo para poder llevar a cabo estas importantes misiones de las que estamos hablando, especialmente las modificaciones de la ley del medicamento y del ámbito de Salud Pública. Desde luego, nosotros nos ponemos a su disposición como corporación que representa a todos los farmacéuticos españoles, trabajen donde trabajen, desde las oficinas de farmacia, los hospitales, los centros de análisis clínicos o Atención Primaria, y tantas otras modalidades de servicio.

¿Cree que hay tiempo para llevar adelante la reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento? También es un compromiso de César Hernández, director general de Farmacia y Cartera Común del Ministerio de Sanidad. ¿Qué espera de esta reforma?

Creo que desde el Ministerio deben contestar todas estas preguntas, porque es un compromiso que han adquirido, si bien en algunos puntos son regulaciones a nivel

europeo. La verdad es que los tiempos ya son muy ajustados para hacer una profunda reforma, pero nosotros, en su momento, remitimos todas las aportaciones a este proyecto que consideramos importantes; en total, son once.

¿Cuáles son las principales?

Hablamos de esa necesidad de potenciar la actuación profesional del farmacéutico para seguir asegurando un acceso seguro de la población a los medicamentos, fomentando lo que nos parece fundamental, que es el uso racional de los medicamentos con las adecuadas garantías. También pedimos potenciar la red de farmacias, cuyas posibilidades ya sabíamos y que se han visto durante la pandemia. La farmacia es uno de los pilares sobre los que se asienta el sistema sanitario; por ello, entendemos que se debe potenciar esta red. Recordemos que tiene una múltiple vertiente asistencial, sanitaria y social, con una gran capacidad para llegar a toda la población. En definitiva, en nuestras alegaciones pedimos que se tenga en cuenta el gran potencial de la farmacia.

¿Qué otras peticiones hacen en esas alegaciones?

Hablamos de la necesidad de disponer de un sistema estable en la regulación de los precios de los medicamentos, algo imprescindible. Hay un axioma que se tiene que cumplir siempre por seguridad del propio paciente, y es que donde esté el medicamento debe haber un farmacéutico. Debemos seguir esos futuros modelos, que ya se están implantando en algunas comunidades autónomas, en los que la atención farmacéutica domiciliaria ofrece la misma calidad y seguridad que la dispensación presencial, y debe estar limitada a los grupos de personas que lo necesitan y que están establecidos por la propia ley. Igualmente, en esas

aportaciones a la ley del medicamento presentamos la importancia de consolidar la dispensación colaborativa entre los farmacéuticos hospitalarios y los farmacéuticos comunitarios. Este modelo ya se ha puesto en funcionamiento con un gran éxito en algunas autonomías, como Cataluña, la Comunidad Valenciana o Andalucía.

Otro aspecto abordado es el de la concentración de los servicios farmacéuticos.

Respecto a la concentración de los servicios farmacéuticos, pensamos que es necesario que la futura regulación la reconozca con una profundidad a nivel estatal. De esta forma, evitaremos tener unas diferencias tremendas entre las distintas comunidades autónomas. Entendemos que esos servicios farmacéuticos asistenciales deben estar incluidos en los conciertos suscritos con los colegios profesionales en el marco de la prestación farmacéutica. Hemos reflejado en nuestras aportaciones que estos servicios también han demostrado un valor sanitario y económico muy importante, por lo que contribuyen a la mejora de los resultados en salud. Así se refleja tanto en el ámbito de la prevención de la enfermedad como en la mejora del uso de los medicamentos.

Son tiempos de reforma también en Europa: ¿de qué manera afectan al farmacéutico? Así, ¿cuáles son las expectativas de la revisión de la Directiva Europea 2001/83/CE, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano?

Esta directiva nos parece muy importante, porque refuerza la seguridad del abastecimiento precisamente en un momento en el que tenemos problemas en las oficinas de Farmacia a la hora de dispensar

determinados fármacos que la ciudadanía necesita. Desde el Consejo General estamos intentando, desde hace mucho tiempo, contribuir a detectar de manera precoz este problema. Para ello, disponemos de una herramienta que nos permite registrar las incidencias de las farmacias cuando se produce un problema de abastecimiento de un medicamento.

¿En qué consiste exactamente?

En España tenemos cerca de 10.000 farmacias que todas las noches emiten las faltas de suministro y de distribución farmacéutica. De esta forma, todas las mañanas disponemos de un mapa español de las dificultades para poder encontrar esos medicamentos que necesitan los ciudadanos.

Se trata de un proyecto que hemos empezado en la organización farmacéutica colegial, y que a nivel europeo han calificado como una buena práctica. Ahora estamos

liderando un proyecto paneuropeo que cuenta con la participación de cinco países. El objetivo es crear un sistema de notificación similar al que funciona en España. A nivel europeo también es importante el Plan Nacional de Lucha contra la Resistencia Antimicrobiana, que busca reforzar las medidas que garanticen el uso racional de los antibióticos. Este es un gran problema, no solamente desde el punto de vista de la Sanidad, sino desde la perspectiva de la Agricultura y todo lo que está relacionado con el medicamento de Veterinaria.

Hablando de Europa, hace tiempo que ya no se cuestiona 'el modelo español de Farmacia'.

Está más que demostrado que el modelo español es bueno, es un modelo de éxito. La pandemia ha puesto de manifiesto esa conquista social que han tenido los ciudadanos con este tipo de modelo. Hemos po-

dido mantener encendida la cruz verde en las más de 22.000 oficinas de Farmacia en todo el territorio español. Se ha demostrado que es uno de los pilares de éxito del SNS, por lo que, en estos momentos, nadie se está planteando otro tipo de escenarios.

Se habla mucho de la defensa del Sistema Nacional de Salud, ¿cree que realmente está en peligro? ¿Cuáles son los principales desafíos? ¿Es una cuestión de presupuesto?

Se trata de un problema que viene de lejos y que la pandemia ha hecho que se acentúe todavía más. En la Comisión para la reconstrucción social y económica, que se creó en el Congreso de los Diputados, comentamos que todos debemos formar parte del SNS. Creemos que no se puede reconstruir un sistema sanitario ni la Salud Pública sin los farmacéuticos ni las farmacias. Nosotros entendemos que el Sistema Nacional de Salud, que es excelente, no puede desaprovechar ningún recurso. Disponemos de 22.000 farmacias, que forman la red de establecimientos más extensa de toda Europa, y representan un colectivo de más de 55.000 profesionales que están al pie del cañón en todos los rincones de España. Este colectivo debe sumarse de manera mucho más proactiva para hacer más sostenible todavía el SNS.

¿Cuáles son sus propuestas en esta comisión de reconstrucción?

Planteamos varios ejes que consideramos necesarios para mantener la sostenibilidad del sistema. Defendemos la idea de reafirmar la Farmacia comunitaria como la Farmacia de Atención Primaria; siempre ha sido así, y se ha confirmado durante la pandemia. Para conseguirlo, es necesario desarrollar programas de seguimiento farmacoterapéutico, de adherencia, de farmacovigilancia, de revisión de medicación, de conciliación, etc. Todos estos proyectos y programas ayudarán a ampliar la capacidad, así como a mejorar la eficacia y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.



ENTREVISTA Jesús Aguilar

En la comisión de reconstrucción también se habla de Salud Pública.

Para nosotros es fundamental la integración de la Farmacia en las políticas de Salud Pública. Sería ideal que las farmacias estuviesen incorporadas al sistema de vigilancia epidemiológica. Algo que hemos solicitado muchas veces, y que hemos propuesto, es la creación de una red nacional de farmacias centinela, que multiplicaría la capacidad actual de vigilancia.

¿Cuáles son los otros dos temas formulados?

Otro eje importante que planteamos en la comisión es integrar la Farmacia comunitaria en la transformación digital de la Sanidad. Esto conlleva la conexión de las farmacias con el SNS a través de un modelo de digitalización que nos permita trabajar de forma coordinada con los equipos de salud. En el cuarto y último punto presentamos la necesidad de garantizar la viabilidad de las farmacias, por esa labor sanitaria, social y de cohesión territorial que realizan, en especial, en las zonas más frágiles y despobladas.

¿Cómo valora la implantación de la receta electrónica? Los farmacéuticos siguen quejándose de los problemas de interoperabilidad entre comunidades autónomas. ¿Qué soluciones se pueden ofrecer?

Tenemos unas recetas electrónicas en todas las CC. AA. que son un ejemplo en Europa, porque funcionan bien salvo mínimos problemas informáticos en situaciones determinadas. El problema está en la receta electrónica interoperable, es decir, cuando un paciente se desplaza de una comunidad a otra. Los sistemas de receta electrónica de cada una de las comunidades tienen muchas diferencias entre sí. Existen fallos en el sistema de comunicaciones, especialmente en verano, así como caídas de sistemas, entre otras complicaciones. Sin embargo, la realidad es que las farmacias españolas, hoy en día, dispen-

san medicamentos a personas procedentes de otras autonomías, aunque se haga en condiciones distintas. Sería deseable que la receta interoperable fuera tan fuerte como las recetas propias de cada comunidad autónoma. Pero en ningún caso sucede que no se pueda dispensar los medicamentos a los ciudadanos. La realidad es que tenemos uno de los sistemas más avanzados de toda Europa, y con mucho.

La pandemia ha dejado muchos aprendizajes e innovaciones, como el servicio de dispensación colaborativa de medicamentos de diagnóstico y dispensación hospitalaria en farmacias comunitarias. ¿En qué consiste? ¿Se ha puesto en práctica en todas las autonomías? ¿Cree que debe mantenerse?

Este servicio se puso en funcionamiento en Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía durante la pandemia, cuando no nos podíamos mover de casa. También funcionó posteriormente, cuando nos pedían que no nos acercáramos a los hospitales. Sabemos que algunos fármacos se dispensan en las farmacias de los hospitales, y no en las comunitarias. Esta circunstancia sólo pasa en este país, y creemos que esos fármacos deberían estar en las farmacias comunitarias para no marear a los ciudadanos, especialmente a los pacientes polimedificados. Teniendo en cuenta la situación de las farmacias hospitalarias en ese momento, este sistema estableció métodos de comunicación y de colaboración entre los farmacéuticos de los hospitales y los farmacéuticos de las oficinas de Farmacia.

¿En qué consiste esta coordinación?

Desde la Farmacia hospitalaria se supervisan los medicamentos que necesita el paciente, y los fármacos se envían a la

Farmacia comunitaria, donde el usuario puede recogerlos y recibir la información necesaria. Los principales beneficiados

son los pacientes, que evitan el desplazamiento al hospital. Creemos que este programa se seguirá extendiendo a más comunidades autónomas. El sistema garantiza que el medicamento, durante todo

el proceso, se mantiene bajo la custodia de un farmacéutico. Esa supervisión y el control del fármaco por parte del profesional garantiza la seguridad del paciente. En los estudios que hemos realizado, los ciudadanos muestran una altísima satisfacción. Según una encuesta, los pacientes valoran este sistema con un 9,84 gracias a factores como la comodidad, la rapidez en la recogida, el trato recibido, la calidad del servicio o la ampliación del horario.

¿Qué otras CC. AA. se están planteando implantar este sistema?

En concreto, la Comunidad de Madrid ha anunciado la puesta en marcha de este programa con 61 pacientes que tienen VIH. El objetivo es que puedan recoger la medicación que necesitan en su oficina de farmacia.

¿En qué consiste el protocolo para la creación del 'Programa de Farmacia Comunitaria Rural' suscrito recientemente en La Rioja con el Gobierno central?

Estamos muy contentos de este programa que se ha podido firmar, porque es una buena señal. Abre la puerta para que las farmacias puedan desarrollar esas nuevas funciones asistenciales y sociales que nosotros entendemos que deberían estar llevando a cabo para ayudar a la sostenibilidad del sistema, aparte de los beneficios para el propio ciudadano.

¿Cómo será el desarrollo de este programa?

Las líneas de trabajo están encaminadas a mejorar la prestación farmacéutica, así como al desarrollo de programas de Salud Pública. También tiene otra vertiente social donde se abordan cuestiones como la lucha contra la soledad o la detección de situaciones de vulnerabilidad. Además, se ocupa de que el mundo rural no se quede al margen de la España digital.

¿En qué fase está el Programa de Farmacia Comunitaria Rural?

Estamos pendientes de que se desarrolle un programa piloto en una comunidad autónoma. El problema es que con la celebración de las elecciones autonómicas y municipales el 28 de mayo estamos en una situación de espera.

En el ámbito de los recursos humanos, ¿cómo es la situación entre los farmacéuticos? ¿Hay datos actualizados? ¿Cuáles son las necesidades de España a medio y largo plazo en cuanto a licenciados en Farmacia?

Este año, en el examen de los farmacéuticos internos residentes (FIR) se presentaron unas 6-7 personas por cada plaza ofertada. En España, más o menos, hay unos 5.000 compañeros que trabajan en la Farmacia hospitalaria, los análisis clínicos y la Salud Pública dentro del Sistema Nacional de Salud. La pandemia ha puesto de manifiesto destacadas necesidades de nuestro sistema sanitario. Es necesario hacer un análisis exhaustivo de la situación para conocer los medios que hacen falta. Debemos saber si hacen falta más medios o si la solución es que gestionemos mejor los recursos disponibles. Sé que esto no es políticamente muy correcto, pero realmente es mi opinión. Primero, debemos hacer una buena gestión de los recursos disponibles y después podremos saber el número de personas que son necesarias en cada uno de los puestos.



¿Y cómo es la situación de los recursos humanos en la Farmacia comunitaria?

No observamos problemas. Se sigue produciendo un incremento constante de personal conforme la red sigue creciendo. En la actualidad, este sector tiene unos 55.000 farmacéuticos empleados, sobre un total de más de 78.000 farmacéuticos colegiados.

¿No se observa una necesidad de profesionales, por ejemplo, en puestos especializados o en farmacias pequeñas?

Parto de la base de que lo primero que deberíamos hacer es un trabajo de gestión para revisar nuestra labor, lo que hacemos bien o cosas que deberíamos dejar de hacer. A partir de aquí, marcaremos las necesidades. En todos los trabajos, si no haces un análisis previo de la situación, siempre hace falta más gente.

En general, los profesionales critican la falta de planificación y tampoco se ha llegado a hacer nunca ese solicitado registro de profesionales.

En nuestro caso sí sabemos cuántos somos, porque todos los farmacéuticos tienen que estar colegiados, por lo que tenemos un registro. La Administración debe cumplir con el deber de solicitar a los profesionales que estén colegiados.

Además, es una profesión joven.

Tenemos una media de 43 años; nuestra profesión es muy joven y también muy femenina, sin cuota.

Las mujeres son mayoría en las facultades de Farmacia, pero minoría en determinados puestos de responsabilidad, ¿a qué puede deberse? ¿Cree que las nuevas generaciones igualarán este porcentaje, por ejemplo, en las presidencias de los colegios de Farmacia, en sindicatos, cátedras, etc.?

En nuestro caso es al revés, y son los hombres los que tendrían que igualar esas cuotas. De las 892 personas que suman las 52 juntas de gobierno de los colegios provinciales, 501 (56,17 por ciento) son mujeres. Por tanto, son mayoría en los órganos de gobierno de los colegios farmacéuticos de toda España. Por ejemplo, mi comité directivo está formado por siete personas, de las que cuatro son mujeres. Nosotros no tenemos estos problemas que sí aparecen en otros entornos. No hacemos ningún tipo de diferenciación entre hombres y mujeres, sino que todos somos considerados como personas. Debemos tener en cuenta que siete de cada diez profesionales de la Farmacia colegiados son mujeres (71,9 por ciento). Sí es verdad que entre este porcentaje y el 56,17 por ciento de mujeres



ENTREVISTA Jesús Aguilar

representantes de juntas de gobierno hay una pequeña diferencia, pero la misma que puede haber al revés. Somos la tercera profesión sanitaria con mayor representación de la mujer, y, desde luego, también en los órganos de gobierno colegiales.

No hay tanta mayoría de mujeres, por ejemplo, en las presidencias colegiales.

Tenemos cerca de 20 mujeres ocupando la presidencia de los colegios provinciales. Y mi predecesora en la presidencia del consejo ha sido Carmen Peña.

¿En qué medida la crisis sanitaria agravada por la pandemia ha marcado la relación farmacéutico-paciente?

En nuestro caso, creo que la ha mejorado, porque hemos estado disponibles de manera permanente y constante. Desde las oficinas de Farmacia hemos intentado solucionar las necesidades del ciudadano en todo momento, por lo que pienso que esa relación se ha consolidado. Durante la pandemia hemos hecho el mismo trabajo de todos los días, tal vez con más intensidad, y también con más visibilidad.

¿Qué balance general hace?

Según una encuesta hecha a los usuarios de las oficinas de Farmacia por GAD 3, su nivel de satisfacción es muy alto durante los últimos años, e, incluso, reclaman que las farmacias realicen más servicios asistenciales. Además, nueve de cada diez encuestados piden una mayor integración en la Atención Primaria. Otro dato significativo es que el 75 por ciento considera que la Farmacia comunitaria ha sido un agente sanitario clave en la detección de la COVID-19 y que ha ayudado a descongestionar la Primaria. En definitiva, los farmacéuticos estamos muy satisfechos del trabajo que hemos desempeñado y nos sentimos muy orgullosos de la forma en que los ciudadanos han valorado nuestra labor.

¿Se han registrado más agresiones a profesionales, como sí han denunciado

otros profesionales sanitarios de Enfermería y Medicina?

Estamos poniendo en funcionamiento el Observatorio Nacional de Agresiones a Profesionales Farmacéuticos. Se trata de una iniciativa que se enmarca dentro del Observatorio de la Profesión Farmacéutica. Su objetivo es analizar, concienciar, dar visibilidad y contribuir a frenar las agresiones a los profesionales farmacéuticos.

¿Ya hay datos disponibles?

