



Sanidad, líder de los presupuestos de todas las comunidades

Entrevistas

María Martín Díez de Baldeón

Consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja

Luis Rodríguez Padial

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

Innovación

La transformación de los RR. HH. ante el impacto de la salud digital



30º Congreso
Nacional de
**MEDICINA
GENERAL Y
DE FAMILIA**

13 al 15 de Junio 2024

A CORUÑA

ACORUNA.SEMG.ES

#SEMG24



*“Marcando
el rumbo”*

SUMARIO

EN PORTADA



El gasto en Sanidad lidera los presupuestos de todas las comunidades

El gasto sanitario para este 2024 sigue marcando los presupuestos en todas las Comunidades Autónomas. Las cuentas aprobadas visibilizan la preocupación por mantener el sistema sanitario y responder a los problemas de la Sanidad pública.

6

ENTREVISTA



María Martín Díez de Baldeón

Consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja

12

FACME/ENTREVISTA

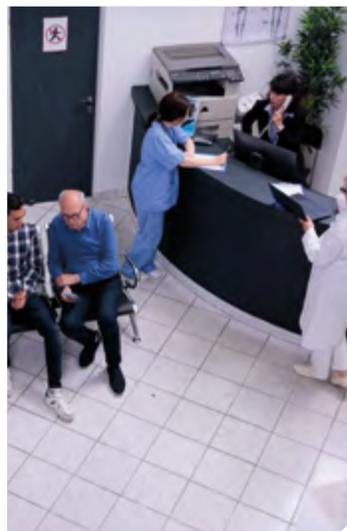


Luis Rodríguez Padial

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

26

REPORTAJE



Las claves del futuro de la Farmacia de Atención Primaria

18

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ REPORTAJE



Seguridad del paciente, claves desde la gestión sanitaria

24

SUMARIO

GESTIÓN EN AP/ ENTREVISTA



**María
Concepción
Fernández**

Especialista en
Medicina Familiar y
Comunitaria. Vocal
por Valencia de la
Sociedad Española de

Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

38

REPORTAJE/ INNOVACIÓN



La transformación de los
RR.HH. ante el impacto de la
salud digital

54

ENTREVISTA/ SIN COLGAR LA BATA



**Aser García
Rada**

Pediatra, actor,
asesor médico de
guiones y médico de
rodaje

52

HISTORIA DE LA MEDICINA



La Medicina árabe.
Su nacimiento y evolución

58

OTROS TEMAS

Proyecto
CONSCIENTES 64

Fue Noticia 70

Instantánea Médica 76

Publicaciones 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

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 Lauzurika, Paco Romero, Javier Granda, Cla-
ra 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 medica-
mentos. Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN:
0214-6363.

© Copyright 2024. Prohibida la reproducción total o
parcial del contenido de esta publicación sin autori-
zación 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.

SOMOS información



El Médico
Interactivo
from Medscape

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



2024

RATE

ON
C-CE

÷

%

×

M^R
MC

9

-

M-

6

+

M+

3

2

=

.



El gasto en Sanidad lidera los presupuestos de todas las comunidades

El gasto sanitario para este 2024 sigue marcando los presupuestos en todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Las cuentas aprobadas visibilizan la preocupación por mantener el sistema sanitario y responder a los problemas de la Sanidad pública. Un gasto sanitario que supone el 92,1 por ciento del presupuesto sanitario público total. A la hora de escribir el reportaje, Castilla y León y Cataluña tenían el presupuesto prorrogado a la espera de su aprobación. Asturias y País Vasco son las comunidades que más dinero destinan a salud por habitante. Les siguen Navarra, Castilla y León y Aragón. En el extremo opuesto, Comunidad de Madrid y Cataluña son las que menos invierten per cápita.

Texto  Nekane Lauzirika

Fotos  EL MÉDICO



REPORTAJE PORTADA

El gasto en Sanidad lidera los presupuestos de todas las comunidades

ANDALUCÍA

Uno de cada tres euros a Salud

El Gobierno de la Junta de Andalucía, liderado por el popular Juanma Bonilla, pone en valor las grandes cifras del presupuesto para Sanidad en 2024, que asciende a 14.246 millones de euros, con un incremento del tres por ciento con respecto al año anterior y un 45 por ciento respecto al de 2018, que supone el 30,47 por ciento del presupuesto de la Junta. “Práctica-

mente uno de cada tres euros del presupuesto de Andalucía se destinará a salud”, explican.

La consejera de Salud y Consumo, Catalina García, subraya el impulso del Ejecutivo para mejorar y modernizar las infraestructuras sanitarias. Así, las cuentas contemplan una partida de casi 557 millones de euros para obras de reformas y nuevas construcciones.

Además, destaca el aumento de las partidas destinadas a Atención Primaria, hasta alcanzar el 36 por ciento del presupuesto del Servicio Andaluz de Salud (SAS). En concreto, 4.976 millones de euros. “Damos así cumplimiento a uno de los puntos incluidos en el Pacto por la Atención Primaria, que establece un mínimo del 25 por ciento del presupuesto del SAS para Primaria”.

ARAGÓN

El más alto de la historia

Sanidad recibirá la mayor partida de los presupuestos del Gobierno de Aragón para este año. El consejero de Sanidad, José Luis Bancalero Flores, destaca que es el más alto de su historia, con un total de 2.779 euros. Crece un 9,07 por ciento en comparación con 2023 y supone el 32,52 por ciento del gasto total de la región.

El Servicio Aragonés de Salud recibe 2.584 millones de euros, cerca de 212 millones más que en el ejercicio anterior, un 8,93 por ciento más, porcentaje que sube al 11,58 por ciento si se tiene en cuenta únicamente los recursos propios. Además de las partidas para inversiones y obras, también sube el gasto de personal con 1.338 millones, 104 más que en 2023. Este presupuesto permitirá “acometer to-

dos los restos pendientes del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista de los profesionales como de los usuarios”, apuntan.

CANARIAS

Reducir la temporalidad

La consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, Esther Monzón, se muestra satisfecha por la inversión sanitaria que ascenderá hasta los 4.369 millones de euros. Será un 15,2 por ciento superior a la del pasado año. Monzón destaca que el presupuesto del Servicio Canario de la Salud (SCS) contempla por primera vez su gasto sanitario real, elevando para el este año el gasto disponible en 576 millones respecto al presente ejercicio.

Entre las grandes líneas estratégicas se encuentra la puesta en marcha del Plan Activa Canarias, dotado con una partida adicional de 25,7 millones de euros con el fin de dar respuesta a uno de los principales retos de la región, reducir las listas de espera; asimismo, perseguirá impulsar la consolidación de la estrategia “+Atención Primaria” en todos los centros de salud del SCS.

En relación a los recursos humanos, se pretende seguir la senda de fidelizar y

reducir la temporalidad de las plantillas del SCS. Una línea clave será el desarrollo del proceso de estabilización de alrededor de 12.000 trabajadores y la consolidación de las 7.055 nuevas plazas en plantilla orgánica entre los profesionales del Servicio Canario de Salud.

CANTABRIA

Cuentas “sensatas y realistas”

La Sanidad de Cantabria, liderada por César Pascual, contará con 1.149 millones de euros, lo que supone un incremento del



5,8 por ciento respecto del montante actual y representa el 31 por ciento del total del capítulo de gastos de Cantabria.

En opinión de Pascual se trata de unos presupuestos “sensatos, realistas e históricos”, que estarán enfocados a la Atención Primaria y a los profesionales y que, entre otras cuestiones, servirán para reducir las listas de espera.

La mayor parte del presupuesto, 1.120 millones de euros irá destinada al Servicio Cántabro de Salud (SCS), donde más del 50 por ciento será dedicado a gasto en personal, que sube hasta un 10,7 por ciento, el doble que lo que sube el total de las cuentas y que irá destinado a financiar el incremento salarial de los profesionales, el refuerzo de plazas en Atención Primaria y la estabilización de las plantillas.

El consejero señala la Atención Primaria como “una de las prioridades”, asegurando que “se redoblará el esfuerzo para reforzar este pilar esencial del Estado del Bienestar”.

CASTILLA Y LEÓN

2.054 euros por cada tarjeta sanitaria

A la hora de escribir este reportaje, Castilla y León trabajaba con los presupuestos prorrogados del 2023. Por tanto, el gasto sanitario en Castilla y León asciende a 4.753 millones de euros.

En Castilla y León hay un gasto de 2.054 euros por cada tarjeta sanitaria. “Todo ello enmarcado en un entorno de deficiente financiación autonómica, que castiga las peculiaridades de Castilla y León: el envejecimiento, la cronicidad, la dependencia y la dispersión geográfica”, explican. Actualmente, la comunidad tiene un gasto sanitario correspondien-

te al siete por ciento del Producto Interior Bruto (PIB).

Según Vázquez, no es lo mismo prestar atención sanitaria en una comunidad como Castilla y León en la que la población está tan dispersa que en otras con población más concentrada. “Nuestras

características nos obligan a disponer de unas infraestructuras sanitarias mucho más amplias”.

El consejero remarca que el contar con

los presupuestos prorrogados no significa que no se puedan acometer nuevas acciones, aunque confían en poderlos presentar próximamente.

CASTILLA-LA MANCHA

10 millones al día para Sanidad

El Gobierno de Castilla-La Mancha dispondrá de un montante de 3.929 millones de euros en materia sanitaria para continuar desarrollando un modelo de prevención y promoción de la salud, “mejorando las vidas de las personas más allá de las prestaciones sanitarias”, indica el consejero de Sanidad, Jesús Fernández Sanz.

Se ha pasado de una inversión diaria para la Sanidad de 6,6 millones de euros a 10,38 millones, es decir 3,78 millones de euros más cada 24 horas.

Fernández Sanz destaca el importante incremento que se ha producido en la inversión por persona, habiendo pasado de 1.242 euros en 2015 los casi 2.000 euros por persona que se alcanzarán en este año, concretamente 1.994,76 euros.

El capítulo de recursos humanos supondrá cerca del 50 por ciento del total del presupuesto, con 1.885 millones de euros, un 4,6 por ciento más que en el ejercicio pasado.

CATALUÑA

Revertir la infrafinanciación

El Departamento de Salud de la Generalitat cuenta con un presupuesto (trabajan con el de 2023) de 12.232, ocho millones de euros. lo que representa un aumento con respecto al 2022 del 11,7 por ciento. El conseller de Salut defiende que las partidas económicas permiten “comenzar a revertir la infrafinanciación crónica del sistema”.

Las cuentas recogen, entre otras, una partida extraordinaria de cien millones de euros para mejorar el acceso a la Atención Primaria y disminuir las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y visitas a consultas externas. Se trata del presupuesto de Salut más elevado y el grueso de recursos está destinado a la Atención Primaria, con 2.101,3 millones de euros.

COMUNIDAD DE MADRID

El menor gasto per cápita

La inversión en los Presupuestos-2024 de la Comunidad de Madrid para el mantenimiento y mejora de los servicios públicos aumenta un 57 por ciento, un incremento de 2.200 millones de euros. Sanidad suma la mayor cantidad de recursos, con 10.157 millones, un 16,5 por ciento más. Sin embargo, el gasto per cápita en Sanidad, por quinto año consecutivo, es el menor del Estado.

La Atención Primaria será una de las prioridades. Para ello, contará con 2.572 millones, sube un 25 por ciento, así como seguir reduciendo las listas de espera. En este sentido, Madrid iniciará la construcción de 19 nuevos centros de salud en los que el Gobierno regional invertirá 76 millones de euros. Otro hito importante de la Sanidad madrileña será la intensificación del Plan de Salud Mental y Adicciones, que contará con nuevas acciones destinadas prioritariamente a la atención a niños



REPORTAJE PORTADA

El gasto en Sanidad lidera los presupuestos de todas las comunidades

y adolescentes, con la creación de hospitales de día y el refuerzo de los programas infanto-juveniles.

