

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD N° 1242. Enero-Febrero 2024

La Sanidad que vivimos en 2023

Entrevistas

Tiago Villanueva

Presidente de la Unión Europea de Médicos de Atención Primaria

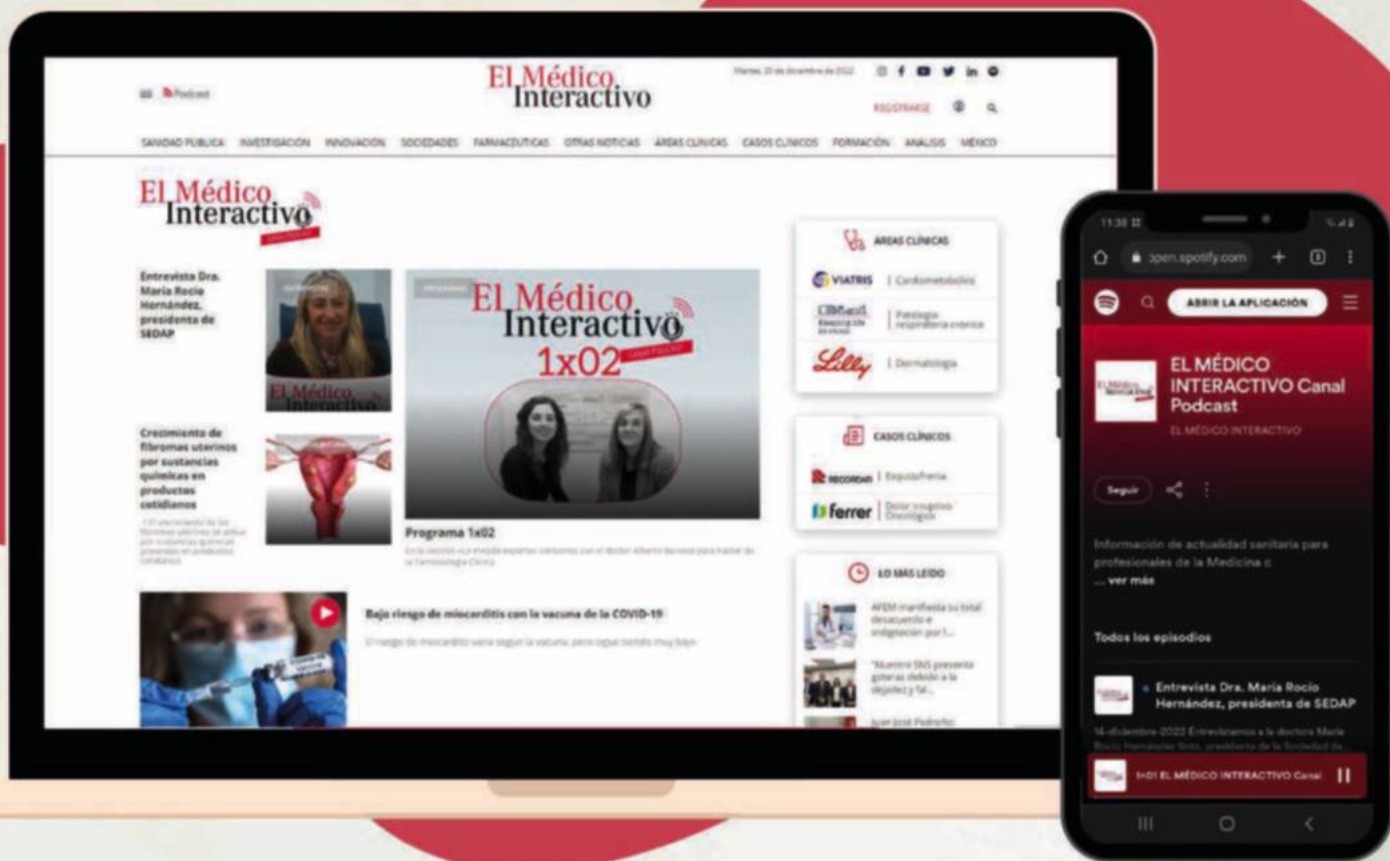
Javier García Alegría

Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas



FOROS EL MÉDICO
Innovación en la Comunidad de Cantabria





El Médico Interactivo

Canal de pódcast

SUMARIO

EN PORTADA



La Sanidad que vivimos en 2023

La Sanidad del 2023 se ha visto marcada por la actualidad del país, que para empezar ha vivido intensamente la llegada de las elecciones anticipadas en verano y la crispación política. No obstante, el final de la gestión de la crisis de la COVID y la situación de los centros sanitarios, especialmente de la Atención Primaria, marcada por la falta de especialistas, han sido también temas del debate político

16

FORO DE EXPERT@S



Miguel Ángel Benito Tovar
Subdirector de Transformación, Innovación y Salud Digital en el Servicio de Salud de Islas Baleares

8



Francisco Javier Álvarez Gutiérrez
Responsable de la Unidad de Asma Grave del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

10



Miguel Tablado
Apps, Data & AI Practice CTO de Kyndryl España

12

FOROS EL MÉDICO



La importancia de la tecnología en la Sanidad de Cantabria

Expertos de la Consejería de Salud de Cantabria debaten sobre la necesidad de cambio en la atención sanitaria y las oportunidades que ofrecen las tecnologías relacionadas con la salud digital, en el contexto de los Foros de EL MÉDICO

24

ENTREVISTA



Tiago Villanueva
Presidente de la Unión Europea de Médicos de Atención Primaria

32

ENTREVISTA



Javier García

Alegría

Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)

36

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ ENTREVISTA



Dulce Ramírez

Vicepresidenta primera de SEDISA y coordinadora del Comité de Profesionalización de SEDISA

42

GESTIÓN EN AP/ ENTREVISTA



Asunción Campos Cangas

Médica especialista en Atención Familiar y Comunitaria y vocal por Extremadura de la SEDAP

48

REPORTAJE/ INNOVACIÓN



Salud Mental digital: nuevas soluciones para retos recientes

54

REPORTAJE



'Músicos por la Salud': una cura para el alma

60

OTROS TEMAS

Historia de la Medicina 66

Fue Noticia 70

Instantánea Médica 76

Sala de lectura 82

El Médico

EDITA:

saned.
GRUPO

Redacción: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo, Blanca Erce, Beatriz Vadillo y Carmen Sánchez

Diseño: La Boutique

Maquetación: Luis Alberto Martín

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: Bravo Murillo, 101-9º. 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 2024. 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.



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



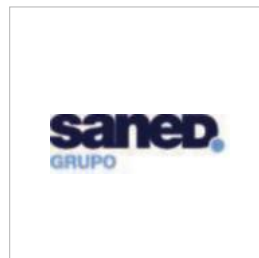
**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**

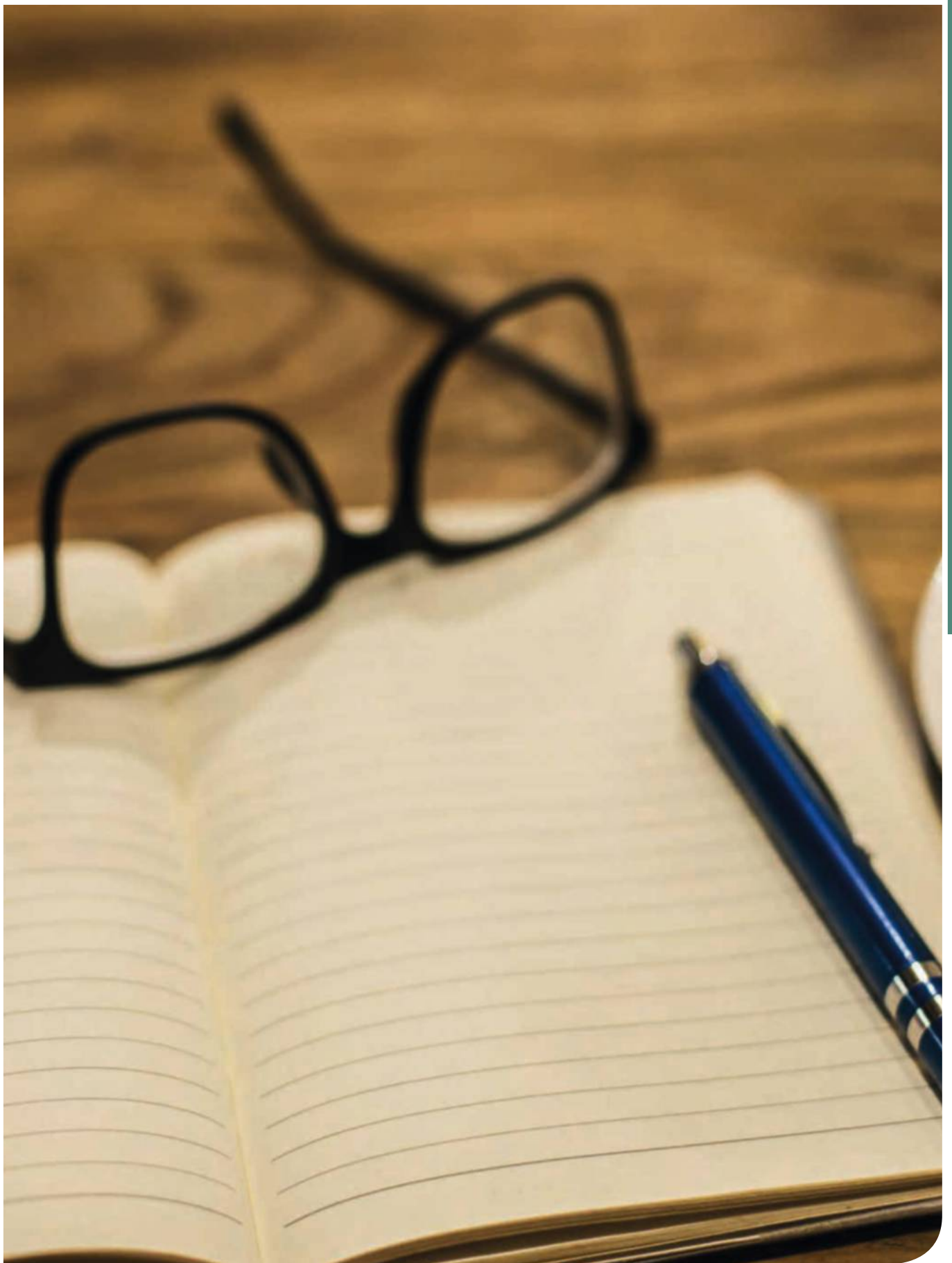


**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA





La mirada

maestra de la
actualidad



El proyecto CIBERAP o Ciberseguridad en Atención Primaria

Autor Miguel Ángel Benito Tovar. Subdirector de Transformación, Innovación y Salud Digital en el Servicio de Salud de Islas Baleares



Miguel Ángel Benito Tovar

El Ministerio de Sanidad, consciente de la necesidad de mejorar la ciberresiliencia del Sistema Nacional de Salud, ha destinado 40 millones de euros a mejorar las capacidades de detección, protección y respuesta del SNS en materia de ciberseguridad. Dicha inversión se enmarca dentro Plan de Acción para la Digitalización de la Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 y más concretamente dentro del área funcional para la transformación digital de los servicios de soporte de la actividad sanitaria.

El proyecto CIBERAP, o Ciberseguridad en Atención Primaria, es un proyecto corporativo, por lo que cuenta con la participación de 13 comunidades autónomas como participantes activos. Estas son Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Comunidad de Madrid, Región de Murcia. Desde las mismas se han definido los objetivos prioritarios de la iniciativa los cuales son:

- Mejorar la seguridad y dotar de confianza en la prestación de servicios por vía telemática y domiciliaria.
- Garantizar la disponibilidad de los sistemas y la confidencialidad de la información.
- Control y gestión para la incorporación constante de nuevos sistemas de información y nuevas tecnologías (dispositivos personales y dispositivos médicos).
- Securización de puestos de trabajo y redes de comunicaciones.
- Mejorar la identidad digital de profesionales y ciudadanos.
- Cumplir con los requerimientos legales (RGPD, Esquema Nacional de Seguridad, Infraestructuras Críticas).

En concreto, el proyecto CIBERAP, está liderado desde el Servicio de Salud de las Islas Baleares. Cuenta con 7 líneas de acción y 14 líneas de trabajo que ayudarán a cumplir los objetivos antes citados, pero especialmente tratará de reforzar y mejorar el nivel de madurez en materia de privacidad y ciberseguridad del Sistema Nacional de Salud.

Líneas de acción de CIBERAP

Más concretamente, y atendiendo a los incidentes acontecidos y los riesgos emergentes en el marco de las organizaciones sanitarias, las líneas de acción que se están abordando desde el proyecto CIBERAP son las correspondientes a:

- Seguridad y control de dispositivos médicos

- Seguridad del puesto de trabajo
- Seguridad de las comunicaciones
- Identidad digital de profesionales y ciudadanos
- Cumplimiento normativo
- Herramientas de auditorías
- Centro de operaciones de seguridad (SOC)

En lo referente a las 14 líneas de trabajo definidas, de las 38 inicialmente identificadas, corresponden a la implantación de proyectos y tecnologías relacionados con: Sistemas de identificación, catalogación, inventariado y análisis de vulnerabilidades de los dispositivos médicos; Sistemas de monitorización y detección en endpoint y servidores (EDR); Sistemas de control de acceso a red (NAC); Herramientas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (Privacidad + Esquema Nacional de Seguridad); Sistemas de parcheo virtual de endpoint; Sistemas de parcheo virtual de servidor; Herramientas de 2º factor de autenticación; Sistemas de detección de amenazas y respuestas en red (NDR); Herramientas de auditoría de directorios activos; Sistema de protección de aplicaciones WEB (WAF); Sistemas de gestión de cuentas privilegiadas (PAM); Correladores de eventos y seguimiento de amenazas (SIEM); Sistemas de agregación de tráfico (packet broker); Sistemas de securización de comunicaciones perimetrales (Firewalls en cada centro de salud).

En este sentido, es importante destacar que cada Comunidad Autónoma ha optado por el desarrollo e implantación de un subconjunto ellas en base a su nivel de madurez y prioridades.

Resultados de CIBERAP

Si bien la iniciativa CIBERAP está en curso, es importante resaltar y mencionar al-



gunas de los resultados obtenidos hasta la fecha:

- +80 reuniones del grupo de trabajo mantenidas
- 13 fichas de necesidad definidas
- 14 consultas preliminares mercado realizadas
- 200 propuestas de mercado recibidas
- 39 entrevistas a empresas realizadas

- 7 pliegos técnicos definidos
- +10 concursos en licitación

Sin duda el proyecto CIBERAP, especialmente por su carácter de proyecto colaborativo, es fundamental para hacer frente al incipiente aumento de ciberataques contra el sector de la salud en España y especialmente para dar confianza a los ciudadanos con respecto al tratamiento de sus datos y la continuidad asistencial pilares fundamentales para garantizar la Transformación Digital del Servicio Nacional de Salud ■



El plan nacional de asma, más necesario que nunca

Autor | Francisco Javier Álvarez Gutiérrez. Responsable de la Unidad de Asma Grave del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Actual director de Proyectos de Investigación en Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Miembro del Consejo Asesor del Instituto Nacional del Asma Grave (INAG)



Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

El asma constituye una de las enfermedades crónicas más prevalentes en España. Aunque no existen datos recientes, dado que el último estudio de prevalencia tiene ya casi 25 años, se estima que puede afectar al 5 por ciento de la población adulta y al 10 por ciento de la población infantil.

Así, se calcula que puede haber alrededor de 2,5 millones de personas con asma, de las cuales aproximadamente el 10 por ciento presentan las formas graves de la enfermedad y, aproximadamente, la mitad tiene un asma grave no controlada. Además, en todos los estudios internacionales se ha objetivado un ascenso continuado de la prevalencia desde el año 2005 (con un aumento del casi el 30 por ciento a nivel mundial).

Gran variabilidad

Hay una gran variabilidad dependiendo de la zona geográfica: existe una clara relación de la prevalencia de la enfermedad con factores como el nivel socioeconómico y factores medioambientales.

El asma puede tener un importante impacto en la salud de los pacientes, con presentación de episodios de exacerbaciones agudas, reducción en la función respiratoria y, en algunos casos, sintomatología constante. Así pues, el asma, sobre todo en sus formas graves, provoca un importante deterioro de la calidad de vida.

Se ha objetivado que más del 25 por ciento de los pacientes con asma sufren trastornos emocionales (1), como ansiedad o depresión. Además, tienen problemas psicosociales, y la mayoría manifiestan algún grado de incapacidad funcional para su vida habitual. Esto ocasiona también incapacidades laborales, con el incremento de costes

indirectos para el sistema y deterioro en la situación económica del paciente de forma secundaria.

Costes directos e indirectos

El coste directo que provoca el asma equivale al 2-4 por ciento del coste total del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se ha calculado que cada paciente con asma genera un gasto anual de entre 7.411 y 10.199 € en el SNS (2). Para el asma grave en población adulta, el coste sanitario incremental anual del asma en España, considerando los costes directos

El coste directo que provoca el asma equivale al 2-4 por ciento del coste total del SNS

respecto a no asmáticos, fue de 11.703 €, y el coste no sanitario incremental (costes indirectos) fue de 3.461 € (3).

En la mayoría de estudios solo se recogen de forma correcta los costes directos (visitas, medicación, pruebas, hospitalización), y solo parcialmente los indirectos (incapacidades laborales) y mucho menos los denominados “intangibles” (gastos provocados en el entorno familiar), por lo que se estima que el coste real y el provocado al sistema en general puede ser mayor.

Unidades multidisciplinares de asma grave

Desde las Sociedades Españolas de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) se han realizado esfuerzos por acreditar unidades multidisciplinares de asma grave que garanticen la calidad en la atención a los pacientes. El objetivo es conseguir el control de la enfermedad o, incluso, la remisión de la patología con los nuevos tratamientos.

En el documento de consenso de SEPAR de 2022 (4), las recomendaciones consensuadas por más de 90 expertos en relación con la organización de las unidades de asma grave incluyen:

- La necesidad de implementar los consensos de derivación de pacientes con asma desde Atención Primaria y servicios de Urgencias a estas unidades.
- La coordinación entre niveles asistenciales como clave para el correcto manejo del asma.
- Garantizar la continuidad asistencial en el manejo adecuado de los pacientes con asma.
- Abordaje multidisciplinar del asma grave en unidades especializadas: mejora el control del asma, la calidad de vida del paciente y disminuye el consumo de recursos sanitarios.

Personal sanitario experto

Por tanto, es fundamental derivar a los pacientes con asma grave a las unidades es-

pecializadas dotadas de medios y personal sanitario experto, como medida para mejorar la eficiencia y los resultados obtenidos. En este sentido, la evaluación del asma grave no controlada y su correcto seguimiento requiere de una evaluación sistematizada con la participación de profesionales correctamente formados e integrados en estas unidades acreditadas.

Esto supone un reto en la organización de la asistencia para coordinar las pruebas diagnósticas, las visitas a consulta, el tratamiento con terapias innovadoras y el seguimiento cercano de los pacientes que puedan prevenir o tratar precozmente, en su caso, la pérdida del control.

Teniendo esta visión, nació hace unos años el proyecto a largo plazo del Instituto Nacional de Asma Grave (INAG), auspiciado por GSK. Su objetivo es dar visibilidad a la patología, a todos los niveles y, en definitiva, intentar unir esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren esta enfermedad. Esta iniciativa pretende involucrar a todas las personas y entidades que son esenciales para conseguir una mejora en el manejo de los pacientes asmáticos, como los médicos de distintas especialidades, enfermería, farmacéuticos, gestores sanitarios, decisores en salud, cuidadores y pacientes.

Plan nacional de asma grave

Una de las iniciativas planteadas por el INAG y promovida por las sociedades científicas y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) es la necesidad del desarrollo de un plan nacional de asma grave, adaptado a los servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas. Este plan sentaría las bases para la optimización de la atención a los pacientes.

Los puntos fundamentales del plan serían:

- Mejorar la capacitación de los profesionales y reconocer la acreditación de las unidades asistenciales de asma, la in-

vestigación como motor fundamental de progreso y la calidad en la atención y eficacia de las intervenciones en salud.

- Ayudar a la coordinación entre las especialidades y profesionales que intervienen en esta patología, en aras de una auténtica atención multidisciplinar.
- Conseguir una gestión integrada y eficiente de los recursos y la estructura sanitaria.

En definitiva, se trata de visualizar una patología aún muy desconocida y contribuir a un abordaje holístico para sentar las bases de una mejora en la calidad de la atención prestada a los pacientes ■

Referencias

- 1.- Wood BL, Brown ES, Lehman HK, et al. *The effects of caregiver depression on childhood asthma: Pathways and mechanisms. Ann Allergy Asthma Immunol.* 2018;121(4):421-427. 4.
- 2.- González-Barcala FJ, Muñoz-Gall X, Mariscal E, et al. *Cost-effectiveness analysis of anti-IL-5 therapies of severe eosinophilic asthma in Spain. J Med Econ.* 2021;24(1):874-882
- 3.- Puig-Junoy J, Pascual-Argente N. *Socioeconomic Costs of Asthma in the European Union United States and Canada: A Systematic Review. Rev Esp Salud Publica.* 2017:91
- 4.- Francisco Javier Alvarez-Gutiérrez, Marina Blanco-Aparicio, Francisco Casas-Maldonado, Vicente Plaza, Francisco Javier González-Barcala, José Ángel Carretero-Gracia, Manuel Castilla-Martínez, Carolina Cisneros, David Díaz-Pérez, Christian Domingo-Ribas, Eva Martínez-Moragon, Xavier Muñoz, Alicia Padilla-Galo, Miguel Perpiná-Tordera y Gregorio Soto-Campos Documento de consenso de asma grave en adultos. Actualización 2022. *Open Resp Arch* 4 (2022); 100192.



La integración de la IA revolucionará la atención médica europea en 2024

Autor | Miguel Tablado. Apps, Data & AI Practice CTO de Kyndryl España



Miguel Tablado

La integración de la inteligencia artificial (IA) revolucionará la atención médica europea en 2024. La industria de la salud se encuentra en un cruce de caminos, enfrentando presiones económicas y una escasez crítica de personal. Hasta octubre de 2023, los datos gubernamentales en España destacan una escasez preocupante en el personal sanitario.

Según el Ministerio de Sanidad, se observa una falta de más de 15.000 profesionales en Atención Primaria, 10.000 odontólogos y 6.000 especialistas en Salud Mental. Esta situación pone de manifiesto un desafío crítico en la prestación de servicios de salud en España, que afecta directamente la capacidad de atención y la calidad de la atención médica.

Atención médica europea

Esta crisis de personal en el sector de la salud no solo es un fenómeno localizado en España; diversos países europeos enfrentan problemáticas similares. La falta de profesionales médicos es una realidad que permea la región y demanda solucio-

nes innovadoras para garantizar la sostenibilidad y eficacia de los sistemas de salud en el continente.

En este contexto, la tecnología emerge como un recurso esencial para paliar las limitaciones existentes. Según estudios del Observatorio Europeo de la Salud, la implementación estratégica de la inteligencia artificial y otras soluciones tecnológicas se convierte en un imperativo para superar los desafíos y mejorar tanto la productividad como la experiencia de pacientes y cuidadores.

Retorno de inversiones tecnológicas

Durante la pandemia, muchos sistemas de salud aceleraron la digitalización a medida que la telemedicina ganaba terreno. Sin

embargo, esta innovación a menudo condujo a la proliferación de herramientas complejas, datos desconectados y estrategias dispersas. Por ello, la clave para avanzar es volver a los fundamentos de la innovación: registros electrónicos de salud, socios tecnológicos estratégicos y transformaciones en la nube.

Los sistemas de salud deben centrarse en maximizar el retorno de las inversiones tecnológicas efectuadas durante y después de la pandemia, con la mira puesta en impulsar la productividad y mejorar la experiencia de pacientes y cuidadores. La alineación de sistemas de registros electrónicos de salud en colaboración con empresas tecnológicas es una estrategia clave. Estos esfuerzos, motivados por restricciones financieras, buscan obtener más valor

de tecnologías ya probadas en eficiencia, seguridad y confiabilidad.

Sin embargo, la adopción de nuevas tecnologías no está exenta de desafíos. Es crucial equilibrar la innovación con una sólida estrategia de ciberseguridad y resiliencia. Aunque estas herramientas ofrecen beneficios incuestionables, también representan nuevas vías para amenazas potenciales. La buena noticia es que, con socios y los apoyos adecuados, los sistemas sanitarios pueden implementar herramientas como la inteligencia artificial generativa a gran escala con salvaguardias que protejan su información más sensible.