Todavía está en fases muy iniciales, pero los primeros casos notificados indican que el 88 por ciento se corresponden a agresiones verbales, como amenazas, vejaciones, injurias o coacciones. El 6 por ciento del total son agresiones físicas.

¿Cómo valora, hasta el momento, su experiencia personal como presidente del CGCOF?

La verdad es que estoy satisfecho con esta experiencia personal que ha superado todas las expectativas. En primer lugar, nunca pensé que pudiera llegar a ser presidente del Consejo General. Durante muchos años he trabajado en una fábrica de la industria farmacéutica. Estoy satisfecho con la labor realizada junto con mi equipo directivo, que no solo es muy competente, sino que también está muy comprometido con el avance de la profesión y con el servicio al ciudadano. En segundo lugar, nunca me hubiera podido imaginar que me iba a encontrar la peor emergencia sanitaria del último siglo. En este sentido, he tenido realmente el honor de liderar una profesión sanitaria que lo ha dado todo y que ha ofrecido lo mejor de sí misma, muy por encima de lo que profesionalmente se le puede exigir a una persona. Siento orgullo por la labor que desarrollan los 78.000 farmacéuticos colegiados.

¿Cuáles son los principales proyectos que quiere impulsar hasta que termine su mandato?

Antes de la pandemia, en 2019, pusimos en funcionamiento una estrategia corporativa que supone un cambio cultural y profesional, con el título 'Somos farmacéuticos: asistenciales, sociales y digitales'. Son tres palabras que ahora nos permiten decir que somos un poco visionarios, porque desde que empezamos esta evolución de la profesión el tiempo nos ha confirmado que hemos acertado al apostar por estos atributos. Cada uno de ellos está acompañado de una agenda y unas estrategias con las que queremos dotar a los farmacéuticos de contenido y de funciones en cada uno de estos ámbitos.

Las farmacias comunitarias desempeñan una gran labor de Salud Pública, con campañas organizadas, pero también con intervenciones individuales. Así se ha demostrado durante la pandemia. ¿Cree que de alguna forma se podría conseguir un retorno para la farmacia o para el profesional? Por ejemplo, con exenciones fiscales, ayudas, subvenciones, etc.

Sin ningún tipo de duda. Un ejemplo muy sencillo es el de las pruebas de cribado de VIH o de cáncer. En las comunidades donde se cuenta con la farmacia comunitaria se registra una adherencia mucho más elevada que en otras autonomías donde sólo se hace en el centro de salud. Se trata de un procedimiento muy sencillo, en coordinación con el servicio autonómico de salud. La oficina de farmacia puede ayudar en muchísimos otros temas, además de los cribados. Las farmacias pueden ser verdaderos sensores sanitarios en farmacovigilancia o en la detección temprana de las posibles reacciones adversas de los medicamentos. Las farmacias también pueden desempeñar un gran papel en las actividades, campañas y programas de Salud Pública. En concreto, la figura del farmacéutico como agente de salud pública es fundamental y su labor está regulada en la propia ley del medicamento ■

FUNDACIÓN
juegaterapia

Seguir siendo Niños

Convertimos las azoteas de los hospitales en jardines mágicos

Colabora en Juegaterapia.org

#SeguirSiendoNiños



Digitalización, herramienta clave para mejorar el SNS

Cambiar estructuras y formas de trabajar para que el Sistema Nacional de Salud (SNS) siga siendo un referente han sido algunos de los objetivos apuntados por los participantes en el 23.º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, celebrado en Las Palmas de Gran Canaria. Para conseguir todos estos propósitos, los especialistas han indicado que la digitalización y las nuevas tecnologías son herramientas fundamentales.

Texto | Beatriz Vadillo / E.M.

Fotos | EL MÉDICO



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Digitalización, herramienta clave para mejorar el SNS

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) han organizado el pasado mes de marzo este encuentro bial con el lema ‘Gestionando con las personas’. El encuentro fue inaugurado por **Ángel Víctor Torres, presidente del Gobierno de Canarias**. En total, más de 3.000 profesionales relacionados con distintos ámbitos del sistema sanitario han abordado el futuro de la gestión sanitaria durante tres días en el Palacio de Congresos de Canarias-Auditorio Alfredo Kraus. Con este récord de participantes, se trata del “congreso más ambicioso hasta la fecha”, como ha dicho **José Soto, presidente de SEDISA**.

En el marco de este encuentro se han presentado alrededor de 800 comunicaciones. Se trata de la cifra total entre el número de póster (427) y de comunicaciones orales (360) presentadas.

El congreso se celebra cada edición en una autonomía para “poder acercar las distintas realidades sanitarias de cada comunidad autónoma a gestores y otros actores implicados en la salud”, como ha dicho **Jesús Sanz, presidente de ANDE**.

Con el foco puesto en las personas, el encuentro ha ahondado en las necesidades actuales de mejora del sistema sanitario, sensibilizar y adaptarse a los nuevos tiempos. Con estos objetivos, el congreso se ha dividido en cuatro áreas: gestionar con y para las personas; promover la transformación de las organizaciones sanitarias; comprometerse con la sostenibilidad e innovar en salud, y fomentar la gestión basada en valor.

Digitalización de la Sanidad

Respecto a la digitalización de la Sanidad, los directivos y gestores han hablado de la necesidad de abrazar las nuevas tecnolo-

gías para aportar más valor a los ciudadanos. No se debe perder nunca de vista al ciudadano. La digitalización revoluciona la gestión sanitaria mientras se aborda el reto de humanizar al usuario y hacer que la organización gire en torno a sus necesidades.

Modelo más participativo

Los expertos han destacado que el SNS es bueno, funciona y tiene una cartera de profesionales altamente preparados y preocupados. En todo caso, hay que seguir trabajando en la mejora de los sistemas de gestión, la formación continuada de los sanitarios y la implicación del ciudadano.

Y este es precisamente uno de los grandes retos: lograr la implicación y participación de los pacientes en los procesos sanitarios para hacer honor al lema de este 23.º Congreso.

En general, los ponentes se han referido a la posibilidad de impulsar un cambio de modelo, así como de propiciar una mayor participación de los profesionales y de los pacientes en la gestión. “Hacen falta iniciativas, medidas significativas y concretas”, han dicho los gestores en sus conclusiones.

Así, José Soto ha recalcado los beneficios de “profesionalizar al gestor sanitario”.

“Tenemos que conseguirlo, nos vamos a esforzar por ser los mejores gestores y directivos sanitarios”, ha remarcado el presidente de SEDISA.

Sostenibilidad y medioambiente

“Debemos invertir en todos los agentes del sistema para tener un mayor retorno”, ha dicho Blas Gabriel Trujillo Oramas, consejero de Sanidad de las Islas Canarias. En su comunidad, según ha comentado, se está reforzando la Atención Primaria y la salud

mental. “Estamos creando recursos y nuevas unidades e incluyendo a los profesionales de la salud mental en otras áreas”.

Como anfitrión del congreso, Blas Trujillo se ha referido al reto constante que afrontan las Islas Canarias, donde “es difícil fidelizar al profesional sanitario”. “Cuesta el doble o el triple por la doble insularidad. Esto hace que nos tengamos que plantear diferentes estrategias”, ha apuntado.

Los intervinientes han defendido que “una Sanidad que se ocupa y se preocupa de los ciudadanos, así como de sus directivos y gestores, no puede dejar de lado el medioambiente”.

“Pongamos todos los elementos necesarios para aportar valor, fomentemos el talento interno. Tengamos flexibilidad y empatía para trabajar en otro modelo, más sostenible y preocupado por el medioambiente también. Podemos estar orgullosos de nuestro SNS, pero tenemos que seguir trabajando mucho”, ha dicho el consejero de Canarias.

Nuevas tecnologías

La oportunidad que proporcionan las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario beneficia a pacientes, profesionales y directivos implicados en la salud. En la mesa dedicada a la digitalización, **Pau López, responsable de la Oficina Técnica del Instituto Catalán de la Salud (ICS)**, ha presentado el proyecto Digipatics de digitalización de anatomía patológica en red.

Este proyecto Feder cuenta con un presupuesto de 8,5 millones de euros y abarca ocho hospitales. Supone una revolución para los patólogos, a los que se les ha generado una nueva estación de trabajo con todas las imágenes integradas, la información de cada muestra, el historial previo y todo lo necesario para su trabajo en un solo pantallazo. Consta de un sistema de mensajes entre patólogos y todas las bandejas de lo que estos especialistas denominan vidrios, que an-

tes tenían que observar manualmente y ahora pueden acceder a ellos en red.

Digipatics incorpora además una plataforma de educación, un algoritmo de inteligencia artificial, 24 escáneres y personal contratado para el programa. “Seguramente será una de las redes más grandes de Europa en patología digital”, ha asegurado Pau López.

Estos avances cambian incluso la relación con el paciente de cáncer: “Es más de tú a tú, porque puedes tener al lado una pantalla donde mostrar todo detalladamente”, ha explicado el experto del ICS.

Tecnologías de la información

En la sesión titulada ‘Tecnologías de la información (TIC) orientadas a la aportación de valor y resultados en salud’ ha intervenido Enrique Paseiro, subdirector de Sistemas y Tecnología de Información, Área Sanitaria de Compostela y Barbanza. Este especialista ha ahondado en la oportunidad que ofrece la digitalización para dar mejor servicio a los ciudadanos.

Concretamente, las tres áreas que tienen implementadas en su centro, y que son plataformas para entorno web o aplicaciones, ponen en contacto por un lado a médicos de Familia con especialistas; por otro, a médicos con pacientes, y por último, a los pacientes con los servicios y trámites del centro. De esta forma, se les permite acceder a toda la información clínica de su historial. “Con la consulta electrónica evitamos desplazamientos innecesarios y se agilizan tiempos y trámites”, ha afirmado Enrique Paseiro.

Sostenibilidad y salud

En el marco de la sesión titulada ‘Retos y oportunidades en sostenibilidad y salud: una visión bilateral por parte de Reino

Unido y España’, Chris Gormley, responsable de Global Net Zero Healthcare, ha expuesto cómo el Sistema de Salud Nacional, para hacer frente a la emergencia del cambio climático y a sus consecuencias, se convirtió en 2020 en el primer sistema de salud público en comprometerse con alcanzar las emisiones cero directas para 2040, y de agentes influenciados en 2050.

Y es que, por ejemplo, la contaminación del aire es la mayor amenaza ambiental para la salud en el Reino Unido. Se calcula que contribuye a una de cada 20 muertes y al aumento de casos de asma, cáncer y enfermedades cardíacas, según Chris Gormley. Además, el servicio de salud es el quinto agente que más emisiones genera, por lo que es parte del problema y de la solución al mismo tiempo.

Digitalización de la formación

De la gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias ha hablado **Manuel Re-**

vuelta, coordinador de la formación continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid. Este centro, a través del diseño de una aplicación, ha logrado digitalizar todos los procesos de gestión administrativa tanto

de la formación continuada de los profesionales como de la formación especializada de los residentes.

Se trata de una aplicación que tiene también un mapa 360º del hospital, por donde las personas pueden pasear desde su móvil y abrir distintas píldoras con las que obtener la información solicitada.

“Este plan de innovación ha revolucionado toda la formación del hospital, y ahora, cuando se incorporan nuevos profesionales, toda la formación necesaria para desempeñar su labor la tienen en su móvil”, ha resumido.

Unidad de Gestión del Conocimiento

En la misma mesa, Óscar Rey Luque, coordinador de la Unidad de Gestión del Conocimiento del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de Tenerife, ha presentado los detalles de esa Unidad, que pretende dedicarse no sólo a la docencia o a la formación, que es lo que venía haciendo, sino, desde hace un año, también a buscar el talento y estimular a los investigadores noveles en la división de Enfermería, sobre todo en cuidado del paciente.

Lo hacen asesorando en metodología de investigación, búsqueda bibliográfica, redacción de trabajos o formación sobre cómo investigar. “La idea es que la organización sea un vivero de investigadores clínicos, y para eso hay que incentivar la curiosidad que pueda tener cada uno y facilitarle el proceso dándole herramientas”, ha dicho.

Humanización de los servicios

Innovación y tecnología han estado muy presentes durante todo el encuentro como palanca de cambio para la transformación del sistema. Esta modernización ha de llevarse a cabo sin perder la perspectiva de la humanización de los servicios, el envejecimiento poblacional y la sostenibilidad, tanto del planeta como del propio sistema de salud.

Metaverso e inteligencia artificial

Múltiples son los retos a los que se enfrenta el SNS por la irrupción de las nuevas tecnologías y su aplicación en el diagnóstico, el tratamiento, la investigación, etc. En el congreso se han analizado las novedades relativas al metaverso y la inteligencia artificial; desde la digitalización de procesos médicos o de la formación continua a la necesidad de humanizar al paciente y hacer del sanitario un sistema sostenible y respetuoso con el medio ambiente.

Felipe Pastrana, director general de AbbVie España, ha señalado que “para el fortalecimiento y la sostenibilidad del SNS



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Digitalización, herramienta clave para mejorar el SNS

es necesario tener en cuenta el valor y la capacidad transformadora de las tecnologías digitales, dirigidas a profesionales de la salud, pacientes, organizaciones del sector e instituciones". "Nuestro compromiso con el sistema pasa por analizar los retos y entender las necesidades de la digitalización", ha añadido.

Profesionalización de los directivos

Otro de los aspectos fundamentales que se han tratado en este espacio de diálogo abierto y de reflexión ha sido "la necesaria profesionalización de los directivos de la salud, de forma que ocupen los puestos los mejor preparados", como ha apuntado **Rafael López Iglesias, de la Junta Directiva de SEDISA**.

En esta línea, desde SEDISA se trabaja en varias vertientes: el desarrollo profesional continuo, la fijación y análisis de competencias directivas mediante un sistema de autoevaluación para que los directivos de la salud obtengan una certificación de sus competencias y un máster de gestión sanitaria.

La Sociedad también está trabajando para conseguir la implantación de un grado universitario que acredite dicha formación. "De esta forma, podremos conseguir que los directivos estén profesionalizados y que los mejores y con mayor formación puedan dirigir las organizaciones sanitarias, y por tanto, despolitizar su nombramiento", ha defendido López Iglesias.

"Evidentemente, los gobernantes van a nombrar personas afines a sus planteamientos, pero lo deseable es que ese no sea el único móvil, sino que se pueda elegir a la persona con mejores cualidades profesionales", ha sentenciado.

Liderazgos fuertes

En la misma línea, **Candela Calle, directora general de la Fundación Sant y coordinadora de la Escuela SEDISA de Liderazgo**, ha incidido en la necesidad de

conseguir "liderazgos fuertes" para hacer toda la transformación del sistema sanitario. Son necesarias cuatro competencias: dimensión personal, relacional, técnica y social.

Para lograrlo, SEDISA ha creado la escuela de liderazgo con tres objetivos: formar; asesorar y hacer consultaría a las instituciones y potenciar la investigación con respecto al liderazgo. Candela Peña ha señalado "lo importante que es ejercer mentoría a todos los directivos de la salud que se incorporan a la gestión".

Modelo de innovación abierta

Javier López, jefe de Servicio de Innovación de la Consejería de Salud de Andalucía, se ha referido al modelo abierto al sector público. "Al fin y al cabo, es la colaboración de todos los agentes posibles. El beneficio es para el propio sistema sanitario, y, en nuestro caso, la respuesta fue mucho más positiva e inmediata de lo que esperábamos desde el primer reto".

En materia de ley, se han abordado también los desafíos de la compra pública innovadora y la necesidad, según **José María Gimeno, catedrático de la Facultad de Derecho de Zaragoza**, de cambiar la cultura en la gestión y pasar del precio al valor.

Y es que la Ley sobre contratos del Sector Público supone todo un reto para los profesionales de la compra pública sanitaria. No es una normativa que remozca la anterior, sino un cambio radical en los fines y principios de la Ley sobre contratación pública.

El fin de la hegemonía del factor precio en la compra sanitaria, la introducción de nuevos elementos de valoración de licitadores y ofertas y la aparición de nuevas reglas y figuras plantean un escena-

rio radicalmente nuevo. "Hay que abordar la compra pública en clave de inversión, como nos dice Europa, y no de ahorro presupuestario", ha explicado José María Gimeno.

Trato afectivo a los pacientes

Durante el congreso, los expertos han hablado de la humanización y el trato afectivo a los pacientes. **María de los Ángeles Martín Octavio, directora de Enfermería del Hospital Universitario de Guadalajara**, ha explicado su proyecto de 'Prevención de la ceguera, trabajando con estrategia para dar más salud a las personas'.

"Estamos implementando un programa de telemedicina integral con la incorporación de retinógrafos no midriáticos en el ámbito de Atención Primaria en todo el conjunto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha como herramienta de cribado para la prevención de la ceguera. Su uso aportará agilidad en el diagnóstico, reducirá la demora en las consultas de Oftalmología e incrementará la resolución de las consultas de Atención Primaria", ha comentado.

De este modo, se pone "en manos de Atención Primaria la detección precoz y la derivación a un oftalmólogo competente. Esto beneficiará a los pacientes, ya que podrán recibir antes su tratamiento y se reducen las posibilidades de pérdida visual y la ceguera debida a la retinopatía diabética y el edema macular diabético".

Análisis de datos

La inteligencia artificial y el análisis de datos son grandes oportunidades que se le presentan a los sistemas sanitarios siempre y cuando sean capaces de conseguir resultados en la salud de los pacientes. Así lo ha expresado **Yared González, especialista en Farmacia Hospitalaria del Hos-**

La consulta electrónica evita desplazamientos innecesarios y agiliza trámites

de Atención Primaria en todo el conjunto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha como herramienta de cribado para la prevención

pital Universitario de Canarias y secretario del grupo de farmacia hospitalaria digital de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Este facultativo ha advertido de “los potenciales beneficios que tendría sobre la salud. Todo el mundo habla de ello, pero presenta una serie de barreras y limitaciones que dificultan su implementación”. En concreto, se ha referido a “la óptima gestión del dato, con sistemas que permitan almacenar, recuperar, analizar e interpretar la información para generar conocimiento”.