En materia de recursos humanos se continuará primando la estabilidad y el reconocimiento de la carrera profesional para el personal temporal, con el objetivo, además, de la incorporación de 14.000 personas como personal estatutario fijo.

COMUNIDAD VALENCIANA

Inyección a la Salud Mental

El Ejecutivo de la Comunidad Valenciana destinará una partida de 8.504 millones a su Sanidad en 2024, un tres por ciento más que las cuentas que presentó el pasado Ejecutivo (8.258,8 millones).

El programa que más crece es el de Salud Mental, que sube al 17 por ciento, hasta los 142,9 millones. La novedad es el denominado programa Asistencia Sanitaria, donde se incluye la dirección general de atención primaria que contará con el 20 por ciento del presupuesto sanitario (730 millones). La inversión en Sanidad supone el 28,60 por ciento del presupuesto total de la comunidad. La cifra supera el siete por ciento del gasto del PIB del territorio en 2021, alcanzando el 7,55 por ciento de los 112.603 millones de euros.

Otra de las novedades de estos presupuestos es el incremento del 42 por ciento del gasto farmacéutico.

EXTREMADURA

Más consultorios locales

La inversión en políticas sociales es crucial en el presupuesto para este año del Ejecutivo de Extremadura y uno de sus ejes también es la Sanidad, que dispone de

un total de 2.943 millones de euros, un 4 por ciento más que en el ejercicio pasado.

Para potenciar la Atención Primaria se dispone de una dotación de 794 millones que se destinarán, entre otras muchas medidas, a la puesta en marcha de cinco centros de salud en distintas ciudades de la comunidad. También se hace una importante inversión en consultorios locales de casi 2.400 millones de euros. La intención de la Junta es dar prioridad a áreas como la AP y la salud mental.

La inversión supone cerca del 12 por ciento del PIB de 2021, que se situó en 20.117 millones de euros.

GALICIA

Gasto sanitario récord

La Xunta de Galicia destinará 5.165 millones de euros a la Sanidad, un gasto récord.

El gasto sanitario de las CC.AA. es el 92,1 por ciento del gasto sanitario público total

La partida sanitaria supone el 38,96 por ciento del gasto autonómico. El Servicio Gallego de Salud (Sergas) elevará a más de 2.188 millones su presupuesto para personal e 2024, al incluir las mejoras pactadas en abril del pasado año.

Con estos presupuestos la Xunta creará más de 1.700 plazas en el Sergas para consolidar el aumento del plantel producido durante la pandemia.

De ellas, 870 plazas para compensar las medidas como la reducción progresiva de la jornada laboral. Así en 2024 todo el personal del Sergas trabajará 10 días menos. Será el siguiente paso antes de que en 2025 la jornada semanal quede fijada en 35 horas.

Además, habrá complementos nuevos tanto para los turnos de tarde como para los deslizantes en Atención Primaria. La Xun-

ta también incrementa las plazas de salud mental, tal y como está previsto en el plan 2020-2024.

ISLAS BALEARES

Abordaje de las listas de espera

Los presupuestos en Salud del Gobierno Balear ascienden a 2.354,4 millones de euros, lo que supone un incremento del 5,1 por ciento respecto a 2023. La consejera Manuela García destaca que “son los más altos y más sociales de la historia”, lo que permitirá abordar el objetivo principal de Salud: “construir y desarrollar un sistema sanitario universal, de calidad, con el usuario y los profesionales como elemento central” y que dan respuesta a los principales retos de futuro de la Sanidad.

La consejería dirigirá la partida más amplia de su presupuesto al Servicio de Salud, que dispondrá de 2.275 millones de euros para este ejercicio, lo que supone un incremento de más de 82 millones de euros, un 3,7 por ciento.

Uno de los objetivos principales es la apuesta por la Atención Primaria, que crece en 52,1 millones de euros, alcanzando la cifra de 620,8 millones de euros, lo que supone un incremento del 9 por ciento respecto al ejercicio anterior.

LA RIOJA

1.931 euros por habitante

La partida de Sanidad del Gobierno de La Rioja para este ejercicio será de 618 millones de euros, un 5,66 por ciento más que las cuentas de 2023. Con ellos pretenden afianzar el compromiso del Ejecutivo de “cuidar y apoyar a las personas”, según la titular de Salud y Políticas Sociales, María Martín. En total, esta cifra es el 31,77 por ciento del presupuesto y un 7,18 por ciento del PIB, que en 2021 superó los 8.614 millones.

La inversión en salud por habitante supera los 1.900 euros, “uno de los más altos el Estado”, asegura. El Servicio Riojano de Salud (Seris) tiene consignados 404,19 millones de euros.

Para reforzar la Atención Primaria se destinarán 187,87 millones de euros, el 31 por ciento del presupuesto de Sanidad y la atención especializada 372,4 millones de euros, con una subida de 21,55 millones.

La consejera de Salud y Políticas Sociales ha subrayado el incremento del 15,7 por ciento en el capítulo de personal.

NAVARRA

Como prioridad, reducir las demoras

El Gobierno de Navarra sitúa su gasto sanitario para este ejercicio en 1.465 millones de euros, sin duda la partida presupuestaria más elevada. La cuantía destinada a la Consejería de Salud supone el 25,12 por ciento de los presupuestos, que alcanzan este año los 6.355 millones de euros.

Salud experimentará un incremento del 12 por ciento respecto al 2023. Se aumentará el presupuesto más en AP que en el resto de ámbitos en Salud. El Departamento que dirige Fernando Domínguez inyectará 18,92 millones de euros más al apartado de personal, lo que supone un incremento de más del 10 por ciento respecto al presupuesto del 2023.

Se priorizan áreas como la reducción de la lista de espera, la investigación e innovación y las inversiones estratégicas que aportan valor al sistema público de salud y la salud comunitaria, como la construcción de nuevos centros de salud, la renovación

de equipos sanitarios o la mejora o remodelación de infraestructuras sanitarias en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria.

PAÍS VASCO

Superan los 2.200 euros por persona

Nuevamente, el Departamento de Salud vuelve a incrementarse este año el presupuesto de forma muy significativa. Son 246,1 millones más con respecto al presupuesto de 2023. Esto supone un 5,3 por ciento de incremento que se suma al 5,9 por ciento del año pasado. El presupuesto que presenta este año Salud se eleva así a los 4.896,6 millones de euros. En cuatro años, el Departamento de Salud ha pasado de los 3.964 millones en 2020 a los 4.896 millones en 2024, son 932 millones más.

La partida presupuestaria de 2024 supone rebasar el techo de los 2.200 euros por habitante, hasta llegar

a 2.229 euros por cápita.

En esa línea, es la atención sanitaria directa a la ciudadanía la que concentra, también en 2024, la mayor parte del crecimiento presupuestario.

Así, la dotación destinada a Osakidetza vuelve a crecer, en concreto un 5,4 por ciento, alcanzando la cifra de 3.936,4 millones de euros.

PRINCIPADO DE ASTURIAS

El gasto per cápita más elevado

La Consejería de Salud del Principado de Asturias dispondrá de 2.322 millones de euros. La consejera Concepción Saavedra muestra su satisfacción porque las cuentas suponen un 9,25 por ciento más de lo presupuestado en 2023. Igualmente, destaca que casi cuatro de cada 10

euros del presupuesto total del Principado (6.348 millones) se dirigirá a Sanidad. Además, tendrá el mayor presupuesto per cápita, 2.311,16 euros, de todas las comunidades.

Un compromiso presupuestario que supone “continuar avanzando en uno de los servicios públicos claves”, explican desde Salud. Pretenden que esta inversión sirva para abordar tres objetivos fundamentales marcados en rojo desde la Consejería: fortalecer la Atención Primaria, que contará con 49,9 millones más que este año; afianzar el plan estructural frente a las listas de espera, con una inversión de 57 millones; y fortalecer la atención a la salud mental con más recursos humanos y materiales.

REGIÓN DE MURCIA

Afrontar el aumento de demanda

El presupuesto de la Consejería de Salud de Murcia crece un 7,14 por ciento con respecto a 2023, hasta alcanzar los 2.503 millones, de los que 548,7 se destinan a Atención Primaria.

Consigna 30,4 millones de euros para reducir las demoras actuales de la asistencia sanitaria, lo que supone un incremento superior al 35 por ciento para uno de los principales objetivos de la Consejería para el próximo ejercicio económico.

El Gobierno regional refuerza así el plan de reducción de listas de espera quirúrgica, consultas externas y pruebas complementarias, entre otros servicios, y en Atención Primaria, con la apertura en horario de tarde de los centros de salud.

El responsable sanitario, Juan José Pedreño, indica que son cifras históricas en el ámbito sanitario en Murcia para “afrontar los retos actuales del sistema sanitario regional como el creciente auge de la demanda asistencial relacionada con la salud mental, impulsar la Atención Primaria, así como reducir las listas de espera” ■



En **Sanidad**
todas las
comunidades
tenemos
los mismos
problemas

María Martín Díez de Baldeón

Consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja

Textos y fotos | Nekane Lauzirika



ENTREVISTA

María Martín Díez de Baldeón

“En Sanidad, todas las comunidades tenemos los mismos problemas”

La consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja, María Martín Díez de Baldeón, afronta con ilusión su segunda etapa en el cargo tras el retorno del PP al Gobierno riojano. Desde que en julio tomó posesión de la cartera ha dedicado gran parte de sus esfuerzos a reducir las listas de espera. *“En seis meses las hemos bajado un 21 por ciento. Era inadmisibles que la gente tuviera que esperar entre 6 meses y un año para una intervención”*. Entre sus líneas maestras se halla, además, el refuerzo de la Atención Primaria, la implementación de programas de salud mental en la infancia y adolescencia y la creación de una facultad de Medicina, que ayudará a generar un “ecosistema” sanitario que haga de La Rioja un lugar atractivo para los profesionales de la salud. En la entrevista con la Revista EL MÉDICO aboga por los acuerdos entre todas las comunidades, *“porque en Sanidad todas tenemos los mismos problemas”*.

María Martín Díez de Baldeón. Entre 2015-2019 fue consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja, cargo que abandonó al ganar el PSOE el Gobierno riojano. En julio de 2023, también con un ejecutivo popular liderado por Gonzalo Capellán, volvió a convertirse en la máxima responsable de la Sanidad riojana. Nacida en Toledo, es ingeniera de montes por la Universidad Politécnica de Madrid y graduada en Ciencias Políticas por la UNIR. Es una activa defensora de la igualdad de oportunidades y de trabajar por acabar con la brecha salarial en el área sanitaria entre hombres y mujeres.

Consejera entre 2015-2019 y ahora de nuevo desde julio de 2023. En medio, la pandemia de COVID-19. En Sanidad, ¿qué diferencias ante y postpandemia señalaría como más significativas?

La forma en que se han disparado las listas de espera en estos últimos cuatro años y la toma de determinadas decisiones, como la internalización de distintos servicios sin haber planificado que podían haber faltado profesionales de especialidades concretas o que eran servicios transversales para el funcionamiento del hospital, han hecho que se resienta el funcionamiento del hospital y que sea todo bastante más difícil en algunas áreas asistenciales.

Con un intermedio de signo político contrario, al volver a la consejería con el PP, ¿qué diferencias más notables ha percibido con respecto a su etapa anterior?