Inteligencia artificial generativa

La adopción masiva de inteligencia artificial generativa en el sector de la salud será una realidad en 2024. Este cambio, que lleva la IA a la discusión a nivel directivo, representa un hito significativo en la evolución de la atención médica. Esta tecnología revolucionaria, que permite a las máquinas aprender patrones y generar contenido autónomamente, tiene el potencial de llevar la forma en que se brindan los servicios de salud al siguiente nivel. A medida que nos acercamos al próximo año, se prevé que la adopción masiva de estas herramientas revolucione la atención médica de maneras nunca vistas antes.

La inteligencia artificial es un nuevo paradigma que viene a resolver muchos de los problemas que hasta ahora no podían resolver las aplicaciones, al pasar del uso de algoritmos lógicos a sistemas de aprendizaje automático en base a los datos. Entendiendo esto, es sencillo extrapolar que el ámbito de aplicación de la IA es inmenso y que en el mundo sanitario se aplica al paciente y al personal sanitario. También al diagnóstico, al tratamiento y a los dispositivos médicos, a laboratorio, a farmacia y radiología como servicios esenciales, en quirófano y en asistencia primaria, desde ecografías preparto hasta la tercera

edad, a gestión de hospitales y centros sanitarios y también al ámbito sanitario indirecto como el farmacéutico; es decir, la IA será omnipresente, y sus beneficios, también.

Desafíos: seguridad y privacidad

En contrapartida, con la promesa de la inteligencia artificial generativa también surgen desafíos significativos. La seguridad y privacidad de los datos de salud son preocupaciones críticas, ya que la implementación de estas tecnologías implica el manejo de información altamente sensible. Resulta esencial establecer sólidas medidas de ciberseguridad y garantizar el cumplimiento de las regulaciones para proteger la integridad de los datos de los pacientes.

Otro desafío será cómo superar el freno que inevitablemente aportará la regulación que se está elaborando en el Parlamento europeo y que ha definido la IA relativa al entorno sanitario como de alto riesgo, lo que conllevará procesos de análisis y certificación exhaustivos que ralentizarán el avance.

El mayor obstáculo expresado por la comunidad técnica no es otro que el de los datos, de su cantidad y de su calidad. Es crucial que se creen convenios y registros electrónicos de salud para multiplicar la cantidad de datos disponibles mediante acuerdos de dato abierto. Estos datos deben gobernarse para tener un conjunto de datos de calidad y homogéneo (en información) que permitan el entrenamiento eficaz de los modelos de inteligencia artificial. Recordemos que los datos pertenecen al paciente (historia clínica) y no a los centros sanitarios, cualesquiera que estos sean.

¿Un entorno sin resistencia al cambio?

Como ante cualquier cambio cultural o empresarial, la adopción de la inteligencia artificial traerá consigo dudas, incertidumbre y detractores. Es decir, estaremos ante un escenario de resistencia al cambio. La

confianza en estas tecnologías es fundamental para su éxito, y los profesionales de la salud deben sentirse capacitados y cómodos al incorporar estas herramientas en sus prácticas diarias.

Afortunadamente, el médico es un colectivo habituado a la innovación y a la investigación y, a la vez, muy consciente de que la IA será un copiloto o un asistente en prácticas que les ayudará a mejorar sus diagnósticos y les evitará teclear informes y gestionar procesos. Por tanto, en el ámbito de la atención al paciente, la IA les permitirá pasar su tiempo de consulta escuchando al paciente y mirándole a los ojos, mientras que en el ámbito del diagnóstico les permitirá ser más precisos y salvar más vidas.

Los modelos de inteligencia artificial no están pensados para mirar al paciente como un todo, ni a contemplar los diversos síntomas de una enfermedad, la sensación del paciente ni a razonar sobre los resultados de diferentes pruebas para llegar a un diagnóstico. Esas son características humanas e irremplazables.

Capacidades humanas no reemplazables

En conclusión, se espera del colectivo médico que reciba la IA con entusiasmo conocedor de sus ventajas y de que sus capacidades humanas, como la comprensión del paciente y el análisis global de las situaciones, no son reemplazables.

A modo de cierre, quiero resaltar que el camino hacia el futuro digital de la salud ya está trazado. Al fin y al cabo, el papel crítico de la inteligencia artificial en la salud no solo transformará la forma en que se administra la atención, sino que también marcará un cambio crucial hacia la madurez tecnológica en la industria. Aquellos que adopten estas innovaciones con precaución y visión estratégica serán los líderes del mañana en la entrega de una atención médica más eficiente, segura y centrada en el paciente ■

NOSOTROS NOS CENTRAMOS EN ESTO



En Novavax, nos centramos en desarrollar vacunas para enfermedades como la COVID-19, el SARS y la gripe estacional, para que sus pacientes puedan centrarse en lo que más importa.

PARA QUE ELLOS PUEDAN CENTRARSE EN ESTO



Obtenga más información en es.KnowOurVax.com/progress
o llame al +34 991 98 60 80

2



2

3





La Sanidad del 2023

La Sanidad del 2023 se ha visto marcada por la actualidad del país, que para empezar ha vivido intensamente la llegada de las elecciones anticipadas en verano y la crispación política. No obstante, el final de la gestión de la crisis de la COVID y la situación de los centros sanitarios, especialmente de la Atención Primaria, marcada por la falta de especialistas, han sido también temas del debate político durante las elecciones. Pero, además, han destacado otros temas, como el gran salto hacia la digitalización que está dando toda la Administración y que está teniendo especial relevancia en el ámbito médico, sobre todo con la llegada de la inteligencia artificial.

Texto  Silvia C. Carpallo

Fotos  EL MÉDICO



Un año de tres ministros

El último Consejo Interterritorial de Carolina Darias como ministra se celebraba el 17 de marzo, que era cuando anunciaba que dejaba el cargo que ocupaba desde 2021, tras la marcha de Salvador Illa aun en plena pandemia. El motivo era su intención de encabezar la candidatura socialista a la alcaldía de Las Palmas, cargo que finalmente lograría.

Tras su marcha, recogía la cartera del Ministerio de Sanidad José Manuel Miñones el 27 de marzo. Anteriormente, el nuevo ministro ostentaba el cargo de delegado del Gobierno en la Comunidad Autónoma de Galicia. Pedro Sánchez se había decidido por él dada su labor como investigador, su trayectoria y su “compromiso inquebrantable en la defensa del interés general”. De hecho, Miñones sería el primer licenciado en Farmacia nombrado ministro de Sanidad.

Sería Miñones quien continuaría como ministro de Sanidad en funciones tras la convocatoria anticipada de elecciones para el 23 de julio. Sin embargo, no sería hasta el 17 de noviembre cuando, tras meses de incertidumbre y de debates sobre la política de pactos, finalmente el líder del Partido Socialista, Pedro Sánchez, lograba ser reelegido presidente del Gobierno de España.

En materia de Sanidad, para esta nueva legislatura, destacaba su compromiso a desarrollar un “gran pacto de Estado por la Salud Mental” para que no “no haya un solo ciudadano que necesite ayuda psicológica y no pueda tenerla”. Asimismo, hacía especial hincapié en la necesidad de reforzar la Atención Primaria. Igualmente, se planteaba un “plan de listas de espera”, al que se podrán acoger las Comunidades Autónomas, que son las que tienen esta competencia. El objetivo inicial pasaba por establecer unos tiempos máximos de espera en el SNS de 120 días para inter-

venciones quirúrgicas, 60 días para consultas externas especializadas, y 30 días para pruebas complementarias, con independencia del lugar de residencia del ciudadano/a.

Precisamente, estas eran las cuestiones que sacaba a relucir la recién nombrada nueva ministra de Sanidad, Mónica García, hasta ese momento líder de Más Madrid en la Comunidad de Madrid. De García, el sector sanitario destacaba su trayectoria como médico, y su activismo durante las protestas de las Mareas Blancas en defensa de la Sanidad pública, adscritas al movimiento del 15M.

La preocupación por la Salud Mental

Tal y como señalaba Sánchez en su investidura, uno de los temas que más ha preocupado en 2023 ha sido la salud mental de los españoles. De esta forma, Mónica García, en su toma de posesión traslada-

ba a los presentes su deseo de “trabajar con ahínco” para llevar a cabo el Pacto de Estado por la Salud Mental, que definía como “una de las piedras angulares” de su Ministerio.

No obstante, a lo largo de 2023 se desvelaron nuevos datos preocupantes. Según datos del Servicio de Información Toxicológica (SIT), ya en 2022 se detectó un incremento del 29 por ciento en los casos de intento de suicidio mediante sustancias tóxicas respecto al año anterior. En total, se registraron 6.997 consultas de este tipo. Así consta en la Memoria Anual 2022 sobre las consultas telefónicas recibidas como consecuencia de intoxicaciones o exposiciones a sustancias tóxicas.

Según estos datos de Toxicología, de las 8.246 consultas de intoxicaciones voluntarias, en un 83 por ciento (6.997 consultas) de los casos la causa era el intento de suicidio o autolisis. El grupo más afectado dentro de esta categoría fue el de la franja de edad de 11 a 15 años, con un 19,7 por ciento del total. Este grupo es seguido por el 13,3 por ciento de casos pertenecientes a la franja de 16 a 19 años. Por géneros, los intentos de suicidio se produjeron principalmente en mujeres, un 65,9 por ciento del total.

Por otra parte, a finales de agosto se daba a conocer que las tasas de suicidio entre médicos son más altas que en la población general. El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) confirmaba si bien no existe un registro fiable de la distribución de las muertes por suicidio según la profesión, la tasa de suicidio médico es realmente mayor que el registrado. La cuestión es que con frecuencia puede ser mal codificado deliberadamente en los certificados de muerte como sobredosis accidental, debido al elevado nivel de estigma. En conclusión,

se cree que el número de suicidios entre los médicos se ha subestimado.

¿Fin de la COVID?

Sin duda, el otro gran hito sanitario del 2023 era el fin de la pandemia entendida como tal, aunque no el fin de la gestión de la COVID y todas sus consecuencias desde una nueva realidad sanitaria. Era el día 4 de julio cuando el Consejo de Ministros declaraba el fin de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Una vez valorado el informe del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad y de acuerdo con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo de Ministros consideraba pertinente la transición hacia un nuevo manejo de la enfermedad de una manera sostenible a largo plazo.

“Más de tres años después, podemos, sin bajar la guardia, decir adiós a una pandemia que ha marcado nuestras vidas”, manifestaba en ese momento el ministro de Sanidad, José Miñones, quien concretaba que desde la publicación del acuerdo en el Boletín Oficial del Estado (BOE) decía la obligatoriedad del uso de las mascarillas en los espacios en los que se había decretado a causa de la COVID-19, si bien su uso continuaba siendo altamente recomendable, con el fin de proteger a la población vulnerable.

De hecho, a lo largo del verano, la situación del COVID-19, si no resultaba alarmante, sí que volvía a estar en el punto de mira internacional. Concretamente, a mediados de agosto, en el marco de la reunión de los ministros de salud del G20, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, advertía de que la COVID-19 a pesar de que “ya no es una emergencia sani-

taria mundial, sigue siendo una amenaza para la salud mundial”. España era precisamente uno de los países en los que los casos de COVID aumentaban especialmente durante el verano.

En esta línea, a finales de año, también se vivía un repunte de infecciones respiratorias que, a mediados de diciembre, mostraba un aumento del 37,17 por ciento. De esta forma, el Ministerio de Sanidad se veía obligado a publicar de nuevo recomendaciones para prevenir el contagio que incluyen la higiene de manos, cubrirse la nariz o boca al toser o estornudar y usar mascarilla en caso de padecer síntomas compatibles con una infección respiratoria.

Nueva guerra al tabaco y al cáncer de pulmón

No solo las infecciones respiratorias y la Salud Mental han sido dos de las grandes preocupaciones. Y es que la necesidad de nuevas medidas contra el tabaco volvía a abrir múltiples debates sanitarios. El 31 de mayo se celebró el Día Mundial sin Tabaco, y los expertos reclamaron más medidas ante el importante número de fumadores en España. En concreto, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) compartió los datos de la situación actual del tabaquismo en España, descubriendo que cerca del 30 por ciento de los españoles en 2022 eran fumadores, un número muy superior al esperado.

Igualmente, otro de los grandes retos de los neumólogos era la necesidad de implantar un cribado de cáncer de pulmón que la administración aún tiene en modelo de evaluación. Así, en el mes de noviembre se anunciaba que más de 20 hospitales de la red pública y más centros de Atención Primaria vinculados a los mismos de 14 comunidades autónomas participarán en el Proyecto CASSANDRA, un proyecto piloto que pretende aportar evidencia sobre la factibilidad del cribado de cáncer de pulmón en nuestro país.



REPORTAJE PORTADA

La Sanidad del 2023

Por otra parte, a finales de diciembre, se daban a conocer los resultados del estudio piloto sobre consumo de alcohol y tabaco y posibles adicciones comportamentales en jóvenes de 12 y 13 años realizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas en 2023. Con respecto al consumo de tabaco, los datos revelaban que el 8,5 por ciento de los estudiantes de 12 y 13 años lo ha probado alguna vez. Además, se muestra un consumo ascendente de los cigarrillos electrónicos entre los 12 y 13 años, ya que el 25,2 por ciento afirma haberlos consumido alguna vez en la vida, el 21 por ciento en los últimos 12 meses y el 11,2 por ciento en los últimos 30 días. Ante estas cifras, la ministra de Sanidad, Mónica García, respondía con su intención de “regular” los vapedores.

El año de la inteligencia artificial

España ha dado un salto cualitativo y cuantitativo en digitalización en los últimos años, de la mano de los nuevos programas europeos. Este trabajo se ve reflejado en la llamada agenda España Digital, o más concretamente, España Digital 2026, que es como se denomina a la actualización de la estrategia lanzada en julio de 2020 y que fue presentada el jueves 8 de julio de 2022.

Esta actualización incluye nuevas prioridades y dos nuevos ejes transversales referidos a los Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE) y la iniciativa RETECH, una red de proyectos estratégicos emblemáticos y transformadores en el área digital propuestos por las comunidades autónomas.

Este 2023 el sector sanitario centraba gran parte de sus eventos en hablar de

todo lo que herramientas como la inteligencia artificial va a poder aportar o ya aporta al sector, y cómo afrontar los retos que supone.

Como ejemplo, la inauguración del X Congreso Internacional de Salud Digital y la III Semana de Salud Digital servía como una

hoja de ruta para conocer cuáles son los retos y oportunidades que se deben transitar para lograr una verdadera transformación digital. Desde la inteligencia artificial, pasando por el metaverso, la telemedicina, la

realidad virtual, los retos en ciberseguridad, la atención sanitaria basada en el valor, o las competencias digitales.

En este sentido, en el marco de Healthology España 2023, Rafael Areses Gómez, director de Tecnologías Emergentes en Alebat Education, contextualizaba que el impacto de esta innovación no ha hecho más que empezar. “No es una tecnología, es una cascada de tecnologías. Es la velocidad a la que van, es la cantidad de cosas que son y que están siendo unos cambioadores de juego reales”.

En esta línea, en la primera edición de Muy IA Trends Executive Update se ponía de manifiesto que la inteligencia artificial (IA) generativa está preparada para transformar la Medicina. Sin embargo, debe afrontar retos como la falta de datos médicos para entrenar los modelos y la necesidad de integración en los sistemas actuales. Incluso las resistencias a la hora de la implantación de nuevas tecnologías.

Así, si bien se ha hablado mucho este año sobre el impacto de las nuevas tecnologías en la salud y en los centros sanitarios, lo cierto es que la incorporación de la misma lleva asociada nuevas necesidades, como es la creación de nuevos puestos y perfiles la-

borales, más allá de los propios sanitarios. Es el caso de los ingenieros biomédicos. Esta cuestión fue abordada en el contexto del I Congreso ‘Hospitales disruptivos. Reingeniería de la Sanidad’, celebrado el pasado septiembre en Colegio de Ingenieros Industriales de Madrid (COIIM).

No obstante, la falta de talento es una de las grandes crisis de la innovación europea. Así se puso también de manifiesto en un evento organizado por EIT Community bajo el título ‘El Instituto Europeo de Innovación y Tecnología (EIT) y la nueva Agenda Europea de Innovación’, como evento satélite de la agenda oficial organizada con motivo de la Presidencia Española del Consejo de la Unión Europea.

Otro de los grandes retos, como se ponía de manifiesto por parte de la empresa de ciberseguridad Claroty, es que a datos de septiembre de 2023, el 78 por ciento de las instituciones sanitarias había sufrido incidentes de ciberseguridad, según el informe Global Healthcare Cybersecurity Study 2023, que había contado con la participación de 1.100 profesionales de ciberseguridad, ingeniería, TI y redes de organizaciones sanitarias de un total de 39 países, entre los que se encuentra España. El 30 por ciento de los encuestados también había reconocido que se han visto afectados datos sensibles e información sanitaria protegida.

Malestar profesional

Pese a todos los avances que se han producido en 2023, la Sanidad española no termina de remontar de la tremenda crisis sanitaria vivida en la pandemia. En especial a lo que respecta a sus profesionales, debido a las complicadas condiciones laborales.

El mes de enero comenzaba con la vuelta de la huelga sanitaria madrileña. Los trabajadores afectados por la reorganización de la urgencia extrahospitalaria en la Comunidad de Madrid anunciaban otras tres

jornadas de huelga. Reclamaban la reapertura de los 37 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y el funcionamiento de los 40 Servicios de Atención Rural (SAR) en las mismas condiciones y con la misma dotación de personal.

En febrero, las ciudades de Madrid y Santiago de Compostela reunían el domingo 12 de febrero a miles de manifestantes en defensa de la Sanidad Pública y de la Atención Primaria. En Santiago de Compostela, los organizadores de la misma, SOS Sanidad Pública, calificaban la cita como “masiva” e “histórica”.

Asimismo, ese mismo mes, también se producían movimientos en Navarra, aunque finalmente, el secretario general del Sindicato Médico de Navarra, afirmaba haber llegado a una acuerdo que terminaba con la huelga general.

En cambio, en abril, los que estaban llamados a secundar una nueva huelga indefinida eran los médicos gallegos. La misma estaba convocada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en solitario. El listado de peticiones de CESM Galicia afectaba a todos los niveles asistenciales, en especial a la Atención Primaria. Sin embargo, también tienen demandas específicas para la Hospitalaria, para los facultativos de 061 y para los MIR.

Ante esta situación de crisis generalizada, en el mes de mayo el Consejo de Ministros aprobaba cerca de 580 millones para Atención Primaria. En concreto, para financiar el Plan de Mejora de Infraestructuras de Atención Primaria (MINAP) destinados a mejorar infraestructuras y equipamientos. El Gobierno transfería estos fondos a las comunidades autónomas, que deberá destinarlos a modernizar y mejorar los más de 13.000 centros de salud y consultorios.

Aunque los médicos de la Sanidad Pública no eran los únicos en situaciones precarias. Tal y como se daba a conocer en octubre en el IV Congreso Nacional de Médicos



de Ejercicio Privado estos reclamaban sentar las bases de un nuevo modelo de negocio. “Hay que ofrecer una cobertura de calidad, pero no a costa de la pérdida de retribuciones y de un deterioro progresivo de las condiciones contractuales de los profesionales médicos que ejercen en la Sanidad privada”, señalaba el presidente del ICOMEM, Manuel Martínez-Sellés en su intervención. Una denuncia en la que coincidía María Cordon, vocal de Ejercicio Libre del ICOMEM: “El eslabón más débil de la cadena es el médico que recibe toda la tensión de la cuenta de resultados viendo reducidos sus honorarios médicos por acto, compensándolo con gran volumen de pacientes”.

Debate sobre el déficit de médicos y el exceso de estudiantes de Medicina

Uno de los grandes problemas que continúa tensionando la Atención Primaria no es solo la necesidad de apostar por la digitalización o por recursos de infraestructura, sino la escasez de recursos humanos, especialmente de especialistas de Medicina de Familia.

En el mes de febrero, el Foro de la Profesión Médica abordaba de nuevo la problemática

que existe en cuanto al aumento de plazas de estudiantes de Medicina, ya sea mediante la apertura de nuevas facultades como a través de la ampliación de la oferta hasta un 15 por ciento como se estaba tramitando por parte del Ejecutivo. Al igual que en anteriores ocasiones, el Foro recuerda que no existe un problema de falta de médicos, sino de determinados especialistas, y de aumentar el número de graduados sin hacerlo propio con el profesorado y con la oferta de Formación Sanitaria Especializada.

En mayo, un informe del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada se centraba en la problemática de la falta de interés de los MIR por Medicina de Familia, ya que la elección MIR de 2023 dejaba 202 plazas vacantes en esta especialidad. Así, el informe apostaba por no pedir nota mínima para las plazas MIR y evitar vacantes.

Esta misma entidad, en septiembre, insistía en que si bien faltan médicos de varias especialidades, no hay que perder de vista que “sobran” licenciados en Medicina, y que incluso este aumento de plazas en las facultades llevará a un nuevo paro médico en los próximos años.



Pese a ello, en octubre el Ministerio de Sanidad anunciaba una partida de 50 millones de euros para 677 nuevas plazas de Medicina, que se han materializaron en el curso académico 2023-2024. De esta forma, Sanidad subvenciona la formación de más titulados en las universidades públicas españolas con el fin de paliar el déficit de profesionales sanitarios en los próximos años.

Cambios en la jubilación

Precisamente, la falta de médicos en Atención Primaria llevaba a plantear nuevas soluciones, como una jubilación activa para médicos de familia y pediatras. Era el 28 de diciembre de 2022 cuando se publicaba en el BOE una Modificación de la Ley General de la Seguridad Social que introduce una nueva disposición transitoria trigésima quinta que permite la jubilación activa. Este se anunciaba así en enero de 2023, explicando que se trata de un plan piloto con una duración de tres años, que permite a estos facultativos continuar desempeñando sus funciones durante la prórroga en el servicio activo y, simultáneamente, acceder a la jubilación. Esto es percibiendo el setenta y cinco por ciento del importe resultante en el reconocimiento inicial de la pensión, una vez aplicado, si procede, el límite máximo de pensión pública.

En el mes de mayo, de nuevo el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada elaboraba un informe sobre esta jubilación activa, planteando dudas respecto a sus beneficios y dejando clara que esta jubilación activa precisa de un factor corrector.

Por otra parte, también en mayo se daba a conocer que según la Sexta oleada de la Encuesta OMCCESM sobre la Profesión Médica, de los 5.720 Médicos mayores de 55 años activos encuestados el 32,6 por ciento estarían dispuesto a prolongar su actividad laboral, mientras que solo un 13,7 por ciento tenían intención de adelantar su jubilación y el 39,6 por ciento tenían intención de jubilarse cuando les correspondiera por la edad.

Otra de las propuestas, más allá de la jubilación activa, era la de la posibilidad de alargar la jubilación de los médicos a los 72 años. A este respecto, a finales de diciembre, el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, aseguraba que la intención del Ministerio de Sanidad, para paliar el déficit de médicos, “no pasa por exprimir a los profesionales”. Por ello, descartaba alargar la edad de jubilación de forma voluntaria de los médicos hasta los 72 años.

Asignaturas pendientes para 2024

En este contexto, antes de acabar el año, diversos expertos ya han dejado apuntados cuáles son las asignaturas pendientes que habrá que resolver en 2024. Ya en el mes de octubre, la directora de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Pilar Aparicio, apuntaba que los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud son “una asignatura fundamental”. Desde su punto de vista, se debe mejorar su gestión, ya que después de la pandemia “se ha incrementado la insatisfacción”. En concreto, Aparicio insistió en que la asignatura pendiente no es realmente la falta de recursos humanos. “Creo que tenemos muchos recursos humanos, pero tenemos que mejorar su gestión. Tenemos que ver cómo abordamos esa insatisfacción que después de la Covid-19 se ha incrementado”.

Por su parte, en el último Consejo de Ministros de diciembre de 2023, el propio Pedro Sánchez, haciendo balance del año, afirmaba que su intención era dar respuesta en los “próximos meses” al desarrollo de la futura Ley ELA. Cabe recordar que la Ley ELA, cuya tramitación fue aprobada por unanimidad en el Congreso de los Diputados en marzo de 2022, se quedó sin tramitar con la convocatoria de elecciones anticipadas el 23 de julio de 2023.