“Es indispensable un cambio cultural que debe permear en toda la organización de manera que piense y actúe de forma diferente”; ha apuntado.

Otro punto crítico, a su juicio, es la formación. “No estamos preparados ni tenemos competencias profesionales en este ámbito. Es imprescindible desarrollar nuevos roles profesionales y sumar a los equipos otros perfiles que aporten algo más a nuestro día a día”.

Cambio de paradigma en RR. HH.

También el área de recursos humanos (RR. HH.) está viviendo una drástica transformación. Así lo ha indicado **Silvia Vaquero, enfermera gestora del proceso de CMA del Hospital de Calahorra**. “Cuando surgen las grandes crisis también es el momento en el que aparecen grandes oportunidades de crecimiento. Ante la actual situación de cambio a nivel global, los RR. HH. están igualmente afectados, y es necesario un cambio de paradigma tanto en la gestión del personal como de las personas. Debemos asumir nuevas tendencias y áreas de acción”.

En este sentido, ha destacado que “los desafíos con los que se encuentran los equipos de recursos humanos tienen que ver con el abandono silencioso, la gestión organizativa, la contratación de calidad, el crecimiento del talento y la automatización de los datos”.

SENTIMIENTO DE PERTENENCIA

Seis consejeros autonómicos de Salud han participado en el 23.º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria celebrado en Las Palmas de Gran Canaria. En líneas generales, los titulares de Sanidad han hablado de la necesidad de aunar esfuerzos para la mejora y el desarrollo del sistema sanitario actual. Una de las herramientas apuntadas por los consejeros ha sido la de conseguir una mayor implicación tanto del profesional como del paciente, es decir, se necesita fomentar “el sentimiento de pertenencia”.

Blas Gabriel Trujillo Oramas, consejero de Sanidad de Canarias

- Tenemos directivos tremendamente profesionales y muy bien formados. Debemos procurar que se haga todo de la manera más eficaz.
- Igual que le pedimos a los pacientes que aporten y se impliquen, ¿cómo no vamos a pedirselo a los directivos?
- La protección de la salud de las personas es la materia con la que trabajamos, por eso tenemos que ser más exigentes en la búsqueda de la excelencia.
- Se trata de cambiar el modelo tradicional, de darle protagonismo al paciente y fomentar su participación. Tenemos que transmitir a la ciudadanía que la prevención empieza por uno mismo.

Patricia Gómez i Picard, consejera de Salud y Consumo de Baleares

- Hemos vivido momentos de desinversión y no podemos volver a ello. Ni un paso atrás.
- Para la gestión de Atención Primaria necesitamos modelos más transversales.
- Estamos fortaleciendo las urgencias mientras quitamos valor a Primaria. Ahora mismo la sociedad está polarizada.
- Nuestros profesionales están altamente cualificados y merecen unos líderes comprometidos; el ciudadano lo agradecerá.

Julio García Comesaña, consejero de Sanidad de Galicia

- Las nuevas tecnologías son uno de los retos en la gestión de las personas. La tecnología está ahí para ayudarnos, y debemos aprovechar las herramientas de gestión.
- La Atención Primaria debe tener un mayor protagonismo, es el momento de impulsarla. Los recursos igual no son los adecuados, pero hay que dar protagonismo a sus profesionales.
- Falta mano de obra, tanto médicos de Familia como otros especialistas, y es el mayor problema actual
- Seguimos teniendo un buen SNS, y así lo hemos demostrado durante los tres últimos años. Los gestores sanitarios han sido parte del éxito; su valor y profesionalidad es incuestionable.





GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Digitalización, herramienta clave para mejorar el SNS



Sira Repollés Lasheras, consejera de Sanidad de Aragón

- Hemos aguantado bien la pandemia. Tenemos un sistema sanitario líder en el mundo y es sostenible.
- Nuestro sistema sanitario debe generar salud en la población.
- Respecto a la digitalización de los sistemas, vivimos en una sociedad cambiante. Son unas circunstancias especiales, por eso debemos pensar en una nueva forma de entender a nuestros pacientes y abordar sus necesidades.
- La sostenibilidad supone generar el convencimiento al ciudadano de que es bueno que sus impuestos vayan al sistema sanitario.

Catalina García Carrasco, consejera de Salud y Consumo de Andalucía

- El reto es tener un sistema eficiente, generador de salud y que dé respuesta. Debemos centrarnos en las soluciones, más que en los problemas.
- La profesionalidad es un tema pendiente; hay que trabajar en los sistemas de salud, ya que gestionan personas. El reto es conseguir que las personas que trabajan en el sistema se impliquen.

Jesús Fernández Sanz, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

- Tres áreas principales se deben fomentar para mejorar la participación de los ciudadanos: pacientes y familia, directivos y trabajadores de la salud.
- Queremos dar soluciones en el día a día, pero estamos dando soluciones a un patrón que ha cambiado radicalmente.
- La pandemia nos ha enseñado a trabajar en la prevención. Ese es el modelo. Hay que atender a los enfermos para curar y a los sanos para que no se conviertan en enfermos.
- Cuidar el medio ambiente, eso también es importante.
- Miremos por la sostenibilidad del sistema. El sector sanitario tiene un gran impacto, por eso debemos trabajar de la mano. Da igual donde te encuentres, son decisiones de todos.

En la misma línea se ha mostrado **Anna Rodríguez Cala, responsable de proyectos estratégicos de Responsabilidad Social Corporativa de la Fundació Sant Francesc d'Assis Emèrita del Institut Català d'Oncologia**. Esta experta ha aportado su visión sobre el compromiso social de las organizaciones sanitarias que “con el nuevo decreto de la Unión Europea han de cambiar y se han de transformar hacia un modelo responsable y sostenible, con una visión estratégica y posicionando las actuaciones sociales como iniciativas ca-

paces de ofrecer valor a la organización y a la sociedad”.

En lo que se refiere a la labor en el área de Enfermería, **María Pilar Peláez, técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales de Tenerife del Servicio Canario de la Salud**, ha explicado su modelo formativo en relación con las competencias avanzadas de la Enfermería.

“Hemos trabajado en un nuevo modelo basado en la valoración de encuestas y aná-

lisis de resultados de las enfermeras educadoras hospitalarias en el ámbito de la diabetes. Nos vamos a diferenciar de otros lugares en donde la formación se basa en un máster, mientras que nosotros proponemos un híbrido donde también se le suma la formación continua. De este modo nuestro equipo de trabajo analiza y averigua las necesidades, pero al final son las personas implicadas a las que queremos formar en práctica avanzada las que finalmente diseñan el modelo”, ha comentado.

Reconocimiento profesional

Por otro lado, el reconocimiento profesional ha sido otro de los asuntos de mayor interés entre los asistentes, sobre todo tras la crisis de la COVID-19. **Soledad Gallardo, gerente del Hospital de Inca de Mallorca**, se ha referido a la necesidad de “realizar un diagnóstico acerca del reconocimiento social de los profesionales sanitarios. La insatisfacción, la presión de los medios de comunicación y situaciones tan traumáticas como la pandemia son retos para el inmediato futuro”.

Excesos asistenciales

En la mesa ‘Atención integral centrada en las personas de edad: humanizar con el no hacer’, **Marta Pascual, jefa de sección de Inspección y Control de Calidad (SEPAD) en Mérida**, ha expuesto cómo para humanizar la atención hay que evitar los excesos asistenciales.

“Se trata de atender las necesidades reales del paciente, que la cultura de la organización gire en torno al usuario y evitar el exceso de pruebas u otro tipo de intervenciones que no lo tienen en cuenta, porque hemos llegado a cosificar a la persona y queremos tratarla como un ser integral”, ha indicado.

Emociones y conciencias

Dos han sido las personas encargadas de poner fin al congreso. La primera, **Jesús Martín-Fernández, neurocirujano** y

músico, no ha dejado a nadie indiferente; no sólo por su juventud, sino porque ha realizado la primera cirugía despierta en España de un tumor cerebral, conservando las emociones y, además, utilizando un test de inteligencia artificial propio.

Su intervención fue de eso, de emociones, de sacudir conciencias: “Debemos abandonar la rigidez actual de las intervenciones de los neurocirujanos. El objetivo debe ser que el paciente vuelva al trabajo como símbolo de calidad de vida. Tenemos que operar al paciente según lo que él quiera, no como nosotros queramos”.

Durante su intervención, Martín-Fernández ha hablado de la necesidad de mantener las emociones de los pacientes, de ahí que para él sea fundamental operar de forma despierta: “No podemos ser cirujanos del cerebro. Yo sabía que solo mover las manos y sentirme cirujano no iba a hacerme feliz, por eso ideé un test que nos permitiera llegar a lo que somos: emociones. La cirugía de tumores cerebrales debe ser despierta y a la carta”.

Apoyo a la juventud

Con un auditorio entregado y emocionado, Martín-Fernández ha reclamado apoyo para las jóvenes promesas de la Medicina. “Apoyemos los cambios de paradigma, aunque quien lo intente sea joven. Hay que apoyar más a los jóvenes. Igual tienen algo que contar, confiemos en ellos”.

A continuación, **Xavier Marcet Gisbert, presidente de LTC (Lead To Change), consultor en estrategia, innovación y**

transformación de organizaciones, ha hablado de liderazgo e innovación.

La necesaria profesionalización de los directivos de la salud supone que ocupen los puestos los mejor preparados

“Nuestras organizaciones no son relojes, no son máquinas. Tienen que ver con ecosistemas vivos. Gestionar una empresa es cuidar de su futuro mientras buscas resultados en el presente. Por eso es esencial cuidar de la gente, para que un futuro mejor sea posible”, ha resaltado Marcet.

Haciendo honor al lema del congreso, ‘Gestionando con las personas’ Xavier Marcet ha hecho hincapié en la importancia del crecimiento de las personas dentro de las organizaciones. Asimismo, respecto a la innovación, ha mencionado el hecho de que innovar no es sólo introducir elementos

nuevos, “eso es lo fácil; lo difícil es crear solidaridad entre las personas, entre los directivos. Nadie en las organizaciones gana una batalla por su cuenta”.

Socios de Honor

Por otro lado, las entidades organizadoras del Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria han nombrado Socios de Honor de SEDISA a **Candela Calle Rodríguez, Anna Rodríguez Cala y Juan Antonio Marqués Espí**, y como Socios de Honor de ANDE a **José Moguer y Adelaida Zabalegui**.

Por último, en el apartado de reconocimientos, han recibido el Premio a la Excelencia en la Gestión Sanitaria **Jesús Sanz Villorejo, presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, y José Soto Bonel, presidente la Sociedad Española de Directivos de Salud**. El Congreso de Canarias fue clausurado por Blas Trujillo, consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Zaragoza 2025

El 24.º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, que se celebrará en 2025, tendrá lugar en Zaragoza, según ha avanzado Jesús Sanz Villorejo. Durante el congreso se analizará y se debatirá sobre el presente y el futuro de la provisión de servicios integrando los servicios sanitarios y sociales, garantizando la mejor gestión de la salud a los ciudadanos, con calidad y eficiencia. Además, cuenta con el objetivo de acercar la salud del futuro gracias a la innovación y a las nuevas herramientas digitales y tecnológicas.

“Desde el inicio de los Congresos Nacionales de Hospitales y Gestión Sanitaria esperamos pasar, con la que se va a celebrar en Zaragoza, de los 40.000 congresistas. Estos profesionales han podido disfrutar de la aportación de valor al sistema sanitario, a los pacientes y a la sociedad, que supone el congreso”, ha dicho José Soto.

Por su lado, Jesús Sanz ha augurado que “un año más, el congreso continuará aportando conocimiento y debate en torno a la gestión del sistema sanitario y a la profesionalización de los directivos” ■

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





Mantener el mismo médico de familia durante años reduce la mortalidad

Remedios Martín Álvarez

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Texto | Clara Simón

Fotos | semFYC



“Mantener el mismo médico de familia durante años reduce la mortalidad”

Remedios Martín Álvarez preside la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). A la sobrecarga asistencial se suman las prácticas de poco valor clínico. La transformación de primaria pasa por su valor longitudinal. Se ha visto que mantener el mismo médico de familia durante varios años reduce la mortalidad. Son todo afirmaciones de la entrevista que ha concedido a la Revista EL MÉDICO.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la junta permanente de semFYC?

Los objetivos de la junta permanente responden a la situación que en cada momento vive la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC). En la actualidad, nuestra especialidad tiene varios importantes frentes abiertos. Para responder a todos ellos contamos con una junta con perfiles que abarcan todos los ámbitos de la Medicina de Familia, desde investigación, a la formación universitaria, unidades docentes, prevención de la salud dentro del programa PAPPs, el PACAP o Comunicación y Salud. Somos una junta con competencias en todos los aspectos transversales que corresponden al desempeño de la Medicina de Familia, dentro de las estructuras transversales de semFYC.

¿Cuáles resaltaría?

Es importante resaltar que el objetivo principal es recuperar el prestigio de la Medicina de Familia y la Atención Primaria, en un momento complicado como el que vivimos, en el que nos encontramos con una problemática asistencial, con cupos desorbitados y mal dimensionados. Médicos de Familia con marcada sobrecarga asistencial, y realizando aún prácticas de poco valor clínico. Pero también, por supuesto, nos centramos en los problemas de salud, y el abordaje clínico centrado en las personas, porque ante todo somos médicos y médicas de personas, sin olvidar la prevención y la promoción de la salud como pilar fundamental de la Atención Primaria.

¿Cuáles son los principales problemas de la AP?

Sin duda, uno de los que más nos preocupa es la presión asistencial. Y lo es porque no podemos atender a nuestros pacientes como queremos hacerlo. Con los cupos que tenemos, no disponemos del suficiente tiempo para practicar la Medicina clínica que queremos, la que sabemos que salva vidas, la que previene y atiende a pacientes con patologías crónicas o problemas agudos.

¿Qué solución proponen?

Perseguimos un cambio importante en la AP para conseguir medidas tan importantes como mantener la longitudinalidad, una de las herramientas más poderosas que tenemos en MFyC para asegurar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario. Recientes estudios internacionales afirman que mantener el mismo médico de familia durante varios años puede llegar a suponer un 25 por ciento menos de mortalidad, un 28 por ciento menos de hospitalizaciones y un 30 por ciento menos de uso de urgencias.

En España, ¿hay el suficiente número de profesionales en Primaria?

El problema de la falta de médicos en la AP existe actualmente y se prevé que sea aún

más grave en los próximos años. La planificación del número de médicos de Familia necesarios en el SNS no ha sido atendida, y en el momento actual faltan, en gran medida, por la ola de jubilaciones de los primeros especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Es un tema sobre el que empezamos a alertar hace 10 años. Entonces sí teníamos margen de maniobra, pero la falta de previsión y los errores en la gestión han provocado que esa ola se haya convertido en un verdadero tsunami.

¿Con qué vías se cuenta para ponerle solución?

Para ponerle solución es imprescindible que haya cambios en la AP. Y conseguir la transformación de la Atención Primaria en España pasa por un nuevo modelo de gestión en todas las vertientes, micro, meso y macro.

¿Podría especificar el nuevo modelo?

El nuevo modelo micro deberá estar fundamentado en equipos basados en la triada médico, enfermera y administrativa sanitario. Según este diseño, los tres perfiles profesionales, con plazas perfiladas, desarrollarían su labor hasta su techo competencial realizando prácticas de valor. Con una cartera de servicios óptima para

Hasta hace muy poco se decía que la AP era la puerta de entrada al SNS. Ahora ya no decimos eso porque es el eje del sistema, el que centraliza toda la actividad

reforzar el principio de subsidiariedad; y una visión de población asignada en base a aspectos cualitativos del territorio. En cuanto al modelo meso, se hace imprescindible la recuperación de las gerencias de Atención Primaria, independientes de las de hospitalaria, con el fin de las gerencias únicas. Y reformas en los centros de



salud que faciliten la autogestión con directores asistenciales profesionalizados y proyectos de gestión propios, acorde con las características de los equipos y la población asignada. Por otro lado, se necesitan cambios en los diseños de los centros de salud que faciliten el desempeño de todos los profesionales, asegurando consultas propias y el espacio necesario para el trabajo del equipo. El nuevo modelo organizativo y de gestión macro se centra en asegurar al menos el 25 por ciento de presupuesto sanitario finalista para equipo AP, que sea independiente del presupuesto de farmacia de AP, ambulancias y otros servicios. Y que todo ello se realice con una planificación a largo plazo.

¿Qué relación existe con las distintas Administraciones?

Sin duda tenemos una buena relación de diálogo con todas ellas, desde la ministerial a las distintas consejerías de las comu-

nidades autónomas. Pero es cierto que no todas las administraciones autonómicas tienen la misma sensibilidad a la hora de entender los problemas y, sobre todo, a la hora de buscar soluciones.

¿Les tienen en cuenta a la hora de abordar los problemas asistenciales?

Nos gustaría estar mucho más presentes en las decisiones políticas que nos atañen. A menudo, los políticos no saben de primera mano los problemas de la AP, porque no son usuarios del sistema público. Y eso les dificulta dimensionar sus problemas.

¿Qué factura ha pasado y está pasando la COVID-19 entre los médicos de AP?

La factura es tremenda y podemos decir que aún la estamos pagando. De hecho, la pandemia hizo crecer 16 puntos el *burnout* en AP. Estos datos recogidos

de un estudio publicado en la Revista *Clinica de Medicina de Familia* aportan una idea: los marcadores de *burnout* ya eran elevados en 2016, pero en plena pandemia estarían afectando al 36,5 por ciento de los profesionales de este nivel asistencial. De hecho, según este estudio, hay más sanitarios con *burnout*, que sin él.

¿Cómo sobrellevan la presión asistencial?