En el anterior gobierno hubo una cooperación entre extrema izquierda y PSOE. Esos dos votos que necesitaban, de Izquierda Unida y de Podemos para gobernar, obligó a que todo lo que estaba externalizado se internalizara, pero sin previa planificación. Por ejemplo, así se hizo en radiología sin haber aportado los suficientes radiólogos al hospital y ese cambio en un servicio transversal como el de radiología lo que hace es que se distorsione prácticamente todo. Hubo momentos en los había gente hospitalizada esperando una intervención o una prueba sin poder intervenir porque esa radiología, TAC o resonancia no se podía hacer. Ocurrían cosas como esta. Se internalizó también todo el tema de transporte sanitario, lo que duplicó el presupuesto que teníamos nosotros. Se internalizó toda la anterior cooperación público-privada concertada, con la que siempre que había picos lográbamos que se bajara en la concertada, pero al anular esta colaboración se dejó que siguiera subiendo y se pasara de unas listas de espera de alrededor de 40 días a encontrarnos con 123 días cuando hemos llegado nosotros.

Como mal generalizado, la falta de profesionales sanitarios será un amargo desayuno cotidiano. ¿Cómo está La Rioja en este baremo de necesidad?, ¿cómo paliar esta insuficiencia?

Lo peor de todo es la inacción de quien tiene la competencia que, en este caso, es el Ministerio de Sanidad. Todos sabemos que hay déficit de determinados profesionales, como, por ejemplo, los relacionados con salud mental: psiquiatras, enfermeras y psicólogos clínicos, así como en AP, médicos, pediatras y enfermeras de familia; todo esto que se sabe desde hace años y se tenía que haber planificado. En el año 2018 se firmó un acuerdo entre los consejeros de todas las comunidades, en aquel momento en su mayoría del PSOE, y llegamos a una resolución para la mejora del número de profesionales, para que se fuera avanzando. Al llegar el 2023 no se había hecho absolutamente nada, se seguía con el mismo problema, pero agravado. En La Rioja había los mismos médicos de familia que en 2019 y menos psiquiatras. Esto sí que es un problema.

Cuando se reclaman más sanitarios pensamos en salarios, pero en realidad, ¿sólo con más dinero se arreglaría esa falta? ¿qué otras cosas habría que ofrecerles?

Creo que lo que hay que cambiar es la manera de actuar en todo el sistema. La AP del año 86 no es la misma que la del 2024. Hay más exigencias, más especialidades, más coordinación y más tecnología. En la gestión pública, el problema que tenemos es que la gestión en sí avanza mucho más lenta que en el resto de los ámbitos. Esto me parece que es sobre todo un problema de gestión y de ineficacia. No me refiero a los profesionales, sino al conjunto del sistema público, por lo que creo que la base está en la revisión de un modelo que sigue teniendo el

esquema del año 86, cuando estamos en el siglo XXI. Para mí, esa es la clave; no es ni el dinero, ni el horario, es sencillamente que el modelo que se está llevando ahora de a lo mejor trabajar más profesionales y repartir las competencias, o qué tipo de cartera tiene que haber y qué no, debiera cambiarse por uno que analizara que tipo de cosas no aportan valor y se siguen haciendo. Todo esto requiere una revisión muy profunda en la que debe intervenir todo el mundo con voluntad de mejorar por parte de todos.

¿Ante esta carencia se compite al mejor postor entre comunidades y las más pequeñas quedan relegadas? ¿Cómo competir en igualdad con el atractivo profesional de Madrid, Barcelona, ...? ¿Competir o compartir y colaborar?

Creo que en el momento en que se pusiera encima de la mesa este avance de modelo probablemente no tendríamos esa carencia. Pero en este momento, pondré un ejemplo no de esta legislatura, sino de la anterior. Se decía de La Rioja, que nuestros profesionales se iban a Navarra porque allí tenían mejores condiciones y mejores sueldos. Nuestra relación con Navarra y el País Vasco siempre ha sido muy buena a través de convenios. Al firmar un convenio con Navarra, los periodistas le preguntaron al consejero invirtiendo los términos, que por qué los médicos de Navarra se venían a La Rioja, si era porque había mejores condiciones y mejores sueldos. Así que, el problema de la Sanidad pública es la falta de indicadores, de evaluación y de datos reales sobre lo que está pasando. A mí, una de las cosas que más me sorprende en este sector es que no haya un registro de profesionales y que, ahora, en el siglo XXI, en 2024 todavía esté sin cerrarse este registro de profesionales. A partir de ahí, es cierto que casi todo o mucho son percepciones y cuando se juegan con percepciones hay veces que no es la realidad y creo que ese es uno de los ámbitos, el del dato y el de la calidad del dato, lo más crítico en la Sanidad pública.

¿Qué papel tendría que jugar el Consejo Interterritorial?

Tendría que ser el de la coordinación absoluta y no está siendo así. De ello doy fe especialmente en esta nueva legislatura del Estado. A mí nunca me había pasado, y llevo en cargos públicos mucho tiempo, que en una Interterritorial todas las Comunidades de todos los signos políticos estén diciendo una cosa y que el resultado sea otro y, además, digan que es por consenso. Me parece que eso es primero una deslealtad y, segundo, una falta de cara a futuro de lo que tiene que ser la cooperación entre instituciones. Es muy fácil ponernos de acuerdo entre las Comunidades Autónomas; todas tenemos los mismos problemas, independientemente del signo político, la Sanidad tiene las mismas necesidades y enseguida nos ponemos de acuerdo. El ejemplo fue la obligatoriedad de las mascarillas; todos sabíamos lo que debíamos hacer, pero fue una decisión que no fue consensuada. Ahora ocurre lo mismo, te dan una serie de planes y datos sin tiempo y capacidad de reacción; creo que hay que tener voluntad por todas las partes, especialmente cuando alguien tiene una competencia que afecta a otra institución, y me refiero a cualquier cosa que afecte a los profesionales, que si se da ese paso tiene que ir con memoria económica y financiación. Si no, lo que estás haciendo es un canto al sol y casi un engaño.

¿Consecuencia de lo anterior pueden ser las largas listas de espera?, ¿cómo están en La Rioja? Y ¿cómo gestionan su reducción?

Nada más entrar al Gobierno hicimos un plan de choque; nuestro presidente en la campaña electoral fue muy claro y dijo que él no solo no huía de la colaboración público-privada, sino que entendía que lo inteligente es aprovechar todos los ámbitos, que también en Sanidad creía en la colaboración público-privada. Por eso, uno de los ejes fue volver a los conciertos para ayu-

dar en esos picos de listas de espera, aunque en aquel momento ya no era una cuestión de picos, sino de bajar la cifra de unos indicadores excesivamente altos en tiempos de espera. Nunca había habido tal volumen de personas que esperasen más de 6 meses y hasta un año para una intervención; nos parecía que no se podía consentir. Con nuestro plan de choque se hizo, por un lado, actividad extraordinaria, se estudió hasta donde podíamos llegar con medios propios, apretando el acelerador, duplicando camas en todas las habitaciones del Hospital San Pedro, que son individuales, contando con el Hospital de Calahorra para derivar pacientes, haciendo actividad extraordinaria bien programada y otra serie de líneas en ese plan de choque que han dado, en seis meses, un resultado de una bajada del 21 por ciento en listas de espera. Hemos pasado de 120 días el 1 de septiembre a 80, que es el último dato que tenemos.

En La Rioja están poniendo en marcha una Facultad de Medicina, ¿creen que ayudará a asentar a los médicos en la comunidad?

Entendemos que sí y que, sobre todo, lo que va a crear es un mayor ambiente y nivel a la hora de la calidad asistencial y querer quedarse, porque estas son profesiones muy vocacionales, que de tener la oportunidad de doctorados y de dar clase se quedarán, porque aquí en La Rioja tenemos el centro de investigación Biomédica y también el de investigación clínica. Con todo ese entorno entiendo que puede ser muy atractivo que exista esa facultad de Medicina.

Los problemas de salud mental, especialmente entre los jóvenes y más después de la pandemia, van en aumento. Es uno de sus objetivos de legislatura, ¿cómo se enfrentan a estas patologías en crescendo?

Cogiendo el toro por los cuernos y empeñando por los diagnósticos precoces. Para



ENTREVISTA

María Martín Díez de Baldeón

eso lo que hay que hacer es trabajar de la mano de Educación, sobre todo, y del Instituto de la Juventud. También estamos con la Universidad. Por un lado, está la parte de la Universidad en investigación, ya que tenemos un departamento muy importante de Psicometría. En este momento ya hemos dado pasos de cribado en secundaria, cuando empiezan a producirse los cambios de los niños, para aplicar programas de intervención emocional. Pero daremos más pasos todavía para que esos cribados sean en todos los niveles de Educación, en segundo de primaria especialmente, y luego reforzar desde AP esos niveles leves y moderados, dirigidos sobre todo a estrés, ansiedad e idea suicida en caso de jóvenes con trastornos leves, que son los que al final puede colapsar si pasan a trastorno grave, pero que si lo coges a tiempo no va a más y logras un filtro que entendemos que es lo más importante. También creemos que es clave poner un foco especial sobre el trastorno del neurodesarrollo, para lo que ya tenemos en marcha un programa muy potente de atención temprana hasta los 6 años, pero queremos reforzarlo y ampliarlo.

La AP es la clave de una buena Sanidad pública. ¿Cuáles son las demandas, las fortalezas y las debilidades de este nivel asistencial en la Rioja?

La fortaleza creo que es el tamaño. Tenemos 20 zonas básicas de salud. Esas zonas tienen 20 coordinadores y creo que se pueden hacer proyectos innovadores con ellos y con las supervisoras de enfermería, para ir dando pasos muy eficientes tanto en modelos de gestión como de la asistencia. Destacaría proyectos interesantes de Medicina comunitaria y de aplicación de retinografía, que pueden frenar luego la asistencia y las listas de espera en hospital. Es decir, pasos en AP que es más fácil de aplicar por el tamaño. La debilidad que tenemos es la dispersión; hemos de tener muchos más efectivos que en Madrid para una población que es bastante menor. Hay que llegar a todos los sitios y nosotros te-

nemos 174 consultorios y hay que atenderlos. En algunos lugares tenemos médicos con solo 300 tarjetas sanitarias y eso al final es un problema, porque para gestionar esto a veces hay que hacer auténticas maravillas

Y en una región con tantos pequeños municipios, ¿qué peso tiene la AP rural?

Es otra de las fortalezas, empezar a dar pasos para que la atención personalizada, la Medicina individualizada, sea desde AP, porque siempre se nos va la idea al hospital, a oncología o dermatología. En este caso, Medicina personalizada en AP significa que si nosotros tenemos una zona en la que la mayoría son agricultores y ganaderos, se puede hacer hincapié en las enfermedades y patologías que pueden venir derivadas de esa profesión; en otra zona, que sea de más industria pues lo mismo, trabajando en cada zona con investigación específica dirigida a lo que en ella más se necesite. Por ejemplo, en áreas de población envejecida se puede hacer Medicina personalizada más tipo Geriátrica. Si en algún sitio se pueden dar estos pasos y conseguir avanzar rápido en Medicina personalizada es en las zonas rurales. En consecuencia, la gente de zonas rurales pequeñas con centro de atención continuada puede estar mejor atendida que la de la ciudad, porque la Medicina personalizada es sobre todo en primaria y conociendo al paciente.

pero tú de quien te fías es de la persona que corrobora lo que explora ese robot y que lo que dice ese *big-data* es cierto. Porque creo que hay un componente primordial; en la curación de una enfermedad un gran porcentaje tiene que ver en cómo te la comunican, cómo te animan y a que lleves un tratamiento de forma adecuada, no solo en el entorno familiar, sino en este caso en el hospitalario y en la AP. Si esos profesionales tienen esa empatía, el proceso es mucho mejor que si no lo tienen, y un robot o una IA jamás van a tener esa empatía.