En esta línea, la Sociedad Española de Epidemiología recordaba antes de acabar el año que entre los aspectos esperados en el año 2023 estaba la aprobación de la Ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública. Su tramitación se vio paralizada por la convocatoria electoral, impidiendo que se cumpliera en tiempo uno de los objetivos marcados en el Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia destinado a la ‘Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud’. Las elecciones de 2023 también frenaron la tramitación de algunos Reales Decretos fundamentales para desarrollar la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública ■

SOMOS **información**



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



La importancia de la tecnología en la Sanidad de Cantabria

Expertos de la Consejería de Salud de Cantabria debaten sobre la necesidad de cambio en la atención sanitaria y las oportunidades que ofrecen las tecnologías relacionadas con la salud digital, en el contexto de los Foros de EL MÉDICO

Texto  Silvia C. Carpallo

Fotos  Juan José Santamaría



FOROS EL MÉDICO

La importancia de la tecnología en la Sanidad de Cantabria



El momento en el que afrontar un cambio no viene marcado por el capricho, sino como respuesta a una necesidad y a una oportunidad. Y el momento del cambio hacia una salud digital es ahora. Esa es la idea que ha sobrevolado en el último de los Foros EL MÉDICO celebrado en Cantabria con la colaboración de Abbott y de la Fundación SEDISA. Así, Joaquín Estévez, presidente de la Fundación SEDISA agradecía la presencia a este encuentro de las diferentes personalidades expertas en gestión sanitaria de la Consejería de Salud de Cantabria. Asimismo, la directora de la Revista EL MÉDICO y El Médico Interactivo, Leonor Rodríguez, daba la bienvenida a los mismos y lanzaba algunas primeras preguntas para comenzar el debate.

Para empezar, el consejero de Sanidad de Cantabria, César Pascual, insistía en la importancia de que el cambio que van a traer las nuevas tecnologías sea en reali-

dad un cambio hacia un nuevo modelo de asistencia sanitaria que haga más sostenible el sistema. Un cambio que puede traer nuevas oportunidades de acercarse al paciente, especialmente en áreas de especial dispersión geográfica como Cantabria. “La tecnología no deshumaniza, sino que es una herramienta de humanización”, ha afirmado.

En este sentido, César Pascual destacaba que Cantabria será la primera comunidad en contar con una Ley de Salud Digital, que aún está en desarrollo. “Va a ser una ley que establezca un marco general, porque la salud digital evoluciona muy rápido, pero por eso lo que hay que hacer es establecer unas bases para trabajar bajo ese terreno”. Precisamente, el hecho de que esta sea una comunidad pequeña, permite una mayor coordinación para la puesta en marcha de nuevas iniciativas, que pueden ser un ejemplo para el resto del Sistema Nacional de Salud.

Las ventajas de la inteligencia artificial

Respecto a qué es lo que puede aportar ese cambio, los asistentes exponían los diferentes ámbitos en los que tecnologías, como la inteligencia artificial (IA), podían suponer mayores avances.

Para empezar, Luis Carretero, gerente del Servicio Cántabro de Salud, ponía el ejemplo claro de las listas de espera. “Estas muchas veces responden a un atasco en algún proceso, por lo que la IA puede ser, en este sentido, un apoyo al diagnóstico, una mejora en la decisión clínica a la hora de hacer o no una prueba, una forma de controlar el riesgo de duplicidades, o una herramienta para el gestor, para conocer qué pacientes están esperando y con qué prioridades para mejorar el rendimiento de la organización”.

Por su parte, Antonio Juan Pastor, gerente de la Gerencia de Atención Especializada

Área II. H. Comarcal de Laredo, reflexionaba sobre la resistencia al cambio, aunque afirmaba que esta no es una novedad, sino que ya se vivió con la llegada del ordenador a la consulta. “Y antes se tenía miedo a que el médico se quedase mirando papeles en vez de a tu cara”. Sin embargo, desde su perspectiva, estas herramientas, en realidad, servirán para “proteger más al paciente”, ya que les dará acceso a más información para poder ser más activos en sus decisiones y mejores conocedores del sistema.

En esta línea, **Oscar Fernández Torre**, director general de Planificación, Ordenación, Gestión del Conocimiento y Salud Digital, pedía confiar más en la población y en su apertura a la hora de usar estas nuevas tecnologías. Así, ponía de ejemplo las experiencias en teleasistencia puestas en marcha en entornos rurales en Cantabria, en las que en su evaluación habían sido las mejor valoradas precisamente por la población mayor, al agradecer evitar desplazamientos innecesarios, que muchas veces les suponen un hándicap. De esta forma, en la reunión se destacaban las experiencias de éxito del control de enfermos crónicos por parte de *chatsbots*. Igualmente, se ponía sobre la mesa que Cantabria cuenta con una cobertura del 100 por cien en fibra óptica, lo que le sitúa en una posición de ventaja a la hora de ofrecer este tipo de servicios desde la equidad a sus ciudadanos.

Vencer las resistencias de los profesionales

Si bien hay que vencer resistencias por parte de la población, algo similar pasa con los propios profesionales. Tal y como comentaba **Yolanda Montenegro Prieto**, gerente de la Gerencia de Atención Especializada Área III y IV: Hospital Comarcal de Sierrallana, “los profesionales conocen las

herramientas, lo que falta es interaccionar más, pero el miedo que existe es que estas tecnologías supongan reducir la necesidad en recursos humanos”. Sin embargo, para la experta, este cambio de paradigma respecto a los recursos humanos supone una oportunidad. No hay que olvidar que si un médico atiende a un número reducido de pacientes, al final se pierde conocimiento médico por falta de experiencia. Por ello, las nuevas tecnologías lo que van a permitir es que un médico atienda a una cantidad mayor de pacientes, aunque sea de forma remota, lo que redundará en ese conocimiento médico y en la calidad de la asistencia.

De forma paralela, **Pablo José Luis Busca Ostolaza**, gerente de la Gerencia de Atención Primaria, insistía en que “este es un momento de transformación, y ya lo estamos viviendo, nos demos cuenta o no”.

Asimismo, **María Dolores Acón Eoyo**, gerente de la Gerencia de Atención Especializada Área I: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se sumaba a esta idea

aportando que, “la tecnología, lejos de ser una amenaza, es una gran oportunidad para dar el servicio sanitario con los medios de los que disponemos. Si bien sufrimos un déficit de profesionales, sí que contamos con tecnología de alto nivel”. Pero para ello, “la tecnología también tiene que ser un cambio de paradigma de los perfiles competenciales de los profesionales”. Sobre esta misma cuestión, Luis Carretero añadía que “aparecen competencias nuevas que tenemos que fomentar en nuestros profesionales, pero no todos los profesionales están deseando adquirir esas competencias”.

Precisamente al respecto sobre los nuevos perfiles profesionales, Antonio Juan Pas-

tor volvía a intervenir para explicar que no solo hace falta sumar a este cambio a los profesionales de la salud, sino que “hay profesiones que hace tiempo que deberían estar incorporadas, que ya trabajan para el sistema, pero no de forma integrada”.

Es el caso de diversos especialistas en ingeniería, informática, etc. Sobre esta cuestión Luis Carretero agregaba que “nuevas profesiones se tendrán que ir incorporando. Cuando hay multidisciplinariedad en la realidad sanitaria es cuando salen mejor las cosas”.

Retos a superar

Más allá de las resistencias profesionales, para que la tecnología tenga una verdadera implantación en el sector salud, aun es necesario abordar algunos retos a superar. Entre otros, el propio consejero, César Pascual, reflexionaba sobre la intimidad de los pacientes y como un exceso de monitorización podría acabar por ser intrusivo para la población, por ello es necesario que el paciente esté informado.

En este punto, **María Isabel de Frutos Iglesias**, de la Dirección General de Salud Pública, intervenía para añadir que es esencial contar con el paciente, ya que este está acostumbrado a la digitalización de sus datos en todas las esferas de su vida.

Otro de los retos que salía a relucir es la necesidad de conocer el origen de las conclusiones que aporta la inteligencia artificial, puesto que aún falta ese grado de transparencia en el *Deep Learning* que impide saber qué argumentos son los que le hacen aportar algunos datos. Igualmente, es necesario saber de dónde salen los datos sanitarios con los que se va a trabajar, para lo que se debe estructurar y validar las bases de datos antes de trabajar con ellas.

A esta cuestión, **José Francisco Díaz**, gerente de la Fundación Marqués de Val-

Cantabria cuenta con una cobertura del cien por cien en fibra óptica



decilla advertía de que desde el sector sanitario se está cayendo en un nuevo paternalismo médico, pero en esta ocasión con los datos sanitarios del paciente. Además, señalaba que otro problema es que a veces los profesionales, desde la buena voluntad, están teniendo iniciativa propia a la hora de tratar con los pacientes a través de aplicaciones, cuando puede suponer un problema respecto a la seguridad de esos datos, por lo que es necesario dejar claras las reglas del juego y los límites en la seguridad de los datos de los pacientes.

Impacto presupuestario

Otra cuestión que no se puede dejar de lado es que la implantación de esta nueva tecnología supone una inversión a cuadrar en los presupuestos sanitarios. Sobre este tema, **Leticia López**, subdirectora de Gestión Económica e Infraestructuras del Servicio Cántabro de Salud, insistía en aclarar que aunque estas tecnologías tienen su impacto presupuestario, no hay que perder de vista que es una inversión que se traduce, por una parte en mayor calidad para los pacientes, pero también en una mejora de la eficacia para los profesionales. “El presupuesto en Sanidad es limitado, pero tenemos que gestionarlo de una forma eficiente y eficaz, y en este momento esas nuevas tecnologías son fundamentales. Por ello, si nuestro compromiso es dotar de esas nuevas tecnologías, lo que hay que ver son qué mecanismos utilizamos dentro de la contratación, para hacerlo de una forma más eficiente”.

Por otra parte, en lo que se refiere a la evaluación en la implantación de esas tecnologías, **Patricia Corro**, subdirectora de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud añadía que un buen ejemplo han sido los tests de usabilidad. A este respecto, Ma-

ría **Isabel Priede Díaz**, directora general de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria añadía que estos se han utilizado en tecnologías como los monitores de glucosa, y así, los tests de usabilidad han permitido no solo demostrar su eficacia, sino realmente comprobar que eran útiles tanto para profesionales como para pacientes, ya que hay otras tecnologías que pese a ser eficaces, no se traducen en un beneficio en la práctica clínica, por no adaptarse a las necesidades de los usuarios.

Y es que, como insistía la experta en salud digital, no se debe perder de vista que el paciente debe seguir en el centro y estas herramientas lo que pueden permitir es que participe más en todo el proceso asistencial, por lo que es necesario que vayan aportando su opinión y esta sea tenida en cuenta en la creación de todos estos nuevos procesos.

Recuperar e imitar iniciativas de éxito como en la diabetes

Continuando con el debate, María Isabel de Frutos recordaba que precisamente la pandemia ha servido para probar muchas experiencias y tecnologías relacionadas con la salud digital que resultaron muy útiles tanto a profesionales como a pacientes, y especialmente a los gestores. “Durante la pandemia todos íbamos a una, pero al pasar la crisis sanitaria, muchas cosas se nos han olvidado. Es necesario retomar algunas innovaciones de forma más relajada, recuperar los hitos que se consiguieron, pero sin ese estrés, porque en muchos aspectos lo gramos avanzar precisamente al ver la necesidad de una forma tan inminente”.

Poniendo ejemplos más concretos, los expertos destacan la importancia de la información que pueden aportar los *weara-*

bles y todo el recorrido que les queda. Así, Luis Carretero afirmaba que es necesario avanzar hacia una plataforma que integre la información de estas *apps* en una historia clínica, especialmente para esos registros que más interesen a los profesionales, como puede ser el nivel de glucosa de un paciente. De hecho, Óscar Fernández mataba que “no se trata de recoger datos por recoger datos, la cuestión es organizativamente, pensar qué datos queremos y qué podemos hacer con ellos, y en este ámbito, la diabetes es punta de lanza”.

Precisamente, con la idea de vencer la resistencia al cambio, es necesario fijarse en casos de éxito para comprobar lo que las nuevas tecnologías pueden hacer para mejorar la calidad de la asistencia. Así, en el contexto del paciente crónico los participantes destacaban el caso concreto de la monitorización continua y flash de glucosa en los pacientes de diabetes, que ha supuesto un cambio radical en la calidad de vida de pacientes y familiares. Este es un ejemplo claro que como la tecnología sanitaria puede suponer un cambio a mejor en la calidad y eficacia de la atención sanitaria en aquellos ámbitos donde más se necesita.

Conclusiones

Para empezar, respecto al propio trabajo en la comunidad de Cantabria, se destaca que, aunque es una comunidad pequeña, por este mismo motivo, hay una mayor coordinación. Además, la necesidad de afrontar retos como la dispersión de la población, cronicidad, etc., ha llevado a adelantarse a la búsqueda de soluciones, incluso será la primera comunidad con una ley de salud digital, por eso puede aportar mucho al resto del SNS en experiencias de éxito.

Idea de cambio. La siguiente idea es que, al hablar de nuevas tecnologías, la verdadera conversación debe ir centrada en el cambio de paradigma. El objetivo es que estas herramientas sean claves para evolu-



cionar las formas de hacer. Por eso es necesario que se acompañen con un cambio en la cultura de la organización y un cambio social, que se ha de ir implementando poco a poco.

Organización. A este respecto, la propia organización debe ser capaz de transformar los retos actuales en oportunidades, gracias al uso de estas nuevas herramientas. Para ello, es importante tener en cuenta también la continuidad, no trabajar en silos, sino aunar proyectos para que la información circule por todos ellos.

Profesionales. En cuanto a los profesionales, hay que trabajar para vencer la resistencia al cambio, que no es algo nuevo, y que entiendan la necesidad del cambio de modelo. Tener en cuenta que este cambio va a traer la necesidad de nuevos perfiles. Por una parte, nuevos perfiles competenciales por parte de los

propios sanitarios, pero también nuevos perfiles profesionales, que no se pueden quedar aislados, y que necesitan trabajar con gestores y clínicos, porque la salud digital necesita de un equipo multidisciplinar. Asimismo, es necesario mejorar la formación e información a los profesionales, para que entiendan qué les puede permitir esta tecnología, pero también dónde están los límites que no se pueden traspasar.

Pacientes. No se puede llevar a cabo este cambio sin los pacientes. Deben ser informados de todas las ventajas que puede traer esta innovación. Se tiene que contar con ellos para que den o no su consentimiento para ceder sus datos, y no caer en el intrusismo o en un exceso de monitorización. Tampoco en el paternalismo al respecto del uso de sus datos. A veces se piensa que la sociedad no está preparada, pero está más abierta al cambio de lo que se valora.

Legislación. Este cambio además debe ir amparado por una buena legislación. Si bien ya existen bases importantes en protección de datos, la salud digital plantea cambios para los que es necesario sentar un marco y unas bases para empezar a trabajar.

Datos sanitarios. Por otra parte, en cuanto al propio dato sanitario es importante seleccionar qué dato realmente aporta valor, no recoger datos por recoger. También ver la forma de estructurar las bases de datos para que puedan validarse y para que puedan ser utilizadas con seguridad. Contar con consentimiento y transparencia y ver como integrarlo en la historia clínica, incluso los datos que parten de *wearables* y otros dispositivos que pueden reducir visitas innecesarias.

Ámbitos de actuación. Todos estos datos pueden ser claves en diferentes ámbitos



de actuación, como la reducción de las listas de espera gracias a la disminución de atascos en diferentes procesos o duplicidades. Para los propios gestores, con el objetivo de ayudar a visualizar qué es lo que hay que hacer, y qué es mejor dejar de hacer. Para el control de crónicos, especialmente desde el ámbito rural, que puede ayudar a evitar transportes innecesarios, como demuestran experiencias de éxito ya probadas, como es el caso de los pacientes de diabetes.

Presupuestos y evaluación. Esta tecnología debe tener prioridad en los presupuestos sanitarios, ya que no son un gasto, sino una inversión para aportar eficiencia. Sin embargo, para ello es clave saber si las mismas realmente se usan tanto por parte de profesionales, como de pacientes, para lo que una herramienta clave de evaluación resultan ser los tests de usabilidad, que tienen en cuenta a la población a la que la tecnología va dirigida.

Déficit de médicos. Uno de los grandes debates actuales es precisamente la falta de médicos y qué papel va a tener la tecnología al respecto. En este sentido, es

importante recordar que el médico, para preservar su conocimiento médico, debe tener la posibilidad de ver a muchos pacientes, por ello, no se trata de que la tecnología sustituya al médico, sino que sea una oportunidad para acercarse al mismo a poblaciones de difícil cobertura de una forma más ágil. En definitiva, tecnología para humanizar la atención sanitaria.

De esta forma, hay que tener en cuenta que el momento del cambio viene marcado por la realidad y las necesidades, que ya están aquí. Por eso, es el momento de transformar todos los retos en nuevas oportunidades para caminar hacia un SNS más sostenible.

Asistentes

- César Pascual, consejero de Salud Cantabria.
- Luis Carretero, gerente del Servicio Cántabro de Salud.
- M^a Isabel Priede, directora general de Farmacia, Humanización y Coord. Sociosanitaria.

- M^a Isabel de Frutos, directora general de Salud Pública.
- Óscar Fernández, director general de Planif., Ord., Gestión del Conoc. y Salud Digital.
- Pablo J. L. Busca, gerente de la Gerencia de Atención Primaria.
- M^a Dolores Acón, gerente, Gerencia A. Esp. Área I: H. U. Marqués de Valdecilla.
- Antonio J. Pastor, gerente Área II: Hosp. Comarcal de Laredo.
- Yolanda Montenegro, gerente Área III y IV: Hosp. Comarcal Sierrallana.
- José Francisco Díaz, gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla.
- Patricia Corro, subdirectora de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud.
- Leticia López, subdirectora de Gestión Económica e Infraestructuras del Servicio Cántabro de Salud ■

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).



La UEMO pide
reconocimiento
de la Medicina
de Familia
como especialidad
a nivel europeo

Tiago Villanueva

Presidente de la Unión Europea de Médicos de Familia

Texto | Eva Fariña

Fotos | UEMO



ENTREVISTA

Tiago Villanueva

“La UEMO pide el reconocimiento de la Medicina de Familia como especialidad a nivel europeo”

Tiago Villanueva, presidente de la Unión Europea de Médicos de Familia (UEMO), explica en esta entrevista para EL MÉDICO los principales objetivos durante su mandato (2023-2026). Según ha dicho este profesional del Servicio Nacional de Salud Portugués, la UEMO pide “el reconocimiento de la Medicina de Familia como especialidad médica a nivel europeo”

¿Cómo valora su trayectoria durante estos meses como presidente de la UEMO?

El 2023 ha sido un año con varios desafíos, porque nos enfrentamos a la necesidad de resolver cuestiones internas que estaban pendientes, como la revisión de los estatutos, por ejemplo, y que felizmente conseguimos resolver en la última reunión celebrada en Murcia. Confiamos tener más serenidad para llevar a cabo nuestros proyectos a partir de ahora.

¿Cuáles son los principales proyectos que quiere poner en marcha?

En primer lugar, queremos representar a los médicos de familia en las instituciones y organizaciones médicas europeas. En la UEMO integramos la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Autoridad de Preparación y Respuesta a Emergencias Sanitarias (HERA), la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias o la AMR One Health Network. Esta participación requiere una enorme disponibilidad de recursos humanos, para que podamos asegurar la asistencia a las numerosas reuniones que se promueven.

¿Y los proyectos relacionados con la especialidad?

Publicamos muchas ‘declaraciones institucionales’ que tienen como objetivo denunciar situaciones irregulares o apoyar a un país específico. Nuestro principal objetivo es obtener el reconocimiento de la Medicina de Familia como especiali-

dad médica a nivel europeo. Esto tiene mucho sentido, puesto que ya está considerada una especialidad en la mayoría de los países europeos. Lamentablemente, la directiva europea sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales incluye la Medicina de Familia en un anexo separado del resto de especialidades. La UEMO solicita, simplemente, considerar nuestra especialidad en el mismo anexo que todas las demás.

¿Cree que la Unión Europea de Médicos de Atención Primaria es suficientemente conocida entre los médicos de AP? ¿Y entre el resto del colectivo sanitario?

Probablemente, no, y es uno de nuestros objetivos, es decir, trabajar para aumentar la visibilidad de la organización y el papel vital del médico de familia en los sistemas sanitarios europeos.

¿Cuáles son los principales problemas de los médicos de Atención Primaria en Europa?

En primer lugar, la dificultad para contratar y retener a los médicos de familia en el sistema sanitario, incluso en países que ofrecen buenos salarios y buenas condiciones laborales. En la mayoría de los países

europeos, las condiciones salariales, laborales y de desarrollo profesional no son lo suficientemente atractivas. También existe un problema generalizado de sobrecarga de trabajo y burocracia excesiva.

¿Hay muchas diferencias entre países?

Sí; según una encuesta que realizamos, los cupos de paciente pueden variar entre 500 y 3.500 pacientes entre países.

Además, el número de consultas oscila entre 10 y 50 por día, mientras que el tiempo de consulta puede variar entre 15 y 25 minutos.

Ha mencionado los problemas de sobrecarga laboral, la burocracia o la inestabilidad profes-

sional. ¿Son factores comunes en todos los países de la UE?

Los problemas son similares en toda Europa, pero las diferencias que existen en términos de organización del sistema sanitario, condiciones de trabajo y remuneración hacen que el grado de satisfacción varíe mucho. En general, un médico de familia en Dinamarca, Suecia o Noruega tiene un mayor grado de satisfacción profesional que un médico español. He asistido a consultas con médicos de familia en Dinamarca, y realmente hay una gran diferencia respecto a mi país, Portugal. Los problemas que encontramos en la práctica son los mismos, pero la forma de trabajar y las condiciones laborales son muy diferentes.

¿Cómo se pueden solucionar?

Debemos aprender de los países donde los médicos se sienten más satisfechos. En ge-

Lamentablemente, la directiva europea sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales incluye la Medicina de Familia en un anexo separado del resto de especialidades

Resultados de la Asamblea General de la UEMO



Resultados de la Asamblea General de la UEMO



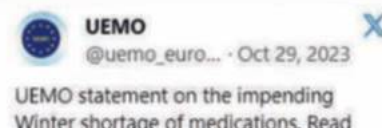
Declaración de la UEMO sobre la inminente escasez de

busca aquí



Transmisión de Twitter

Tweets from @uemo_europe



neral, esto pasa, en primer lugar, por valorarlos y ofrecerles buenos contratos y buenas condiciones laborales. La Organización Médica Colegial de España ha elaborado un documento en el que analiza las políticas positivas y negativas en términos de retención de médicos en los sistemas de salud. Lamentablemente,

los responsables de tomar las decisiones tienden a centrarse más en las políticas negativas que en las positivas.

¿Cómo es su percepción del sistema sanitario público español? Uno de sus grandes problemas es mantener su sostenibilidad.

He realizado prácticas y formación en España, y probablemente el sistema sanitario es-

pañol es el que mejor conozco, después del portugués. Soy consciente de que cada comunidad autónoma tiene su propio sistema, y creo que los médicos de familia en España tienen una excelente formación a nivel de prácticas (residencia), así como de formación continua, y tienen una gran capacidad resolutiva. Los centros de salud, en general, están muy bien equipados. La remuneración de los médicos de familia españoles es ligeramente superior a la de los médicos portugueses. En el aspecto negativo, creo que hay una gran presión asistencial y problemas de estabilidad laboral que generan mucha insatisfacción entre los profesionales.

En general, un médico de familia en Dinamarca, Suecia o Noruega tiene un mayor grado de satisfacción profesional que un médico español

Desde la UEMO, ¿cómo es la relación con las Administraciones públicas? ¿Y

con otras entidades como la Unión Europea de Médicos Especialistas? ¿Cree que hay problemas comunes?

Normalmente, las organizaciones de cada país que están representadas en UEMO son las que interactúan con las autoridades nacionales; no obstante, durante la presidencia portuguesa queremos acercarnos a otras organizaciones médicas europeas. Por eso, siempre intentamos enviar representantes de la UEMO a encuentros de otras organizaciones y participar en las reuniones trimestrales de los presidentes de organizaciones médicas europeas. De esta manera, acordamos posiciones y exploramos formas de trabajar juntos, porque cuando actuamos en sinergia o asociación siempre somos más fuertes y tenemos más impacto. Este trabajo nos está permitiendo desarrollar excelentes relaciones con otras organizaciones ■



El 70 por ciento
del total de los
programas
formativos
actuales en España
no se han
modificado
en los 15 últimos años

Javier García Alegría

Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)

Texto Clara Simón

Fotos FACME



“El 70 por ciento del total de los programas formativos actuales

en España no se han modificado en los 15 últimos años”

Las sociedades científicas son las entidades responsables del desarrollo de la formación médica continuada, tal y como incide a EL MÉDICO Javier García Alegría, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME). En esta entrevista apuesta por una renovación “urgente” de los programas formativos, ya que el 70 por ciento de ellos no se han modificado desde hace más de 15 años.