Evidentemente, mal. Pero no porque nos suponga un alto nivel de estrés ante horarios imposibles de cumplir. Lo que verdaderamente llevamos mal es la imposibilidad de atender a nuestros pacientes como sabemos que debemos hacerlo. Los médicos de familia somos médicos de personas. Nuestros pacientes nos conocen, saben nuestros nombres y nosotros los suyos. La relación que se establece con los pacientes es muy especial. De



FACME/ENTREVISTA Remedios Martín Álvarez

hecho, es lo que más sorprende y lo que más gusta tanto a los residentes como a estudiantes de Medicina.

¿Potenciando la Atención Primaria, el SNS sería más sostenible?

Hasta hace muy poco se decía que la AP era la puerta de entrada al SNS. Ahora ya no decimos eso porque es el eje del sistema, el que centraliza toda la actividad. Es la casa que sostiene el SNS. Con una AP fuerte es posible reducir en un 25 por ciento la mortalidad; un 28 por ciento las hospitalizaciones; y en un 30 por ciento menos de uso de urgencias (datos Savink). El aumento de 10 médicos de Atención Primaria por cada 100.000 habitantes se asocia a un aumento de 51,5 días en la esperanza de vida de estos, según un estudio epidemiológico de datos de población de EE. UU. (Basu S. JAMA Intern Med. doi: 10.1001/jamainternmed. 2018. 7624).

¿Qué importancia tienen la formación para ustedes?

Es imprescindible. Un médico no puede dejar de formarse; está en continua formación de las novedades que hay en cuanto a patologías, tratamientos... De hecho, precisamente por eso, la formación y la gestión del conocimiento es una de las principales acciones de la semFYC. Puedo decirle que durante el ejercicio 2022-2023 ha habido más actividades formativas que nunca. Cada ejercicio añadimos alguna nueva formación con el fin de incorporar y actualizar todos los ámbitos en los que se desempeña la actividad asistencial de los médicos de familia que son casi la totalidad de los que abarca las especialidades clínicas.

¿Cómo se canaliza esa formación en sus socios?

Tenemos varias plataformas online y campus virtual, para que los más de 22.000 socios puedan acceder a estas formaciones. Pero también se imparten de forma presencial o mixta. En muchos casos, a través de las 17 sociedades federadas, verdaderas arterias de la semFYC, ya que nuestra sociedad científica es una federación. El pasado año hubo cerca de 10.000 inscritos en los distintos cursos de la semFYC, entre presenciales y online. Ese dato es reflejo de la importancia que, como sociedad científica, damos a la formación, a la gestión del conocimiento y a la necesaria actualización del conocimiento como especialidad.

¿Qué papel tiene la investigación en las prioridades de la junta directiva de la semFYC?

En efecto, la investigación juega un papel fundamental en la Medicina Familiar y Comunitaria. De hecho, la junta tiene un claro perfil investigador. Y nos gustaría continuar fomentando esta parte de la especialidad. Para ello, sería necesario facilitar que los médicos de familia sigan investigando, porque en el hospital sí existe una discriminación para investigar. Incluso las becas o los proyectos competitivos tienen una parte siempre hospitalaria y no tanto de Primaria, y ahí tenemos que incidir: en cómo hacer una discriminación positiva a la investigación en Primaria. En la semFYC, además de una sección dedicada en exclusiva a la investigación, cuenta con una revista solo dedicada a originales, Revista Clínica de Medicina de Familia. Fomentamos la investigación mediante premios como el Francesc Borrell o el más reciente, Salvador Tranche, dedicado a nuestro querido presidente, fallecido en febrero 2022.

¿Con qué especialidades tienen más relación a la hora de su labor asistencial?

La Medicina de Familia, por ser una especialidad tan transversal e integral, tiene

relación con todas las especialidades. Por sinergias y por dinámicas conjuntas, sobre todo en el abordaje de pacientes crónicos, tenemos mucho contacto con Medicina Interna. Y también por la parte de atender a alguien a las personas desde la adolescencia hasta el final de sus vidas, con Pediatría.

¿Qué papel tiene FACME en esta relación?

FACME es una entidad absolutamente necesaria que debiera estar presente en todos los países en los que las sociedades científicas tienen un papel importante. Es una organización muy representativa.

¿Tienen relación con sociedades europeas e internacionales?

Desde luego. La semFYC, de hecho, se caracteriza, entre otras cosas, por su fuerte implicación internacional. Tenemos una sección dedicada a Internacional. Formamos parte del WONCA, Organización Mundial de Médicos de Familia, y WONCA Europa, en la que somos muy activos. También formamos parte de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Y participamos en proyectos europeos financiados por la Unión Europea como Happy Patient, un proyecto de gran interés cuyo objetivo reducir en un 40 por ciento la prescripción innecesaria de antibióticos en cinco países diana con altos niveles de consumo, entre los que se encuentra España ■

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



SOMOS información



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



La pandemia puso en **valor** la **importancia** del **liderazgo** **profesional**

Daniel Ferrer-Vidal Cortella

Director de Atención Primaria de Tarragona en el Institut Català de la Salut y vocal de la SEDAP

Texto | N. Lauzirika

Fotos | SEDAP



“La pandemia puso en valor la importancia del liderazgo profesional”

Director de Atención Primaria de Tarragona en el Institut Català de la Salut y vocal de la SEDAP, el doctor Daniel Ferrer-Vidal Cortella, médico de familia y máster en gestión de Atención Primaria (GESAP) y *executive* en dirección de hospitales y organizaciones sanitarias (EADA), es actualmente director del DAP Camp de Tarragona del Institut Català de la Salut desde abril de 2015. Con una amplia experiencia asistencial, y como gestor siempre en servicios públicos desde 1997, se considera un especialista comprometido con su profesión, al tiempo que reconoce que se vuelca especialmente en las áreas de gestión, así como en las de comunicación y liderazgo. “Un liderazgo profesional que la pandemia ha puesto en valor”, sostiene en la entrevista mantenida con la Revista EL MÉDICO.

¿Diría usted que la dirección de Atención Primaria está mucho/poco/nada mediaticizada por las directrices ideológicas gobernantes en cada momento? ¿Debería ser así o sería mejor que hubiera consenso y un liderazgo más profesional independientemente de quién gobierne?

La Sanidad está transferida a las comunidades, seguramente el grado de mediatización de cada gobierno puede ser diferente, también en relación con los cambios cuando se producen en las propias comunidades autónomas. Yo creo que debería ser las dos cosas: lógicamente, el mensaje político debe respetarse y prosperar, pues responde a un compromiso de los gobernantes con los ciudadanos; pero, a su vez, aceptando unas condiciones comunes mínimas de cómo debería ser el modelo asistencial, este debería tener un carácter transversal intocable. El grado de requerimiento mínimo debería estar consensuado entre los diferentes partidos y debería respetar-

se siempre independientemente de quién gobierne. Es un mínimo no tocar un sistema de salud público, universal, donde la estructura del sistema en su globalidad recaiga en la Atención Primaria.

Suele decirse que el mejor indicador del nivel sanitario de un país es auscultar cómo funciona su Atención Primaria. ¿Gozamos de una razonable Sanidad saludable?

Sin duda, y aquí me permito introducir sin ambages una realidad vivida durante la pandemia que pone en valor la importancia del liderazgo profesional. El momento más crítico de los primeros días fue rotundamente liderado por los profesionales, que trabajando en equipo al saber claramente cuál era su misión -salvar vidas- supieron organizarse mucho mejor de forma autónoma que si hubieran tenido que esperar las instrucciones que finalmente llegaron. Eso es salud del sistema sanitario. Cuando los profesionales saben claramente a qué se dedican, cuando no se les confunde con estrategias y propuestas, bien intencionadas o no, que los separan del propósito, las cosas funcionan. Empiezan a fallar cuando demasiada gente con poder en las organizaciones piensa, propone y ejecuta demasiado lejos de donde suceden las cosas. La intuición clínica es un valor científico (fruto de todas las experiencias individuales acumuladas) y acoge muchas veces mucho más conocimiento que mil procedimientos pensados mil veces. Dejar respirar a los profesionales es un primer aprendizaje, obvio, cabe recordarlo siempre, pues fácilmente se olvida. Por tanto, y en esencia, el estado de nuestra Sanidad es saludable, si no conseguimos entre todos acabar matando esta ilusión. Y seguramente aquí estamos. La vuelta a la supuesta normalidad

La Atención Primaria debe tener más poder de decisión

nos devuelve los antiguos escollos pendientes no resueltos, y el conflicto está de nuevo sobre la mesa.

Le preguntaba lo anterior porque la reciente pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto algún que otro descosido, carencias y desequilibrios en el tejido sanitario español. ¿Aprenderemos sobre nuestras deficiencias o reincidiremos en los fallos?

Este es el gran reto que el entorno nos está brindando, la gran oportunidad para demostrar si somos capaces de liderar nuestras organizaciones hacia un nuevo paradigma, si seremos capaces de definir claramente un propósito que nos alinee a todos. Aquí la importancia del liderazgo en todos los sentidos. Primero, y sobre todo, el profesional, centrado en su compromiso con los pacientes y en su conocimiento

clínico, en mantener su competencia; después, el de todo el sistema, todos los demás (directivos, políticos...), que debemos trabajar para que este liderazgo profesional pueda resarcirse de tanto dolor pasado y explotar en los próximos meses y años en excelencia y productividad. Importantísima aquí una buena propuesta de reconocimiento económico, pero no exclusivamente. Hay que planificar la organización para acercar las decisiones directivas a los profesionales, para que sean ellos los que realmente les reorienten. Decía hace poco Xabier Marcet en un congreso de gestión clínica que “liderarse es servir, no servirse, que liderar es gestionar la complejidad, no crearla”. Cuántas veces caemos en la trampa de intentar solucionar los problemas con propuestas en nuestro ámbito endogámico directivo, tremendamente alejadas de donde están realmente los problemas, como le pasaba de Peter Senge en la cuarta ley del



pensamiento sistémico (*La Quinta Disciplina*), que no encontraba las llaves bajo la farola porque no fue bajo su luz donde se perdieron.

Para la SEDAP, ¿cuáles han sido los fallos en Atención Primaria que más han quedado al descubierto en esta pandemia?

La pandemia ha tenido el efecto catártico de enfrentarnos a nosotros mismos, como un espejo. Y en su momento más crítico, la Atención Primaria no solo no ha fallado, sino que ha dado una verdadera lección de madurez y responsabilidad a todo el sistema sanitario y a la sociedad, con la actitud de liderazgo profesional que emergió espontáneamente sin reparos ni dudas. Aquí sí que se vio claro que sistema, territorio y Atención Primaria son sinónimos. Creo que estamos fallando ahora, al no ser suficientemente asertivos en nuestro papel crítico y clave para seguir haciendo sostenible el sistema. De nuevo, el reto del que antes hablábamos. Puntualmente, claro que hay cosas que se podrían haber hecho mejor, pero globalmente la plasticidad con que la Atención Primaria ha reaccionado es sorprendente, en el marco de los

modelos rígidos en que nos encontramos. Lamentablemente, las propuestas gerenciales van de nuevo en el camino de recuperar rigideces perdidas, y esto es una gran amenaza. Hay un poso de aprendizaje que no debemos perder. De golpe hemos avanzado en tantos aspectos que parecían inmovibles (uso de nuevas tecnologías, simplificación de procesos, mejoras en los canales de comunicación para mejorar la continuidad asistencial, etc.), que de nuevo el que tanto gestor piense nubla tantos buenos logros.

Al repasar las declaraciones oficiales, a todos los dirigentes se les llena la boca elogiando la labor de la Atención Primaria. ¿Tiene esto luego reflejo en los presupuestos, el prestigio y la dedicación que se otorga a la Atención Primaria en los medios humanos y materiales?

Aquí está la parte concreta de la amenaza al reto de que hablábamos. Generalizo y, por tanto, me equivoco, pero está costando acompañar con presupuesto todos los propósitos. Y en los casos en que lle-

Hay que tener claro en qué y cómo ponemos un mayor presupuesto en AP

gan recursos, hay que saber bien dónde ponerlos. En Atención Primaria, con su complejidad intrínseca, no siempre es fácil. No se trata de intentar hacer más fácil el camino a la Atención Primaria, se trata de entender que, sin una Atención Primaria potente, el sistema, especialmente

al albor de una crisis que nos amenaza, el sistema no se salva. Seguramente son precisos más recursos, pero también

y, sobre todo, más poder de decisión para la Atención Primaria sobre cómo deben usarse en la totalidad del sistema estos recursos. Atención Primaria y Sistema con mayúsculas son sinónimos, y casi nunca se entiende así. Además, esos recursos deben ser brindados con la complicidad de los profesionales, en base a su liderazgo y conocimiento. Si se consigue esto, aquí está la fórmula para recuperar el prestigio, reconociendo el papel trascendente del profesional en las decisiones que afectan sus pacientes. El riesgo de que la Atención Primaria se convierta en un sistema de beneficencia es muy alto si no hacemos bien las cosas y no respondemos bien a estas preguntas.



Nos desayunamos con harta frecuencia con datos sobre la grave carencia de médicos que deseen trabajar en Atención Primaria (ya ahora, pero más grave a medio/largo plazo). ¿Se trata de una cuestión económica, de exceso de trabajo, de prestigio, de menos expectativas laborales...? ¿Qué propone la SEDAP para hacer más atractiva la Atención Primaria a los nuevos médicos?

La nueva junta de la SEDAP está desarrollando un plan estratégico, recientemente publicado, dentro del área de liderazgo y búsqueda de talento que yo lidero, que propone que un liderazgo resonante, transformacional es esencial en cualquier organización como también lo es en la sociedad. La captación de ta-

lento es una necesidad para poder formar líderes que puedan motivar y dar soluciones a la Atención Primaria en estos tiempos tan convulsos. Tenemos la intención de organizar en el mes de junio de 2023, en el marco del Aula de la SEDAP, un encuentro de debate en relación con cómo tiene que ser esta función, en relación con cómo cumplir mejor nuestra misión de incrementar la resolución. Más que un sistema sanitario, vivimos en múltiples sistemas en los que la variabilidad en la práctica clínica atenta con frecuencia sobre la equidad, tan necesaria. Mejorar los sistemas de información, en el sentido de medir mejor la actividad, nos ha de servir para detectar más estas necesidades, que muchas veces son muy específicas de cada profesional. Esto también es un objetivo de la SEDAP, trabajar en esta línea de servicio. Por supuesto, tampoco debemos olvidar la imprescindible mejora de las condiciones económicas de nuestros profesionales como herramienta para retenerlos, así como hacer más atractiva la oferta flexibilizando las condiciones laborales, en relación con la conciliación familiar. También recuperar el prestigio al dotar de más poder al profesional puede

ser un argumento para reforzar el interés y que no marchen.

¿Es similar el problema en enfermería y en auxiliares?

Hay un factor diferencial crítico, ya que, de momento, la falta de profesionales no es tan crítica en estos perfiles. No obstante, reorganizar los equipos en base a la subsidiariedad nos obliga a replantear todos los roles auxiliares, seguramente reforzándolos, incrementando su presencia en los equipos para conseguir que cada nivel profesional optimice al máximo su cartera. Seguramente son más necesarias “horas

de médico haciendo de médico” que médicos propiamente, e incrementar en los equipos nuevos perfiles que de por sí ya

aportan desde un desarrollo autónomo de su disciplina mucho valor. Actualmente las consultas están muy contaminadas con cargas burocráticas y requerimientos desordenados que nos impiden ejercer nuestro trabajo desde un entorno de calma y sosiego tan necesario. Ordenar los equipos, que reciben múltiples demandas por múltiples canales sin ponderarlos en relevancia, es un requisito para salir del hoyo en el que nos encontramos.

Nuestros médicos, y en general el personal sanitario, parecen estar bien parados, porque cuando terminan sus estudios son muy demandados en otros países. ¿Qué puede hacerse para evitar la fuga de este talento? ¿Solo es cuestión de mejor salario? ¿Qué propone la SEDAP para frenar esta sangría?

Como ya he dicho en una pregunta previa, la parte relativa a las condiciones es muy importante, pero con frecuencia es preciso reforzar aquellos niveles de motivación más altos de la pirámide de Maslow. Hacer más atractiva la Atención Primaria pasa por poner en práctica, con hechos concretos, acciones que la presti-

gien. Creo que tiene que ver con el discurso, sí, pero también con hechos concretos, a veces legislativos, en relación con el papel de cada uno en el sistema, en cómo se reparten las funciones y quién asume cada responsabilidad. Incorporar transcendencia en lo que hacemos eleva el grado de motivación. Promocionar la autonomía de gestión no solo en los equipos, sino también en los propios profesionales, puede ser también una palanca que nos ayude a prestigiar.

Si el tema del personal es clave, no es menor el de la dotación tecnológica. ¿Qué plantean desde la SEDAP en este campo?

En nuestro plan estratégico también dedicamos una parte muy importante a la atención en este ámbito. La innovación no solo consiste en la incorporación de nuevos artilugios, sino también en medidas organizativas que pueden ser muy disruptivas. En el nuevo entorno en que el mundo de los datos va a condicionar todo nuestro futuro, disponer ágilmente de esta información nos puede permitir convertirla en conocimiento y sabiduría desde nuestra privilegiada situación transversal en el sistema. Esto es una gran oportunidad estratégica. Evidentemente, es necesario incorporar en los equipos todos los avances tecnológicos, desde test diagnósticos hasta aparatos que mejoren la eficiencia de nuestra práctica para incrementar la resolución, deben formar parte de toda esta política de potenciación de la Atención Primaria.

Al hablar con directivos de Atención Primaria siempre sale el tema de la interconexión Atención Hospitalaria-Atención Primaria. ¿Es un hándicap del sistema? ¿Qué proponen para mejorar esta interconexión?