Una queja que comentan con frecuencia muchos médicos es la poco ágil relación entre AP y atención hospitalaria. ¿Cómo es en La Rioja?

Siempre me planteo esa cuestión porque hay especialidades donde es muy fácil y en otras no tanto. Las nuevas tecnologías son las mismas en todos los casos: correo electrónico, videoconferencias, teléfono,

WhatsApp. En la anterior legislatura nosotros organizamos el Foro de Profesionales, una especie de buzón donde se hablaba de todo y esta cuestión se planteaba. Al final, la conclusión era que todo depende de personas; los medios es fácil disponerlos, pero lo demás depende de las personas.

Humanizar la Sanidad frente al avance de nuevas tecnologías con digitalización creciente y la IA ya en marcha. ¿Cómo casan la atención personalizada y esta necesaria tecnologización?

Es totalmente compatible. Y en el caso de vulnerabilidad, como es una enfermedad, más todavía; puede darte seguridad que un robot con *big-data* sea capaz de ayudar

Hay que cambiar el modelo de gestión en todo el sistema sanitario

con tumores malignos porque ve más que el ojo y tiene mayor probabilidad de encontrarlos que un cerebro humano;

pero tú de quien te fías es de la persona que corrobora lo que explora ese robot y que lo que dice ese *big-data* es cierto. Porque creo que hay un componente primordial; en la curación de una enfermedad un gran porcentaje tiene que ver en cómo te la comunican, cómo te animan y a que lleves un tratamiento de forma adecuada, no solo en el entorno familiar, sino en este caso en el hospitalario y en la AP. Si esos profesionales tienen esa empatía, el proceso es mucho mejor que si no lo tienen, y un robot o una IA jamás van a tener esa empatía.

¿Qué papel ocupa esta “Medicina preventiva” en su hoja de ruta sanitaria?

Total, es la número uno. Es como en todo, parece que donde más presupuesto se pone es lo más importante, y no es así. Salud Pública entiendo que es casi lo más importante porque es la que se encarga de la prevención, epidemiología, de todas las alertas. En nuestro caso, Salud Pública trabaja en red con infinitas instituciones, asociaciones, especialmente, con educación en prevención

y educación en formación de salud. Tienen un gran papel concomitante con AP y enfermería, que son las puertas de entrada para esa prevención y promoción. Para nosotros es el número uno en Sanidad, porque como decimos, primero hay una Sanidad preventiva, luego una curativa y después está la paliativa. En las tres tenemos especial empeño y las tres son igual de importantes.

Usted también es consejera de asuntos sociales. ¿El código postal es muy decisivo en la salud de los riojanos?

La verdad es que no. A mí, que no soy riojana, una de las cosas que más me llama la atención es que no veo guetos. En La Rioja, tal vez por carácter y por la forma de vida, está todo muy mezclado. Esto es percepción, no es evidencia científica, pero sí hay evidencia científica de que ciertos trastornos tienen influencia social pero no por la clase económica, sino por situaciones concretas, me refiero a la salud mental. Creo que en salud mental todos vivimos bajo circunstancias peculiares del medio o una situación de estrés alta, que pueden hacer saltar la chispa y provocar un incendio en la salud, manifestándose ese trastorno que tenías ahí latente. Eso no es tanto del nivel social, sino más bien de la parte biológica. Pero sí es cierto que el entorno social es importantísimo, porque es mucho más fácil comer bien si tu economía es boyante que si no la tienes, pero no creo que haya más patologías en unos barrios que en otros. De hecho, en los centros de salud se hizo un estudio para el Plan de Salud Riojano y no se detectaron más enfermedades en unos centros que en otros.

Sanidad pública versus privada. Usted es consejera de Sanidad, de toda la Sanidad. ¿Cómo es la relación de ambas en su comunidad? ¿son complementarias o competidoras?

En nuestro ámbito y en esta legislatura son totalmente complementarias. Es el fallo de la legislatura anterior, que fueron antagónicas por parte de la pública; se rechazó



todo todo lo que tuviera que ver con la privada. Desde mi punto de vista es un gran fallo. Soy consejera de toda la Sanidad, eso por un lado y, por otro, lo que hace falta es que en esa colaboración lo que prime sea la transparencia y que a través de esa transparencia consigamos mejores resultados para los ciudadanos, que al final es para lo que estamos aquí. Si con la colaboración, además de dar mejores resultados, el sistema es más económico y es más eficiente, estamos en el modelo de gestión complementario público-privado en el que yo creo.

¿Qué empuja a una ingeniera de montes hacia el mundo de la Sanidad? ¿le gusta la gestión?

Me encanta la gestión, la gestión pública y el reto que supone todo lo que hay que cambiar en ella. Así como la Sanidad pública es el buque insignia de la tecnología, de la financiación, de la investigación, de la formación, de cómo le importa a todo el mundo, la gestión pública de esa Sanidad pública está a años luz de llegar a esa altura de la tecnología que se emplea en salud. Creo que es un reto y en

ese reto se pueden aportar muchas cosas con un buen equipo.

Volviendo a la primera pregunta. El hombre es el único animal que tropieza dos veces en la misma piedra. ¿Cree que hemos escarmentado y aprendido algo tras el baño de realidad sanitaria en la pandemia de COVID-19?

Creo que sí. Ojalá hubiéramos aprendido más, porque muchas veces, incluso por lo mal que lo pasamos lo queremos olvidar, y hay cosas que, a lo mejor, tenían que haber llegado para quedarse. Pero me parece que globalmente sí que se han dado pasos importantes, que se ha reflexionado mucho sobre mejoras y que, aunque quede mucho por hacer, algo se ha mejorado, se ha avanzado o por lo menos se está en la línea de seguir avanzando. Relacionado con la pandemia, en La Rioja se está haciendo un importante esfuerzo en el concepto “Una sola salud”, para prevenir y hacer frente a las amenazas comunes que afectan a la salud y al bienestar de los seres humanos, los animales, las plantas y el medio ambiente. Antes no se hablaba nada de este tema y ahora se están dando pasos, y aquí pasos importantes ■



Las claves del futuro de la Farmacia de Atención Primaria

Es una especialidad que camina ya hacia las tres décadas desde su creación, pero todavía es una gran desconocida e incluso carece de formación especializada reglada. Los farmacéuticos de Atención Primaria son pocos, lo que no impide que insistan en la relevancia de un papel que les hace ser rentables para el sistema, lo que se traduce en que están creciendo en número y en competencias. De esta manera, aspiran a reforzar su vertiente clínica, a potenciar la investigación y a liberar de ciertas tareas al personal médico, todo ello sobre la base de dar seguridad al paciente y al propio sistema en todo lo relacionado con los medicamentos.

Texto | Antonio Morente

Foto | EL MÉDICO



REPORTAJE

Las claves del futuro de la Farmacia de Atención Primaria



“**M**e voy a proponer que nadie me vuelva a preguntar eso”. José Manuel Paredero, presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), resume de esta manera tan gráfica uno de los grandes retos de este colectivo, que no es otro que darse a conocer principalmente al ciudadano, pero también incluso en el ámbito sanitario. Y es que, aunque evidentemente los profesionales saben de los farmacéuticos de Atención Primaria (FAP), no son pocos los que a la hora de la verdad no son capaces de definir cuáles son exactamente las funciones y competencias de estos facultativos pese a que cada vez están más presentes en los centros de salud y al importante papel que desempeñan.

¿Qué es lo que ocurre entonces para este cierto desconocimiento? “Es que hasta en mi propio entorno me preguntan qué es eso de farmacéutico de Atención Primaria”, incide Paredero, que aclara que “los

profesionales sanitarios claro que nos conocen, pero nos queda mucho recorrido”. Hablamos de una especialidad que camina ya hacia la treintena de años con presencia en el Sistema Nacional de Salud (SNS), pero que hasta ahora –y salvo contadas excepciones– ha tenido escasa presencia clínica y solo mantiene un contacto directo con determinados profesionales. La situación la describe tirando de datos la presidenta de la Asociación de Farmacéuticos de Atención Primaria de Galicia (FAPSGAL), Mercedes Pereira: “En Galicia hay más de 7.000 médicos y más de 8.000 enfermeras, pero farmacéuticos de Atención Primaria somos 100”. Eso explica que pese a tener una de las mejores ratios nacionales, con uno cada 25.000 pacientes, “la mayoría no tiene relación directa con nosotros”.

“El farmacéutico de Atención Primaria es un profesional que lleva muchos años trabajando en el sistema y que ya está conso-

lido, tiene el respaldo de todo el trabajo hecho”, indica por su parte José Manuel Izquierdo, FAP y jefe del servicio de Farmacia de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. “No solo los ciudadanos, también los farmacéuticos de oficina de farmacia no saben muy bien a qué nos dedicamos”, reconoce, lo que también achaca (como Pereira) a que su número es muy reducido en comparación con el de profesionales de otros colectivos.

Hablar del farmacéutico de Atención Primaria es hacerlo de un profesional que, básicamente, está velando por que la seguridad de los fármacos que se prescriben en este nivel asistencial sea la adecuada y conforme a lo que necesita el paciente. Pero al margen “hacemos un montón de cosas más”, apostilla Paredero, como el control de los medicamentos y los productos sanitarios (apósitos, tiras reactivas...) que están en los centros de salud para ga-

garantizar que son los que deben ser y que están en las condiciones adecuadas, o hacer llegar la medicación de urgencia y garantizar el estocaje para urgencias. A esto se une la coordinación y participación en comisiones, grupos de trabajo y foros internos para abordar la utilización adecuada de los medicamentos, en la que estos profesionales aportan la lectura crítica de todas las novedades farmacoterapéuticas que están apareciendo y su respaldo científico, analizan cómo se están utilizando los fármacos en Atención Primaria y señalan hacia dónde caminan las tendencias.

“Uso efectivo, seguro y eficiente” del medicamento

“Es el profesional sanitario de referencia en la gestión de la prestación farmacéutica en la Atención Primaria del Sistema Sanitario Público”, apunta Ingrid Ferrer, FAP y técnico de apoyo del Servicio de Proyectos y Desarrollo de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Este papel de referencia es “tanto desde una perspectiva clínica centrada en el paciente y orientada al resultado en su salud, como desde una visión poblacional, capaz de garantizar políticas basadas en el conocimiento que permitan el uso efectivo, seguro, eficiente y coordinado de los recursos terapéuticos”.

“Garantizamos la consistencia en la seguridad en el uso de los medicamentos, los FAP trabajamos en estrecha colaboración con los médicos y les asesoramos, damos formación a profesionales y pacientes, resolvemos dudas ciudadanas y elaboramos documentos que necesitan los profesionales”, enumera por su parte José Manuel Izquierdo, que añade también cuestiones

como el seguimiento de los indicadores de prescripción, que se mantengan las líneas estratégicas de la organización, la investigación y el manejo de información.

“Venimos a ser como el Pepito Grillo farmacéutico del sistema”, esgrime como metáfora José Manuel Paredero, que abunda en que “una de las cosas que no hacemos es rehuir un debate científico que enriquece a los equipos”. “Somos un colectivo que ha hecho mucha

formación e información”, subraya, lo que no deja de ser una garantía porque “a veces la formación de los profesionales de salud no la hace la administración sanitaria y queda en manos de terceros que tienen sus propios intereses en colocar sus mensajes”. Esto se traduce en que “nos hemos ganado cierto prestigio entre colegas porque aportamos una visión alejada de cualquier interés comercial”, un reconocimiento conseguido a pulso pese al déficit clínico del colectivo, que es otra de las cuestiones a mejorar. “Los pacientes tienen que saber que estamos detrás de muchas de las cuestiones que ocurren con su historia farmacoterapéutica”, una tarea que se desarrolla “trabajando entre bastidores” porque los farmacéuticos de Atención Primaria “no estamos presentes en los centros de salud como nos gustaría”.