¿Cuáles son sus objetivos prioritarios en FACME?

En nuestra asamblea general hemos presentado los objetivos para 2024. Estos pasan por finalizar el proyecto de recertificación de los médicos especialistas, lograr la publicación por parte de Sanidad de los programas formativos actualizados, la creación de un grupo de trabajo sobre inteligencia artificial y la celebración de una jornada centrada en el papel de las sociedades científicas en el desarrollo e implementación de esta tecnología en la Medicina, optar a realizar actividades de formación médica con fondos europeos, incrementar la participación formal de las sociedades científicas en las comisiones de evaluación de fármacos, desarrollar los convenios ya suscritos, mejorar la visibilidad y el protagonismo de FACME y celebrar nuestro 30 aniversario.

¿Qué papel ocupa la formación en esos objetivos?

Impulsar la formación de los médicos especialistas es uno de los objetivos principales de FACME. En las sociedades científicas reside el conocimiento técnico-científico, por lo que deben ser las encargadas de impartir la formación médica continuada propia de cada especialidad. Desde FACME trabajamos para reivindicar dicho papel ante las diferentes autoridades sanitarias y que la federación sea capaz de vehicular fondos públicos para la formación a cargo

de las sociedades que son miembros de FACME.

¿Cuáles son los programas formativos actualizados de las especialidades médicas que requieren una publicación urgente?

El 70 por ciento del total de los programas formativos actuales en España no se han modificado en los 15 últimos años, por lo que la mayoría están claramente anticuados y requieren una actualización urgente. Hay 5 especialidades médicas cuyo programa formativo data de hace 27 años y serían las más prioritarias para actualizarlos.

Estas son Anestesiología y Reanimación, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Medicina Nuclear.

¿Cómo ve la formación de nuevos profesionales?

La formación sanitaria especializada, anteriormente llamado programa MIR, ha sido sin duda una de las reformas sanitarias más transformadoras introducidas en las últimas décadas en España y que más ha contribuido a elevar la calidad y la excelencia de la atención sanitaria. Ha mostrado su capacidad para garantizar la formación de excelentes profesionales y tiene unas evidentes ventajas, aunque tiene algunas posibles mejoras. Creo que la mayor es la falta de una normativa de

revisión/actualización de los programas formativos. También otras como que la forma de selección con un examen único condiciona la formación del grado con un exceso de formación teórica, un escaso enfoque en habilidades no técnicas, la falta de formación común o troncal, las discrepancias entre las comisiones nacionales y las autoridades en la acreditación y número de plazas a convocar, la no cobertura de algunas plazas ofertadas y los abandonos a lo largo de la residencia y, por último, la falta de reconocimiento del papel de los tutores.

Y, ¿la recertificación de los médicos especialistas en ejercicio?

La Directiva del Parlamento Europeo (2013/55) de reconocimiento de cualificaciones profesionales que incluye entre otras profesiones sanitarias a los médicos especialistas, emplazaba a los estados miembros a adoptar las disposiciones legales pertinentes antes de 2016. Esta normativa, que sigue pendiente de desarrollo en España, es, por tanto, una exigencia legal europea. También es una exigencia ética y de compromiso con la sociedad para que los profesionales cumplan unos estándares mínimos de actualización periódica de sus competencias profesionales y, por tanto, garantizar la máxima calidad y seguridad para los pacientes.

La colaboración público-privada es esencial para realizar una investigación biomédica de calidad

¿Cuáles son las líneas de actuación en este sentido?

Respecto a la recertificación, después del trabajo realizado en años anteriores con el desarrollo de un modelo común de FACME, que es adaptable a todas las especialidades médicas y que ha sido asu-

mido por todas las sociedades, tratamos de avanzar de la mano del Ministerio de Sanidad y del Consejo de Colegios de Médicos en un proyecto compartido de validación periódica de la colegiación-recertificación. Por otra parte, FACME sigue impulsando el desarrollo y finalización de los programas de recertificación de las diferentes especialidades. Tras la realización de una encuesta sobre el nivel de desarrollo de los modelos por especialidades y constatar el gran trabajo realizado por las sociedades científicas en la generación de sus modelos e incluso del desarrollo de plataformas online de recertificación. Desde FACME se ha activado un Consejo Asesor para apoyar a las sociedades científicas en la puesta en común de sus modelos con el objetivo de converger todas bajo el modelo común de FACME y ayudar con la experiencia acumulada y tecnología ya desarrolladas a aquellas con el proyecto menos avanzado. En cuanto a la formación, desde la federación mantendremos la defensa ante las instituciones de las iniciativas comunes de las sociedades científico-médicas con especialidad médica reconocida para avanzar en la publicación urgente de los programas formativos actualizados de las especialidades médicas.

¿Qué grupos de trabajo se han puesto en marcha recientemente en FACME?

En FACME tenemos varios grupos de trabajo en funcionamiento centrados en salud pública, vacunas y evaluación de medicamentos. Recientemente, y ante el auge de esta tecnología en el campo de la Medicina, hemos creado el grupo de trabajo de inteligencia artificial, el cual ha tenido una gran acogida entre las sociedades científicas con una amplia participación de estas.

¿Qué líneas quiere impulsar?

En la reciente Asamblea General de FACME, también expusimos ante nuestros asociados los planes de trabajo prio-



ritarios de estos grupos de trabajo para 2024, entre los que se encuentran iniciativas como la participación activa y colaboración de las SSCC en las iniciativas del Ministerio de Sanidad para mejorar el sistema de evaluación y de financiación pública de los medicamentos y tecnologías sanitarias; la promoción de la participación de las SSCC, en el diseño y realización de las actividades formativas dirigidas a médicos que están siendo financiadas con fondos públicos europeos o nacionales; la realización de acciones encaminadas a facilitar la utilización, con fines de investigación, de los datos sanitarios, promoviendo que el texto del reglamento europeo sobre el espacio de datos sanitarios y su posterior aplicación no sean un freno para esta actividad y la realización de una jornada sobre inteligencia artificial centrada en el papel de las sociedades científicas en el

desarrollo e implementación de esta tecnología en el campo de la Medicina.

¿Qué tienen que decir las sociedades científicas en la organización y gestión clínica?

Mucho. En esencia, la gestión clínica se puede considerar como la práctica de una "Medicina óptima". Esto se consigue mediante la aplicación de la mejor evidencia científica disponible con los menores inconvenientes para el paciente y el menor impacto para la sociedad (eficiencia). La gestión clínica proporciona herramientas organizativas y los sistemas de información son clave en la evaluación de resultados asistenciales y económicos. Mientras que los servicios clínicos, generalmente organizados alrededor de especialidades médicas, son la base del sistema sanitario.



FACME/ENTREVISTA Javier García Alegría

¿Están implicados los clínicos en la gestión?

Hay una heterogeneidad en cuanto a la percepción de los que representan la gestión por parte de los clínicos, cuando en realidad todos hacen “gestión” con sus decisiones acerca de los pacientes, pues asignan recursos de manera continuada y condicionan unos resultados en salud.

¿Cómo se puede fomentar su participación?

La carta del profesionalismo reconoce el compromiso de los médicos con un uso eficiente de los recursos sanitarios para la mejora de sus propios centros. Se puede fomentar su participación con la información permanente, con la formación de los responsables, pidiendo opinión y solicitando y aplicando iniciativas de mejoras organizativas. Algo que sucedió durante la pandemia y que se ha olvidado rápidamente.

¿Qué pueden aportar a la organización?

En realidad, ninguna organización moderna y eficiente puede funcionar de una manera óptima sin la participación de los profesionales de más alta cualificación. Hay que buscar la mejor manera de que esta participación sea formal, reconocida, mantenida en el tiempo y transparente.

¿Cómo es la relación de FACME con la administración (Ministerio, consejerías)?

Con el Ministerio se mantienen relaciones en diversos proyectos e iniciativas, asesoramiento técnico, elaboración de informes, con participación en comités, aunque nos gustaría estrechar todavía más esta relación. Con las consejerías hemos mantenido reuniones y entrevistas de manera más esporádica.

¿Tiene en cuenta la administración la opinión de las sociedades científicas a la hora de plantear planes de actuación?

La relación de las administraciones públicas nacionales o autonómicas con las sociedades científicas a veces se establecen de una manera bilateral directa sobre todo para el asesoramiento técnico. FACME suele abordar aquellos asuntos que son de interés general o compartido por todas ellas.

¿Cómo es la relación con la industria farmacéutica?

La relación de las sociedades científicas con la industria farmacéutica en los países occidentales es algo imprescindible para promover la generación de conocimiento y la formación médica continuada. La colaboración público-privada es esencial para realizar una investigación biomédica de calidad e impacto social. El ejemplo más palpable ha sido lo sucedido con la pandemia COVID-19, en donde la ciencia ha dado soluciones rápidas y eficaces para afrontar el reto que puso en jaque a toda la humanidad. FACME ha suscrito un acuerdo reciente con Farmaindustria para fomentar el uso racional de fármacos bajo la premisa de una política de transparencia y de mantenimiento de los compromisos éticos profesionales.

¿Siguen existiendo retenciones a la hora de valorar la formación planteada por la industria?

Las sociedades científicas consideran que no deben establecerse barreras a la financiación por parte de la industria, ya sea de fármacos o de tecnología médica, sin presentar alternativas viables, ya que esto puede repercutir directamente en la calidad de la formación médica continuada y, por ende, en la calidad asistencial. En el trabajo realizado por FACME acerca de la formación médica continuada de las sociedades científicas en España se evidenció que la mayor parte de la financiación provenía de la industria y su desaparición nos colocaría a la cola de la formación en Europa. Creemos que las sociedades científicas son las entidades responsables del

desarrollo de la formación médica continuada en los campos de conocimiento propios de su especialidad y deben seguir siendo el principal agente en el modelo de gobernanza de dicha formación, estableciendo vías de colaboración y consenso con el resto de los agentes implicados, de acuerdo con un marco ético y de transparencia.

Y, ¿la investigación?

En realidad la investigación terapéutica o diagnóstica sería imposible sin el concurso de la industria. España es una potencia por su participación en ensayos clínicos, y este papel se debe fomentar todavía más.

¿Se debe trabajar de forma conjunta?

Sin duda alguna.

¿Qué se puede hacer desde FACME para implantar la tecnología sanitaria?

Fomentar la evaluación rigurosa por parte de las especialidades considerando el coste-beneficio.

¿Existen problemas de accesibilidad por zonas geográficas?

Existe heterogeneidad presupuestaria en la financiación en salud entre las diversas comunidades autónomas y esto tiene un impacto en las infraestructuras sanitarias, en la incorporación de la tecnología sanitaria y de las innovaciones terapéuticas ■

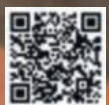
Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas



Con tu ayuda puedes hacer sus sueños realidad

¡APADRINA!

Colabora con 70 céntimos al día para cambiar la vida de cientos de personas.





La **profesionalización**
es el **camino para llevar**
la **gestión**
sanitaria
a la **excelencia**

Dulce Ramírez

Vicepresidenta primera de SEDISA y coordinadora del Comité de Profesionalización de SEDISA

Texto | Clara Simón

Fotos | SEDISA



“La profesionalización es el camino para llevar la gestión sanitaria a la excelencia”

Dulce Ramírez, vicepresidenta primera de SEDISA y coordinadora del Comité de Profesionalización de SEDISA, explica a EL MÉDICO los principales puntos del proyecto Desarrollo Profesional Continuado.

¿Cuáles son los retos que se plantea SEDISA para 2024?

Los retos de SEDISA para este 2024 son seguir creciendo como sociedad, a la vez que seguir trabajando para cumplir sus objetivos estratégicos: liderazgo participativo, profesionalización de los directivos de la salud, desarrollo profesional, honestidad y transparencia, innovación e integración, compromiso con el socio, compromiso con la sociedad y los pacientes y compromiso con la Sanidad y la salud. En este sentido, en 2023 se han cumplido el 100 % de los objetivos planteados por la Junta Directiva que comenzó su andadura en 2020 en casi todos ellos y esperamos seguir trabajando para mejorarlos durante el iniciado año.

¿Cuáles eran esos objetivos?

En 2023, SEDISA organizó, además del Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, 23 encuentros y foros. Entre todos, contamos con más de 4.000 asistentes. Asimismo, se llevaron a cabo 22 proyectos propios, frente a los 11 desarrollados en 2021, y hemos llegado casi a 2.600 socios, unos 600 más que a finales de diciembre de 2020.

¿Se han llevado a cabo alianzas estratégicas?

Una línea importante de trabajo es el establecimiento de alianzas estratégicas. En la actualidad contamos con 40 alianzas es-

tratégicas con entidades del sector (sociedades científicas, fundaciones, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, patronales, etcétera). Esto supone el doble de las alianzas que SEDISA tenía firmadas en 2021. Para su materialización, a finales de 2023 se han emprendido una treintena de proyectos con estas entidades, que esperamos desarrollar en 2024, a través de las que se han establecido nuevas líneas de trabajo: el Observatorio SEDISA de Percepción y Análisis en Gestión Sanitaria, el Aula 2024 SEDISA sobre Gestión Basada en Valor, el Aula 2024 SEDISA sobre Liderazgo Directivo y el Ciclo SEDISA de Encuentros Colaborativos.

¿Cómo participan los socios de SEDISA en los objetivos estratégicos?

Cabe destacar que contamos en la actualidad con cuatro comisiones, siete grupos de trabajo y siete comités, y con más de 400 socios participando en ellos. Con todo ello, SEDISA sigue proyectando su liderazgo en impulsar la transformación necesaria del sistema sanitario hacia la calidad y la eficiencia, impulsando el valor y aportación del directivo de la salud y de la gestión sanitaria, en su compromiso con los profesionales sanitarios, el sistema sanitario y los pacientes y la sociedad.

¿Cuáles son los principales desafíos para los directivos de la salud en 2024?

Este año se presenta con grandes retos para los directivos de la salud, además de dar con-

tinuidad a los retos existentes de los últimos años. Entre otros, destacan la implementación estratégica de los resultados

en salud y de resultados económicos, la participación de los pacientes, la implementación de las posibilidades de la digitalización y la inteligencia artificial, la materialización de la compra basada en valor, la continuidad asistencial y la integración de los niveles asistenciales y de los servicios sociosanitarios. Desde el punto de vista de la profesión, seguimos enfrentándonos a la necesidad de aumentar y mejorar la profesionalización de la gestión sanitaria y el gran reto del relevo generacional de los directivos de la salud.

¿Cómo contribuye SEDISA a la formación continuada y desarrollo profesional de los directivos de la salud?

Además de con los cursos que lleva a cabo la Escuela SEDISA de Liderazgo y otros programas formativos, así como foros y encuentros que sirven de actualización de conocimientos y para compartir y conocer experiencias de éxito, la Fundación Española de Directivos de la Salud (SEDISA) realiza numerosos programas docentes de alta calidad e innovación.

¿Cuáles son esos programas docentes?

Uno es el Máster Universitario de Gestión y Planificación Sanitaria, el programa de sus características de mayor calidad y éxito

en nuestro país, que en el último año se ha visto obligado a duplicar su edición. También están el Máster en Formación Permanente en Gestión de Servicios de Admisión y Documentación Clínica (GEDISA), el Curso

de Liderazgo Femenino para Directivas de la Salud, el Curso de Responsabilidad Social Corporativa y ODS, el programa de Mi-

Hemos firmado 40 alianzas estratégicas con sociedades científicas, fundaciones, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, patronales, etc.

croformación Fundación SEDISA, con píldoras sobre temas concretos de actualidad en el marco de la gestión sanitaria y, próximamente, SEDISA va a lanzar un Curso de Inteligencia Artificial y el Máster Ejecutivo en Evaluación, Contratación y Acceso al Mercado Sanitario. Por otra parte, en el desarrollo profesional destaca el Programa Mentoring, del que se han llevado a cabo ya dos ediciones, y que da respuesta al reto del relevo generacional. Todos los directivos que han participado en él han accedido a un puesto directivo o se han desarrollado para alcanzar un puesto directivo de mayor rango que el que tenían antes de comenzar. Por su parte, el proyecto Desarrollo Profesional Continuado consiste en proporcionar a los directivos de la salud una herramienta para evaluarse en aquellas competencias, tanto técnicas como transversales, que se requieren para desempeñar la función directiva del cargo que ostenta o conocer cuáles de estas técnicas le faltan para poder desempeñar otros cargos directivos.

¿Cuáles son las habilidades clave que los líderes de la salud deben cultivar para enfrentarse los retos de 2024?

Son muchas y dependen del cargo o perfil directivo. No obstante, junto con las competencias técnicas necesarias y específicas de un perfil directivo concreto, las competencias transversales son comunes y de gran importancia, aunque van a tener un mayor o menor peso dependiendo de dicho perfil directivo. Entre estas competencias transversales destacan la gestión de personas, comunicación, flexibilidad y gestión del cambio, colaboración, orientación estratégica, toma de decisiones, aprendizaje continuo, resiliencia, desarrollo de personas, proactividad e innovación e integridad. Estas son las competencias transversales definidas por el proyecto Desarrollo Profesional Continuado (DPC) de SEDISA a través de la colaboración de un grupo de expertos en la materia. Y son fundamentales para que el directivo de la salud dé solución a los grandes retos a los que se enfrenta cada día.



¿Puede detallar los principales puntos del proyecto Desarrollo Profesional Continuado?

Con el proyecto DPC, apostamos por desarrollar y poner al servicio del sistema de salud y de las autoridades sanitarias un procedimiento propio mediante el cual se pueda valorar, desarrollar y certificar, de manera objetiva y voluntaria, la competencia profesional de las personas que ocupan posiciones de responsabilidad en las organizaciones sanitarias españolas, públicas o privadas, o que sean candidatas para ocuparlas. El objetivo es crear un sistema objetivo, riguroso, válido y fiable que distinga a aquellas personas cuya experiencia, formación y logros profesionales avalen de manera cierta su competencia profesional para el adecuado desempeño de sus posiciones como directivos de la salud.

¿Se incluyen las competencias?

El DPC de los directivos de la salud tiene el objetivo de establecer un círculo de

mejora a través del mapa de competencias, que establece los conocimientos, habilidades, aptitudes y desempeños que debe tener el directivo de la salud. Hasta el momento, SEDISA ha desarrollado el mapa de competencias del director gerente de organización sanitaria, del jefe de Farmacia Hospitalaria y del director médico y, en la actualidad, se está trabajando en el desarrollo del perfil del director de continuidad asistencial y otros perfiles directivos. Junto al mapa de competencias, se han definido las matrices DPC, estableciendo los cuatro elementos para cada una de ellas: conocimiento, habilidades, actitudes y evidencias, así como sus niveles de alcance: básico, avanzado y excelente.

¿Cómo se certifican esas competencias?

El proceso de autoevaluación y certificación se realizará de manera voluntaria y constituye una herramienta de mejora continua de las competencias directivas, contando además con la ayuda y guía de



la figura de un mentor especializado en función de los diferentes tipos de perfil directivo, que acompañará al directivo en su avance en la mejora de sus competencias directivas. También, en paralelo, se está desarrollando una plataforma web que va a permitir realizar una autoevaluación del perfil directivo por competencias y, por otra parte, impulsar la mejora, de forma que un directivo de la salud podrá comprobar el grado de consecución de las competencias de su perfil directivo alcanzado en su desarrollo profesional y formarse en aquellas competencias que tenga menos desarrolladas. Dicha plataforma tendrá un apartado de evaluación de competencias en el que se volcarán, tras el trabajo y consenso de los grupos de trabajo, las pruebas de evaluación para cada elemento de competencia, recursos para las pruebas, herramientas de evaluación, plataforma tecnológica, criterios y puntuaciones y reportes sobre resultados y detección áreas de mejora. Asimismo, la plataforma contará con itinerarios formativos por competencias, itinerarios para trabajar áreas de mejora detectadas en la evaluación y objetivos de mejora del perfil competencial y el nivel de capacitación, y con planes individualizados de formación basada en la autoevaluación de sus competencias, con una planificación personalizada, la realización de cursos incluidos en el plan y la evaluación de aprendizajes.

¿Cómo se deben adquirir las competencias específicas del directivo de la salud?

Las competencias técnicas específicas se adquieren a través de la formación y de la experiencia que el directivo de la salud va desarrollando. La adquisición de dichas competencias se pone de manifiesto a través de las matrices DPC. Quiero destacar la figura de esos itinerarios formativos personalizados, donde el mentor guía al directivo para la adquisición de dichas competencias, no sólo a través de la formación, sino de adquisición de habilidades, a través de rotaciones, resolución de casos concretos, y otras herramientas formativas.

¿Se ha establecido alguna forma para certificar dichas competencias?

El proyecto DPC SEDISA, precisamente, cuenta con la línea de trabajo de certificación para que, una vez definidas las competencias y las matrices, y desarrollada la plataforma digital, poder establecer un sistema de certificación de las competencias tanto técnicas como transversales a través de la demostración y acreditación de los cuatro elementos comentados. Para ello, se está trabajando conjuntamente con las administraciones públicas competentes en la certificación y con los servicios regionales de salud, para hacerles partícipes del proyecto DPC, así como de las herramientas de evaluación de competencias de los distintos perfiles directivos.

¿Cómo recibe el profesional el proyecto Desarrollo Profesional Continuado?

Desde SEDISA pretendemos llegar al mayor número de directivos de la salud de nuestro país, y que les sea útil en su carrera y desarrollo profesional, así como para materializar la tan necesaria profesionalización. En este sentido, la accesibilidad de la plataforma DPC hace que el socio la viva como un elemento de apoyo y ayuda para la mejora continua de sus competencias. En relación con la Administración, queremos proporcionar una herramienta válida, útil, de calidad y consensuada para la selección profesionalizada de los mejores profesionales para los cargos directivos del sistema sanitario, que a su vez sea común a los directivos de todas las comunidades autónomas.

¿En qué aspectos va a beneficiar a los directivos de la salud?

Podrán alcanzar un mayor grado de formación enfocada a aquellas competencias que les resulten más útiles en el desarrollo de sus tareas diarias. Por otro lado, otorgará un modo objetivo de seleccionar y evaluar a los directivos de la salud, y permitirá una mayor objetividad.

¿Qué mejoras se podrán observar en los procesos con una buena formación de los profesionales de la dirección y de la gestión?

La buena formación de los profesionales que desempeñan sus funciones en la dirección y la gestión es fundamental, tal y como sucede en otros cargos y otros profesionales. Cabe destacar que dicha formación debe mantenerse a lo largo del tiempo, ya que debe acompañar a los directivos de la salud a lo largo de toda su carrera profesional. Su formación debe ser continuada, que permita que, en ningún momento, los directivos desconozcan nuevas formas de realizar su trabajo o nuevas competencias que deben desarrollar según se avanza en la sociedad, de una forma más eficiente y que permita un mejor funcionamiento de los centros sanitarios. La profesionalización es clave, ya que es el camino para llevar la gestión sanitaria a la excelencia.

¿Hay diferencias en las distintas comunidades autónomas?

En cuanto a la formación de los directivos de la salud no encontramos ninguna formación reglada; por lo tanto, no observamos grandes diferencias en las distintas autonomías. La formación de los directivos depende de su propia voluntad, ya que carecen de carrera profesional. De ahí la importancia que SEDISA otorga a este objetivo estratégico, y la apuesta por mantener actualizadas las competencias y la formación de las mismas en los distintos perfiles directivos.

¿Cómo se puede homogeneizar la formación?

Para conseguirlo es necesario que nos encontremos con una formación reglada y continuada que permita que los directivos de la salud adquieran las competencias necesarias para desempeñar sus funciones, así como que les permita una actualización a lo largo del tiempo. Desde SEDISA

apostamos por el Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria, que tiene como objetivo la ampliación de los conocimientos y habilidades de gestión para hacer frente al complejo entorno sanitario actual, al tiempo que persigue convertirse en un foro de opinión independiente y una incubadora de innovación en la planificación y gestión sanitaria. Además, contamos con proyectos como el Desarrollo Profesional Continuo de SEDISA, que plantea un modelo de certificación basado en la práctica real del trabajador, que reconozca sus logros y favorezca su desarrollo profesional. Pretende facilitar la proyección de la actividad sanitaria en la comunidad, impulsar la profesionalización de las tareas de la administración y gestión sanitaria, elevar el nivel profesional de los directivos de la salud y poner en valor la gestión sanitaria de calidad. También queremos que dicha formación se ofrezca desde la universidad, y por ello se está trabajando, tanto con las universidades públicas como privadas, en el acceso a un Grado de Gestión Sanitaria

¿Y el desarrollo profesional?