La continuidad en el sistema sanitario es seguramente el reto más grande al que nos enfrentamos, especialmente en una sociedad que envejece y que sobrevive en

su cronicidad. Para ello, es imprescindible asegurar la máxima fluidez entre niveles asistenciales e incorporar al máximo las mejoras en las nuevas tecnologías. Para implantar nuevos canales de comunicación virtual (interconsulta) que han de acercarnos entre profesionales de cada nivel al conocernos más (“el roce hace el cariño”), es preciso mucho pacto previo, y aclarar las condiciones y compromisos, de respuesta, de calidad y de calidez (código de cortesía). Si es así, en todas las especialidades debería de ser una muy buena mejora, especialmente para el paciente que no debe desplazarse en balde. Pero también para el médico de familia, que incrementa su capacidad de resolución y, por tanto, su prestigio y trascendencia en la sociedad, en el contrato social que establece con sus pacientes. Creo que debería también abrirse la puerta a la posibilidad de generalizar la libre elección de especialista hospitalario por parte del médico de familia, permitiendo al paciente elegir entre diferentes opciones, no solo en base a la proximidad, sino también en relación con la lista de espera y los resultados asistenciales de cada servicio de cada hospital, en un entorno de máxima transparencia.

En los últimos encuentros de la SEDAP ustedes insisten mucho en demandar liderazgo en sus directivos para impulsar una Atención Primaria más puntera y eficaz. ¿Qué proponen y qué quieren impulsar concretamente con esta idea de liderazgo?

Una discusión clásica en la Atención Primaria es el perfil que deben tener nuestros directores de equipo, si han de ser representantes del equipo (a veces casi como ejerciendo de representantes sindicales) o como meros coordinadores, o si deben tener un perfil más directivo, alineado con la dirección y con visión estratégica; o la delirante demanda de que sean ambas cosas. Es seguro el nivel directivo más complejo de nuestras organizaciones. Desde la SEDAP apostamos por

la profesionalización de esta posición, capacitándolos en el liderazgo situacional, y resonante, como apuntábamos. Es precisa la evaluación periódica de las competencias y proponer un programa específico individualizado en base a tal evaluación. El predicar la autonomía de gestión para los equipos obliga a capacitarlos en un determinado perfil de competencia y resolución, y vincular periódicamente la permanencia en la posición a proyectos concretos de mejora y avance. Es preciso mejorar las condiciones retributivas de estos cargos y procurarles al máximo equipos estables que aseguren la longitudinalidad en la atención a los pacientes a los que atienden. La autonomía de gestión ha de ir acompañada de confianza en la gestión y, por tanto, de capacidad de decisión, en el marco de una política de pasar cuentas y de resultados.

El porcentaje de pólizas de Sanidad privadas está al alza, sobre todo en grandes ciudades. ¿Se resquebraja el sistema público? ¿Son competencia o deben ser complementarias? ¿Es la respuesta social a una desconfianza en nuestra Atención Primaria?

Es una pregunta muy acertada. Está claro que la voluntad política de turno es crítica en la estrategia sobre qué peso le damos en el sistema a cada parte. Por tanto, es preocupante en función de cuál sea tal voluntad política. Desde la SEDAP defendemos una Atención Primaria pública de calidad, resolutive, universal y equitativa. Evidentemente, cabe el riesgo de que determinadas políticas restrictivas orienten hacia un papel meramente de beneficencia a la Atención Primaria, ese riesgo existe. Es evidente que la Atención Primaria no es una línea roja del sistema, hay en Occidente países en que la Atención Primaria es residual o simplemente inexistente. Y en estos países la Sanidad funciona. Pero lo que está claro es que debemos asegurar y trabajar y orientar todos los esfuerzos en demostrar que países con una Atención Primaria potente

hacen el sistema más sostenible y eficiente, obligación que tenemos al ser beneficiarios y gestores de un bien público. Y que, además, una Atención Primaria potente aporta más seguridad a los pacientes, y seguramente más satisfacción. Y una Atención Primaria longitudinal aporta también más supervivencia. ¿Qué más argumentos queremos...? Pero aun así, hay que repetirlo y demostrarlo una y mil veces, es así.

Hay quienes dicen que todo se solucionaría con presupuestos más generosos, pero ¿solo el dinero sería la solución?

Creo haberlo explicado en una pregunta previa. Más presupuesto, pero tener claro en qué ponemos los recursos y en el cómo. Y también tener claro siempre hacia qué modelo queremos ir, cómo queremos orientar nuestra querida Atención Primaria del futuro. Aunque hay quien dice que no es momento de planificaciones en una sociedad de cambios tan vertiginosos, tener clara una visión es muy importante. Después, el día a día hará seguramente necesarios ajustes, seguro algunos grandes, pero la esencia de la que queremos debe siempre prevalecer en cada decisión que tomemos, tenga o no relación con los recursos, saber siempre cuál es el propósito, cómo queremos que sean nuestras organizaciones para nosotros en la vejez y, sobre todo, para nuestros hijos e hijas ■

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







Los retos que plantean los expertos en la transformación digital del SNS

Expertos han debatido en Inforsalud 2023 sobre temas como la calidad del dato sanitario, la ciberseguridad, la falta de formación de los profesionales sanitarios, la necesidad de nuevos perfiles tecnológicos o la transformación digital en el ámbito de la Atención Primaria, todos ellos grandes retos en el salto hacia la Salud digital.

Texto  Silvia C. Carpallo

Fotos  EL MÉDICO



Los retos que plantean los expertos en la transformación digital del SNS

La transformación digital de la Sanidad es uno de los grandes retos sanitarios del momento. Pero no es una novedad. En realidad, se lleva muchos años trabajando alrededor de grandes proyectos como la historia clínica digital o la tarjeta sanitaria única. La cuestión es que la pandemia llegó para revolucionarlo todo. Es por ello por lo que, en estos últimos tres años, se han producido grandes avances y cambios en materia de salud digital. Aunque, precisamente la rapidez, ha dejado algunos retos pendientes por el camino. De algunos de ellos se ha hablado en Inforsalud 2023, el XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Informática de la Salud.

Durante el encuentro, que tuvo lugar en Madrid durante los días 21, 22 y 23 de marzo, se pudo realizar un repaso de algunos de los grandes temas del momento, como es qué aplicaciones van a tener el dato sanitario y cómo se va a garantizar al ciudadano su seguridad, o cómo va a ser la transformación no solo de los hospitales, sino del primer nivel asistencial.

Para todo ello, una de las claves es entender las repercusiones de la Estrategia de Salud Digital del SNS. Una estrategia que se asienta en cuatro pilares fundamentales: la equidad y sostenibilidad del sistema, la autonomía del paciente, la capacitación de los profesionales sanitarios y la medición de resultados, tal y como recordaba en este foro Noemí Cívicos, directora general de Salud Digital y Sistemas de Información en el SNS y moderadora de la mesa de debate.

Tras quince meses desde su puesta en marcha, la representante ministerial destacó que ahora toca “comunicar a los profesionales y a los pacientes los beneficios que les va a reportar esta transformación digital”. La cuestión es cómo hacerlo.

Pasos necesarios para una transformación digital real

El viceconsejero de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud de Castilla y León, Jesús García-Cruces, señalaba en este sentido algunas medidas necesarias para que la Estrategia de Salud Digital sea una realidad en la práctica clínica. En este contexto, planteó varios pilares clave sobre los que trabajar: formación continuada de los profesionales, políticas regulatorias que garanticen una seguridad jurídica suficiente, y mejorar

la accesibilidad y seguridad de los pacientes. No obstante, la realidad es que, aunque llevamos años hablando de digitalización, actualmente no se integran los procesos completos, no

hay interoperabilidad suficiente y los medios intermedios no tienen toda la formación necesaria.

En esta línea también opinaba Concha Andrés Sanchis, secretaria autonómica de Eficiencia y Tecnología Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Valencia. Para la experta, el cambio a la digitalización real no será posible sin establecer cambios normativos que ayuden a la adaptación de los procesos. Y no solo hay que adaptar los procesos, sino que también hay que trabajar para adaptar a los profesionales, reforzando la formación en este sentido.

Para todo ello, recalcó la importancia de contar con el compromiso de una inversión pública suficiente, la máxima cooperación entre las regiones y lograr una fórmula para reducir la burocracia administrativa y ser más rápidos en la implantación. “Hay que ser conscientes de que las TIC avanzan muy rápido y nosotros no, y eso hay que revertirlo”.

En este foro también se apuntó la necesidad de contar con nuevos indicadores capaces de medir la satisfacción tanto del paciente como del profesional sanitario. Igualmente, se puso el acento sobre las poblaciones en las que va a resultar más difícil la llegada de lo digital. No obstante, la digitalización también va a tener que implantarse en una población más envejecida, con más cronicidad y mayor dispersión geográfica que la media del resto de España.

Formación de profesionales y nuevos perfiles tecnológicos

En lo que respecta a la formación de los profesionales, Carmen Garrote Liarte, coordinadora del Servicio de Admisión y Documentación del Hospital Universitario Ramón y Cajal, manifestaba que “el clínico se pierde con los diferentes códigos” y que se encuentran secuestrados por las herramientas. Por ello, pedía que se acuerden de los médicos asistenciales a la hora de desarrollar las codificaciones “porque son el origen del dato y no todos los profesionales tienen la misma formación”. También mostró su preocupación por el tema de la anonimización de los datos y el proceso inverso que tiene que estar disponible para las auditorías. “Es otro quebradero de cabeza al que tenemos que hacer frente a diario y para la que no tenemos formación”, indicó.

Como motivación para implicar al profesional en esta formación, se puso de manifiesto la necesidad de trabajar para que el profesional sanitario pueda ver el valor del dato tanto en la toma de decisiones con sus pacientes, como con datos poblacionales para poder trabajar en red.

Aunque no todo pasa por formar a los profesionales sanitarios. El cambio a lo digital también pasa por incorporar al sistema sanitario profesionales del mundo de la tecnología. Así lo señalaba Rita Tristancho, directora de Programas Asistenciales Servicio Canario de Salud, en la mesa centra-



da en “Planes para la digitalización: Atención primaria y comunitaria y atención digital personalizada”. Y es que, si bien los fondos europeos para esta transformación digital están centrados en la creación de planes y estrategias, además de en la implantación de tecnología, no están presupuestados los recursos humanos. “La mayoría de los que estamos trabajando en estos somos profesionales sanitarios, pero hacen falta nuevos roles y perfiles, o incorporamos perfiles tecnológicos o somos incapaces de avanzar”, insistía la experta.

Asimismo, incidía en que es necesario “innovar no solo desde el punto de vista tecnológico, sino innovar en el modelo. Las tecnologías lo que van a ser es parte del cambio del modelo”. De esta forma, durante la mesa se insistía en que parte del problema es el tener que trabajar con algunas estructuras obsoletas.

Uno de los grandes retos es imbuir en la transformación digital a la Atención Primaria y a sus profesionales

Transformación Digital de la Atención Primaria

Precisamente uno de los grandes retos es imbuir en esta transformación digital a la Atención Primaria y a sus profesionales. Si

bien este tema también fue centro del debate en Inforsalud 2023, días después, en el contexto de la Semana de Gobierno abierto 2023, la Secretaría General de Salud

Digital, Información e Innovación del SNS (SGSDII), en colaboración con las Comunidades Autónomas, organizaba un evento para presentar los proyectos para la transformación digital de la Atención Primaria y Comunitaria.

Como se ponía de manifiesto en este foro, hay que contextualizar que el plan de transformación digital de Atención Primaria surge como un apoyo al despliegue del plan de acción de Atención Primaria.

Así, dentro del mismo, correspondiente al objetivo 4 del PERTE de Salud de Vanguardia, la transformación digital de la Atención Primaria y Comunitaria cuenta con una financiación de 230 millones de euros.

Este presupuesto tiene como fin la ejecución de una serie de proyectos colaborativos. En concreto, desde el Ministerio se había establecido que al menos el 60 por ciento del importe se destinaría a proyectos para la transformación digital en ejecución colaborativa. Es decir, para que participen varias comunidades y ciudades autónomas y sean coordinadas por una de ellas. Sin embargo, las propias autonomías han decidido dedicar un 77 por ciento del presupuesto a este fin

Como señalaba Mercedes Alfaro, subdirectora general de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, “los plazos para llevarlos a cabo son justos”. Por eso en este programa resulta fundamental el trabajo colaborativo entre las diferentes autonomías.



REPORTAJE/INNOVACIÓN

Los retos que plantean los expertos en la transformación digital del SNS

De esta forma, se han establecido siete grandes grupos de trabajo. El primero de ellos aborda las tecnologías transversales, con temas como la ciberseguridad, el cuadro de mandos y los procesos para la eficiencia de la gestión. El grupo de recursos humanos y gestión del conocimiento se centra en el desarrollo del profesional digital, las plataformas colaborativas y de formación. El tercer grupo se ocupa del canal del ciudadano, con temas como escuela del paciente y la promoción de la Salud, además de la gestión inteligente de la demanda teleconsulta / interconsulta.

El cuarto grupo trabaja en la historia de salud digital con cuestiones como la historia clínica inteligente o la integración de datos de AP para a vigilancia epidemiológica. Así, se centra en dotar a las HC de comportamientos inteligentes y proactivos para el soporte a los profesionales sanitarios en sus actuaciones, así como la incorporación de datos de ámbito social para lograr la atención integrada.

El grupo cinco se centra en la integración de dispositivos e imagen médica,

con áreas como la imagen médica y dispositivos en centros sanitarios. Todo ello para la mejora de los procesos de gestión, optimizar los procesos que involucran a múltiples profesionales, potenciando el papel de la AP como eje vertebrador de la asistencia sanitaria al ciudadano. Asimismo, el grupo seis se centra en la telemonitorización de pacientes.

Esto pasa por la definición de protocolos de seguimiento adecuados a las distintas patologías crónicas, alineadas con los protocolos clínicos y a la definición e implementación de las plataformas de teleasistencia y autocuidado para estos colectivos.

Por último, el grupo siete se centra en dar soporte a la decisión clínica. De esta forma, trata de integrar la inteligencia artificial en los circuitos clínicos en AP. Según sus integrantes, si bien se han iniciado proyectos de soporte a la decisión

clínica, actualmente la tasa de éxito aún es baja y la generación de valor es lenta. Por ello, gran parte del esfuerzo está

en acondicionar la información de valor y en establecer estándares normalizados de casos de uso comunes.

De esta forma, entre los objetivos de estos grupos de trabajo destaca el mejorar la accesibilidad de la atención sani-

taria, sin perder la presencialidad, además de realizar una atención más personalizada. Por ejemplo, los sistemas de acceso por llamada telefónica tendrán en cuenta el perfil de cada paciente a la hora de ofrecerle un cierto horario o un tipo de consulta según el uso que suele hacer del sistema. Esta personalización también permitirá conocer la realidad de la población para ajustar los cupos asistenciales de los profesionales.

El uso secundario de los datos

Gran parte de estos proyectos se basan en un nuevo uso del dato sanitario. Es decir, que el dato que el médico recoge en la historia clínica o incluso que el paciente registra en dispositivos en casos de telemonitorización, pueda ser posteriormente usado para hacer un perfil más concreto del paciente que permita anticipar eventos de salud, para trabajos de investigación que permitan mejorar el conocimiento en áreas como la Oncología o las Enfermedades Raras o incluso para hacer un seguimiento más amplio de la población que permita poner medidas más ajustadas en materia de Salud Pública.

El problema está en cómo hacer partícipe al ciudadano en la cesión de estos datos, cómo asegurar su seguridad y, sobre

Con respecto a la seguridad, un 18,6 por ciento de los incidentes detectados en el sector salud tenía que ver con el fraude, un 7,6 con la intrusión en los sistemas y un 4,1 con un *malware*



todo, cómo verificar su calidad, ya que para obtener verdaderos resultados es necesario que este dato recogido por una persona con un fin clínico no pierda su sentido, o no adquiera un sesgo incorrecto, a la hora de ser interpretado con un fin diferente por los algoritmos de la inteligencia artificial.

Este fue uno de los debates de Infor-salud 2023. Así lo ponía de manifiesto Juan Ignacio Coll, director general de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios del Servicio Aragonés de Salud. “Tenemos que generar confianza en los ciudadanos, si el ciudadano no nos cede el dato no hay nada que hacer, por eso es importante hacer políticas activas”. A este respecto, reflexionaba que el camino clásico de los consentimientos informados resulta inviable. Por ello, Coll auguraba que seguramente será necesario articular alguna medida que por defecto ceda toda la información para uso secundario y dar posibilidad de excluir aquello que consideren oportuno”.

Esta no es la única duda pendiente, Miguel Ángel Montero, *head of health account executive* en Inetum, reflexionaba que el camino hacia la digitalización de los datos en salud estaba claro, pero el cómo lograr hacerlo y cómo manejar el uso secundario de los mismos es aún borroso. Así planteaba muy diversas dudas. Por ejemplo, habrá un espacio de datos único pero, ¿habrá una ventanilla única? Por otra parte, ¿cómo se va a armonizar la interpretación de los reglamentos de protección de datos de los diferentes países? ¿Es posible que los 27 países de la UE avancen a la misma velocidad para crear un espacio único de datos? Asimismo, queda por definir el papel que van a jugar los diferentes actores, cuál va a ser la propiedad intelectual de los datos o si habrá modelos de tasas o tarifas en el caso de realizar un previsible intercambio de estos da-

Los retos en torno a la ciberseguridad

Uno de los retos de la transformación digital del sistema sanitario es el abordaje de la ciberseguridad. Tal y como se puso de manifiesto en Infor-salud 2023, es conocido que a raíz de la pandemia la digitalización del sistema ha dado un gran salto cualitativo en tiempo récord. El problema de fondo es que este cambio ha sido tan drástico y rápido que no ha habido tiempo suficiente para adaptarse. Por ello, si bien la inversión en ciberseguridad también se ha incrementado de forma exponencial, sigue yendo un paso por detrás de otros sectores como puede ser la banca.