“El perfil está cambiando y cada vez está más asociado a una perspectiva más clínica”, afirma José Manuel Izquierdo, que apunta también la aportación “fundamental” en la mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos gracias a la revisión de los tratamientos “en estrecha colaboración con los médicos”. En cambio, desde Galicia se aporta una perspectiva distinta, ya

Damos formación a profesionales y pacientes, resolvemos dudas ciudadanas y elaboramos documentos que necesitan los profesionales

Los farmacéuticos de AP carecen todavía de una formación especializada reglada, ordenada y homogeneizada de la profesión

que “trabajamos desde el principio en los centros de salud, como en el modelo anglosajón”, apunta Mercedes Pereira, que resalta las virtudes de esta estructura frente a la que se ha venido aplicando en otras comunidades autónomas, que se basa en atribuir a estos profesionales unas funciones “más administrativas y centradas en indicadores”. “En Galicia trabajamos como clínicos: apoyamos a la enfermera, vemos con la trabajadora social el entorno socioeconómico del paciente, aseguramos que la medicación sea correcta con la Farmacia Comunitaria y ellos hacen la atención y el consejo farmacéutico...”.

En Andalucía, por su parte, los FAP realizan su labor desde los distritos en los que se integran. “Actualmente, el interlocutor principal son los médicos de Atención Primaria pero también el resto de profesionales (enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares, trabajadores sociales...) y de gestión, con los que forma parte de los equipos multidisciplinares de Atención Primaria”, explica Ingrid Ferrer. Con estos profesionales se “interactúa participativamente en cuantas actividades se hacen para la mejora del uso de los medicamentos y gestión de recursos en general”.

“La tendencia es incrementar el número de FAP y aumentar sus competencias”, añade Juan Manuel Izquierdo, que aporta otra cuestión clave: “Esto debe ir acompañado de una formación específica que llevamos años reivindicando, porque ahora se realiza cuando llegas al puesto de trabajo”.

Y es que los farmacéuticos de Atención Primaria carecen todavía de una formación especializada reglada, ordenada y homogeneizada de la profesión. Hablamos de la que históricamente es la gran reivindicación de este colectivo, un objetivo en el que llevan trabajando muchos años y que ha sufrido di-



Una ampliación de competencias en Galicia que ha tumbado el Supremo

Los farmacéuticos de Atención Primaria aseguran que tienen la capacidad suficiente para asumir nuevas competencias que, en paralelo, le resten carga de trabajo a los médicos. Esta senda se empezó a recorrer en Galicia, pero la iniciativa derivó en una denuncia del Consello Galego de Colexios Médicos, al que acabó dando la razón el Tribunal Supremo para dar al traste con esta opción.

La cuestión arrancó en plena pandemia, cuando el Servicio Galego de Saúde (Sergas) aprobó en octubre del 2021 una instrucción que permitía a los farmacéuticos de Atención Primaria decidir si continuaba o no el tratamiento de pacientes crónicos “en circunstancias especiales”. Además, y en determinados casos de carga asistencial, se podía derivar a los FAP a pacientes que habían solicitado una consulta con el médico para renovar su tratamiento.

Los facultativos entendieron esta instrucción como una invasión de competencias que, a su juicio, “vulneraba” la seguridad de los pacientes y “entorpecía” la función del facultativo. Pese a ello, se mantenía al médico como responsable legal en caso de problemas, ya que la propia ley le confiere la función de único prescriptor.

El Tribunal Superior de Xustiza de Galicia (TSXG) dio la razón al Consello de Colexios Médicos, que solicitó (y consiguió) el cumplimiento de la sentencia de forma cautelar ante la intención del Sergas de ejecutar esta instrucción hasta que la sentencia fuese firme. El TSXG consideró que se invadían competencias exclusivas de los médicos, vulnerando la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley de Ordenación Farmacéutica de Galicia. “Es al

médico a quien le corresponde pautar la iniciación, la continuación y la finalización del tratamiento”, se estipulaba.

Esta interpretación ha sido ahora recientemente avalada en su totalidad por el Tribunal Supremo, que desestimaba así el recurso que el Sergas interpuso contra la sentencia del TSXG. El alto tribunal, que con su fallo hacía firme la primera decisión judicial, subrayaba además que esta medida de la administración sanitaria gallega tenía vocación de permanencia y negaba así que fuese para paliar problemas temporales provocados por la pandemia.

“Poca visión de futuro”

“Es verdad que esto no lo reconoce la ley, pero los pacientes nos siguen llamando a nosotros para que les hagamos la receta”, señala la presidenta de la Asociación de Farmacéuticos de Atención Primaria de Galicia (FAPS-GAL), Mercedes Pereira, quien incide en la “experiencia positiva” del ciudadano durante el tiempo que se estuvo aplicando esta medida. Además de recordar que eran tratamientos prescritos por los facultativos, considera que la labor que desarrollaban los FAP era “garantía de calidad y un desahogo para el médico”.

Anteponiendo su respeto por la sentencia, Pereira apunta que lo que hace es avalar lo que dice una normativa “anticuada y con poca visión de futuro”. “Es una cuestión legal que hay que acatar, pero no sé cuál es la alternativa”, señalando en este sentido que “las acciones humanas van por delante de la ley” y que la decisión judicial “ha supuesto un retroceso para unos pacientes que estaban contentos”.

ferentes avatares que mantienen a estos profesionales, según su denuncia, como los únicos del SNS que carecen no solo de una especialidad reconocida, sino que también se ajuste a lo que requiere su puesto de trabajo.

Especialidad junto a Farmacia Hospitalaria

El Ministerio de Sanidad ya ha indicado el camino para conseguir esa meta, que no es otro que una especialidad conjunta con Farmacia Hospitalaria. Los plazos y el procedimiento ya están marcados, por

lo que se trabaja en las vías legales para dar forma a lo largo de 2024 a un programa que incluya la especialidad y el trayecto formativo para que cristalice en 2025. Plasmar esto en una realidad facilitará una homogenización en la cartera de servicios y en las competencias profesionales, que al carecer de un patrón reglado son distintas en función de la comunidad autónoma de turno. Esto, a su vez, puede traducirse en que el paciente tenga acceso o no al FAP en función del territorio en el que viva, lo que genera inequidad en salud y falta de igualdad entre la ciudadanía.

Esas diferencias en el Sistema Nacional de Salud son especialmente patentes si se tiene en cuenta la ratio de pacientes, que debería oscilar entre los 20.000 y 25.000 por cada profesional para garantizar un servicio correcto, lo que choca con la realidad de que hay comunidades en la que esta cifra se dispara a casi 300.000 pacientes por cada FAP. “Esto solo permite hacer cosas a bulto, determinar las cuestiones sobre las que actuar y hacer programas, pero impedir acercarse al paciente”, lamenta el presidente de la SEFAP, que asegura que “no estamos en las ratios ideales salvo excepciones, y eso que hay muchas comunida-

des autónomas que están aumentando las plantillas porque están viendo que es un servicio rentable". El escaso número actual de profesionales en muchas regiones españolas propicia que estén ubicados en gerencias y en servicios centrales, desde donde mandan indicaciones y proponen programas, pero no tienen un contacto directo con el paciente.

"En Andalucía se ha instituido el Diploma de Especialización en Farmacia Clínica y Gestión en Atención Primaria, que desde 2021 se realiza en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad de Granada", explica por su parte Ingrid Ferrer. Este diploma capacita para el desarrollo profesional de los FAP, y en sus dos ediciones se han formado más de 60 farmacéuticos, principalmente de Andalucía, aunque también de todo el ámbito nacional. Una muestra de lo que este colectivo puede aportar al sistema es que los FAP están impulsando el desarrollo de la campaña educativa para la población andaluza BenzoStopJuntos 'Vivir sin tranquilizantes es posible' en Atención Primaria, centrada en combatir el uso crónico de benzodiazepinas y para lo que se cuenta con la colaboración del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF).

"Somos los únicos facultativos del SNS que no tienen una especialidad reconocida y acorde a los requisitos que demanda su puesto de trabajo", reitera José Manuel Paredero, para quien el camino ahora abierto es "factible". Eso sí, uno de los requisitos imperativos para el colectivo es el reconocimiento de los profesionales que ahora mismo trabajan sin formación, ya que "son los que han hecho el actual nicho de conocimiento". En esta línea, se están barajando "soluciones aceptables" encaminadas a "reconocerlos de forma tácita a través de habilitación profesional".

Más competencias

Conectada con la formación camina en paralelo la reivindicación de un aumento de



las actuales competencias. "Podemos acceder a la historia clínica pero en muchos casos no podemos escribir", detalla Paredero, "cuando vemos problemas graves hay muchas ocasiones en que lo único que podemos hacer es notificar pero no actuar". Y eso -reitera- que "tenemos capacidad suficiente para actuar y hacer cosas", por eso saca a relucir que a Enfermería se le han reconocido ciertas competencias en relación con los medicamentos para los tratamientos de hipertensión y diabetes. Esto provocó en su momento un recurso del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, solicitando una revisión de las guías de indicación enfermera "para evitar conflictos de intereses". La normativa, admite, no está exenta de cierta lógica, pero lo cierto es que "han conseguido antes estas competencias que nosotros, que somos los mejor posicionados en relación con los medicamentos".

"El FAP, como experto en los medicamentos, puede y debe participar en la atención sin menoscabo alguno de las competencias que la normativa vigente otorga al personal médico en el diagnóstico y tratamiento", indica Ingrid Ferrer desde Andalucía. "Son múltiples las tareas que puede asumir", añade, a la vez que aporta una relación de funciones que no es precisamente pequeña: la conciliación de los tratamientos en las transiciones asistenciales, la revisión de los mismos evitando posibles errores, la validación de su continuidad, la mejora de la información ofrecida al paciente y por ende de su adherencia, la información sobre su uso correcto, la resolución de dudas que plantean pacientes y cuidadores, la coordinación entre distintos prescriptores, etc. "Este trabajo colaborativo puede ayudar a reducir el volumen de actividad de los profesionales médicos", resume.



REPORTAJE

Las claves del futuro de la Farmacia de Atención Primaria



El colectivo insiste en que tiene capacidad para ayudar en muchas cuestiones, ya que cuenta con una cartera de servicios propia que puede ayudar a liberar al personal médico de mucha carga y siempre sobre la base de que el objetivo no es arrebatarle funciones. Eso sí, se reivindica un contacto directo con el paciente y consultas de al menos diez minutos para abordar su revisión sobre todo cuando se trata de polimedados. En estos casos el farmacéutico de Atención Primaria, gracias a los completos datos que maneja gracias a la explotación de los servicios de información derivados de la prescripción, puede identificar a pacientes que están en riesgo por modificaciones en su medicación tras ser atendidos en otros centros o en el ámbito hospitalario.

“Cada vez desempeñamos un papel más importante en la revisión y evaluación de resultados de los medicamentos, sobre todo en pacientes polimedados o con pa-

tologías crónicas”, destaca el presidente de la SEFAP, que no en vano recuerda que “somos un colectivo especialista en medicamentos: reivindicamos que se pongan las herramientas y cambios normativos para que el farmacéutico de Atención Primaria pueda modificar un tratamiento en casos graves o de duplicidad, informando a continuación al médico”. A su juicio, “el futuro de la adecuación de los tratamientos no necesitará el visto bueno previo de los médicos”, de ahí su petición de disfrutar de “más autonomía” sobre todo cuando ya goza de ella el colectivo de Enfermería. “Resulta chocante que los farmacéuticos no podamos hacerlo cuando somos los que tenemos el conocimiento”, repite.