Homogeneizar el desarrollo profesional pasa por la profesionalización de la contratación de los directivos de la salud y su despolitización, a través de desarrollos normativos por parte de los servicios regionales de salud. Es necesario que las iniciativas no se queden en una declaración de intenciones y que permitan avanzar. Desde SEDISA trabajamos para fomentar el desarrollo profesional de los directivos de la salud, así como su reconocimiento social y profesional. Conseguir la certificación de las competencias directivas y la existencia de un Grado de Gestión Sanitaria son las claves de la profesionalización de los directivos y la gestión sanitaria. En este sentido, es importante hacer hincapié en la necesidad de que la sociedad sea consciente de que una buena gestión también contribuye a salvar vidas, para que se reconozca el valor añadido de los directivos de la salud. Así mismo, se está

trabajando desde el Comité de Profesionalización en conocer cuál es el mapa de profesionalización de los directivos, ya no sólo para conocer las diferencias entre comunidades autónomas a la hora de acceder a los puestos directivos, sino en su reconocimiento salarial, carrera profesional, forma de acceso al puesto o cese en el mismo.

¿Cómo afecta la falta de personal facultativo en la labor de los directivos?

La falta de personal facultativo es un problema estructural conjunto de todo el Sistema Nacional de Salud; por ello, los directivos de la salud debemos trabajar para hacer frente a esta situación. Pasa por establecer una serie de criterios que faciliten y que hagan más atractivas las áreas afectadas por esa falta de facultativos, así como hacer un análisis profundo de las necesidades de cada especialidad, de cara a la formación de nuevos profesionales y retención de los mismos una vez formados. Para ello, además, se debe tomar la tecnología como un aliado para paliar este déficit, incorporar el teletrabajo en las áreas donde sea posible y permitir que el profesional pueda pasar periodos en diferentes localizaciones, a través de una buena planificación e incentivos razonables. Sin embargo, aplicar estas medidas resulta complejo.

En este sentido, ¿qué relación tiene SEDISA con las administraciones para solventar esta situación?

Desde SEDISA se apuesta por el impulso de la formación y de incentivar al personal con el objetivo de solventar esta situación. Ofrecer al personal la formación adecuada les aportará valor y fomentará que haya una retención del talento. Por otro lado, cabe destacar que es necesario implementar medidas que permitan una mayor flexibilidad en relación con la contratación del personal con el objetivo de subsanar cuanto antes la afección de esta situación. También desde el equipo directivo de cada centro se debe trabajar en buscar e idear

acciones para conseguir filiar a los profesionales y retener el talento.

¿Qué elementos se pueden implementar para mejorar la gestión y retener el talento?

Desde SEDISA apostamos por incentivar al personal con el objetivo de que obtenga unas mejores condiciones en consecuencia de su buen hacer. Un claro ejemplo de esto son las plazas en sitios de difícil cobertura o los territorios insulares, en los que se pretende dar estabilidad a través de contratos posteriores al terminar la residencia. Debe haber una política de Estado en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud para avalar la no existencia de desigualdades.

¿Cómo se puede colaborar con otras instituciones y actores del sector para lograr un impacto positivo en la gestión de la salud en 2024?

Desde SEDISA colaboramos con diferentes instituciones con el objetivo de continuar llevando a la excelencia la gestión sanitaria. Estas alianzas permiten seguir apostando por la formación e impulsar las actividades. Se debe trabajar abogando por la multidisciplinariedad y la colaboración entre diferentes sectores que permita aumentar la calidad del trabajo realizado ■

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





La salud comunitaria empodera a la comunidad

Asunción Campos Cangas

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y vocal por Extremadura de la SEDAP (Sociedad Española de Atención Primaria)

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP



“La salud comunitaria empodera a la comunidad”

En salud siempre es mejor prevenir que curar. Por eso, Asunción Campos Cangas, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, al hablar de prevención aboga por la orientación comunitaria como una gran herramienta clave para lograr mejores resultados en salud. “Además, la salud comunitaria empodera a la comunidad”, recalca la vocal por Extremadura de la Sociedad Española de Directivos de AP (SEDAP).

Asunción Campos Cangas (37 años). Licenciada en Medicina en 2010 por la Universidad de Extremadura en Badajoz. Realizó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de 2011 a 2015 en el área de salud de Mérida. Ha trabajado como médico de Atención Primaria, médico de AP con cupo pediátrico y médico de Atención Continuada en diversas áreas de salud de Extremadura. Entre 2019 y 2023 ha desarrollado su labor en Gestión Sanitaria. Actualmente, tiene plaza en Hinojosa del Valle, pero está en comisión de servicio en el centro de salud Mérida Norte, donde desarrolla su labor como médica de AP. Es vocal de Extremadura de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP).

La orientación en salud comunitaria va más allá de la prescripción de un fármaco o la realización de una analítica. “Evidentemente son claves para la prevención, así como es fundamental la educación en salud; pero la Medicina Comunitaria incluye el conocimiento del código postal de nuestros pacientes, dónde hacen vida y está relacionada con los problemas prioritarios para ellos”, sostiene en la entrevista con la revista EL MÉDICO Asunción Campos Cangas, apasionada de la Medicina Familiar y Comunitaria, incapaz de entender su trabajo sin esa empatía.

¿Qué transmitimos al hablar de salud y Medicina Comunitaria?

La salud comunitaria parte de una visión integral de la promoción de salud, actuan-

do sobre los determinantes sociales de la misma, aportando un gran peso a la participación y al empoderamiento de la comunidad. Por todo esto, hablar de salud comunitaria a grosso modo, es tener en cuenta las necesidades que detecta la propia comunidad en cuanto a su salud, orientando la actuación de los equipos de AP a dichas prioridades, para así obtener mejores resultados en salud.

Tras la pandemia de covid, ¿se entiende mejor que en nuestra salud y enfermedad, además del componente personal y familiar, el entorno y la salud comunitaria también pueden tener incidencia, ya sea negativa o positiva?

Por supuesto que sí. La salud comunitaria es el entorno que reúne a la AP junto con la salud pública, algo fundamental para el desarrollo de la comunidad como tal. Durante la pandemia fue más que evidente que en cuestión de salud, la atención sanitaria no es el único elemento a tener en cuenta, dado que se demostró la gran importancia de los agentes sociales y locales, cercanos y próximos a la población, que de un modo u otro también intervienen en la salud de la misma.

Cuando hay un problema se va al médico de AP; te pregunta, te explora, te diagnostica y trata el problema. Si además ejerciera teniendo en cuenta

la parte comunitaria, ¿qué más podrías esperar del doctor/a?

La grandeza de la AP es que, además de poder tratar los problemas agudos y/o crónicos de nuestros pacientes, tenemos una visión global, integral de los mismos, conocemos su entorno, su trabajo, su familia y sus necesidades y habilidades. Si además de hacer lo que comentas, explorar y tratar en el momento agudo, lo hacemos con una visión comunitaria, podemos contar con aquellos agentes en la comunidad que puedan aportar algún beneficio a la mejoría o curación del proceso en cuestión.

Aunque sea bien conocido que prevenir es siempre mejor que sanar, ¿va por aquí la Medicina de Atención Comunitaria?

La orientación comunitaria de la AP se puede llevar a cabo mediante diferentes niveles. Un nivel primario, desde la propia consulta, en la que abordemos los problemas individuales de nuestros pacientes, con un abordaje integral y biopsicosocial, recomendando en los casos que sea pre-

La grandeza de la AP es que no solo trata los problemas agudos y crónicos, sino que tiene una visión global del paciente

ciso aquellos activos para la salud y los recursos comunitarios que puedan beneficiarlos. Por otro lado, en otro nivel, trabajando de forma grupal, y en un nivel

mucho más avanzado, trabajando como se describe en la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura “en y con la comunidad”, en coordinación con otros recursos y personas que trabajan también por el bienestar de la comunidad. Por lo tanto, si hablamos de prevención, la orientación comunitaria es una gran herramienta para lograr mejores resultados en salud, por supuesto que sí.

Al hablar de Medicina de AP y Familiar todos ponemos cara, ojos y actuación al sanitario, pero si adjuntara que es también médico de Atención Comunitaria, ¿qué añadiríamos a su modo de actuar?

Pues como decíamos anteriormente, lo principal es que desde los equipos de Atención Primaria, no sólo a nivel de los médicos, sino de todos los componentes que integran los equipos que son muchos, actúen “mirando a la calle”, conociendo todos aquellos recursos que pueden ser aliados en el proceso de bienestar de la población y que en muchas ocasiones no serán sustancias químicas ni tratamientos, sino estructuras locales, asociaciones vecinales, agrupaciones, federaciones...

El paciente acude a su médico de AP por su patología crónica; pero junto a la prescripción se interesa por su situación y salud en general (tensión, glucemia, hábito tabáquico, ejercicio, dieta ...), ¿está siendo atendido por un sanitario con orientación comunitaria? ¿Cómo se plantea esto en la SEDAP?

La orientación comunitaria va mucho más allá de la prescripción del fármaco para la patología crónica de un paciente de forma individualizada, o de niveles analíticos. Por supuesto, tienen un peso muy importante la prevención y el consejo para llevar a cabo otro de los puntos fundamentales de la AP, que es la educación para la salud. Pero además, añade el conocimiento del entorno en el que nuestra población atendida se mueve, hace vida, se relaciona y la detección de aquellos problemas que para ellos son prioritarios de cara a abordarlos en conjunto con las estructuras sociales, locales y la propia comunidad, estableciendo contacto con ellas, analizando y priorizando actuaciones de mejora y, si es posible, lograr hacer un diagnóstico de salud de la comunidad sobre el que actuar en equipo, evaluando posteriormente los resulta-

Los equipos de AP, no solo los médicos, tienen que actuar ‘mirando a la calle’

dos. Desde SEDAP se apoya y aboga por una formación en este proceso de todos los equipos de AP, en el que se da el valor en cuanto a resultados en salud de los condicionantes socioeconómicos, culturales, ambientales, redes sociales y comunitarias y estilos de vida del propio individuo como determinantes de salud.

No entiendo el trabajo de la Medicina Familiar y Comunitaria sin empatía, sin colocarnos en la posición del otro

Hoy se prepara más a los médicos/as para la Medicina personalizada; ¿se compagina con la necesidad de la Atención Comunitaria? ¿Pueden ser complementarias?

Para nada una cosa es excluyente de la otra. La Medicina personalizada ha demostrado y demuestra que existen procesos que pueden ser abordados de una forma individual por tener una carga genética predisponente, y eso no excluye que ese mismo individuo pueda verse beneficiado de un proceso comunitario en el que se aborde otro problema que igualmente puede acabar repercutiendo en su salud o en la de su comunidad.

Aumentan los pacientes crónicos y pluripatológicos a quienes se dice, “su salud sería mejor si no fumara”, “si hiciera ejercicio”, “si no consumiera alcohol”, ¿son consejos preventivos para una mejor salud personal, pero también familiar y comunitaria?

Todos los consejos que damos desde AP son indicaciones que pueden prevenir procesos individuales, pero igualmente se pueden extrapolar al resto de la población. Nosotros damos consejos para el cuidado de un familiar de edad pediátrica o de edad avanzada si lo precisan y eso también es orientación hacia el entorno, como decía antes, mirar a la calle al pasar la consul-

ta. Por ejemplo, la fiebre en el niño es un tema frecuente en consultas de Pediatría de AP y en los puntos de atención continuada, pero si desde los equipos de AP aportamos una serie de medidas a tomar ante esta situación, incluso si es posible de manera grupal, conseguiremos el control de ese síntoma de forma mucho más calmada por parte de los padres y el conocimiento de cómo actuar en cada caso, así como evitar posibles complicaciones. Como apasionada de la Medicina familiar y comunitaria, no entiendo mi trabajo sin empatía, y eso nos hace colocarnos en la posición del otro y actuar siempre de la forma más adecuada y adaptada a cada paciente y/o comunidad.

Para esta clase de atención, ¿necesitaría el médico más tiempo de consulta? ¿Para la SEDAP, qué ratio sería razonable para alcanzar este objetivo de más tiempo de atención en salud comunitaria al paciente?

Obviamente para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más adecuada, se precisa tiempo y una agenda en la que se reflejen las actuaciones llevadas a cabo por parte de los equipos. Al tratar con la comunidad, en numerosas ocasiones los horarios se deben adaptar a la misma, y eso también hay que tenerlo en cuenta. Desde mi punto de vista, poner un tiempo a cada actuación para cada paciente es complicado, dado que en Atención Primaria se abordan cantidad de problemas de salud, sociales, familiares, administrativos... El tiempo adecuado, es aquel que cada paciente necesita. En términos de orientación comunitaria, si hablamos del primer nivel, el que llevamos a cabo en la consulta, en términos muy generales lo fundamental es que los profesionales tengamos el conocimiento de aquellos recursos que la comunidad puede aportar al individuo de cara a mejorar algún problema de salud



o que repercuta en su salud para prescribirlos. Si ya hablamos de los otros dos niveles, se precisa de un tiempo para dedicarlo a la formación grupal y a las reuniones con el resto de intervinientes y activos en salud de la comunidad y, en muchos casos, como decía, eso implica la adaptación del horario a la disponibilidad de todos los actores.

¿En general, existe buena formación para los sanitarios en este término de orientación comunitaria dentro de la AP?

Existen algunos lugares en los que la orientación comunitaria está algo más extendida y puesta en marcha y otros muchos en los que no lo está. El equipo de Atención Primaria es un elemento fundamental para

fomentar las actividades preventivas y de promoción de la salud en su comunidad. Actualmente, la orientación a la comuni-

La AP es un ámbito muy rico desde el que se pueden obtener muchos datos para la investigación

dad, a pesar de la cercanía, no se encuentra totalmente asumida a nivel generalizado, aunque si es cierto que en los últimos años se están promoviendo muchas actuaciones para el desarrollo en todas las CCAA de las Estrategias de Salud Comunitaria en AP y su integración en las actividades de los equipos.

Casi nunca se ve la AP como un ámbito de investigación, pero sí la hay, ¿en qué áreas creen desde la SEDAP que se debería investigar en AP?

La Atención Primaria es un ámbito muy rico desde el que se pueden obtener mu-


chos datos para la investigación. Desde la riqueza que nos aporta toda la información que tenemos del entorno que rodea a los pacientes y sus procesos y evolución, la orientación comunitaria de la que hemos estado hablando y su repercusión a nivel de la salud de la comunidad, así como una actuación coordinada a través de Procesos Asistenciales Integrados. Entre todos los niveles sociosanitarios implicados en la atención de un problema de salud puede generarse una cooperación con resultados en salud muy positivos.

La sanidad confraterniza cada día más con la tecnología, big data e inteligencia artificial (IA). ¿Puede ser una ayuda o el principio de la deshumanización de la atención personal y comunitaria de la salud?

Todas las herramientas que puedan llevarnos a una mejora en la asistencia de nuestros pacientes serán un paso positivo en nuestro trabajo y un beneficio para nuestra población, teniendo en cuenta que, obviamente, en determinados procesos siempre se precisará de la atención cercana y humana del profesional sanitario. De esta manera, siempre que consigamos que las herramientas sean complementarias y no sustitutorias, no se llegará a la deshumanización en nuestro trabajo ■

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





coloquios
El Médico





Salud Mental digital: nuevas soluciones para retos recientes

Ante el aumento de la demanda de Salud Mental y en pro de buscar nuevas formas de acceder a recursos que rompan con el estigma que suelen acarrear estos pacientes, cada vez más surgen herramientas en torno al concepto de Salud Mental digital. En definitiva, herramientas digitales como apps de salud o realidad virtual para mejorar acceso, adherencia o incluso la terapia de los pacientes. Sin embargo, estas innovaciones no están exentas de retos como la falta de marco legal o la ausencia de evidencia de muchas de las mismas, que puede suponer que el mercado se aproveche en exceso de la necesidad de los pacientes.

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | EL MÉDICO



La Salud Mental es una de las grandes preocupaciones de nuestro sistema sanitario en la actualidad, pero también lo es de la propia población española. Según el Índice Anual de Problemas Globales de Semrush, que analiza datos de 24 problemáticas sociales en 35 países, en España, el 2023 finalizó con la sostenibilidad como la principal preocupación, seguida por la guerra contra las drogas y la Salud Mental, en segundo y tercer lugar, respectivamente.

Esta preocupación social también es una preocupación del nuevo Gobierno. Tal y como señalaba el presidente Pedro Sánchez en su investidura, uno de los temas que más ha preocupado en 2023 ha sido la Salud Mental de los españoles. De esta forma, Mónica García, en su toma de posesión como nueva ministra de Sanidad, trasladaba a los presentes su deseo de “trabajar con ahínco” para llevar a cabo el Pacto de Estado por la Salud Mental.

No obstante, a lo largo de 2023 se desvelaron nuevos datos preocupantes. Según el Servicio de Información Toxicológica (SIT), ya en 2022 se detectó un incremento del 29 por ciento en los casos de intentos de suicidio mediante sustancias tóxicas respecto al año anterior. Por otra parte, a finales de agosto, desde el Colegio de Médicos de Madrid se insistía en que las tasas de suicidio entre médicos son más altas que en la población general.

Por otra parte, según las conclusiones del estudio ‘La situación de la Salud Mental en España’, elaborado por la Confederación Salud Mental España y la Fundación Mutua Madrileña, cuatro de cada diez personas en España (39,3 por ciento) valora de forma negativa su Salud Mental actual. Así, el 74,7 por ciento de la población en España cree que en los últimos años ha empeorado la Salud Mental de la población, y las tres causas más señaladas eran: las dificultades económicas (91,4 por ciento), la incertidumbre ante el futuro (89,0 por ciento) y la

presión, las exigencias y estrés del día a día (88,8 por ciento), seguidas de la pandemia del COVID-19 y de la sensación de que vivimos en una sociedad cada vez más individualista y muy competitiva. Pese a ello, los españoles y las españolas dan una importancia de 4,5 sobre 5 a la Salud Mental sobre su bienestar general.

Respecto a las patologías en aumento, desde SEMERGEN se señala que la depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes, con tasas de prevalencia en España del 7,2 por ciento en mujeres frente al 3,2 por ciento en varones. De hecho, ya antes de la pandemia, una de las principales causas de demanda en Atención Primaria era la depresión, con una prevalencia entre el 9,6 y el 20,2 por ciento.

En esta línea, desde la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM) apuntan a que tras la pandemia COVID y tras el incremento de visibilidad social de la Salud Mental, han aumentado el número de personas que solicitan ayuda en este campo de la salud, aunque conviene precisar que este incremento no ha sido en base a los trastornos mentales graves como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar y otros, sino que se ha producido una emergente demanda para problemas adaptativos al estrés con sintomatología ansiosa y depresiva, siendo en la psicología donde la población ha puesto sus expectativas de alivio.

Pese a estas cifras, otro de los datos ofrecidos por SEMERGEN es que el 42 por ciento de quienes padecen depresión no busca ayuda profesional. En este sentido, el estudio demoscópico ‘La Salud Mental y su percepción por parte de la opinión pública española’, de Viatrix, señala que el 97 por ciento de los encuestados reconoce que las enfermedades mentales están asociadas a un estigma que influye negativamente en los afectados cuando valoran la posibilidad de buscar ayuda profesional. Asimismo, dos de cada tres personas (64 por ciento)

consideran que admitir la presencia de un trastorno mental genera pudor.

De esta forma, ante el problema del estigma que dificulta consultar los problemas de Salud Mental más comunes y, en especial, ante la saturación de un sistema que no cubre todas las necesidades relacionadas con la Salud Mental desde la Sanidad Pública, se hace cada vez más necesario buscar nuevas herramientas que ayuden a abordar este problema social.

Los inicios de la Salud Mental digital

En este contexto, en especial en estos últimos años postpandemia, ha empezado a desarrollarse y a extenderse el concepto de Salud Mental digital. Es decir, del desarrollo de herramientas digitales que permitan un nuevo abordaje de la Salud Mental, para dar nuevas soluciones que faciliten el acceso de los usuarios.

Así, a nivel internacional, en 2021 se creaba la llamada Sociedad de Psiquiatría Digital, que representa a más de 200 profesionales y defensores de la Salud Mental de todo el mundo, con un interés común en mejorar los resultados para las personas con afecciones psiquiátricas. Esta sociedad, además, surge a la vez que su revista oficial ‘JMIR Mental Health,’ que promueve nuevos estudios en torno a este nuevo concepto de Salud Mental.

“El campo de la Salud Mental digital está evolucionando rápidamente y es importante que la próxima generación de investigaciones pueda seguir el ritmo de estos cambios”, comentaba en 2023 John Torous, editor de JMIR Mental Health. No obstante, si bien las soluciones de salud digital han surgido como herramientas fundamentales para abordar la crisis mundial de Salud Mental, existen desafíos que requieren mayor atención.

Desde España, en abril de 2023, la Universidad Pontificia Comillas, en colaboración



con Laboratorios Farmacéuticos ROVI, pone en marcha una nueva Cátedra de Innovación y Salud Mental Digital. El objetivo es estudiar y dar respuesta a los efectos psicológicos que pueda tener la digitalización en la sociedad. Pero asimismo analizará cómo la tecnología puede ayudar a mejorar la Salud Mental y a la calidad de vida y atención de todas las personas.

Cada vez más iniciativas en marcha

Respecto a las iniciativas que sirven de ejemplo para entender cómo se está gestando esta Salud Mental digital, precisamente en 'JMIR Mental Health' destacan algunos trabajos prometedores.

Como ejemplo, cabe citar un ensayo controlado aleatorio que demostró que la aplicación MedAdhere para teléfonos inteligentes destinada a mejorar la adherencia y precisión de la medicación en personas con esquizofrenia durante la pandemia de COVID-19 logró incrementar de forma efectiva y significativa la adherencia a la medicación y, por tanto, los síntomas psi-

quiátricos de los pacientes con esquizofrenia. Esta aplicación asistida por inteligencia artificial podría extenderse a todos los pacientes a los que sea necesario recordarles que deben tomar la medicación a tiempo.

Asimismo, una investigación colaborativa entre médicos e investigadores en Noruega exploró el potencial del uso de la tecnología de realidad virtual en el tratamiento de enfermedades mentales graves entre adultos. Así, encontraron que uno de los usos de la tecnología de realidad virtual con mayor potencial fue ayudar a las personas que se habían aislado y necesitaban capacitación en habilidades sociales y actividades cotidianas para permitirles tener una vida social más activa.

La realidad virtual también podría usarse para simular una enfermedad mental grave y proporcionar una mejor comprensión de cómo la persona con una enfermedad mental grave experimenta su situación. Igualmente, también se ha comprobado la eficacia y la alianza terapéutica de la tera-

pia de exposición a la realidad aumentada en el tratamiento de adultos con trastornos fóbicos.

En España también han surgido iniciativas que tratan de atender la Salud Mental a través de herramientas digitales. Un ejemplo reciente es la aplicación digital EMO, que surge como un proyecto de la Fundació Esclerosi Múltiple (FEM) en colaboración con Novartis. Su objetivo es que los pacientes puedan consultar herramientas para mejorar el impacto emocional que suponen los síntomas de la esclerosis múltiple.

La aplicación funciona sobre la base de unos algoritmos que, en función del problema o situación potencialmente conflictiva expuesta por la persona en una de las diferentes categorías (sanitaria, laboral o familiar), el tipo de emoción que le provoca y la intensidad de esta (puntuada del 1 al 10), ofrece una serie de estrategias y recursos que ayudan a estabilizar la situación y afrontar los cambios de manera adaptativa.



Sara Navarro, psicóloga clínica de la FEM, explicaba que “la EM es un duelo que no cierra, por eso es tan importante contar con una herramienta que nos acompañe en los diferentes momentos de la enfermedad”.

Ventajas y retos por afrontar

En el marco de la inauguración del X Congreso Internacional de Salud Digital del pasado mes de septiembre, precisamente la Salud Mental digital centraba uno de los debates. De la mano de Lucía Halty, directora de la Cátedra de Innovación y Salud Mental Digital en la Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE, se planteaba todo lo que esta puede aportar, pero también los retos que conlleva.