Como exponía Javier Candau, jefe de Departamento de Ciberseguridad en el Centro Criptológico Nacional CCN-CERT, los hospitales y servicios de salud certificados con el esquema de seguridad nacional son pocos. Esto hace que el sector esté por debajo de la media de otros sectores, teniendo en cuenta que esta media no es si quiera una cifra aceptable según los expertos. “No solo se trata de llegar al cumplimiento normativo, sino de que realmente estemos protegidos o no”. Además, destacan factores concretos, como que, en recursos humanos dedicados en concreto a la ciberseguridad, el sector salud sí se encuentra en cifras muy bajas.

De esta forma, Miguel Ángel Benito, coordinador general del Foro de Seguridad y Protección de Datos Sociedad Española de Informática de la Salud exponía que “en el año 2022 se incrementó en un 62 por ciento la inversión en ciberseguridad en el sector salud”. Sin embargo, el problema, según el experto, es que “no podemos crecer en ciberseguridad solo en base a incidentes de ciberseguridad, sin ninguna estrategia concreta detrás”.

De hecho, parte del problema es el aumento de estos incidentes de ciberseguridad. Sobre los mismos aportaba algunos datos Francisco A. Lago, responsable de Vigilancia, Alerta Temprana y Prospectiva en INCIBE_CERT, el Instituto Nacional de Ciberseguridad de España. “El *malware* o *ransomware* realmente tienen porcentajes de incidentes muy pequeños, el problema es que tienen mucho impacto y, por tanto, son muy mediáticos”. De esta forma, un 18,6 por ciento de los incidentes detectados en el sector salud tenía que ver con el fraude, un 7,6 por ciento a intrusión en los sistemas y un 4,1 por ciento a *malware*.

Cabe recordar que un *malware* es un programa malicioso, también conocido como programa maligno, que realiza acciones dañinas en un sistema informático de forma intencionada. Por otra parte, un *ransomware* se traduce como un ‘secuestro de datos’ en español. Así, este tipo de programas restringen el acceso a determinadas partes o archivos del sistema operativo infectado, de forma que los ciberdelincuentes puedan pedir un rescate a cambio de quitar esta restricción.

Aunque el porcentaje es pequeño, la cifra no deja de ser importante. Como exponía Manuel Jimber del Río, responsable de Seguridad TIC Servicio Andaluz de Salud, “estamos a la orden de mil descubrimientos de *malware* que traspasan la barrera de los antivirus de forma semanal”. En esta situación, el experto afirmaba que nos falta mucho por hacer, pero nos faltan manos”. De esta forma, aseguraba que “estamos trabajando en el marco normativo, en la cultura de la seguridad, la creación de todas las estructuras organizativas, comités de seguridad en los hospitales, etc., pero todo esto se está construyendo en estos momentos, por eso la situación actual es que vamos por detrás”.





Los retos que plantean los expertos en la transformación digital del SNS



Otra de las caras del problema es la falta de concienciación con el mismo. Los expertos coincidían en que actualmente la gran mayoría de los ataques tenían una complejidad media baja, y que podrían solucionarse con estrategias tan sencillas como la doble autenticación, que se hace cada vez más necesaria ante el aumento del robo de credenciales. Sin embargo, señalaban también que la cantidad de datos sanitarios que circula en la Deep Web es señal de que hay ataques más sofisticados que ni si quiera han sido detectados.

De esta forma, actualmente, aunque los ataques no son tantos, se trata de ataques de gran impacto, no solo por el robo de datos, sino por su capacidad de impactar en la capacidad operativa de una organización como la de un hospital, como se ha dado el caso. Sobre esta cuestión se expresaba Jose Luis EY, “es necesario llevar ese mensaje a los médicos y a los órganos de gobierno para que entiendan que la ciberseguridad es parte de su trabajo, que entiendan que un robo de datos importa lo mismo que un aumento de lista de espera”.

La otra reflexión es por qué ese sector se ha vuelto el centro de los ataques de los ciberdelincuentes. Jesús M. Doña Fernández, director de Desarrollo de Negocio de CIMS en Fujitsu, reflexionaba que el entorno sanitario cuenta con una tecnología digital muy amplia y muy interconectado entre sí, pero con un gran número de sistemas obsoletos y vulnerables. Esto supone una arquitectura tecnológica muy compleja con un gran número de dispositivos, con una necesidad de intercambio constante de datos que va a ir cada día a más. Todo ello, además, con terceras partes involucradas, como proveedores y prestadores de servicios que también alimentan ese ecosistema. Esto les da a los cibercriminales la oportunidad de atacar en un perímetro altamente expuesto en comparación con otros sectores.

Si bien ese es el contexto, la amenaza es que los datos en salud suponen un bien muy preciado para el cibercrimen, ya que hay muchos compradores interesados, tal y como demuestra el hecho de que en la Deep Web haya mucha información sanitaria. “Y estos días hemos visto que estamos ante organizaciones que no tienen escrúpulos, ponen en riesgo la salud de la ciudadanía y les da igual”, dejaba como reflexión final.

tos en entorno de la colaboración público-privada, aunque siga siendo para fines sanitarios.

Sobre la regulación de los datos intervenía Alberto Pinedo, *national technology officer* en Microsoft. El experto explicaba que una de las claves para garantizar la protección de los ciudadanos es anonimizar los datos, sin embargo, los centros de investigación piden una pseudoanonimización para que estos datos puedan ser realmente útiles. Por otra parte, Pinedo insistía en que la transformación digital no pasa por ser un nuevo entorno que pronto que-

de obsoleto, sino que debe ser un entorno que sea capaz de adaptarse a un continuo cambio. Algo difícil de plantear en la actualidad, cuando se cuenta con una equipación tecnológica que ya está en gran parte obsoleta.

Otros de los retos los apuntaba M^a Dolores Tomé Cotarelo, vocal asesora en la Dirección General de Salud Digital, Información e Innovación del Ministerio de Sanidad. Especialmente el de cómo se va a asegurar la calidad del dato. Así, exponía que “estamos hablando de dato sanitario, con datos primarios que conocemos, pero en el uso se-

cundario el ciudadano tiene un papel decisor fundamental. Los datos sanitarios son una mina, y hay una línea muy fina entre un uso ético y no”. En este sentido, señalaba que resulta fundamental crear un comité ético que pueda asegurar cuáles van a ser los usos secundarios de los datos. Asimismo, en algún momento quizás fuera necesario crear una cartera de salud digital.

El trabajo de la Oficina del Dato

En este marco, armonizar la ingente cantidad de datos que tienen las comunidades autónomas y que sean interoperables es uno de los principales retos a los que se tiene que enfrentar la Oficina del Dato. Sobre la misma ofrecía más información Belén Crespo, vocal asesora del Departamento de Salud Digital y Sistemas de Información del Ministerio de Sanidad.

“Tenemos unas bases de datos autonómicas muy potentes en cuanto a datos epidemiológicos”, ahora hay que trabajar para que esos datos que se utilicen “sean interoperables semántica y sintácticamente”, exponía. Ante estos desafíos, Crespo ha señalado que “la Oficina del Dato va a permitir que se gobierne el dato desde el Ministerio con la cogobernanza de las autonomías”.

Entre los retos que tiene por delante está la definición de los marcos legales y políticos de compartición y gobernanza de datos abarcando aspectos de tecnología, estándares, buenas prácticas, codificación, seguridad y privacidad. Entre otras cosas, se encargará de diseñar, coordinar y realizar el seguimiento del modelo de referencia arquitectónico para fomentar la recolecta, gestión e intercambio de datos.

“A día de hoy, se están identificando los estándares y haciendo un repositorio de lo que hay para conocer los diferentes modelos existentes. Más adelante, también contaremos con un servidor terminológico que recogerá todas las codificaciones”, concluía Crespo ■

PORTALenfermería

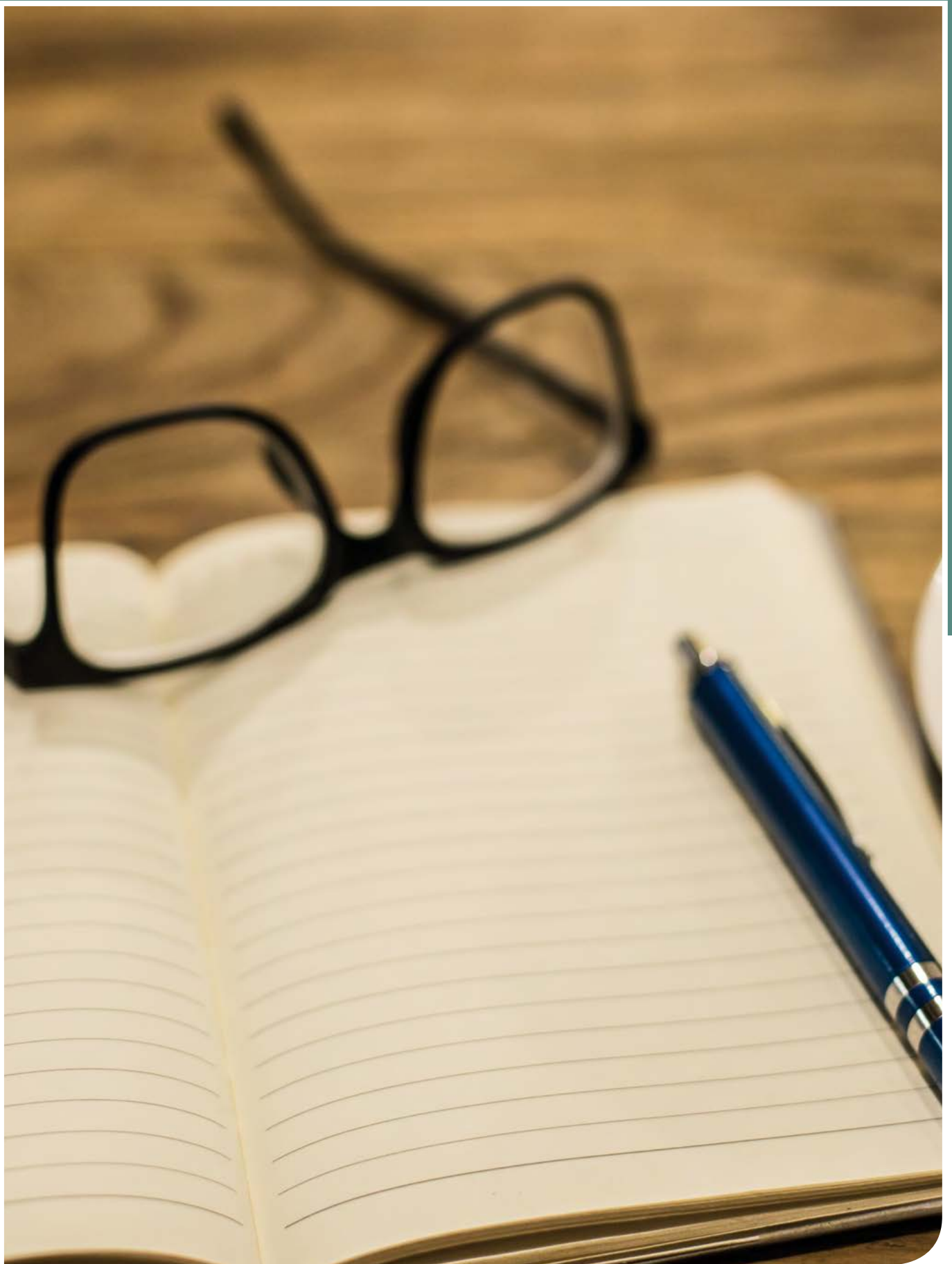
DE ACTUALIDAD INFORMATIVA
Y **FORMACIÓN** CONTINUADA



formación
NOTICIAS
ACTUALIDAD
enfermería



Contacte con nosotros en: gruposaned@gruposaned.com





La mirada

maestra de la
actualidad



Circularidad en salud, ¿es posible?

Autora | Silvia Micalo. CEO de Sunshineoxygen

¿Qué es la circularidad para usted?

Al plantearnos cómo podría aplicar la economía circular en salud, surge una batería de conceptos como globalización, reciclaje y sostenibilidad que, a primera vista, parecen no tener nada que ver con la Sanidad.

Sin embargo, la **economía circular** en la que deberíamos basar nuestros modelos de salud no es más que **un sistema simple, de sentido común de producción y consumo, eficiente y sostenible: devuelve el valor que toma, y tome solo el mínimo que necesita.**

¿Nos acerca la tecnología hacia el modelo de salud circular?

¿Puede un sistema de salud ser circular?

¿Son viables los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030?

¿Está la tecnología de la salud abierta a la circularidad?

Como establecen las directrices de la OMS de 2018, **“La economía circular de nuestros planes de negocios de tecnología de la salud debe buscar un crecimiento sostenido en el tiempo basado en modelos de negocios sostenibles”.** (OMS, 2018)

En otras palabras, “diagnóstico temprano, optimización de las jornadas de los pacientes y evidencia mejorada de los resultados de la atención médica del mundo real” (OMS, 2018).

Debemos, pues, cambiar de dónde venimos, de un modelo en esencia “lineal” (tomar, hacer, desechar) y empezar a **movernos hacia un modelo circular, en el que (1) renovar, (2) rehacer y (3) compartir toman el protagonismo.**

Cierto es que si (1) **renovamos** aprendiendo de las mejores prácticas, (2) **rehacemos** reciclando lo que ya funciona y (3) lo hacemos **compartiendo**, llegaremos al propósito de lo que hasta hace poco era inconcebible: **la realización de un modelo de salud circular.**

Si bien, para que ello se materialice es necesario tomar acción, desechar hábitos que ya no aplican para dar cabida a nuevas acciones que nos brindaran, **con la consolidación del nuevo modelo que fomenta, una Medicina preventiva de alta calidad, el acortamiento de la ventana terapéutica de los pacientes y una consecución de mejores resultados de salud.**

RENOVAR

Dentro de las Soluciones de Economía Circular (ACES) tangibles, se debería de poder priorizar esos tres conceptos básicos al crear una estrategia de salud circular: (1) los Indicadores de Desempeño Sostenible (SPI), (2) la certificación de los estándares de circularidad y (3) la escalabilidad o, en otras palabras, pensar en grande.

Para hacer esto, debemos pasar de usar únicamente Indicadores Clave de Rendimiento (KPI) para rastrear el retorno de nuestra inversión en salud, a usar también



Silvia Micalo

Indicadores de Desempeño Sostenible (SPI). Adoptar indicadores multidimensionales es esencial para expandir los valores fundamentales de la economía circular, que incluirán medidas ambientales, sociales y económicas de sostenibilidad (Saeed & Kersten, 2017).

Los **Indicadores de Desempeño Sostenible (SPI)** constituyen una herramienta **fácilmente implementable** en nuestro día a día, ya sea en su consulta privada, hospital o servicio o área sanitaria. Se trata de definir y plantear SPI multidisciplinarios en nuestros planes estratégicos de salud.

Así pues, **establecer unos SPI multidisciplinarios en su área de alcance podría ser un pequeño primer gran paso.**

Ellos pueden derivar en un impacto en: productividad, ambientalidad, fisicalidad,

calidad de vida (QoL), Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY) y equidad. Si bien alcanzables a través del seguimiento remoto de pacientes, el Big Data de salud o la telemedicina vehiculizada por inteligencia artificial y metaverso.

En otras palabras, configure KPI para medir los datos cuantitativos, pero recuerde también los KPI de sostenibilidad: SPI.

Es bien sabido que los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS 2030) promueven acciones “justas, basadas en derechos, equitativas e inclusivas” para superar las barreras actuales y promover la expansión, el desarrollo social y la protección ambiental para todos (Asamblea General, 2015). Y si queremos impulsar el progreso hacia la equidad en salud **debemos centrarnos en ayudar a facilitar el acceso universal a una salud de alta calidad.**

Las estrategias de atención de salud implementadas a través de realidad virtual son un ejemplo de ello.

Además, debemos apremiar para garantizar la equidad en coberturas más amplias e inclusivas en el campo de la salud para lograr una sostenibilidad equitativa, teniendo en cuenta factores situacionales como el lugar donde las personas crecen, viven y trabajan a medida que envejecen (Pacific., 2019).

Los ODS reconocen la importancia de hacer un seguimiento de la equidad y monitorear su progreso.

Un ejemplo de ello son los **Mapas Interactivos de Vulnerabilidad Social (SVul Interactive Maps)**, que proporcionan una instantánea de la vulnerabilidad de salud pronosticada de una región. Tal es el caso del mapa interactivo de EE. UU. proporcionado por la Agencia para Sustancias Tóxicas y Registro de Enfermedades (ATSDR) (ATSDR, 2018).

La vulnerabilidad social se refiere a los posibles efectos negativos en las comunida-



des causados por tensiones externas sobre la salud humana. Tales tensiones incluyen desastres naturales o provocados por el hombre, o brotes de enfermedades. Reducir la vulnerabilidad social puede disminuir tanto el sufrimiento humano como las pérdidas económicas.

¿Busca usted la validación de sus estándares de sostenibilidad?

Pensando en la noción de la economía circular, debe obtener la validación de los estándares oficiales de sostenibilidad. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (Asamblea General, 2015) podrían ser un buen punto de partida.

¿Ya ha comenzado a enfocar su servicio de salud en la circularidad y establecer alianzas colaborativas (industria, ONG y salud pública) con el mismo propósito social?

Es un ejercicio de construir sobre lo ya construido, renovar.

Cuanto más alto apunte desde el principio, más fácil será renovar para escalar. Por ello, adoptar las reglas del país es importante, pero también es importante estar alineado con los estándares globales.

Esto sería, por ejemplo, buscar validaciones oficiales utilizando herramientas como la certificación de una **Corporación de Acreditación B-CORP** para hacer un autoanálisis de la salubridad de tu institución de salud.

O únase a la herramienta **SDG Action Manager**, construida por Naciones Unidas para poder hacer un seguimiento de la contribución de las organizaciones a los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Hacer esto puede ser una victoria rápida para su hospital o servicio. Pero también ne-



cesita diferenciar su servicio hacia la sostenibilidad, que, traducida al lenguaje sanitario, significa diagnóstico precoz, prevención y predicción en la mayoría de los casos.