Un perfil profesional rentable

Y hablando de futuro, éste pasa por que estos farmacéuticos cada vez asuman más funciones clínicas y estén más cerca de los equipos de Atención Primaria para transmitir el conocimiento de su continua investigación. De hecho, desde el colectivo se subraya que hay numerosos estudios que demuestran que su actuación es rentable y evita muchísimos problemas, por lo que considera que su figura es indispensable para el sistema. Esto se traduce en que, más allá del referente que es Galicia, comunidades como Andalucía, País Vasco, Cataluña, Valencia o Madrid estén apostando por aumentar las plantillas existentes y darles un papel más relevante.

¿Y hacia qué otros derroteros camina el papel del farmacéutico de Atención Primaria? Pues hacia todo lo relacionado con la investigación, la vigilancia de la seguridad, los medicamentos biosimilares y el control de los cada vez más numerosos pacientes polimedados, fruto no solo de una mayor esperanza de vida sino también de una sociedad

cada vez más cargada de fármacos. “Parece que con los años hay que coger kilos y medicamentos, hay que romper ese círculo y llegar a un ideal de vejez sin tomar un solo medicamento”, reflexiona José Manuel Paredero, para quien esto “sería un signo de buena salud, de que esa persona se ha cuidado y de que le han explicado las cosas”. “Hay un medicamento para cada situación de la vida”, apunta, pero siempre con la convicción de que “no todo tienen que ser medicamentos”. Ahí juegan un papel fundamental unos profesionales a los que “no nos va nada en que se recete porque no somos la industria y no tenemos intereses”.

“Todo medicamento cuando es necesario está cumpliendo una función, pero si no se utiliza adecuadamente o no cumple su papel inicial se convierte en un lastre que hace daño a la salud”, de ahí que anime a “tomar las riendas de nuestra salud como pacientes”. Para ello es clave la investigación independiente, que es tan costosa como necesaria, y que de paso abre una importante vía de colaboración con médicos y personal de Enfermería.

Todo medicamento cuando es necesario está cumpliendo una función, pero si no se utiliza adecuadamente se convierte en un lastre que hace daño a la salud

“La tecnología sanitaria que más se usa en salud es el medicamento”, afirma desde Galicia Mercedes Pereira, que aporta el

dato de que el nueve por ciento de las visitas a urgencias se deben a cuestiones provocadas por la medicación, “algo que los FAP podríamos evitar”. Para ello, eso sí, habría que darle un giro a la actual situación, ya que “trabajamos de forma retrospectiva, cuando el médico ya recetó, lo mejor sería poder hacerlo de manera prospectiva”. “El médico decide el tratamiento”, aclara, pero habría que mejorar la relación para que el FAP aporte sus conocimientos y así “colaborar a la hora de elegir por ejemplo si es mejor un tipo de hipertensivo u otro, nosotros no podemos prescribir pero sí asesorar. Y hay muchos médicos que en Galicia no

Programa ATENTO en Madrid: hasta un 65 por ciento de dudas resueltas directamente

La Comunidad de Madrid puso en marcha en diciembre de 2021 el programa ATENTO (Atención Telefónica por el Farmacéutico), una iniciativa gracias a la cual los farmacéuticos de Atención Primaria resuelven telefónicamente las dudas de los pacientes sobre medicamentos. El balance de 2022, el primer año completo en el que se desarrolló, puso de manifiesto que estos profesionales asumieron 17.600 consultas y en el 65 por ciento de los casos resolvieron la duda directamente.

El programa nació bajo el paraguas de la reorganización asistencial de los centros de salud madrileños, con el objetivo de agilizar la resolución de problemas sanitarios con el profesional más adecuado y adecuar las consultas. Una vez que el paciente contacta, los profesionales de la Unidad de Atención al Usuario conciertan una cita telefónica con el farmacéutico de Atención Primaria, que en las dos terceras partes de los casos los resuelven directamente. En el resto se precisa una actuación complementaria por parte de otros especialistas, como cambios en la receta electrónica o una valoración clínica médica.

En cuanto a las dudas planteadas, las principales estuvieron relacionadas con la toma de fármacos (44 por ciento), seguida de los problemas para la adquisición de medicamentos (13 por ciento) y cuestiones relacionadas con productos no dispensables (12 por ciento). La edad media de los usuarios es de 62 años, con un 64 por ciento de mujeres.

“Las encuestas de satisfacción señalan que los resultados son muy buenos, los pacientes aceptan muy bien las recomendaciones de los farmacéuticos de Atención Primaria”, resalta José Manuel Izquierdo, jefe del servicio de Farmacia de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. La iniciativa surge en un momento de reestructuración de la Atención Primaria madrileña en el que se decide qué profesionales son los más indicados para atender a la ciudadanía, y en el caso de los medicamentos los encargados de la tarea han sido los farmacéuticos de Atención Primaria.

mandan pacientes a la consulta para que hablemos con ellos”.

Pereira recuerda que en el modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda, Australia, Canadá...) el farmacéutico hace la prescripción tras el diagnóstico del médico, un camino que –está convencida– acabará por recorrerse en nuestro sistema: “Países que ya han pasado por la situación de falta de médicos”, insiste, “van imponiendo que de las recetas se encarguen los farmacéuticos, el futuro pasa por la gestión de la consulta programada para que sea el farmacéutico el que renueve las recetas”. “Habría que

seguir avanzando en la ampliación de funciones hacia una labor más directa en la atención a los pacientes que supondría, sin duda, un gran aporte de valor a la atención sanitaria de los ciudadanos”, señala por su parte Ingrid Ferrer, para quien “es también crucial prestar asistencia cercana a los residentes de los centros sociosanitarios, población particularmente necesitada de atención farmacéutica”.

Mucho margen de mejora

“Queremos hacer el trabajo para el que estamos más capacitados, no reivindicamos

actuaciones de otros profesionales”, repite José Manuel Paredero, para quien la labor de los FAP consiste en última instancia en “dar seguridad al paciente y al sistema porque hace falta una lectura crítica de los medicamentos que ponga las cosas en su sitio”. “Tenemos todavía mucho margen de maniobra, podemos aportar mucho más al sistema”, coincide Pereira, mientras que Ingrid Ferrer indica que “Andalucía apuesta por actividades encaminadas a mejorar la seguridad en el uso de los fármacos siendo lideradas por los FAP en Atención Primaria”. En este sentido, los FAP realizan revisiones farmacoterapéuticas individualizadas y asesoran a los médicos andaluces en un programa de polimedicados cuyo objetivo es evitar la politerapia farmacológica en aquellas situaciones clínicas en las que, la propia progresión del paciente, hace cambiar el balance del beneficio y riesgo de los medicamentos en los pacientes.

“Los tratamientos hay que revisarlos porque siempre se ven los motivos para iniciarlos, pero luego en muchas ocasiones nadie se para a analizar si hay que quitarlos, o si se producen interacciones o falta de adherencia, todo eso lo hacemos los FAP”, destaca José Manuel Izquierdo. “Añadir medicamentos se hace con mucha facilidad, pero retirarlos es misión imposible”, coincide José Manuel Paredero, que explica que “los propios pacientes no se fían y hace falta el respaldo de un informe para el profesional porque, en última instancia, el medicamento que no beneficia está perjudicando”. “Esto es malo para el paciente y para el sistema”, apostilla, a la vez que incide en que “podemos aportar mucho más de lo que estamos haciendo y estamos convencidos de que el futuro pasa por nuestra mayor participación, porque somos rentables para el sistema”. Una idea que resume Mercedes Pereira al subrayar que en no pocos casos “estamos ahí a medio gas: en cualquier empresa no nos tendrían así sino aprovechando al máximo todo nuestro potencial” ■



Creo que la
Cardiología
española
está muy desarrollada
y tiene profesionales
muy bien
formados

Luis Rodríguez Padiá

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

Texto Clara Simón

Fotos FACME



“Creo que la Cardiología española está muy desarrollada

y tiene profesionales muy bien formados”

Luis Rodríguez Padial, presidente de la Sociedad Española de Cardiología, quiere seguir trabajando en mejorar la calidad asistencial cardiológica, fomentando la formación y la investigación.

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

Nuestros objetivos pasan por seguir trabajando en desarrollar estrategias para mejorar la calidad de la atención. La SEC lleva años con el proyecto RECALCAR, que recoge información de los pacientes ingresados. Consideramos esos datos para ver cómo se comportan los servicios y cómo podemos mejorar. Además, nos ayuda a establecer estrategias de mejora.

¿Se recoge la opinión de los pacientes?

Queremos añadir la opinión del paciente. Hasta ahora sabemos muy bien, con la información de la que disponemos, cómo tratamos a los pacientes y qué resultado obtenemos a corto plazo, pero queremos añadir su opinión. Para ello vamos a trabajar con la plataforma de pacientes que ha hecho la Sociedad Española de Cardiología, dentro de la Fundación Española del Corazón. En dicha plataforma queremos desarrollar estrategias para saber qué opinan los pacientes del tratamiento que reciben. Además, queremos tener acreditados algunos de los procesos con los que trabajamos en la Casa del Corazón y desarrollar también un código interno ético de funcionamiento, que en una entidad como la nuestra es importante.

¿Dónde más están poniendo el foco?

En trabajar para que haya un mayor conocimiento sobre la importancia de la enfermedad cardiovascular en la mujer. La patología cardiovascular es la principal causa

de muerte y enfermedad en las mujeres, más incluso que los hombres. Pero las mujeres están concienciadas de otros problemas de salud, que son importantísimos como es el cáncer, pero no de la enfermedad cardiovascular. Queremos poner el acento en que conozcan ese riesgo.

¿Cómo quieren dar a conocer el riesgo cardiovascular en la mujer?

Hicimos una encuesta sobre el conocimiento de este problema y resulta que es solo un 25 por ciento de los encuestados, que eran más de 1000 personas, eran conscientes de la importancia de la enfermedad cardiovascular en la mujer, por lo que hay un 75 por ciento que piensa que son otras patologías las responsables de la mortalidad femenina. Hemos hecho un programa, denominado Mujer y Corazón, para concienciar. El día 6 del de marzo, justo antes del día 8, para no coincidir con el día de la mujer, hicimos una reunión en la Casa del Corazón para concienciar sobre ese problema y cómo abordarlo. Queremos poner el acento en campañas de información a la población con la Fundación Española del Corazón. Queremos que la Sociedad Española de Cardiología lidere esa estrategia de concienciación de la sociedad y de las mujeres. Si la mujer no es consciente de que esa sea una causa importante, no tomará medidas preventivas con el mismo interés que hace el hombre.

¿Qué importancia tiene la investigación en este contexto?

Apoyamos otros proyectos de investigación y queremos poner el acento en un mejor conocimiento de la patología cardiovascular en la mujer. El hombre y la mujer se parecen en el 95 por ciento, pero hay matices. Por ejemplo, la enfermedad coronaria en la mujer presenta con mayor frecuencia disección coronaria espontánea,

el *tako-tsubo*, una serie de cuadros clínicos que también lo presentan hombres, pero que son más frecuentes en ellas. Por eso, estamos apoyando líneas de investigación en ese sentido para conocer mejor esas patologías.

¿Ese mejor conocimiento de la patología de la mujer mejorará la asistencia?