Según la experta, la realidad que hay que afrontar es que actualmente los recursos disponibles no pueden absorber la demanda en Salud Mental. De hecho, aportaba datos del Banco Mundial para ejemplificar que será necesario doblar el gasto en Salud Mental a nivel global. Sin embargo, también es la primera vez que tanto el Gobierno como las instituciones privadas y la agenda pública tienen la Salud Mental como uno de sus objetivos clave.

“El momento por tanto es ahora. Es obligado el diálogo entre la Salud Mental y el componente digital sin perder de vista el contacto humano”.

De esta forma, la experta destacaba las múltiples ventajas que puede aportar el desarrollo de herramientas en torno a la Salud Mental digital. Así, destacaba que es posible personalizar la atención y escalar según las necesidades. Además, se trata de un acceso sencillo y privado que permite reducir el estigma. La monitorización de datos, por otra parte, permite generar algoritmos que puedan trabajar en torno a la prevención. Y todo ello, en definitiva, puede ayudar a la descongestión de la creciente demanda no atendida.

“Pero este diálogo, aunque conlleva ventajas y oportunidades, también supone riesgos”, advertía Lucía Halty. El primero, confundir apps para “bienestar emocional” con lo que realmente implica la Salud Mental. Y es que esta ambigüedad en los términos abre un mercado que puede pervertirse, ya que no hay que olvidar que “las personas que buscan recursos para tratar su Salud Mental no dejan de ser personas vulnerables”.

No obstante, según Halty, “los mercados han visto una oportunidad de oro en introducir startups con apellidos de Salud Mental, pero esas soluciones no siempre tienen un aval científico”. Así, citaba un trabajo en el que en un análisis de un total de 10.000 apps de Salud Mental, solo 35 de ellas pudieron demostrar contar con evidencia científica.

El problema de estas herramientas es que además generan un efecto no deseado. Porque el objetivo del mercado es fidelizarte en el uso de la app, que no la abandones, cuando el objetivo de cualquier terapia, sin embargo, debe ser siempre el que los recursos aportados ayuden al paciente a la autogestión para lograr el alta.

“Se trata de modelos de enganche que ofrecen objetivos inmediatos y tangibles, cuando el objetivo sería lograr una vinculación digital, en la que la persona use la herramienta, pero no se enganche a ella, como debe ser la vinculación entre el profesional y su paciente”.

El problema de fondo, según la experta, es la falta de un marco legal para poder desarrollar toda esta estructura. “En España tenemos la estrategia Salud Mental hasta 2026, pero solo en línea y media se menciona la Salud Mental digital. No hay nada que nos per-

mita ampararnos en cómo tiene que ser la salud digital en España”. Por ello, Halty proponía poner la vista en Europa, donde países como Alemania sí están avanzando en este sentido, para aprender de su experiencia.

Necesidad de más evidencia

En línea con estos argumentos, cabe citar que, de hecho, un trabajo de la Universidad de Edimburgo señala que es posible que los jóvenes no estén recibiendo el apoyo de Salud Mental que necesitan, precisamente debido a la falta de confianza en las

aplicaciones de teléfonos inteligentes que brindan dichos servicios.

Como apunta este trabajo, los servicios actualmente disponibles incluyen aplicaciones de atención

plena y meditación, aplicaciones de detección (que tienen como objetivo determinar su estado de ánimo mediante un cuestionario en línea) y aplicaciones de tratamiento que ofrecen terapia en línea. También se encuentran ampliamente disponibles tutoriales o cursos en línea para ayudar a las personas a gestionar su bienestar mental.

Así, los investigadores concluían que si se pudieran abordar las preocupaciones sobre la confianza y la utilidad de estas aplicaciones, los jóvenes serían más propensos a utilizar un recurso digital de Salud Mental para ayudar a gestionar problemas como el estrés o la ansiedad.

Igualmente, otro trabajo publicado en 2021 en ‘JMIR Mental Health’, por parte de Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, exponía que un número cada vez mayor de intervenciones digitales de Salud Mental están diseñadas para adolescentes y jóvenes con una variedad de problemas de Salud Mental, pero la evidencia sobre su efectividad es mixta.

Es la primera vez que tanto el Gobierno como las instituciones privadas y la agenda pública tienen la Salud Mental como uno de sus objetivos clave

La visión de los psiquiatras y los médicos de Primaria

Por su parte, los médicos que observan la mayoría de los casos de Salud Mental, como son los médicos de Atención Primaria y los psiquiatras, también tienen su opinión formada al respecto.

Así, Vicente Gasull, médico de familia y miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN, durante la presentación de las Guías Clínicas en Depresión, que se expusieron en el marco del simposio Lundbeck del 45 Congreso Nacional de SEMERGEN, explicó que “por ahora, la evidencia científica es limitada, pero las tecnologías pueden resultar útiles en el seguimiento no presencial de aquellos casos que responden al tratamiento”. Esto sería especialmente útil para establecer recordatorios sobre la toma de medicación, facilitando así la adherencia; también como vía de comunicación ágil entre profesionales de la salud y pacientes, por un lado, y, entre distintos niveles asistenciales. Incluso, añadió que “ya existe evidencia de la eficacia de diversas técnicas de psicoterapia en red, no presencial, que pueden resultar de utilidad para aquellas personas con dificultades de desplazamiento o de tiempo, y donde exista una carencia de profesionales, por ejemplo”.

Por otra parte, en el contexto del XXVI Congreso Nacional de Psiquiatría, Francisco Ferre Navarrete, coordinador del grupo de Psiquiatría Digital de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM) y jefe de Servicio de Psiquiatría del Adulto en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, explicaba a EL MÉDICO que “las nuevas tecnologías pueden y de hecho están ayudando de forma progresiva en la detección de los trastornos más graves mediante sistemas de cribado digital que permiten atender a un número mayor de personas que demandan atención en Salud Mental. También en el seguimiento y en el tratamiento. Por ejemplo han proliferado las terapias psicológicas para depresión, ansiedad y estrés traumático a través de telemedicina y también se han desarrollado proyectos de videojuegos y de realidad virtual para el tratamiento del trastorno por déficit de atención”.

Por ello, para este tipo de casos sí ve factible prescribir apps de Salud Mental digital. “Concretamente”, en el Hospital Clínic de Barcelona ya las han desarrollado para el seguimiento del trastorno bipolar, y una tesis doctoral en Valencia implementó una app para el seguimiento de las psicosis. También desde la SEPSM estamos desarrollando una para el seguimiento del tratamiento farmacológico para la depresión”, explica Ferre Navarrete.

Sin embargo, advierte que “una app debería tener el mismo control que un medicamento”. De hecho, “en países como Alemania las apps se ‘prescriben’ como los fármacos por la trascendencia que pueden tener para la Salud Mental”. Pese a ello, la realidad es que “si uno busca encontrará una pléyade de aplicaciones de las que desconocemos su rigor científico y por los riesgos que pueden suponer para los pacientes”.

Por otro lado, hay que saber que las apps pueden usarse sin ningún asesoramiento o pueden ser prescritas por el psiquiatra y por tanto complementarias a lo que el profesional está tratando. “En mi opinión, solo estas últimas son aceptables y además deberían estar reguladas por la autoridad sanitaria”, insiste el psiquiatra.

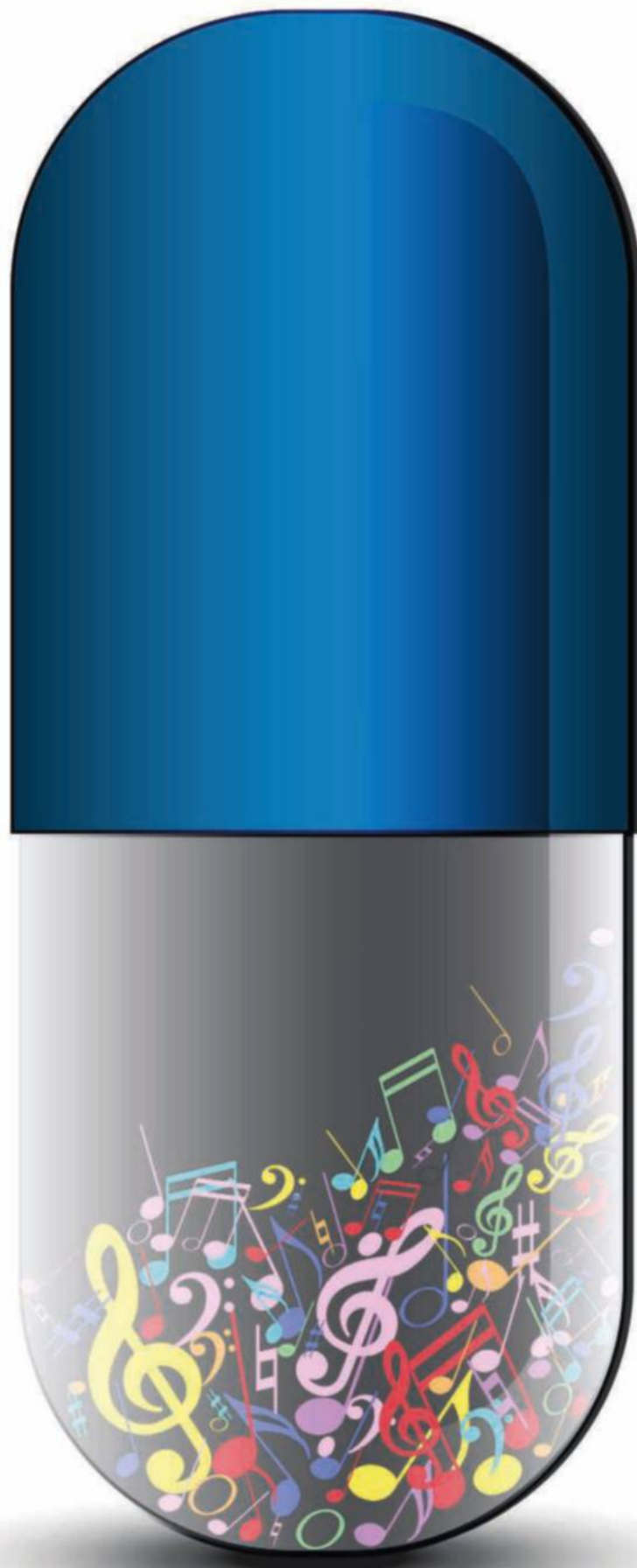
Finalmente, más allá de las apps para los usuarios, la Salud Mental digital también pasa por la implementación de diferentes herramientas digitales en la especialidad. “En el caso de la Psiquiatría, la inteligencia artificial va a ser crucial. Los algoritmos predictivos que podrían generarse nos permitirían, por ejemplo, predecir una recaída en los próximos meses de un trastorno bipolar, y por tanto tomar medidas preventivas con tiempo y evitar esa recaída”. Así, el experto concluye que “uno de los objetivos del Grupo de Trabajo de Psiquiatría Digital de la SEPSM es comenzar a acercarse a nuestros socios en un marco formativo, todas las opciones que se vislumbran en este campo de digitalización de la Psiquiatría”.

Se descubrió que la terapia cognitivo-conductual computarizada es eficaz para la ansiedad y la depresión en adolescentes y jóvenes y es prometedora para aumentar el acceso al tratamiento de Salud Mental para estas afecciones. Sin embargo, la eficacia de otras intervenciones digitales, incluidos los videojuegos terapéuticos, las aplicaciones móviles o los sitios de redes sociales, y el abordaje de una variedad de

otros resultados de Salud Mental, siguen sin ser concluyentes.

Precisamente, en torno al uso de apps de Salud Mental digital entre los más jóvenes, Tania García, educadora social e investigadora en Neurociencia y Socioeducación, explica a la Revista EL MÉDICO, que aunque se puede utilizar herramientas digitales como alias, las soluciones para los problemas en

Salud Mental en jóvenes, cada vez mayores, son más complicadas. “No podemos otorgar el peso de la Salud Mental a herramientas digitales o apps, sería como querer arreglar la grieta de un muro con una tiritita, estaríamos quedándonos en la superficie del asunto. No es lo que realmente necesitan nuestros hijos e hijas”, apostando en cambio por mejorar la educación y la crianza, para mejorar la Salud Mental desde pequeños ■





‘Músicos por la Salud’: una cura para el alma

En el complejo entramado de la atención médica, donde las ciencias de la salud convergen con el arte, surge una melodía sanadora que resuena en los pasillos de hospitales y centros sociosanitarios en toda España. ‘Músicos por la Salud’, una iniciativa nacida en 2015, ha trascendido las barreras de lo convencional, llevando la música como un cura para el alma de pacientes, familiares y profesionales sanitarios

Texto | Mónica M. Bernardo

Foto | EL MÉDICO



La música, con su capacidad para tocar nuestras emociones más profundas, ha sido una compañera constante en la historia de la humanidad. Sin embargo, no solo es un arte destinado a entretener sino que posee el poder de impactar en el bienestar físico y mental de las personas. A lo largo de los años, la ciencia ha demostrado de manera concluyente que la música desempeña un papel esencial en la mejora de la salud en diversas formas.

La historia de ‘Músicos por la Salud’ comienza hace ocho años, en el Hospital Lluís Alcanyis de Játiva, en Valencia. Este proyecto, gestado en el Servicio de Hemodiálisis, emprendió su primera sinfonía terapéutica con un microconcierto que marcó el inicio de su travesía. Desde entonces, ha tejido una narrativa musical en los corazones de quienes más lo necesitan y ahora lucha por que sea un derecho reconocido en las políticas sanitarias.

En estos momentos en los que la Medicina está evolucionando hacia un enfoque más holístico y centrado en el paciente, la música se presenta como una herramienta terapéutica de gran potencial. Con una base creciente de evidencia científica, los médicos pueden explorar y aprovechar el poder de la música para mejorar la calidad de vida y el bienestar de sus pacientes. La integración de la música en la práctica médica moderna no solo enriquece la experiencia del paciente, sino que también agrega una dimensión única a la relación médico-paciente.

Microconciertos como terapia

Como muchas de las grandes ideas, Músicos por la Salud nació de una historia muy personal, la de su fundador: Guillermo Giner. Pese a dedicarse a la informática, siempre ha sentido una atracción magnética por la Medicina. Pero la vida le llevó a vivir prácticamente en un hospital tras un diagnóstico de cáncer de colon que postuló a su madre en una cama durante once largos meses, como nos ha contado a EL MÉDICO visiblemente afectado.

Aprendió que el hospital es un entorno hostil y la enfermedad una de las situaciones más sensibles en la vida, por eso decidió utilizar la música –que su madre tanto amaba– para evadirla del hospital. Con la música su madre volvió a sonreír y a proyectar su energía en cantar y disfrutar, lo que le ayudó a sobrellevar la enfermedad, y también a sus compañeras de habitación.

Ocho meses después del fallecimiento de su madre, en julio de 2015, Guillermo fundó Músicos por la Salud, una fundación enfocada en la celebración de microconciertos terapéuticos y emocionalmente significativos. Melodías con las que humanizan los espacios hospitalarios y los centros sociosanitarios, al tiempo que usan la música como complemento terapéutico para la recuperación de los pacientes y la mejora de su estancia.

Desde entonces, Músicos por la Salud ha celebrado 30.000 microconciertos presenciales y telemáticos en 65 centros hospitalarios y más de 300 centros sociosanitarios especializados en diversidad funcional, mayores, salud mental, Alzheimer, parálisis cerebral, etcétera. Contabilizan en unas 500.000 personas de todas las regiones a las que han podido ayudar con la terapia musical.

Música emocionalmente significativa

Los microconciertos se han convertido en pequeñas sinfonías que resuenan en las unidades hospitalarias, no solo para entretener sino también para sanar. En 2016, en el Hospital Clínico de Valencia, la historia de Rocio, una paciente que emergió del coma tras una de las interpretaciones musicales de esta Fundación, evidenció el poder transformador de la música. Fue entonces cuando el arte curativo de Músicos por la Salud se materializó en cada acorde, en cada nota, iluminando la oscuridad de la UCI.

“Unos de los rasgos característicos de esta Fundación es el empleo de música emocionalmente significativa”, nos explica Guillermo. Y es que para que el viaje que ha-

cen los pacientes fuera del hospital sea realmente reconfortante, la música debe significar algo para ellos de manera individual, debe ser emocionante, por lo que adecúan el repertorio a cada persona.

Esa es la base de su metodología diferencial y patentada con la que ofrecen momentos de respiro y desconexión a las personas que necesitan olvidar dónde están, aminorar un dolor o dejar atrás el sentimiento de tristeza y soledad. Un método que consiste en hacer partícipes del concierto a todos los pacientes conociendo previamente su situación personal y sus principales necesidades anímicas. “Microconciertos terapéuticos y emocionalmente significativos, donde los beneficiarios escogen sus canciones favoritas y las cantan junto al resto de los pacientes y profesionales sanitarios”, explica.

Herramienta terapéutica

Tan importante es su labor como lo que representan para el sistema sanitario. De hecho, a su fundador le gusta definir a Músicos por la Salud como una herramienta terapéutica a disposición de la dirección y la gerencia de los hospitales y residencias para ayudar a los pacientes. Su manera de trabajar es la integración de los músicos como uno más en los servicios del hospital, acudiendo como mínimo una vez a la semana. Se establece un plan anual y se fijan las visitas en función de las necesidades de cada centro.

Los principales servicios que demandan esta atención son Cuidados Intensivos (UCIs), hospitales de día de Oncología, Hemodiálisis y Salud Mental. Aunque también son frecuentes las visitas a Reanimación y a las hospitalizaciones de Pediatría. “Principalmente, donde existe una mayor vulnerabilidad e inquietud por el pronóstico. Nuestra misión es acompañar a las personas a través del alma”, asegura Giner.

La preparación del concierto es primordial. El contacto con el centro, la definición del repertorio y las dinámicas, así como la preparación técnica son la antesala de la

propia interpretación. Carteles a las entradas de los servicios que rezan “Encarga tu canción” para que pacientes, familiares e, incluso, el personal sanitario haga sus peticiones. Nino Bravo y las canciones de la tuna para los mayores, y Shakira y las novedades del momento para los más jóvenes son las más demandadas.

En los preámbulos del concierto, los músicos conocen tanto la partitura como la necesidades y vulnerabilidad de cada uno de los pacientes a los que visitan. Cuidando el más mínimo detalle, se celebran microconciertos interactivos donde se promueve la participación mediante acordes individualizados para cada paciente. Compartir las letras impresas fomenta la colaboración y ayuda a seguir los temas. El inicio y la despedida se convierten en momentos cálidos y humanos.

Conciertos democráticos

“En los conciertos no se obliga a nadie a cantar, ni a bailar, ni siquiera a estar alegre, sino que siempre se pide permiso para actuar y se anticipa el final con una despedida grupal. Curiosamente, las personas con la peor clínica suelen ser las primeras en integrarse. Nunca hemos tenido que suspender un concierto, el cien por cien de las veces hay una participación. De hecho, creemos que si no participan todos, es que no lo hemos hecho bien”, asegura Guillermo Giner.

Tras las actuaciones musicales se pasa el ‘Libro de Momentos’ donde cada asistente puede plasmar su emociones y su vivencia de ese momento tan especial. Un libro que, a día de hoy, está repleto de mensajes de agradecimiento que el fundador de la entidad califica de pura poesía que les llenan el corazón y los anima a seguir con el proyecto.

“No hay una actividad más democrática. Pedimos permiso para empezar, pueden parar el concierto en cualquier momento, eligen el repertorio y todos los asistentes participan por igual, personal sanitario, pacientes y familiares”, asevera.

Una salida laboral para los músicos

Detrás de cada acorde, se encuentra un conjunto de valores que impulsa la labor de Músicos por la Salud. El compromiso con la excelencia artística no es un estándar, sino un reto para mejorar y elevar la calidad de la intervención musical en el ámbito de la salud que se entrelaza con la empatía y la sensibilidad hacia las experiencias de los pacientes. Los músicos que forman parte de esta Fundación no solo interpretan canciones, sino que crean experiencias sonoras que nutren el alma y alivian el cuerpo.

España está a la cabeza en la UE de centros de enseñanza musical pero sólo el 8,5 por ciento de los músicos consiguen vivir de la música ya que no encuentran trabajo. Músicos por la Salud tiene una plantilla de medio centenar de personas con todos sus músicos contratados y un total de 3.000 músicos voluntarios adheridos (el 79 por ciento son mujeres), aunque su propuesta esencial pasa por la generación de empleo musical. Para ello cuenta con un programa de formación con itinerarios de inserción laboral específicamente diseñado para músicos que quieran poner su música al servicio de las personas.

El objetivo es dotar a los participantes de las competencias necesarias para ofrecer una nueva opción de empleo y autoempleo para los intérpretes musicales: convertirse en músicos y músicas en hospitales y centros sociosanitarios. Los programas de inserción laboral incluyen un primer diagnóstico de la empleabilidad de los participantes, los objetivos que quieren conseguir y las actuaciones a desarrollar para conseguirlos. En la última fase se hace un seguimiento individual de inserciones laborales, prospección laboral y apoyo al mantenimiento del puesto de trabajo.

En el ámbito de la formación, cuentan con programas de generación de empleo por y para mujeres con el apoyo del Instituto de la Mujer, el Ministerio Presidencia, el programa “Women to Watch” y Esade-PwC, entre otras organizaciones y programas de promoción de la igualdad de oportunidades. “Nuestras músicas por la salud ya no forman parte de ese porcentaje de mujeres silenciadas por la desigualdad dentro de la industria de la música, tal y como indica la ONU”, aseguran en su página web.

El compromiso laboral con los músicos de la Fundación se completa con un programa de becas para la elaboración de tesis doctorales y trabajos fin de grado y de máster cuya temática esté relacionada con la música y la salud.

Desconexión con la enfermedad

Lo cierto es que esta metodología ha demostrado tener ventajas clínicas mejoradas cuantificables en los usuarios. El ‘Estudio de impacto sobre la eficacia de la metodología de Músicos por la Salud’, que llevan realizando los últimos cinco años –primero con la Universidad Autónoma y posteriormente con la Complutense de Madrid–, ofrece datos sobre la calidad interna y externa, los beneficios en salud, la rendición de cuentas y la recopilación

de situaciones excepcionales, entre otras variables.

Tras cada concierto y a modo de auditoría, en un informe técnico se recogen los principales indicadores que relacionan las interpretaciones online con la mejora en la salud de las personas que asisten. Los resultados han demostrado que estas actuaciones musicales reducen la ansiedad en el 26,9 por ciento de los casos, incrementan el bienestar en un 88,24 y mejoran la cohesión del entorno sanitario un 30 por ciento.



Centrándonos en los resultados meramente clínicos, se ha evidenciado que con los microconciertos se activa gran parte de las zonas cerebrales -incluyendo las neuronas especializadas-, fortalece la salud física, reduce la fatiga e incrementa la vitalidad. También mejora la autoestima y facilita la interacción entre el músico y el paciente. Un aspecto esencial es que consigue que los asistentes desfogalicen la atención sobre su situación clínica creando momentos de desconexión con la enfermedad.

El hecho de que las canciones hayan sido especialmente escogidas por los pacientes añade el vínculo emocional y al ser interpretadas en directo provoca una conexión social que aumenta la confianza en el grupo. La lectura de la letra de las canciones abre la puerta a los recuerdos, lo que resulta especialmente favorable en el caso de las personas con trastornos de salud mental.

En la sexta edición del estudio, la Fundación va a incluir -a petición de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid- la valoración del impacto de la metodología de Músicos por la Salud en la mejora del entorno laboral hospitalario y en la cuantificación del ahorro que puede llegar a producir en el gasto sanitario para las arcas públicas.

Cómo impacta la música en el cerebro

Estos datos no deberían de sorprendernos si tenemos en cuenta que durante décadas, una parte de la Neurociencia se ha dedicado a estudiar el impacto de la música en las distintas áreas cerebrales. Detrás de la magia de la música, se esconde una complicada red de respuestas fisiológicas y emocionales que influyen en la salud humana. Son más de 7.000 las investigaciones que respaldan la idea de que la música supone una intervención terapéutica con beneficios tangibles.

Tiene efectos directos en el estrés y la ansiedad: cuando los pacientes son expuestos a melodías relajantes, disminuyen hasta un 25 por ciento los niveles de cortisol, la hormona del estrés. En el ámbito de la demencia

y otras condiciones neurológicas, la música actúa como un catalizador para la estimulación cognitiva. En etapas avanzadas de la enfermedad, los pacientes a menudo muestran una conexión sorprendente con recuerdos a través de canciones familiares. Un informe reveló que el 60 por ciento de los pacientes con demencia que participaron en programas de música terapéutica mostró mejoras en la memoria a corto plazo.