La circularidad también podría significar construir o producir bajo demanda y adoptar políticas de salud basadas en la transparencia, la confiabilidad y el sentido de propósito común.

REHACER

Se ha iniciado el proceso de desmaterialización de la salud.

Tanto es así que la mayoría de los **datos de salud** ya se han desmaterializado, han pasado del **papel al ecosistema digital**. Si bien este proceso es esencial para que algunas herramientas de inteligencia artificial de vanguardia se puedan aplicar.

Además se establece una necesidad de **“aumentar significativamente la disponibilidad de datos de alta calidad, oportunos y confiables, desglosados por ingreso, género, edad, raza, etnia, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características rele-**

vantes en contextos nacionales”, especialmente para los pequeños estados insulares en desarrollo y los países menos adelantados (OMS, 2020).

¿Debemos con ello transferir el poder de decisión al paciente?

Una nueva economía circular del dato de la salud en la que los pacientes pueden monetizar su propia salud y decidir qué, cuándo y dónde compartir a través de su propiedad de Tokens No Fungibles (Non Fungible Tokens NFT).

Más que nunca, debemos de poder proporcionar las mejores herramientas de: telesalud, diagnósticos compatibles con Inteligencia Artificial (AI), plataformas de seguimiento de pacientes crónicos, herramientas de pronóstico y predicción mejoradas de fase aguda, cirugías robóticas de precisión, etc. **Y con estas herramientas facilitar la práctica diaria del médico elevada a un siguiente nivel.**

Uso de conjuntos de datos agregados en el modelo antiguo. Impacto en los estándares de seguridad de datos y *blockchain* de *Electronic Health Records* (EHR).

El Programa de Transformación de la Salud es una de las prioridades incluidas en los objetivos de la Visión 2030 de Arabia Saudita, mediante una mayor digitalización e innovación en el sector de la salud (Programas, 2021). El programa tiene como objetivo transformar el sector de la salud del Reino para que sea más completo, eficiente e integrado. Se desea un nuevo sistema centrado en los valores, la transparencia y la circularidad, fomentando la salud pública y la prevención. **La intención es ampliar la cartera de servicios de salud electrónica y soluciones digitales, así como mejorar la calidad de los servicios de salud.**

Para finales de 2025, el Reino quiere que el 100 por ciento de la población esté cubierta por el sistema unificado de EHR y el 88 por ciento de la población, incluidas las de las zonas rurales, cubierta por servicios de salud inclusivos (Programas, 2021).

En España disponemos de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) vehiculizada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Y así pues, debemos capitalizar los algoritmos que ya funcionan junto con los *blueprints* que permiten los nuevos sistemas de salud, que procesan información en torno a un determinado paciente con su propia condición clínica.

La reutilización de la información es el nuevo estándar, pues ello nos acercará a un futuro modelo sanitario más circular.

Y el futuro de la salud nos trae esperanza.

COMPARTIR

Los sistemas de salud que aborden el desafío de compartir lo harán bien.

Así pues, Canadá se puede establecer como innovador, presentando algunas prácticas ejemplares ya que ha adoptado

recientemente estándares internacionales, como la Clasificación de Intervenciones en Salud (CCI), *Digital Imaging and Communications in Medicine* (DICOM), *Health Level 7* (HL7) (O'Connor, 2017), y otros que facilitan el camino para que las instituciones canadienses de tecnologías de la información (IT) para la salud desarrollen productos igualmente potenciales y escalables (Perspective, 2018). Tal es el caso de Esight, una *healthtech* canadiense con un dispositivo de anteojos patentado que ayuda a las personas con pérdida de visión a recuperarla y, debido a que es un dispositivo no quirúrgico, con los marcos paraguas la adopción de **la tecnología es fácil de compartir**.

En esta misma línea, por ejemplo, Canadian BlueDot **promueve la Medicina preventiva con un impacto directo en la circularidad de la atención médica**. Está potenciando las respuestas al riesgo de enfermedades infecciosas utilizando inteligencia humana y artificial para predecir brotes. Tiene un historial de evaluación precisa del riesgo de brotes, prediciendo en 2016 la propagación del virus Zika a Florida seis meses antes de los informes oficiales, y, en COVID-19, prediciendo con precisión ocho de las primeras diez ciudades en importar el nuevo coronavirus.

Por lo tanto, **la computación cuántica puede brindarnos compartir pronósticos y pronósticos de atención médica precisos y precisos**.

Esta es una ventaja completamente nueva para la Medicina predictiva, el diagnóstico temprano y los planes de transparencia de contingencia de costos que terminarán impactando en todo el ciclo de la veconomía circular y finalmente permitirán la sostenibilidad en el cuidado de la salud.

La praxis clínica compartida con el aprendizaje automático (*Machine Learning* ML) y la computación cuántica (*Quantum Computing* QC) ya está emer-

giendo como *Quantum Machine Learning* (QML). La computación cuántica aumenta la cantidad de variables de cálculo que pueden manejar las máquinas, **lo que permite tomar decisiones de salud inteligentes más rápidas, ¿puede ser que ello nos ayude a hacer frente a los nuevos desafíos en el campo de la salud?**

Todavía queda trabajo por hacer para unir lo mejor de las dos tecnologías de aprendizaje automático y computación cuántica. Sin embargo, realmente debemos confiar en todas estas nuevas tecnologías, ya que están mejorando a la velocidad de la luz y asegurando cada vez más su adopción.

Estas tasas de alta velocidad de aprendizaje profundo y aprendizaje autónomo nos permitirán manejar e interpretar grandes cantidades de datos aislados y no estructurados para mejorar nuestra toma de decisiones y avanzar en los tratamientos y procesos médicos.

Entonces, lo primero es lo primero, el mundo y el futuro de la salud, vehiculado por tecnología no se construirán en un solo período disruptivo. Es una cuestión de visión a largo plazo, de adopción continua de habilidades y de aprender haciendo.

Y repito, necesitamos crecer como comunidad. **Más que nunca, debemos ser generosos con nuestros compañeros, compartir nuestras buenas prácticas y aprender de otros, y apoyarnos para consolidar este entorno sanitario del futuro.**

Hay espacio para todos nosotros, así que ayudémonos unos a otros.

Creo que **estamos presenciando un cambio en el modelo vehiculado por la tecnología de la salud hacia un concepto de clusters inteligentes por patología, y esto significa alianzas paraguas y asociaciones.**

En última instancia, se trata de entablar colaboraciones con todos los actores involucrados en el ecosistema, sobre todo con las autoridades sanitarias y los reguladores. **Realmente los necesitamos para adoptar la innovación, y para evitar la fragmentación del modelo lineal del pasado.**

Hay que recordar que **estamos en el proceso de transformar la vanguardia de los sistemas de salud**. En el que un **modelo emergente de telesalud integrado basado en la nube se vuelve esencial para permitir este nivel de agilidad y generar un valor incremental.**

Soluciones compartibles y escalables, si bien los proveedores de salud también necesitan integrar la capacidad de escalar a los servicios de acuerdo con los picos y valles de uso a medida que fluctúan, **de modo que puedan responder en tiempo real en función de la capacidad de camas, el ancho de banda del médico y la demanda de los pacientes.**

Crecemos y hacemos crecer nuestros servicios y los nuevos modelos de salud, **renovando, rehaciendo y compartiendo.**

Recuerde: Nosotros en nuestro día a día dentro de la tríada: (1) el sector público, (2) privado y (3) los organismos no gubernamentales (ONG), presionamos y tiramos por la innovación, pues debemos considerar el ecosistema: comprender que los objetivos de los tres grupos de salud pueden alinearse y hacer que la circularidad suceda ■

Nota: Artículo adaptado del libro "Healthtech Innovation. How Entrepreneurs Can Define and Build the Value of Their New Products" por Silvia Micalo (Editorial Routledge octubre 2022).

<https://routledge.pub/HealthTechInnovation>

Correo electrónico:

silvia.micalo@sunshineoxygen.com





PROYECTO FACSIMIL

FACtoreS IMplicados en la calidad de vida del paciente con disfunción eréctil: proyecto FACSIMIL

La disfunción eréctil (DE) es un trastorno frecuente que afecta negativamente a la calidad de vida de aquellos varones que la padecen, impactando no solo en las relaciones de pareja del paciente, sino también en el entorno familiar, laboral y social. A pesar de ello, a muchos pacientes les cuesta vencer el miedo y la vergüenza de consultar con el médico sus problemas de potencia sexual.

Autor | Dr. Borja García Gómez. Servicio de Urología, Hospital 12 de Octubre, Madrid



PROYECTO FACSIMIL

FACToreS IMplicados en la calidad de vida del paciente con dISfunción eréctil: proyecto FACSIMIL

Es importante abordar de forma integral los aspectos psicosexuales y los puramente orgánicos de la DE, con el fin de establecer las mejores opciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas¹.

Proyecto FACSIMIL

Estudiar aquellos factores que se relacionan con la calidad de vida del paciente con DE según la opinión de los clínicos que le tratan, así como estudiar cómo se podría mejorar la calidad de vida del paciente con DE y analizar las barreras que impiden lograr el correcto manejo de estos pacientes, han sido los objetivos de FACSIMIL, un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado en el que se ha contado con la colaboración de 356 urólogos de todo el territorio nacional. La coordinación científica ha estado a cargo del Dr. Borja García Gómez del Servicio de Urología del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

A partir de las respuestas de todos los participantes, se pueden extraer conclusiones relevantes sobre la atención al paciente con DE en la práctica clínica habitual.

Casi la totalidad de los encuestados trabajaban en el ámbito público (91 %), si bien un porcentaje significativo de ellos también ejercía en un hospital o consulta privados. La mayor proporción de hombres observada (71 %) refleja aún la prevalencia del sexo masculino en la Urología en general, aunque esta situación está cambiando rápidamente en los últimos años.

El 93 % de los participantes indicaron pertenecer a alguna sociedad científica, siendo todos ellos afiliados a la Asociación Española de Urología (AEU). El 41 %

afirmaron dedicarse a la Andrología, porcentaje levemente inferior a aquellos que se dedicaban a la Oncología Urológica (47 %), lo que muestra que en muchos casos se compatibilizan ambas subespecialidades, bien por necesidades asistenciales (no en todos los centros hay un número suficiente de pacientes como para dedicar a un profesional exclusivamente a la Andrología), o bien por intereses profesionales. Sin embargo, llama la atención que, pese al elevado porcentaje de encuestados dedicados a la Andrología, la pertenencia a sociedades científicas de esa rama no llega al 10 %, siendo la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) la más frecuente. Probablemente, este porcenta-

je es más representativo de la verdadera proporción de los investigadores que realmente se dedican a la Andrología de forma más intensa o en exclusiva.

Cerca del 53 % de los participantes dijo atender cada día entre 51 y 100 usuarios, y un 51 % manifestó que entre 10 y 20 de ellos consultaban sobre DE. En relación con los factores etiológicos de la DE mencionados en el cuestionario, el 88 % de los encuestados afirmaban que más del 60 % de los pacientes sometidos a una prostatectomía radical presentaban algún grado de DE, bien previa al procedimiento o *de novo* (figura 1), cifra que concuerda con las de estudios prospectivos recientes². Este porcentaje se reducía hasta el 43 % en el caso de pacientes sometidos a radioterapia para el tratamiento del cáncer de próstata, una proporción similar a la referida para pacientes con insuficiencia renal crónica.

En relación con los factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento, la mayoría de los encuestados referían algún

Más del 60 % de los pacientes sometidos a una prostatectomía radical presentan algún grado de DE.

Figura 1. Porcentaje de participantes en función de la proporción de pacientes sometidos a prostatectomía radical que en su consulta presentaban DE (previa o *de novo*). N = 356.

En su consulta, ¿qué proporción aproximada de los pacientes a los que se ha sometido a una prostatectomía radical presentan DE (previa o *de novo*)?

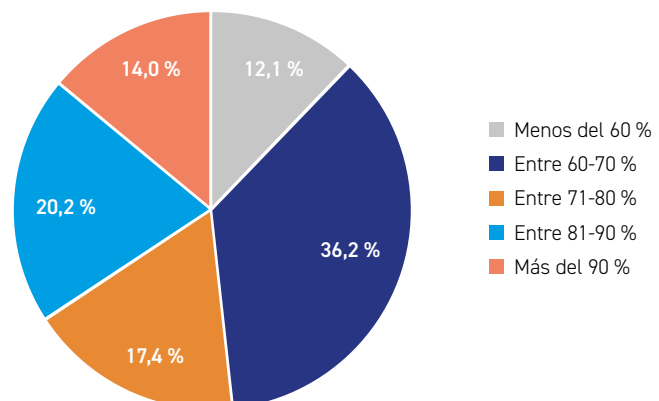
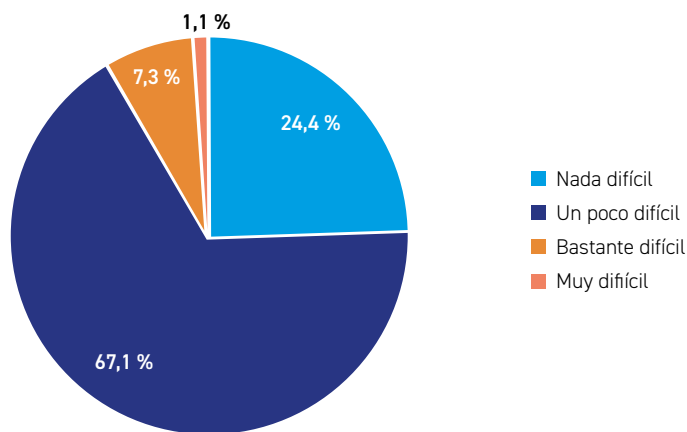


Figura 2. Porcentaje de participantes en función de la dificultad que pensaban que tenía el paciente para abordar el tema de la DE. N = 356.

Según su experiencia, ¿considera que al paciente le es difícil hablar con usted de su problema de disfunción eréctil?



La mayoría de los pacientes tienen algún grado de dificultad para hablar de sus problemas de DE con el médico.

puesta, siguiendo las recomendaciones de las guías³, generaba una cierta frustración en el paciente, siendo la sensación de falta de una solución real el factor que más afectación psicológica comporta (figura 3).

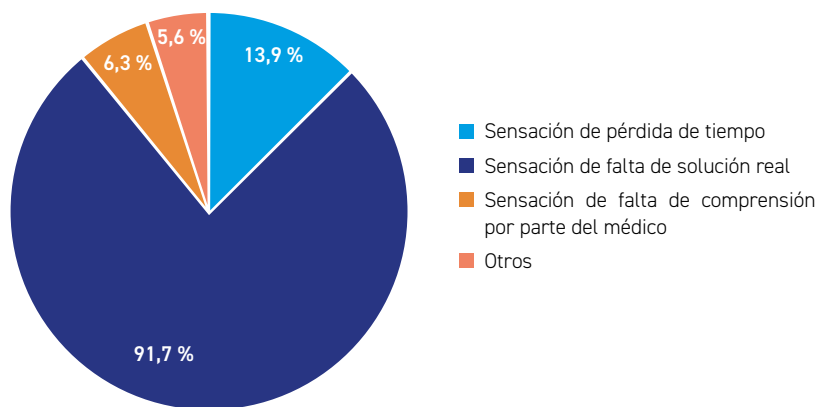
A pesar de ello, según el 74 % de los encuestados, la reacción más frecuente del paciente ante un tratamiento no eficaz es la insistencia en buscar otras soluciones farmacológicas.

El impacto en la calidad de vida producido por la DE se puede expresar en forma de alteraciones psicológicas, siendo las más comunes la ansiedad y el estado de ánimo depresivo, especialmente entre los pacientes jóvenes. Además, un 82 % de los encuestados consideraba que la DE afectaba en algún grado a los cuidados básicos personales del paciente, un 67 % opinaba que provocaba un mayor grado de irritabilidad, y un 39 % que provocaba problemas del sueño y del tiempo de descanso. En este sentido, una revisión reciente⁴ recoge que la prevalencia de la DE entre varones jóvenes puede ser de hasta el 30 %, y que la correcta evaluación psicológica en este grupo de edad constituye un pilar fundamental de cara a asegurar el éxito del tratamiento.

Por otro lado, en cuanto al impacto en la vida social y de pareja, cabe destacar que el 57 % de los encuestados opinaba que la afectación en la relación de pareja dependía de la edad

Figura 3. Porcentaje de participantes (entre los que afirmaban que cambiar de dosis y/o de fármacos sí generaba frustración en el paciente) en función del factor que ellos creían que más afectaba psicológicamente al paciente. N = 144.

Entre aquellos participantes que pensaban que genera bastante o mucha frustración, ¿qué factor afecta más al paciente psicológicamente?



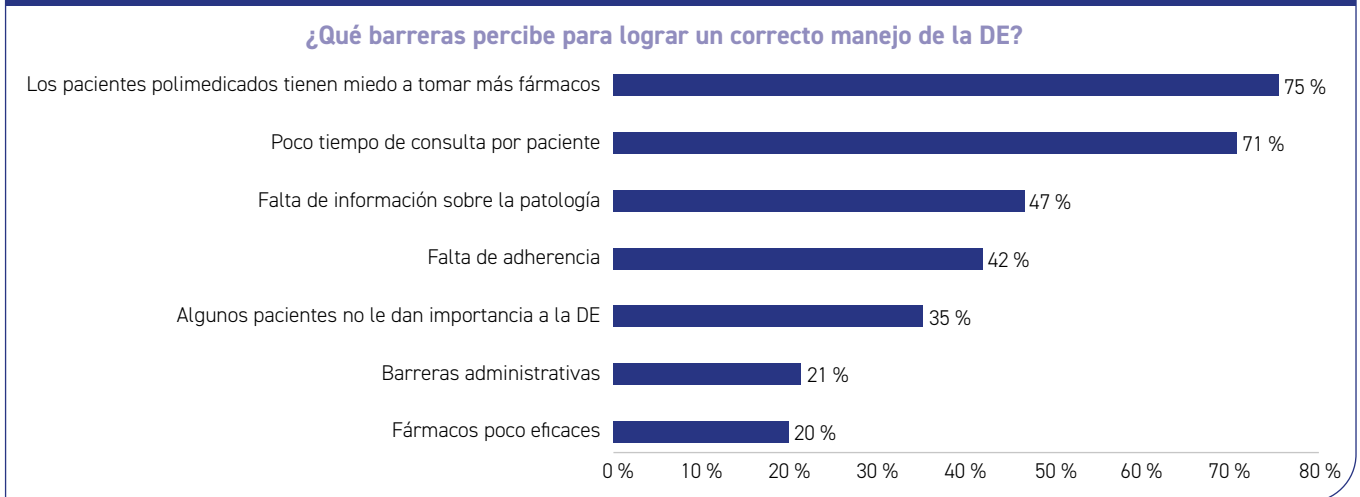
La sensación de falta de una solución real es el factor que más afectación psicológica comporta en el paciente con DE.

grado de dificultad por parte de sus pacientes para abordar sus problemas de DE (figura 2).