Sí y la prevención. Por eso, queremos fomentar que entren más mujeres en los ensayos clínicos para aumentar ese grado de conocimiento. Además, un par de las becas que oferta la SEC para investigación se van a dedicar específicamente a la patología cardiovascular en la mujer.

En cuanto a materia formativa, ¿cuáles son las prioridades de la SEC?

En materia de formación tenemos una comisión de formación que preside Ignacio Fernández Lozano, presidente electo, y en la que participan todas las secciones y las asociaciones de la Sociedad Española de Cardiología. La comisión es la que detecta las necesidades en esta materia. Estamos poniendo mucho acento en el tema de simulación, llevamos años haciendo curso de simulación para la formación a distintos niveles, que tiene mucha aceptación.

¿Cuáles son los aspectos que más les preocupan a los jóvenes cardiólogos?

Mantenerse informados, a través de nuevos cursos y nuevas actividades, sobre las nuevas técnicas.

Y, ¿cómo se plantea la formación?

Los cursos de simulación tienen mucho éxito; se están haciendo y se seguirán haciendo. Todos los años ofertamos becas de investigación. Nos gastamos casi 1.000.000 de euros en becas en proyectos



de investigación. Además tenemos el proyecto de cardiología de la mujer.

¿Cuáles son las fortalezas de la Cardiología española?

Creo que está muy desarrollada y tiene profesionales muy bien formados. Por ejemplo, en Estados Unidos no tienen una formación tan completa en clínica como la que tenemos nosotros aquí. De hecho, en España un cardiólogo general puede hacer un ecocardiograma básico, cosa que en Estados Unidos tienes que hacer una formación específica para poder hacerlos. Aquí, los cardiólogos están bien formados, pueden hacer un ecocardiograma del máximo nivel, luego ya te puedes especializar más. También disponemos de muchos centros donde hay formación en investigación bá-

sica, ya que conviene estimular el interés por la formación y por la investigación, no solo básica sino clínica.

¿Cómo se está materializando?

La SEC está haciendo un esfuerzo apoyando la formación de registro de la actividad clínica. Llevamos años haciendo el registro de marcapasos, el registro de desfibriladores, registro de hemodinámica... y queremos contribuir a hacer registros de actividad clínica, que complementen al RECALCAR.

Y, ¿las debilidades que tiene la Cardiología española?

Creo que hay que dotar mejor a los hospitales de tecnología. Siempre nos centramos en los grandes hospitales,

pero hay centros pequeños en los que los pacientes también requieren asistencia cardiológica y es difícil encontrar y mantener profesionales. Hay que ver cómo se incentiva, porque sería la forma de poder extender la calidad de la Cardiología en España. Una opción puede ser estableciendo redes de trabajo con esos centros, pero también que los profesionales puedan estar a caballo entre dos centros. Es un problema importante que se está intentando resolver poco a poco.

¿Qué se está haciendo?

Se está trabajando para superar estas debilidades. Estamos pendientes de reunirnos con el Ministerio para poder trabajar en este sentido y poner en la mesa nuestras propuestas a los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud. Otro de los proyectos que tenemos en marcha es trabajar más con los países de Iberoamérica y establecer una red de colaboración.

¿Qué relación tenéis con las sociedades europeas e internacionales a la hora de trabajar?

Con la Sociedad Europea de Cardiología participamos en distintas actividades, como el congreso. Este año tenemos unas actividades en colaboración con la sociedad francesa, que una de las grandes sociedades, y tenemos socios que nos representan en los organismos de decisión dentro de la europea. De hecho, este año hay elecciones y aunque tenemos representación, nos gustaría aumentarla. Lo que pasa es que eso más que a nivel de SEC es a nivel individual. Normalmente, se empieza en las sociedades de imagen y te vas presentando a las distintas elecciones y poco a poco se va subiendo puestos en esa sociedad. Lo importante es que se esté ahí, que se participe en las distintas sociedades y que vayamos creciendo en socios.



FACME/ENTREVISTA Luis Rodríguez Padial

¿Cómo definiría la asistencia cardiológica en España?

Creo que es bastante buena, pero como todo, es mejorable. Cuando se compara con otros países no está mal, pero aun así, dentro de España, hay diferencias entre las distintas comunidades. Es una realidad que destacamos en el registro RECALCAR. Hay comunidades, como por ejemplo Madrid, que tiene hospitales del máximo nivel, por lo que la mortalidad cardiovascular es menor; mientras que hay otras comunidades en las que la mortalidad es mayor por distintos factores, entre ellos que hay menos hospitales, menos dotación y es más difícil atraer profesionales. Por eso, había que hacer un esfuerzo para homogeneizar esta situación.

En este sentido, ¿hay el suficiente número de cardiólogos en España?

En España se van a producir muchas jubilaciones y van a faltar cardiólogos en el futuro, sobre todo para atender las necesidades en los hospitales más pequeños. De hecho, en los grandes centros no hacen falta cardiólogos, pero sí en los comarcales. Hay que buscar un equilibrio para incentivar que haya una cierta redistribución. La SEC ha hecho una encuesta porque no se sabe cuántos cardiólogos hay. De hecho, hay un problema serio de los hospitales pequeños. Estamos trabajando en esas encuestas para el Ministerio y para conocer cuál es la situación de los cardiólogos, dónde trabajan, qué porcentaje trabaja en la privada, qué dificultades hay para ir a los hospitales pequeños... Queremos proponer soluciones en ese sentido.

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

La verdad es que a nivel asistencial con las especialidades técnicas, por las ecocardiografías. También con Medicina Interna, Neumología y Neurología. Cualquier paciente que haya tenido un ictus hay que hacerle un ecocardiograma para ver si ha



habido consecuencias cardiacas. Además, tenemos mucha relación con Geriátrica. No puedo dejar pasar por alto el trabajo conjunto con Cuidados Intensivos y, obviamente, con Cirugía Cardíaca que trabajamos en equipo la mayoría de las veces.

¿Cómo es la coordinación con esas especialidades?

Es variable dependiendo de los centros, pero siempre procuramos que sea ágil. Desde la SEC establecemos protocolos de colaboración en patologías que son en comunes.

¿Qué papel tiene FACME en la coordinación?

Es importante no solo en la coordinación entre nosotros, sobre todo en la relación de las sociedades científicas con el Ministerio. Es bueno que estemos agrupadas y tengamos proyectos en común, ya que hacemos más juntas, sobre todo cuando tenemos que trabajar con el Ministerio. De hecho, llevamos tiempo pidiendo que se actualice la formación de los especialistas. Creo que ob-

tenemos más todos juntos que si cada sociedad científica va por su cuenta. Aquí FACME juega un papel muy importante.

¿Es importante la prevención cardiológica?

Sí y se está haciendo bien. La prevención cardiovascular es fundamental, pero queda mucho trabajo por hacer. Si miramos a los datos, uno de los aspectos de la prevención que es el control de los factores de riesgo. La mayoría de los pacientes de alto riesgo no tienen el colesterol bien controlado y lo mismo ocurre con la presión arterial. Pero hay otro aspecto fundamental y es la prevención primaria. Hay que hacer más esfuerzo en actuar sobre la población antes de que tenga ningún problema cardiovascular. Hay que fomentar una dieta sana y un ejercicio físico adecuado y adaptado a cada paciente. Ni el Ministerio ni las consejerías hacen hincapié en eso, pero desde la Fundación del Corazón, sí. Se gasta más dinero en la prevención de los accidentes de tráfico, pero la mortalidad cardiovascular es mayor.

¿Qué se puede hacer para concienciar más a la población general?

Hay que llevar la prevención a la educación, en las escuelas hay que recomendar hábitos de vida saludable. Con una dieta sana y ejercicio físico, que es lo básico, previenes un montón de factores de riesgo. Al que ya está obeso, que pierda peso, y el que tiene ya patología cardiovascular, que vaya a su médico. Se debe hacer un abordaje adaptado a cada situación concreta ■

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



SOMOS formación



El Médico
Interactivo
from Medscape

Formación sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



Seguridad del paciente, claves desde la gestión sanitaria

El Documento de Consenso Análisis y propuestas para lograr una gestión óptima de los profesionales sanitarios garantizando la Seguridad de los Pacientes, realizado desde SEDISA con la colaboración de Becton Dickinson, propone 11 acciones para mejorar la seguridad del paciente, incluyendo a todos los actores para llevarlas a cabo de forma transversal.

Texto | Clara Simón Vázquez

Foto | SEDISA/EL MÉDICO



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Seguridad del paciente, claves desde la gestión sanitaria

La seguridad del paciente es un aspecto prioritario de los directivos de salud, ya que mejora calidad asistencial, aporta calidad y eficiencia a la labor asistencial y, por ende, al sistema sanitario. Prueba de ello es el *Documento de Consenso Análisis y propuestas para lograr una gestión óptima de los profesionales sanitarios garantizando la Seguridad de los Pacientes*, que se ha realizado desde SEDISA con la colaboración de Becton Dickinson.

En dicho documento han participado 30 profesionales sanitarios diferentes de todo el territorio nacional y se ha hecho un análisis de la falta de profesionales sanitarios y cómo puede repercutir en la seguridad del paciente.

Además, se han establecido medidas para dar solución a dicha situación para que tenga un abordaje multidisciplinar y estratégico.

José Soto Bonel, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDI-SA), ha detallado para *El MÉDICO* las 11 acciones principales que se recoge en el documento. “Se trata de medidas concretas para mejorar y dar solución a los retos más relevantes. Son acciones definidas teniendo en cuenta el foco donde se dirigen y priorizando las que podrían tener más impacto”.

Órganos de decisión

En primer lugar, quiere destacar incorporar a los órganos de decisión a todos los agentes, empresas tecnológicas, farmacéuticas, universidades, ayuntamientos, colegios profesionales..., añadiéndolos a la gestión de áreas integradas de salud, además de compartir y consensuar procesos.

Al centrarse en los procesos, propone la reingeniería de éstos, de forma sistemática y continua con la implicación de los profesionales que los despliegan. Profesionales para los que es debido redefinir roles desarrollando todas las competencias posibles de cada profesional.

También en relación con los profesionales, se ha consensuado la necesidad de desarrollar iniciativas para mejorar la conciliación vida laboral y personal e implantar modelos de gestión por competencias: clima, estilo laboral, competencias de profesionales y definición de competencias de todos los profesionales, tanto médicos como enfermería. Y, por supuesto, el desarrollo de incentivos para motivar la cultura de seguridad.

Tecnología

Soto se ha detenido en la tecnología, donde el desarrollo e implementación de la historia clínica electrónica (HCE) interoperable, la incorporando historia social y un canal para añadir datos y consideraciones de pacientes (PREMS) mejoraría los resultados en salud. El desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas, junto con el uso de la tecnología, mejorará la seguridad.

Por último, sobre los pacientes, Soto cree que deben participar en todas las dimensiones de la seguridad, tanto micro, como meso y macro, para lo que es clave la formación, información y sensibilización, así como el desarrollo de un canal de comunicación eficiente entre paciente y profesional.

Difusión del documento

Desde el compromiso de SEDISA con los profesionales sanitarios, los pacientes y el sistema sanitario, se ha difundido el documento y sus conclusiones en todos los niveles del sector y a todos los actores implicados (pacientes, profesionales sanitarios y administración), solicitando el impulso de las medidas consensuadas.

Además, “nos vamos a dirigir a los servicios regionales de salud para consultarles sobre las medidas que verían más factibles impulsar en las comunidades autónomas y cómo tienen enfocada la seguridad del paciente en sus estrategias sanitarias”, añade Soto.