La música también tiene el poder de elevar el ánimo. La liberación de endorfinas durante la experiencia musical contribuye a una sensación de bienestar y felicidad. Y escuchar ritmos específicos puede influir en la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Las melodías lentas y suaves tienden a tener efectos calmantes, mientras que ritmos más rápidos generan una sensación de energía y vitalidad. Además, se ha demostrado que la empatía está implicada en las respuestas afectivas a la música promoviendo la coordinación musical interpersonal.

Otros programas en marcha

Además de los conciertos, que son la piedra angular de la fundación, Músicos por la Salud ha desarrollado otros proyectos centrados en la música que buscan el mismo objetivo. El programa ‘Campanas por la Salud’ consiste en la instalación de campanas en los hospitales de día de Oncología donde su sonido augura el final del tratamiento de uno de sus pacientes.

Su simbolismo con la salida a bolsa de las empresas, las campanas del hospital anuncian el último día de tratamiento de quimioterapia de uno de los pacientes. “Un sonido de esperanza y de felicidad que también supone un alivio para los que aún no abandonan la terapia”, explica Guillermo. Cada campanazo supone el punto y final de una dura batalla superada y el comienzo de una nueva vida llena de alegría.

‘Pianos por la Salud’ es otro de los proyectos. Como su propio nombre indica, consiste en la instalación de este instrumen-

to en la entrada de los hospitales haciendo patente la presencia de la música, y con ella de la esperanza y la humanización en ese centro. El primer piano se instaló en el Hospital La Paz, en Madrid, y fue inaugurado por James Rhodes. También cuentan con sendos pianos el Hospital de Manises y La Fe, en Valencia. Instrumentos en los que pueden tocar colectivos culturales, profesores y alumnos de escuelas de música y conservatorios, personal del hospital, voluntarios o pianistas de prestigio. Interpretaciones que aportan calidez al espacio hospitalario y humanización a la asistencia clínica que allí se lleva a cabo. También generan sentimientos positivos, conectan a colectivos y acercan la interpretación musical en directo al resto de la sociedad.

Otro programa que arrancó el pasado año es el de los talleres ‘A tu Compás’ para niños con agenesia, un problema congénito que impide la formación o desarrollo de uno de sus órganos o miembros del cuerpo y que suele derivar en el uso de prótesis. Para estos menores, tareas que pueden ser sencillas y cotidianas, suponen un reto inalcanzable que les exige un esfuerzo titánico. Entrenar el manejo de las piezas ortopédicas, en estos casos, es esencial para mejorar su calidad de vida. A tu Compás les ofrece, mediante el uso de la música, clases de composición musical y de uso de las prótesis mediante el juego inducido con instrumentos musicales.

Investigación y conocimiento científico

La actividad de la fundación se completa con la investigación y compartición de conocimiento científico en relación con la música y la salud en los pacientes, familiares profesionales sanitarios. En ese escenario, Músicos por la Salud ha impulsado el desarrollo de diversos estudios científicos sobre los efectos de la música en el paciente con problemas de salud mental o discapacidad, así como el afrontamiento del estrés, el síndrome del trabajador quemado en Enfermería o el impacto en la salud física y psíquica de las personas de las residencias de Madrid.

Un futuro donde la música esté en las políticas de atención sanitaria

Hace cinco años, la Organización Mundial de la Salud elaboró el informe “Arts and Health” en el que, tras analizar más de 900 estudios científicos y 2.000 artículos académicos, recomendaba la incorporación de políticas que incluyeran las artes -en especial de la música- en la atención sanitaria de los países. Aspecto en el que España, pese a contar con una Sanidad reconocida a nivel mundial, va por detrás de países con PIB inferior como Portugal, Lituania o Polonia.

Este escenario ha llevado a Músicos por la Salud a emprender un viaje institucional con el objetivo de conseguir que se cumplan esas recomendaciones tanto a nivel nacional como en los gobiernos autonómicos. Un periplo que se inició con una campaña de recogida de firmas respaldada por más de 17.200 personas, además de grandes embajadores de la música como Rozalén, Leiva, Álex Ubago, Efecto Mariposa, David Summers, Ismael Serrano, David Otero y Rayden, entre otros.

A partir de ahí elaboraron un manifiesto que consiguió el apoyo de más de una docena de asociaciones como la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), el Foro Español de Pacientes, la Plataforma Defensa Ley Dependencia y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, entre otros. Una batalla que empieza a dar sus frutos y en la que han puesto grandes esperanzas.

En junio de 2022, a instancias de Músicos por la Salud, el Congreso de los Diputados aprobó una declaración institucional sobre la necesidad de incluir la música en la atención sanitaria de nuestros centros sanitarios, tal y como recomienda la OMS. Un hecho que su fundador, Guillermo Giner, califica de “hito para la humanización de la asistencia en España”.

Ese mismo año, tres meses más tarde, las Cortes de la Comunidad Valenciana aprobaron por unanimidad una proposición no de ley para incluir la música en el sistema sanitario autonómico. Actuación que siguió el mismo recorrido en el Parlamento canario en noviembre del pasado año. En Cataluña, también han aprobado la iniciativa de celebrar actuaciones musicales en sus hospitales. Y en breve se espera que se sumen Madrid, Castilla y León y Castilla-La Mancha, regiones en las que Músicos por la Salud está trabajando para conseguirlo.

En las próximas semanas, Músicos por la Salud dará un concierto en el Congreso de los Diputados en el que se darán cita consejeros de Sanidad, profesionales sanitarios, gerentes de hospital y asociaciones de pacientes, entre otros. Toda una declaración de intenciones para seguir adelante con su propuesta y obtener el mayor respaldo posible para incluir la terapia musical en todos los centros sanitarios de nuestro país.

Otros estudios desarrollados por la entidad se han centrado en valorar el impacto de la metodología de la Fundación en el bienestar de los pacientes y cuidadores de varias residencias, la reducción de la soledad en los mayores a través de los microconciertos, y la medición de los beneficios de las intervenciones musicales en el paciente neurocrítico ingresado en las UCIs de ocho hospitales madrileños.

La atención integral a las mujeres con cáncer de mama en el Hospital Clínico San Carlos fue el objetivo del estudio ‘Do de Pecho’ que analizó cómo estas actuaciones musicales generaban beneficios en las pacientes durante el perioperatorio minimizando la ansiedad, disminuyendo las dosis de sedación necesarias, en la calidad del sueño y en la mejor evolución clínica y la adherencia al tratamiento.

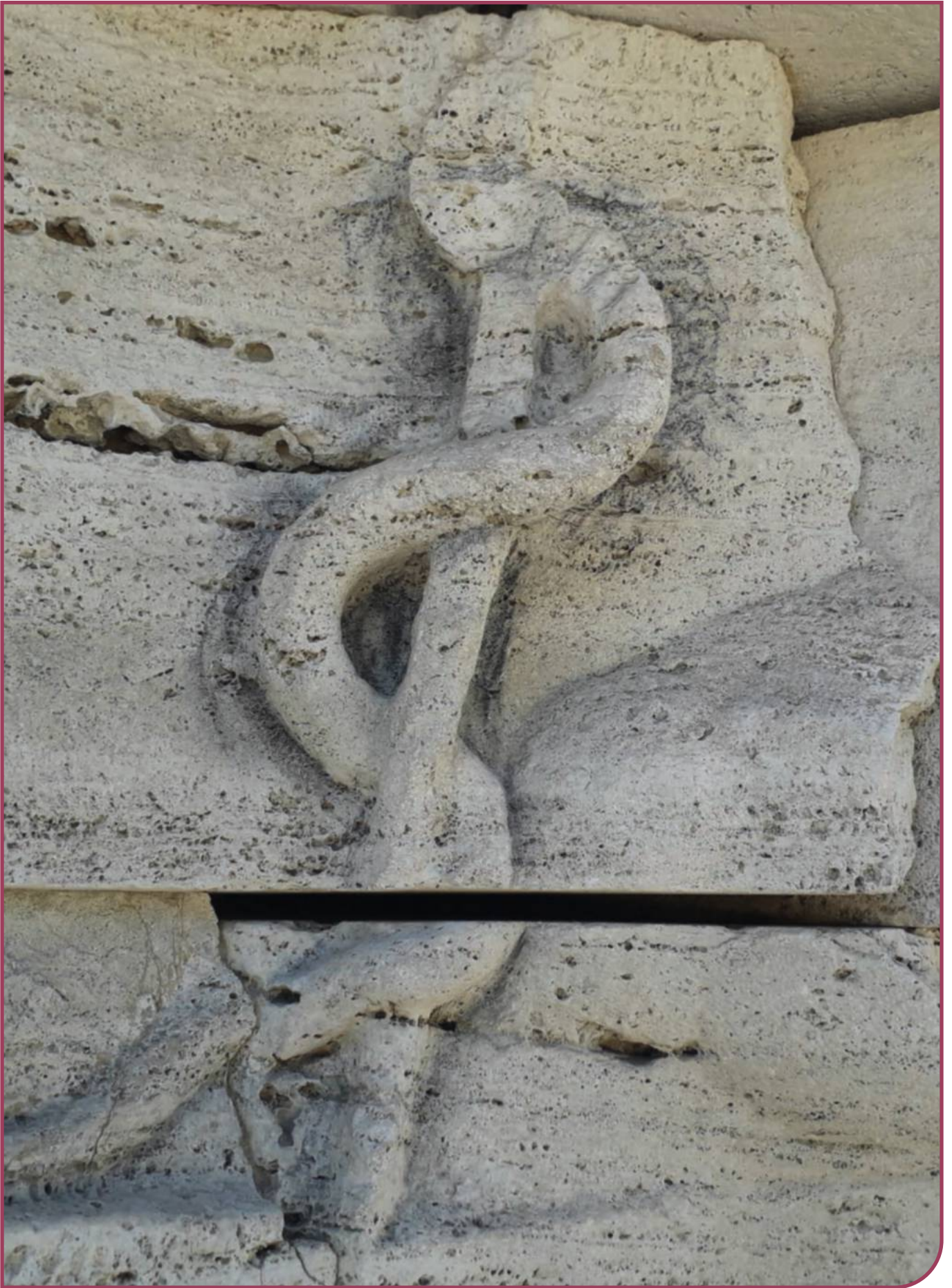
En la actualidad, mantienen una investigación clínica en marcha con el Hospital Clínico Universitario de Valencia e Incliva para analizar el efecto de la música en directo en pacientes críticos con necesidad de ventilación mecánica ingresados en la UCI. Los beneficios resultantes apuntan a un descenso del nivel de ansiedad y estrés, mejoría del sueño y mejor evolución en el pronóstico de la enfermedad con una menor mortalidad, descenso de las complicaciones y menos días de estancia hospitalaria, lo que sugiere un ahorro en los gastos en salud.

Prescripción de música

Al reconocer estos efectos, Músicos por la Salud se convierte en un agente activo en la prescripción de música como parte integral de los protocolos de tratamiento médico. Este enfoque basado en la evidencia no

solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también abre nuevas perspectivas en la forma en que se concibe la atención médica.

Como perspectivas de futuro, Guillermo Giner nos confiesa que le gustaría poder atender todas las demandas de los hospitales de todas las comunidades autónomas, teniendo presupuesto para ello. ¿Cómo? Con la regulación del Gobierno que permita a los hospitales contratar conciertos para incorporarlos a la atención sanitaria en la práctica clínica diaria. Un último deseo, poder exportar Músicos por la Salud a Estados Unidos, dando respuesta a las peticiones de cinco centros importantes, entre ellos el Hospital Mount Sinai, la Clínica Mayo y el Hospital John Hopkins, que quieren contar entre su oferta asistencial con las actividades de Músicos por la Salud ■



Breve recorrido histórico de la reglamentación del ejercicio de la Medicina: de Roma a Fernando VII

Autor | Dr. Ángel Rodríguez Cabezas.
Sociedad Española de Historia
de la Medicina

Foto | EL MÉDICO



HISTORIA DE LA MEDICINA

Breve recorrido histórico de la reglamentación del ejercicio de la Medicina: de Roma a Fernando VII

Probablemente la profesión de médico es la más antigua de todas, o al menos lo es tanto como esa otra que tiene reputación de ser la más veterana del mundo. Y es que, si la vehemencia natural del hombre primitivo creó determinadas urgencias biológicas, no es menos cierto que los males que pronto le aquejaron produjeron la ineludible necesidad de ese otro oficio, de ese otro personaje: el sanador, el médico.

No es, sin embargo, hasta la época de la antigua Mesopotamia, hace 1500 años, cuando aparece la figura del médico práctico, el 'asu', que utilizaba tanto los remedios vegetales como las intervenciones quirúrgicas, a veces profilácticamente, como cuando castraba a los esclavos al servicio de las mujeres principales.

El Código sumerio de Hammurabi es la primera legislación que se ocupa de la mala praxis, recogiendo las sanciones que se debían aplicar a los médicos. Por ejemplo: "...si un médico ha causado la muerte de un enfermo, se le cortarán las manos..."

Luego fue el Juramento de Hipócrates el que obligó a los médicos de muchas promociones a jurar por Apolo y por Esculapio los principios éticos de su profesión.

En la Antigua Roma la figura del pater familiae como cuidador de la salud de la comunidad familiar fue sustituida por la del medicus, casi siempre inmigrado de la cercana Grecia, bien fuera éste vulnerarius (sanador de heridas) o carnifex (carnicero) cuando el fracaso en las intervenciones era el final habitual.

Bien pertenecieran los medici romanos a la concepción atomista, metodista, o fueran dogmáticos o empíricos en su proceder, su enseñanza y titulación no estuvieron oficialmente establecidas hasta el reinado del emperador Severo Alejandro (222-235), del que puede decirse que reglamentó por primera vez la profesión médica.

Nada nuevo acontece en este asunto que estamos comentando, salvo los certificados médicos (ichazas) que los estudiantes árabes de Medicina recibían tras estudiar con un maestro de reconocida solvencia. Las ichazas de médico excluían de la práctica de la Ginecología, reservada casi con exclusividad a las matronas.

Y en este vertiginoso recorrido por la historia no hay más novedad en la normalización del ejercicio de la Medicina hasta la Europa Medieval, donde Roger II de Sicilia, en 1140, legisla un examen final para poder ejercer, complaciendo de esta forma a los magistri de la Escuela de Salerno.

Esta regulación se consolida con Federico II en 1224, dentro del ambiente intelectual impregnado del averroísmo latino. Se legisla que todos los aspirantes a médicos deberán ser examinados públicamente por los profesores de Salerno, los que, superadas las pruebas, entregarán al nuevo magister en Medicina un anillo, una rama de laurel, un libro y un beso de paz.

Es tres siglos después cuando encontramos otra disposición oficial digna de mención: la pragmática promulgada por Felipe II en 1558, que es todo un modelo legal de organización profesional de la época. Basten como referencia algunos fragmentos de tal norma: "(...) nombrarán dos examinadores para que se hallen en el Hospital General (...); y allí ordenarán al que se examina tome el pulso a cuatro o cinco enfermos; y le preguntarán lo que ha entendido de cada enfermo y de la calidad de su enfermedad (...) y las causas (...) y de qué medicinas y remedios piensa usar (...)". (Ley Séptima de la Pragmática de 1558, que crea el Tribunal del Protomedicato).

En las Universidades de Barcelona, Salamanca, Valencia, Alcalá y Granada se

cursaban, en el siglo XVI, los estudios de Medicina (las teorías de Hipócrates y Galeno), consiguiéndose, tras un curso de prácticas, el título de Licenciado en Medicina.

No quisiera terminar esta nómina legislativa sin referirme al contenido de un título oficial de médico expedido, en nombre de S.M. Fernando VII, por los médicos-cirujanos de Cámara en el año 1831. Tras el encabezamiento, se relata con todo detalle las obligaciones y privilegios del propietario del título de Licenciado en Medicina, donde no se omite lo que hace referencia a motivos religiosos y circunstancias políticas. En cualquier caso, es un documento curioso, que no debe faltar en el relato de la historia de nuestra profesión. Copio, resumidos, algunos fragmentos:

Entregarán al nuevo magister en Medicina un anillo, una rama de laurel, un libro y un beso de paz

"(...) Damos licencia para que libremente pueda ejercer la citada Facultad de Medicina. Y de parte del Rey Nuestro Señor

requerimos a todos las Justicias no le pongan impedimento alguno, ni sea molestado ni vejado, haciendo se le paguen cualesquiera maravedis que por razón de su Facultad le sean debidos. Declaramos que ha prestado juramento de defender el Misterio de la Purísima Concepción de la siempre Virgen María; guardar secreto en los casos convenientes; no haber pertenecido a sociedades secretas ni reconocer el absurdo principio de que el pueblo es árbitro de cambiar la forma de gobierno establecida; despreciar todos los riesgos y contagios cuando lo exija la salud pública; aconsejar a los que estén en peligro de morir el arreglo de sus negocios espirituales y temporales; no aconsejar el aborto ni el infanticidio (...) en cuyo virtud libramos el presente Título".

De Fernando VII hasta nuestros días es mucho lo que se ha legislado sobre el ejercicio de nuestra profesión. Pero eso es ya otra historia ■



¿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



ac



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

04 de diciembre



El Hospital 12 de Octubre de Madrid incorpora el robot Da Vinci. El Hospital Universitario 12 de Octubre ha comenzado el desarrollo de la Cirugía robótica gracias a la incorporación de un robot Da Vinci. Especialistas de Urología, Cirugía General, Cirugía Torácica y Ginecología ya han comenzado a utilizarlo y está previsto que se incorporen próximamente Cirugía Pediátrica, Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología. Esta tecnología proporciona importantes beneficios para el paciente, mejorando los resultados y disminuyendo el tiempo de recuperación ■

tas de Urología, Cirugía General, Cirugía Torácica y Ginecología ya han comenzado a utilizarlo y está previsto que se incorporen próximamente Cirugía Pediátrica, Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología. Esta tecnología proporciona importantes beneficios para el paciente, mejorando los resultados y disminuyendo el tiempo de recuperación ■

04 de diciembre

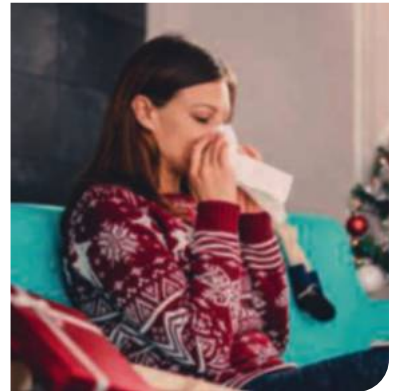


Covid y gripe tensionan Primaria y hospitales “cada vez más”, según CSIF. Covid y gripe tensionan Atención Primaria y Hospitalaria “cada vez más”, según CSIF. La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) ha exigido al Ministerio de Sanidad y a las comunidades autónomas que apliquen protocolos y medidas de prevención para evitar el colapso en la Atención Primaria y en las urgencias de centros hospitalarios ante el aumento de enfermedades respiratorias. El sindicato ha señalado que el incremento de las enfermedades respiratorias, la incidencia del Covid-19 y de la gripe asociadas a esta época del año está “tensionando cada vez más la Atención Primaria tanto en las consultas como en los puntos de atención continuada por la falta de personal” ■

05 de diciembre

Valencia, primera en recuperar la obligatoriedad de la mascarilla.

Valencia, primera en recuperar la obligatoriedad de la mascarilla en los centros sanitarios y sociosanitarios. La Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana ha remitido a los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana una instrucción de la Dirección General de Salud Pública que establece la obligatoriedad del uso de mascarillas en los centros sanitarios y sociosanitarios como medida preventiva ante el repunte de infecciones por virus respiratorios. Con una incidencia de infecciones respiratorias en la comunidad de 1.501 casos por 100.000 habitantes en la semana epidemiológica 52, se ha considerado pertinente establecer la obligatoriedad del uso de mascarillas en centros sanitarios y sociosanitarios ■



07 de diciembre

La Fundación “la Caixa” impulsa la investigación en biomedicina y salud con 25,3 millones de euros. A través de una convocatoria dotada con 25,3 millones de euros, la Fundación “la Caixa” quiere impulsar la investigación en biomedicina y salud en España y Portugal. Por esta razón, se ha celebrado un acto de entrega de ayudas a 33 proyectos de investigación en biomedicina y salud. Estos proyectos se llevarán a cabo en centros de investigación, hospitales y universidades de España y Portugal. Se trata de proyectos seleccionados en el marco de la convocatoria CaixaResearch de Investigación en Salud 2023. Esta convocatoria tiene el objetivo de impulsar la investigación biomédica de excelencia con gran impacto social en investigación básica, clínica y traslacional ■



15 de diciembre



Se confirma un descenso del impacto de las enfermedades respiratorias. El informe del Instituto de Salud Carlos III sobre vigilancia de infecciones respiratorias en España de la temporada 2022-2023, que aglutina datos de Covid-19, gripe y VRS desde el 3 de octubre de 2022 al 26 de septiembre

de 2023 advierte de un descenso del impacto de las enfermedades respiratorias. En concreto, concluye que en la temporada 2022-23 se observaron menores tasas de incidencia de infección respiratoria aguda leve (IRAs) en Atención Primaria y de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales, que en la temporada previa 2021-22. Además, lo hacen con un patrón temporal diferente, en consonancia con la presentación e intensidad de las ondas epidémicas de gripe, Covid-19 y VRS en cada temporada ■

18 de diciembre



El 30 por ciento de las muertes en España se deben a factores de riesgo comportamentales. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha advertido de que el 31 por ciento de las muertes en España se deben a factores de riesgo comportamentales. Si bien se trata de una proporción menor que la media de la Unión Europea (39 por ciento), según el informe 'España: Perfil sanitario nacional 2023'. De hecho, en este país, el 10 por ciento de muertes se deben a riesgos asociados con la alimentación, mientras que en el resto de Europa, esta cifra asciende hasta el 17 por ciento. En concreto, estos factores de riesgo comportamentales responden al consumo de tabaco, alcohol, hábitos de alimentación o actividad física reducida ■

19 de diciembre

Denuncias por los recortes en las pagas de navidad. El Sindicato de Enfermería (SATSE) ha denunciado que las enfermeras y fisioterapeutas que trabajan en la Sanidad pública volverán a sufrir recortes en las pagas de navidad. Desde el sindicato recuerdan que este recorte se mantiene desde hace 13 años. La organización sindical subraya que el recorte en las pagas de navidad de los empleados públicos "se justificó por parte del Gobierno de entonces en la grave crisis económica registrada en aquel momento", pero "desde hace años no tiene justificación alguna", añaden ■



02 de enero

Sescam Responde: nuevo servicio de consulta sanitaria de Castilla-La Mancha. Sescam Responde es el nuevo servicio de información y consulta sanitaria presentado por el Gobierno de Castilla-La Mancha. Se trata de un centro de llamadas que evitará al ciudadano acudir a un centro de asistencia sanitaria. Entre otros asuntos, ofrecerá información de vacunas, alertas sanitarias o preparación para pruebas diagnósticas. El desarrollo de esta nueva prestación se incluirá dentro del nuevo contrato del Servicio de Operación Telefónica para la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (Guets). Recientemente el Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha ha aprobado este contrato, con una partida de más de 7,1 millones de euros durante los próximos dos años ■





FUE NOTICIA

La actualidad del sector

03 de enero



La Paz utiliza un brazo robótico para operaciones de columna vertebral. El Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Paz de Madrid ha realizado 37 intervenciones y ha implantado 220 tornillos en pacientes tras la incorporación de un brazo robótico para operaciones de columna vertebral. Según la Comunidad de Madrid,

este hospital es el primero de España tanto público como privado, que cuenta con dicha tecnología de vanguardia. Este equipamiento permite que el cirujano y la máquina trabajen de manera simultánea en la colocación de fijaciones transpediculares. Aporta una mayor precisión en el procedimiento y reduce hasta cuatro veces la exposición a radiación del paciente ■

08 de enero

CESM Murcia lanza su lista de medidas urgentes ante el colapso de la Sanidad regional. El Sindicato Médico de la Región de Murcia CESM ha alertado de la gravedad del colapso que se está viviendo en la Sanidad regional durante estas semanas como consecuencia del incremento actual de los contagios por virus respiratorios y la descompensación de los enfermos crónicos. Tal y como describe, la Sanidad regional no puede absorber el elevado número de pacientes. Por ello, se asiste a escenas de caos y saturación en los centros sanitarios, con demoras extremas, profesionales trabajando bajo presión y en situación de estrés continuo y una calidad de la asistencia sanitaria que se resiente ■



09 de enero

El número de médicos en España es superior a la media de la UE. El número de médicos de España es superior a la media de la Unión Europea, pero “existen tendencias preocupantes en el personal sanitario”, como la presión asistencial o la falta de personal de Medicina General, Pediatría y Enfermería. Además, el gasto sanitario total en España está por debajo de la media europea. Estas son algunas de las conclusiones del informe ‘State of Health in the EU. España: Perfil sanitario nacional 2023’, presentado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Durante 2021, España destinó el 10,7 por ciento del PIB al gasto sanitario, mientras que la media europea alcanzó el 11 por ciento. El gasto per cápita en Sanidad ha aumentado durante el último decenio, si bien continúa por debajo de la media europea ■



10 de enero

SEMERGEN apoya el uso de mascarillas, pero considera que llega tarde. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) recomienda el uso de mascarillas de protección a la hora de acudir a los centros sanitarios. No solo para pacientes con síntomas respiratorios, sino también para aquellos que presenten patologías previas o están en contacto con pacientes vulnerables. Asimismo, aconsejan a los ciudadanos acudir a los centros sanitarios cuando sea realmente necesario para evitar la saturación ■



11 de enero



CESM se fija para 2024 bajar la temporalidad a menos del 8 por ciento.