El tratamiento, la adherencia y la satisfacción del paciente son aspectos cruciales. Según la mayoría de los facultativos, el hecho de cambiar el fármaco o la posología de este para intentar mejorar la res-



Figura 4. Porcentaje de participantes en función de las barreras que percibía para lograr un correcto manejo de la DE. N = 356. Multirresponsta.



del paciente y un 13 % estimaba que dependía del tiempo de la relación. Más de un 40 % consideraba que la DE interfería con la vida social únicamente en los pacientes más jóvenes y la mayoría (74 %) que provocaba algún grado de dificultad en las actividades habituales con la familia y amigos. En cambio, el impacto en la vida laboral es escaso, según la mayoría de los encuestados, lo que resulta llamativo si se compara con los datos recogidos previamente para la ansiedad y el estado de ánimo depresivo, dado que parece evidente que estas dos condiciones sí pueden interferir en la capacidad laboral de las personas. Probablemente, ese bajo porcentaje se deba a varios factores, entre los que se encuentra el hecho que una mayor proporción de pacientes afectados estén en situación de jubilación o en el desconocimiento

real por parte del médico de la situación laboral del paciente.

Entre las principales barreras para el correcto manejo de la DE, los encuestados destacan el miedo del propio paciente a

añadir más fármacos a su tratamiento, especialmente si ya están polimedcados, seguida de cerca del poco tiempo en consulta para cada paciente (figura 4). ■

CONCLUSIONES

- ✓ La DE continúa siendo hoy en día una disfunción sexual común sobre la cual es difícil hablar para las personas que la sufren.
- ✓ La DE afecta de forma significativa la calidad de vida de los pacientes y es causa de ansiedad y estados depresivos.
- ✓ El fracaso del tratamiento y el aumento de la dosis, o el cambio de fármaco para intentar mejorar la respuesta, generan frustración en el paciente.
- ✓ La falta de tiempo en consulta y el miedo a tomar más fármacos en los pacientes polimedcados son percibidos como las principales barreras para lograr un correcto manejo de la disfunción eréctil.

La polimedcación y el poco tiempo de consulta son las principales barreras para el manejo correcto de la DE.

Bibliografía

1. Puigvert Martínez A, Pomerol Montseny J, Martín Morales A. Documento de consenso sobre disfunción eréctil Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, S.L.; 2013.
2. Emanu JC, Avildsen IK, Nelson CJ. Erectile dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, medical treatments, and psychosocial interventions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016;10(1):102-7.
3. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductivehealth/chapter/management-of-erectile-dysfunction>
4. Nguyen HMT, Gabrielson AT, Hellsstrom WJG. Erectile Dysfunction in Young Men-A Review of the Prevalence and Risk Factors. *Sex Med Rev.* 2017;5(4):508-20.



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**

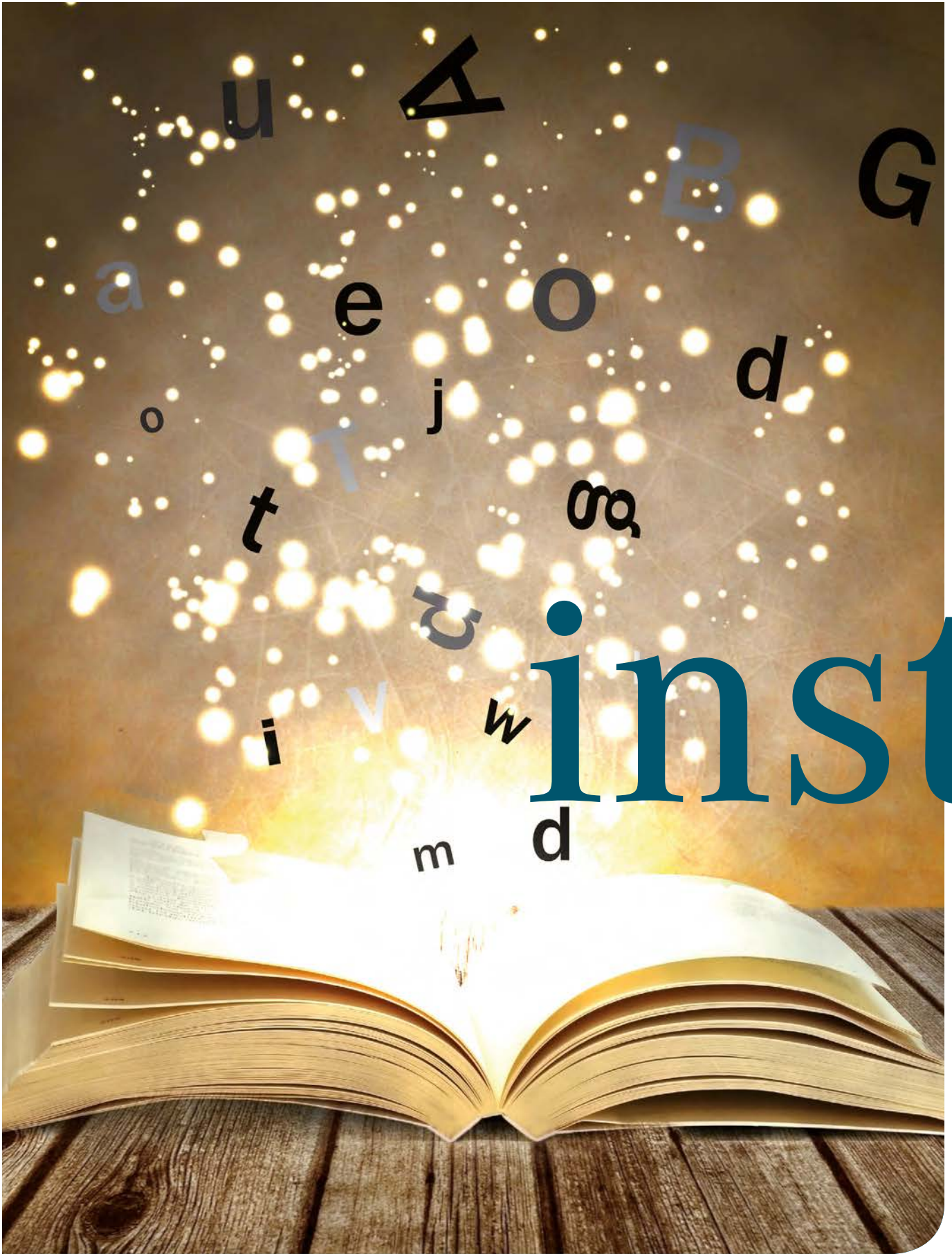


**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA



La antánea médica

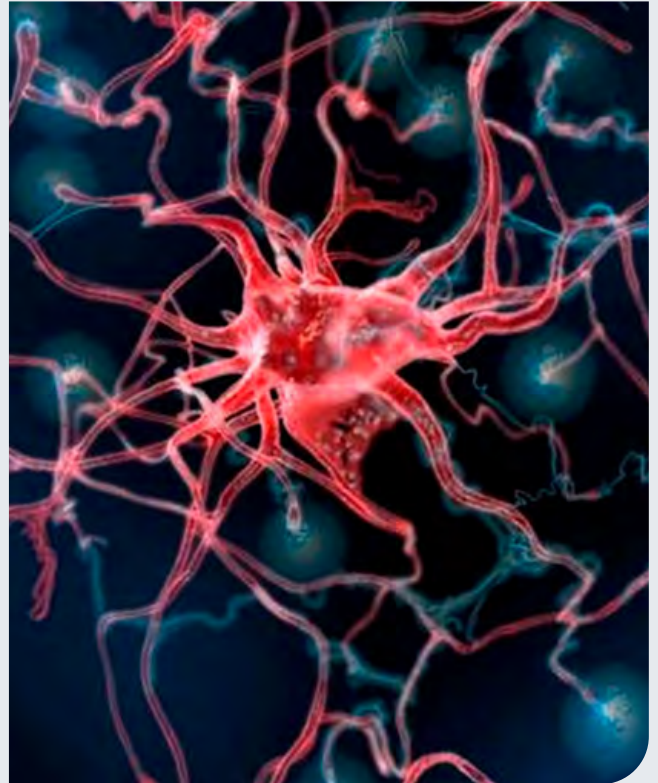


Los glicanos predicen el alzhéimer

Investigadores del Instituto Karolinska (Suecia) han descubierto que un tipo de molécula de azúcar en la sangre, los glicanos, está relacionada con el nivel de tau, una proteína que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la demencia grave característica de la enfermedad de Alzheimer. El estudio, publicado en la revista científica 'Alzheimer's & Dementia', puede allanar el camino hacia un sencillo procedimiento de cribado capaz de predecir la aparición de la enfermedad con hasta diez años de antelación. Los glicanos son moléculas de azúcar que se encuentran en la superficie de las proteínas, los componentes básicos de la vida, y determinan la ubicación y función de estas proteínas en el organismo. Estos investigadores suecos han demostrado ahora que el nivel de una determinada estructura glicana en sangre, denominada N-acetilglucosamina bisecada, puede utilizarse para predecir el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Al medir los niveles de glicanos en sangre, los investigadores descubrieron que los individuos con niveles coincidentes de glicanos y tau tenían más del doble de probabilidades de desarrollar demencia de tipo Alzheimer ■



Los astrocitos podrían desempeñar un papel clave en el TOC



Un tipo de célula caracterizada habitualmente como el sistema de apoyo del cerebro parece desempeñar un papel importante en los comportamientos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), según una nueva investigación de UCLA Health, de la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) publicada en la revista 'Nature'. La nueva pista sobre los mecanismos cerebrales que subyacen al TOC, un trastorno que se conoce de forma incompleta sorprendió a los investigadores. En un principio pretendían estudiar cómo interactúan las neuronas con las células "auxiliares" en forma de estrella conocidas como astrocitos, que se sabe que proporcionan apoyo y protección a las neuronas. Al estudiar las proteínas expresadas por neuronas y astrocitos en modelos experimentales, los investigadores de la UCLA descubrieron que una proteína asociada al TOC y a comportamientos repetitivos en las neuronas también se encontraba en los astrocitos. El descubrimiento sugiere que las estrategias terapéuticas dirigidas a astrocitos y neuronas podrían ser útiles para el TOC y, potencialmente, otros trastornos cerebrales ■

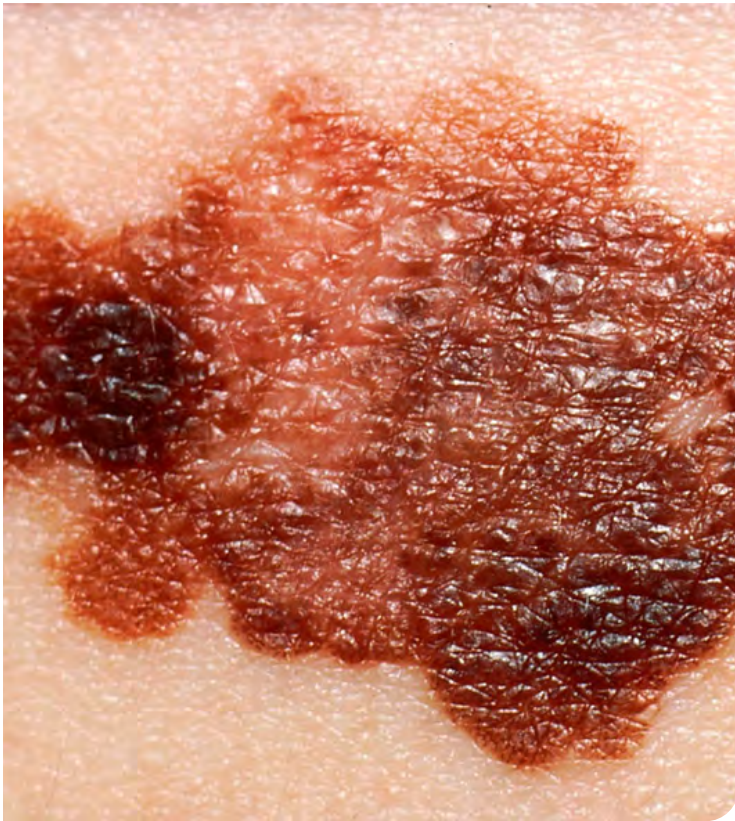


ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (LUS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinitilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinitilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "exento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** *Poco frecuentes:* Cefalea. *Muy raras:* Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** *Frecuentes:* Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** *Frecuentes:* Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. *Poco frecuentes:* Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. *Muy raras:* Hemorragia gástrica. *Frecuencia no conocida:* Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Frecuentes:* Erupción. *Poco frecuentes:* Eczema, eritema, urticaria. *Frecuencia no conocida:* Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raras:* Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** *Frecuencia no conocida:* Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** *Frecuencia no conocida:* Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Frecuencia no conocida:* Asma. **Trastornos renales y urinarios:** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** *Frecuencia no conocida:* Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490-08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP/IVA:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Noviembre 2021.

Bibliografía: 1. Bignamini AA, Matuška J. Adv Ther. 2020 Mar;37(3):1013-1033. 2. Carroll BJ et al. J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38. 3. Ligi D, et al. J Cardiovasc Pharmacol. 2020 Mar;75(3):208-210. 4. Castro-Ferreira R et al. Ann Vasc Surg. 2018. Jan;46:380-393.



Vacuna contra el melanoma

La combinación de una vacuna experimental de ARNm con una inmunoterapia redujo la probabilidad de que el melanoma reaparezca o cause la muerte en un 44 por ciento en comparación con la inmunoterapia sola, según muestra un nuevo ensayo clínico presentado en la reunión anual de la Asociación Americana de Investigación Oncológica. Los resultados del estudio, hasta ahora han llevado a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) a conceder en febrero la designación de terapia innovadora a mRNA-4157/V940 en combinación con pembrolizumab, una designación diseñada para acelerar las revisiones gubernamentales de los resultados de los ensayos. Los resultados actuales ponen de relieve el papel de las células T del sistema inmunitario, capaces de atacar tanto a los virus como a los cánceres. El organismo puede reconocer los tumores como anormales, pero las células cancerosas secuestran los puntos de control para desactivar, evadir y evitar las respuestas inmunitarias. Las inmunoterapias como el pembrolizumab tratan de bloquear los puntos de control, haciendo que las células cancerosas vuelvan a ser más “visibles” y vulnerables a las células inmunitarias ■

COVID-19 y microbioma pulmonar

Una nueva investigación de la Sociedad de Microbiología de Reino Unido, publicada en 'Microbial Genomics', revela nuevos aspectos sobre cómo afecta la COVID-19 al microbioma pulmonar a lo largo del tiempo. “Lo que sugiere este estudio es que la infección vírica modifica el microbioma respiratorio. Dependiendo de cómo se modifique el microbioma puede ser potencialmente predictivo del resultado”, explica el autor principal del estudio, el doctor Suman Ranjan Das. Estudios anteriores sobre el microbioma pulmonar han identificado cómo otras infecciones víricas respiratorias (como la gripe y el VRS) alteran el delicado ecosistema de bacterias pulmonares, pero se sabe poco sobre cómo las infecciones por SARS-CoV-2 afectan al microbioma URT a lo largo del tiempo. Al comparar los microbiomas URT de un grupo de individuos sanos frente a un grupo con COVID-19 utilizando



la secuenciación genética del ARN ribosómico, los investigadores pudieron observar los efectos de una infección por COVID-19 en la diversidad bacteriana URT. A diferencia de estudios anteriores, el equipo diseñó un estudio longitudinal que observaba los cambios a lo largo del tiempo, tomando muestras del grupo infectado por COVID-19 durante 21 días ■

farma
SOLIDARIA

 **Reanima
tu Barrio**
PROYECTO A NIVEL ESTATAL

ERES IMPRESCINDIBLE para salvar vidas.

Cada año fallecen 30.000 personas por parada cardiorrespiratoria.

Te necesitamos para poder salvar hasta 8.000 personas cada año.

¡Únete al único proyecto estatal diseñado para generar entornos cardioprotectores!

¿CÓMO PUEDES AYUDAR?

Te formamos a ti y a tu equipo: tu farmacia formará parte de la red **Reanima Tu Barrio**. Y, con tu ayuda, formaremos a las personas de tu entorno. Nosotros nos encargamos.

Dedica 8 horas de tu vida para salvar otra.

Para tu tranquilidad, contamos con:

- *un comité científico experto y acreditaciones oficiales*
- *los mejores formadores y proveedores de equipamiento*
- *todos los seguros, incluido un seguro de responsabilidad civil adicional*

¡FÓRMATE Y SÉ PARTE DE LA CADENA!

Web: <https://www.reanimatubarrio.org>

Mail: reanimatubarrio@farmasolidaria.com

Partners:

BBVA

Cura
Sana

Acreditado por:

 Consejo
Español


 EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

 **SeMicyuc**
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

 **RCP**
PLAN NACIONAL DE RCP

Comité Científico:

David Peña Otero (enfermero), Pablo Díez Villanueva (cardiólogo), Ángel Huélamo (farmacéutico).



coloquios
El Médico