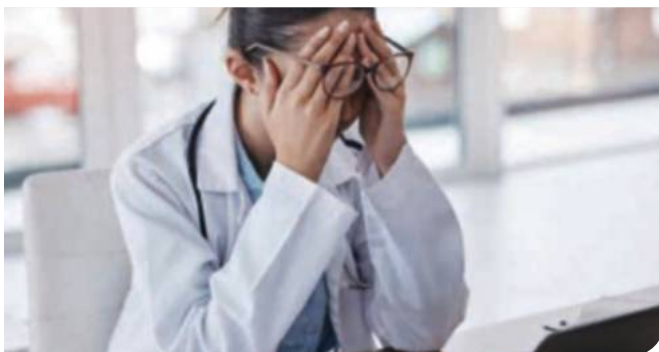
El gran reto que se fija la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) es dejar la temporalidad por debajo del 8 por ciento. “Debemos emplearnos a fondo,

exigiendo, por un lado, la máxima diligencia en la resolución de la OPE extraordinaria de consolidación de las convocatorias periódicas, tanto de los procesos selectivos ordinarios, como de los preceptivos concursos de traslados, sin olvidarnos de la abolición de las tasas de reposición”, sostiene Tomás Toranzo, presidente de CEMS. Reconoce que 2023 ha concluido prácticamente en blanco y confía en que 2024, desde el punto de vista sindical, sea mucho más fructífero, al tiempo que añade la disposición y ganas de CEMS por resolver los asuntos pendientes y los nuevos retos ■

12 de enero

El 24 por ciento de los médicos atendidos por el PAIME padecía trastornos del estado de ánimo.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) se sumó al día mundial de la lucha contra la depresión para concienciar sobre esta enfermedad grave que afecta a profesionales de la Medicina. De hecho, uno de cada cuatro de los profesionales atendidos en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) lo hace por trastornos del estado del ánimo entre los que domina la depresión, según datos de su último informe. En concreto, según los datos del último informe PAIME de 2023, en total 1711 médicos han sido atendidos en este programa en los dos últimos años; de los cuales un 24 por ciento padecía trastornos del estado de ánimo, entre ellos, la depresión ■



15 de enero

Internistas analizan una nueva entidad en el campo de las inmunodeficiencias primarias.

Médicos internistas de todo el país han abordado en Madrid novedades en enfermedades minoritarias y autoinmunes y sus complicaciones. Todo ello con especial foco en patologías autoinflamatorias, inmunodeficiencias primarias y patologías hemato-inflamatorias. Se trata de entidades, de presentación multiorgánica, en muchos casos “graves”, que precisan de abordajes multidisciplinarios. Estas deben ser diagnosticadas correctamente y atendidas por internistas expertos en su manejo. Así, bajo un formato de presentación de casos clínicos, cerca de 100 internistas participantes de los Grupos de Enfermedades Minoritarias (GTEM) y de Enfermedades Autoinmunes (GEAS) de la SEMI congregados en la I Reunión conjunta GTEM-GEAS ■

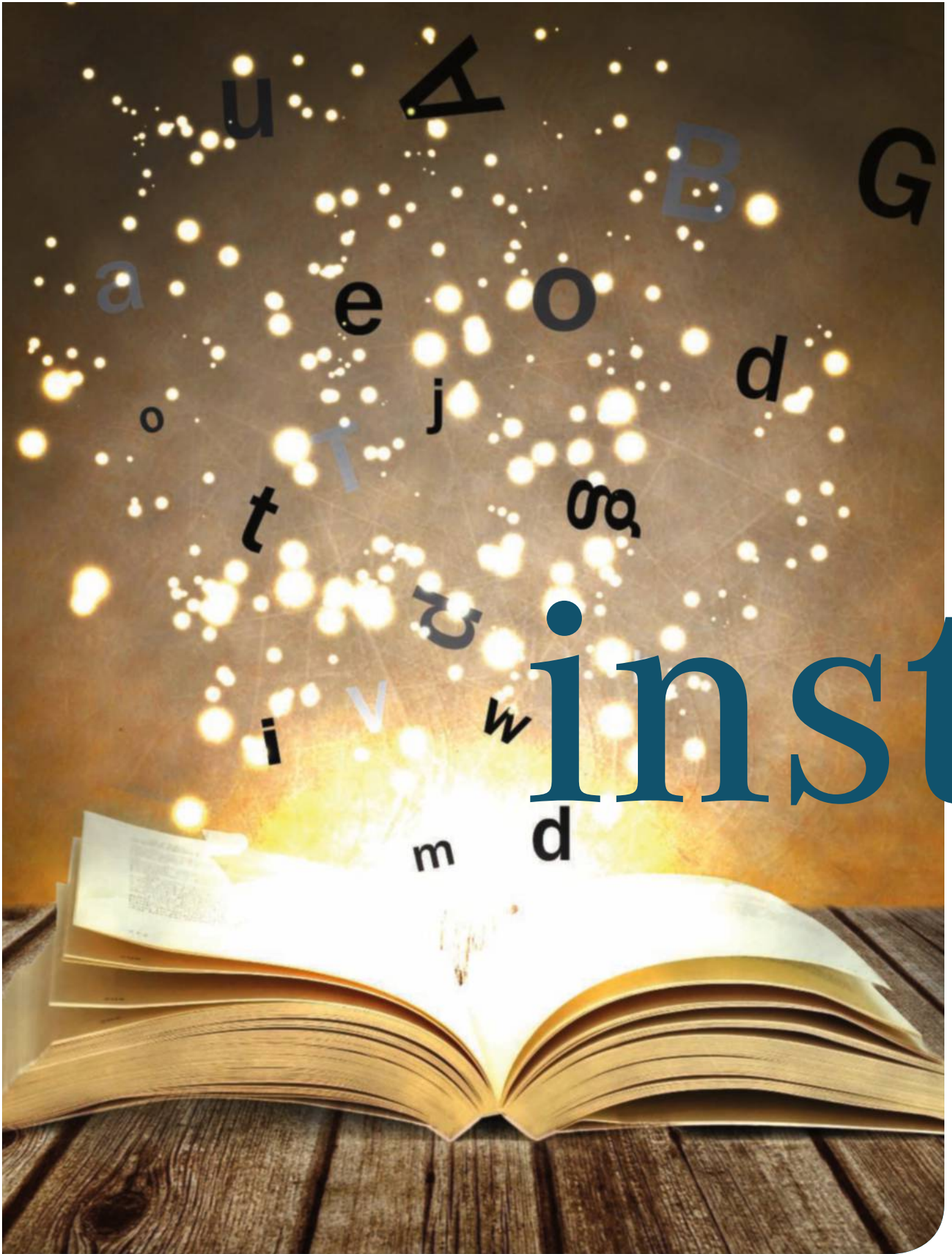


16 de enero

Solo en un año crecen en un 247 por ciento las bajas por salud mental entre médicos.

Las bajas por salud mental entre los médicos en activo han aumentado un 247 por ciento en el periodo de 2022 a 2023. Así se desprende de las cifras publicadas por Mutual Médica, dedicada a la protección y el bienestar de los médicos. Los problemas de salud mental, que incluye aspectos como el pensamiento, los sentimientos, el estado de ánimo y el comportamiento, han experimentado un aumento sustancial en el registro de expedientes. Así, han pasado de 70 en 2022 a 173 en 2023. Este aumento no solo denota un crecimiento numérico, sino también refleja una mayor conciencia y apertura hacia la salud mental en el ámbito de la profesión médica ■

NOTA: Cronología del 4 de diciembre de 2023 al 18 de enero de 2024. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.el-medicointeractivo.com>



La antánea médica

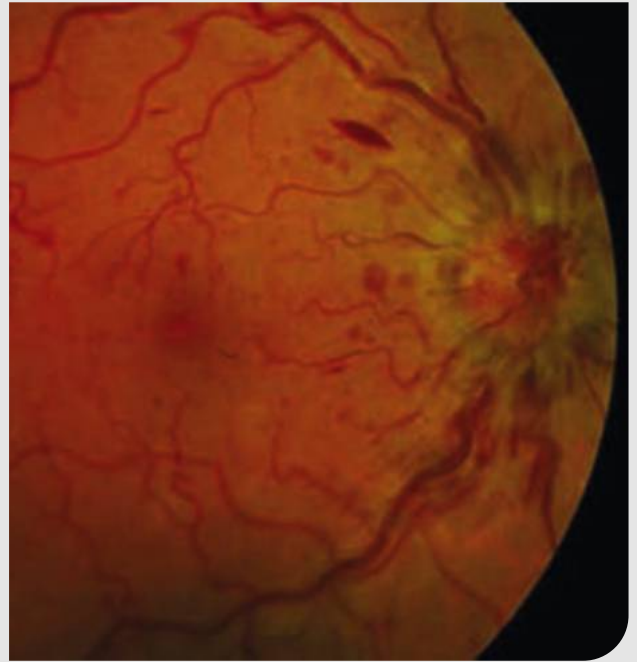


Vacuna en el cáncer colorrectal

Una vacuna demostró potencial para prevenir la recaída de los cánceres de páncreas y colorrectal con mutación de KRAS en pacientes que se habían sometido previamente a una cirugía, según un ensayo de Fase I dirigido por investigadores del Centro Oncológico MD Anderson de la Universidad de Texas (EEUU). En el ensayo, los pacientes con cáncer de páncreas y colorrectal que se consideraban con alto riesgo de recaída recibieron un máximo de 10 dosis de la vacuna ELI-002 dirigida a las mutaciones KRAS G12D y G12R. Se observaron respuestas de células T en el 84% de todos los pacientes y en el 100% de aquellos en las dos cohortes de dosis más altas, incluidos aquellos que recibieron la dosis recomendada de Fase II de 10 mg. Las respuestas de las células T predijeron reducciones en los biomarcadores tumorales y la eliminación del ctDNA, y se correlacionaron con una reducción del 86% en el riesgo de recaída o muerte. Para los pacientes por encima del nivel medio de respuesta de células T, la mediana de supervivencia libre de progresión aún no se había alcanzado, en comparación con los 4,01 meses en el grupo con un nivel de respuesta de células T por debajo de la mediana. Esta fue una mejora estadísticamente significativa ■



Variación del flujo sanguíneo óptico en las migrañas



Los cambios en el flujo sanguíneo de la retina podrían explicar por qué algunos pacientes de migraña experimentan síntomas visuales, según un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de California en los Ángeles (EEUU). Para los autores del estudio, publicado en 'Headache', el hallazgo podría representar un marcador observable de las migrañas, "tan buscado desde hace tiempo", que los médicos podrían utilizar para ayudar en el tratamiento clínico de la enfermedad. En este sentido, aunque los pacientes con migraña suelen experimentar síntomas como dolor alrededor del ojo, sensibilidad a la luz, puntos ciegos y visión borrosa, no se conocen bien los mecanismos que subyacen a estos síntomas. Los investigadores descubrieron que el flujo sanguíneo disminuye en la retina durante los ataques de migraña, tanto en los pacientes migrañosos con síntomas de aura como en los que no los tienen. Sin embargo, se observó que los pacientes con síntomas de aura presentaban un flujo sanguíneo menor en determinadas zonas de la retina en comparación con los pacientes sin síntomas de aura. Además, el flujo sanguíneo asimétrico en las retinas también estaba correlacionado con el lado de la cabeza en el que los pacientes migrañosos experimentaban dolor. ■

El agua embotellada puede contener nanoplasticos no identificados hasta ahora

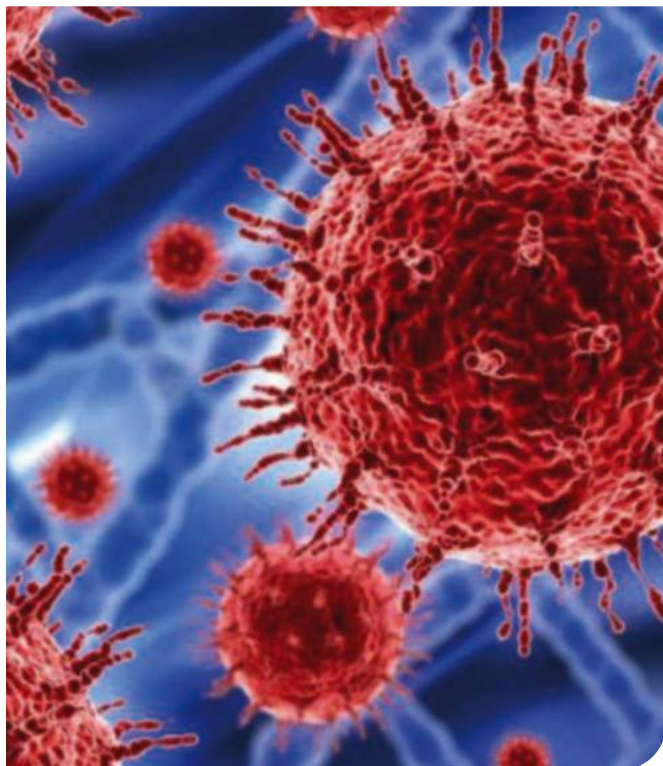
El agua embotellada puede contener cientos de miles de pequeños trozos de plástico no identificados hasta ahora, según un estudio, que acaba de publicarse en la revista 'Proceedings of the National Academy of Sciences', realizado por investigadores del Observatorio Terrestre Lamont-Doherty de la Universidad de Columbia (EEUU). En los últimos años, ha aumentado la preocupación por el hecho de que pequeñas partículas conocidas como microplásticos estén apareciendo básicamente en todas partes de la Tierra, desde el hielo polar hasta el suelo, el agua potable y los alimentos. Estas partículas, que se forman cuando los plásticos se descomponen en trozos cada vez más pequeños, están siendo consumidas por los humanos y

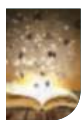


otras criaturas, con posibles efectos desconocidos para la salud y el ecosistema. Los nanoplasticos son tan pequeños que, a diferencia de los microplásticos, pueden pasar a través de los intestinos y los pulmones directamente al torrente sanguíneo y desde allí viajar a órganos como el corazón y el cerebro. Pueden invadir células individuales y atravesar la placenta hasta los cuerpos de los fetos ■

Explicada la asociación el virus de Epstein-Barr con la esclerosis múltiple

La respuesta inmune del cuerpo al virus de Epstein-Barr (VEB) puede desempeñar un papel en causar daño en personas con esclerosis múltiple, según un nuevo estudio dirigido por investigadores UTHealth Houston (EEUU), y publicado en 'Proceedings of the National Academy of Sciences' ('PNAS'). La infección por EBV se ha asociado durante mucho tiempo con la esclerosis múltiple, pero no está claro cómo la infección podría contribuir a la esclerosis múltiple. Más del 95% de las personas han sido infectadas con este virus tan común; sin embargo, normalmente permanece en su etapa latente y no causa ningún problema. No obstante, en algunos casos, las células T específicas de la infección por EBV pueden causar problemas. Ahora, la investigación demuestra que las células T específicas para las células infectadas por EBV están presentes en grandes cantidades en el líquido cefalorraquídeo de personas con esclerosis múltiple en sus primeras etapas. "Esto sugiere fuertemente que estas células T están causando la enfermedad o contribuyendo a ella de alguna manera. Tenemos experimentos en curso para definir qué pueden estar haciendo estas células", señala ■





En el Alzheimer se produce neuroinflamación

Los síntomas neuropsiquiátricos comunes que los médicos observan en los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen su origen en la inflamación cerebral y no en las proteínas amiloide y tau, según un artículo publicado en 'JAMA Network Open' por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh (EEUU). De este modo, el hallazgo refuerza la evidencia cada vez mayor del papel de la neuroinflamación en la progresión del Alzheimer y sugiere nuevas vías para el desarrollo de terapias dirigidas a los síntomas neurológicos de la enfermedad. “Los síntomas neuropsiquiátricos, como la irritabilidad, la agitación, la ansiedad y la depresión, figuran entre los más difíciles de tratar en los pacientes con Alzheimer. Son difíciles de controlar, no tienen una causa clara y hacen que sea difícil para las familias cuidar de sus seres queridos sin mucho apoyo”, ha señalado el primer autor Cristiano Aguzzoli, asociado postdoctoral en Pitt, quien ha añadido que con esta investigación “se demuestra por primera vez que la inflamación cerebral puede ser la culpable de estos síntomas”. Los nuevos hallazgos aportan las primeras pruebas sólidas de que la inflamación cerebral es también una causa directa de los síntomas neuropsiquiátricos que suelen acompañar a las demencias asociadas al Alzheimer ■

Las mutaciones en una enzima podrían provocar trastornos psiquiátricos

Un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Salud Fujita (Japón) ha intentado comprender el papel de una nueva enzima en el desarrollo del trastorno del espectro autista. Las mutaciones en una enzima metabolizadora del triptófano podrían afectar a la regulación de la dopamina y provocar trastornos psiquiátricos. A pesar de estos esfuerzos, las funciones precisas de varias proteínas implicadas en la función cerebral siguen siendo complejas. Tal es el caso de la indoleamina 2,3-dioxigenasa 2 (IDO2), una enzima expresada en el cerebro y metabolizada por la vía triptófano-quinurenina (TKP). Los cambios en los metabolitos de esta vía ya se han relacionado con muchos trastornos psiquiátricos, y los ratones modificados genéticamente han sido herramientas inestimables en tales estudios. Sin embargo, se desconocen las funciones detalladas de la IDO2 en el cerebro. En conjunto, los hallazgos de

este estudio podrían servir para comprender la naturaleza genética y bioquímica de ciertos trastornos psiquiátricos o del neurodesarrollo. “Este trabajo aporta valiosos conocimientos sobre la fisiopatología asociada a la IDO2 ■



Sensores inhalables para el diagnóstico de cáncer de pulmón

Una nueva tecnología desarrollada en Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos podría permitir que, diagnosticar un cáncer de pulmón, fuese tan fácil como inhalar sensores de nanopartículas y, a continuación, realizar un análisis de orina que revele la presencia de un tumor. El nuevo diagnóstico se basa en nanosensores que pueden administrarse mediante un inhalador o un nebulizador. Si los sensores encuentran en los pulmones proteínas relacionadas con el cáncer, producen una señal que se acumula en la orina, donde puede detectarse con una simple tira reactiva de papel. Este método, publicado en un artículo en *'Science Advances'*, podría sustituir o complementar la actual prueba de referencia para el diagnóstico del cáncer de pulmón, la tomografía computarizada (TC) de baja dosis. Una vez que las partículas llegan a los pulmones, son absorbidas por el tejido, donde se encuentran con las proteasas que pueden estar presentes. Las células humanas pueden expresar cientos de proteasas diferentes, y algunas de ellas son hiperactivas en los

tumores, donde ayudan a las células cancerosas a escapar de sus ubicaciones originales cortando las proteínas de la matriz extracelular. Estas proteasas cancerosas escinden los códigos de barras de ADN de los sensores, lo que permite que los códigos de barras circulen por el torrente sanguíneo hasta que se excretan por la orina ■



Estrategia mundial de la OMS para el cáncer de cuello uterino

Una nueva investigación dirigida por el Daffodil Center de la Universidad de Sidney (Australia) ha mostrado que las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en países de ingresos bajos a medianos podrían reducirse en más de un 63 por ciento con la implementación de directrices actualizadas de detección de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los hallazgos, publicados en *'Nature Medicine'*, se centran en la detección del virus del papiloma humano (VPH) en la población general en 78 países, y en múltiples escenarios de detección para mujeres con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), calibrados para Tanzania, donde la infección por VIH es endémica. Los dos estudios modelan la población general y las opciones de detección específicas en países de ingresos bajos y medianos, y se realizaron para respaldar una revisión importante de las directrices de la OMS y acelerar la estrategia global de la OMS para eliminar el cáncer de cuello uterino. Así, se apunta que “la detección primaria del VPH es lo más eficaz desde el punto de vista clínico y rentable, y reduce la mortalidad entre un 63 y un 67 por ciento cuando se realiza cada cinco años” ■



Tecnología

La salud digital y las nuevas formas de la atención médica

Editores: Jaime del Barrio y Julio Jesús Sánchez



La salud digital y las nuevas formas de la atención médica aborda cómo las nuevas tecnologías e innovaciones están transformando el sector y examina las tendencias actuales y sus áreas de aplicación, incluyendo la atención basada en valor y las terapias digitales.

Los autores exploran los beneficios de la salud digital, tanto para pacientes como para profesionales, y resaltan la importancia de la competencia digital para los profesionales sanitarios.

El libro se convierte en una pieza esencial para cualquier persona, pues busca explicar el futuro de la salud y qué pueden hacer las nuevas tecnologías como la inteligencia artificial, el big data o el metaverso. Además, pretende que profesionales y pacientes conozcan la aplicación y beneficios de la telemedicina o de dispositivos wearables ■

El libro se convierte en una pieza esencial para cualquier persona, pues busca explicar el futuro de la salud y qué pueden hacer las nuevas tecnologías como la inteligencia artificial, el big data o el metaverso. Además, pretende que profesionales y pacientes conozcan la aplicación y beneficios de la telemedicina o de dispositivos wearables ■

La salud y las redes sociales. Conectar para investigar, prevenir, compartir, cuidar y curar

Editor: Julio Mayol

Las redes sociales son un canal de comunicación que pueden servir tanto a pacientes como a profesionales sanitario. El libro expone un relato estructurado sobre qué son las redes sociales, qué tipos de redes existen, sus distintos modelos de negocio y cómo puede utilizarse cada una en el ámbito de la salud.

A través de sus páginas, el autor explica cómo pueden ayudar las redes desde las aulas, en el aprendizaje de los nuevos profesionales, favorecen la investigación conjunta sin límites geográficos e, incluso, cómo el poder compartir casi en tiempo real los



resultados de investigaciones en distintas partes del mundo acelera el avance médico.

Además de los beneficios para la formación sanitaria, el texto muestra cómo se ha utilizado este canal para seguir patrones de propagación de una enfermedad, crear canales directos y entornos entre profesional y paciente con el fin de informarles y apoyarles en el proceso de su enfermedad ■

Dolor

El autocuidado en las personas con dolor

Editores: Manuela Monleón, Elisa Gallach, María Jesús Goberna y Raúl Ferrer

Las personas que presentan cualquier problema de salud crónico necesitan adoptar las medidas oportunas para lograr el mayor nivel de autonomía y calidad de vida que la situación de la enfermedad les permita.

Los autores del manual recogen recomendaciones para que estos pacientes aprendan a prevenir y calmar su dolor. Las acciones explicadas tienen el objetivo de disminuir o prevenir los efectos que causa esta sensación.



El autocuidado es muy importante para mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes que padecen dolor de forma permanente. En este aspecto, el papel de la Psicología es de gran interés. Aunque la influencia del dolor siempre se ha tratado desde la perspectiva física, padecer esta sensación llega a desencadenar en los pacientes baja autoestima. Por este motivo, es importante evaluar la salud mental en casos de dolor crónico ■

FUNDACIÓN
juegaterapia

Seguir siendo Niños

Convertimos las azoteas de los hospitales en jardines mágicos

Colabora en Juegaterapia.org

#SeguirSiendoNiños

Janssen es ahora
Johnson & Johnson



Nueva identidad.
Mismo propósito