En su opinión, la participación de los pacientes en la seguridad es clave. Empieza por activar su participación y su implicación, no solo en su seguridad, sino en la toma de decisiones en las organizaciones sanitarias. Para ello, la sensibilización y la formación son fundamentales, así como la información y la comunicación bidireccional.

Relevo generacional

El relevo generacional de los profesionales es algo muy necesario en la actualidad. En el caso de los directivos de la salud, desde SEDISA contamos con diferentes acciones. Para ello, en torno a la profesionalización y el relevo generacional, el grado en gestión sanitaria es un objetivo estratégico de la junta directiva actual que se está desarrollando, y el desarrollo profesional continuado (DPC SEDISA), un proyecto en el que se están definiendo las competencias transversales y técnicas de cada perfil directivo para poder crear un marco de asesoramiento en formación y carrera profesional y certificar dichas competencias.

Para hacer frente a la falta de profesionales, existen diferentes tipos de incentivos para impulsar no solo la contratación de profesionales sino también la retención de talento. Se trata de incentivos económicos, pero también de formación, de investigación y de conciliación con la vida familiar.

Tal y como indica el presidente de SEDISA, la falta de formación de los profesionales sanitarios en herramientas para mejorar la seguridad y la falta de infraestructuras para la formación en la materia de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias, como se ha puesto de manifiesto en el documento, es un reto para mejorar la seguridad del paciente, los servicios regionales de salud y las organizaciones sanitarias están apostando cada vez más en este tipo de formación.

A este respecto, es necesario desarrollar itinerarios formativos para todos los profesionales y gestores sobre la implemen-

tación de estrategias de seguridad, con la participación del paciente.

Observatorio con datos de resultados

Del mismo modo, el documento destaca la prioridad de impulsar un observatorio con datos de resultados en vez de actividad. Existen experiencias en la Comunidad de Madrid y en Cataluña, pero se trata de una línea de trabajo que se debe generalizar.

La seguridad del paciente es un tema transversal a la organización, que afecta a todos: profesionales, gestores, pacientes, usuarios y familiares. La Comunidad de Madrid cuenta con un observatorio seguridad paciente que se puso en marcha en 2004. Alberto Pardo Hernández, subdirector general de Calidad Asistencial de la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de Madrid, ha recordado que la seguridad del paciente está en el eje de la consejería, ya que además del observatorio la consejería de Sanidad cuenta con documento estratégico hasta 2027, cuyas líneas de actuación están incluidas en el *Documento de Consenso Análisis y propuestas para lograr una gestión óptima de los profesionales sanitarios garantizando la Seguridad de los Pacientes*.

Para Pardo Hernández, “la transformación digital nos afecta a todos, es una oportunidad para trabajar desde las competencias digitales a las herramientas”.

Y es que para Soto, la formación, sin duda, repercute de forma muy positiva en la generación de la cultura de la seguridad del paciente y, con ello, en la mejora de ésta. No obstante, tal y como se destaca en el documento, es necesario establecer métricas para la medición del impacto de la formación.

Fortalezas de la seguridad del paciente

Junto a la aportación de la mejora de la calidad asistencial y, con ello, de la calidad de vida de los pacientes, es muy importan-

Acciones prioritarias

1. Reingeniería de procesos de forma sistemática y continua con la implicación de los profesionales que los despliegan.
2. Redefinir roles desarrollando todas las competencias posibles de cada profesional.
3. El desarrollo e implementación de la historia clínica electrónica (HCE) interoperable, incorporando historia social y un canal para añadir datos y consideraciones de pacientes (PREMS) mejoraría los resultados en salud.
4. Incorporar a los órganos de decisión a todos los agentes (empresas tecnológicas/ farmacéuticas, universidades, ayuntamientos, colegios profesionales), añadiéndolos a la gestión de áreas integradas de salud, además de compartir y consensuar procesos.
5. Desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas para mejorar la seguridad.
6. Promover el uso de la tecnología para mejorar la seguridad.
7. Iniciativas para mejorar la conciliación vida laboral / personal.
8. Implantar modelos de gestión por competencias (clima, estilo laboral, competencias de profesionales), y definición de competencias de todos los profesionales (médicos, enfermería).
9. Formación, información y sensibilización del paciente.
10. Participación de los pacientes en todas las dimensiones de la seguridad Micro / Meso / Macro.
11. Creación de un canal de comunicación eficiente entre paciente y profesional. Desarrollo de incentivos para motivar la cultura de seguridad.

te la aportación de eficiencia de los procesos asistenciales en las organizaciones sanitarias y, con ello, del sistema sanitario.

Por otra parte, su gran fortaleza consiste en que las medidas en la gestión de la seguridad del paciente ofrecen resultados cuantitativos y cualitativos. Medidas que el documento clasifica en seis áreas: mejorar la eficiencia en los procesos asistenciales en pro de la seguridad del paciente, generación de vías de colaboración y sinergias (*partnership*) con el objetivo de la seguridad, uso de la tecnología para mejorar la seguridad, gestión de los recursos humanos para garantizar la seguridad, implicación del paciente y sostenibilidad en relación con la seguridad del paciente.

Innovación

En este contexto, Fiona Garín Mc Donagh, VP EMEA Marketing Estratégico de Becton Dickinson, sostiene que están comprometidos y son responsables con todos los actores del sistema. De hecho, quieren posicionar la innovación no como un privilegio sino como herramienta para que los profesionales garanticen la seguridad del paciente. Con dicha colaboración se puede poner en común la visión de todos los agentes implicados en el cuidado de la salud en cuanto a los desafíos, problemas, barreras existentes y plantear potenciales soluciones.

Por eso, insiste en la necesidad de revisar y automatizar algunos procesos asistencia-



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/REPORTAJE

Seguridad del paciente, claves desde la gestión sanitaria



les críticos con la inclusión de una necesaria tecnología sanitaria que reduzca la carga asistencial, dote de mayor eficiencia a los procesos y repercuta en una mayor seguridad para los pacientes. “En BD estamos plenamente comprometidos con todos estos retos, para los que aportamos soluciones y servicios que les dan respuesta”.

Garín insiste en que todos los actores tienen que remar en la misma dirección, tal y como se hizo en la pandemia. Las herramientas existen, pero no se están empleando; hace falta para la automatización de procesos, medida necesaria y de fácil implantación, con gran impacto. En 2030 más del 15 por ciento de las tareas se pueden automatizar.

Falta de cultura

Entre los retos y los puntos que hay que mejorar, Soto dice que cada una de las seis

áreas comentadas existen importantes retos concretos, pero los resumen diciendo que los retos más relevantes son la falta de cultura de la seguridad del paciente, la falta de estrategia en la gestión de los procesos asistenciales en pro de la seguridad del paciente, con la implicación de éste en la toma de decisiones al respecto y la falta de estrategia en la implementación de tecnología que aporte valor a la calidad asistencial, la eficiencia y la seguridad de paciente.

Por su parte, Carlos Rus, presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), apoya las medidas encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes. “Para el sector de la sanidad privada la humanización y una gestión óptima de los Recursos Humanos no solo son esenciales, sino que también representan una parte fundamental de nuestros objetivos

estratégicos, especialmente en un contexto de escasez de profesionales como el que padece el Sistema Nacional de Salud de manera estructural” ■

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



Con tu ayuda puedes hacer sus sueños realidad

¡APADRINA!

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





La **Medicina**
online
no puede
sustituir
a la **consulta**
presencial
en **AP**

María Concepción Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal por Valencia de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP



“La Medicina online no puede sustituir a la consulta presencial en AP”

Aunque la Atención Primaria (AP) esté siempre en los discursos de los responsables sanitarios como maravillosa e imprescindible, María Concepción Fernández, vocal de la SEDAP por Valencia, reconoce que esa encendida apología no se traduce aún en hechos, ni en medios humanos y materiales. “Queda mucho recorrido para que esos discursos, muy socorridos, se hagan realidad”, subraya, al tiempo que sostiene que para abordar los problemas sanitarios “no hay políticas de derechas o de izquierdas, sino buenas o malas ideas”.

María Concepción Fernández. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en investigación y Atención Primaria por la UMH de Elche. Doctora en Salud Pública y Ciencias Médicas y Quirúrgicas por la UMH de Elche. He realizado el programa de gestión sanitaria de la Escuela de Directivos Sanitarios de Galicia y el Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias del IESE. Su labor profesional asistencial ha sido durante 15 años como médico de equipo de AP, tanto en pediatría como en la Medicina de familia con adultos. En sus últimos 12 años ha desarrollado funciones de Directora Médico de AP, primero en el Departamento de Salud de Elda y actualmente en el Departamento de Alicante-Sant Joan d'Alacant. Es vocal de Calidad y Resultados en Salud de SEDAP por la Comunidad Valenciana.

“En AP estamos haciendo muchas cosas, aunque a veces no de manera ordenada; cada comunidad pone el foco en lo que considera más importante para su territorio. Por eso necesitamos un marco común que nos ordene y trabajar con visión poblacional y experiencia de paciente”, sostiene María Concepción Fernández, Directora Médico de AP en el Departamento de Alicante-Sant Joan d'Alacant y vocal de la SEDAP, en la entrevista concedida a la revista EL MÉDICO, al tiempo que reconoce que la falta de profesionales en el sistema

sanitario de salud (SNS) no se soluciona abriendo la puerta a los médicos extracomunitarios. “Esa solución solo es un parche”, sentencia.

Osakidetza en el País Vasco ha abierto las puertas de la Sanidad pública a médicos extracomunitarios. ¿Tan acuciante es la necesidad? ¿Para SEDAP es esta la solución o solo un parche?

Existe necesidad de médicos en determinados lugares de España. Dentro de una misma provincia e incluso en un mismo departamento puede haber necesidad y tener las necesidades perfectamente cubiertas en el departamento de al lado o en la población colindante. Tenemos determinados puestos que son difi-

ciles de cubrir, porque tienen unas características que encuadran con los valores que busca el profesional hoy. La sociedad cambia y se transforma constantemente, tenemos entornos altamente cambiantes que crean mucha incertidumbre. El médico forma parte de la sociedad y no escapa de ello. Es preciso comprender esto. A veces, la velocidad del cambio es tan rápida que se pierden las referencias. El peligro es la fragmentación, la pérdida de identidad, la carencia de arraigo, del sentido de pertenencia y el olvido de lealtades. Si tenemos esto en cuenta, el problema es mucho más profundo y tiene mayor hondura,

así que podríamos considerar esta medida un parche, que solo solucionará de manera temporal el problema. Aunque quisiera matizar que dentro de los profesionales extracomunitarios están aquellos que se han especializado vía MIR en España. Se han formado en su país de manera excelente y han realizado su especialidad en España, desarrollando y creciendo en competencia profesional.

¿La falta de médicos/as es solo una parte del problema? ¿El sueldo es otro obstáculo comparativo? ¿También el propio prestigio de la profesión? ¿Cómo habría que enfrentarse a estos problemas?

Necesitamos competencia, compromiso, consciencia y compasión en nuestro medio, también espíritu crítico. Como he dicho antes, el problema tiene mayor hondura. Las condiciones laborales han mejorado, pero el problema de la eventualidad sigue estando vigente en las CC. AA. y se puede cambiar. Existen otras incoherencias difíciles de explicar, es verdad que la remuneración no se corresponde con el esfuerzo que los profesionales hacen para llegar a su puesto, por-

que es una carrera universitaria larga y dura, con una especialización como mínimo de cuatro años, que entraña una gran responsabilidad en su desempeño. La remuneración tampoco se mejora con la adquisición de mejor competencia o con formación superior. El prestigio de la profesión es fruto de su mérito, y de la aceptación de quiénes somos y del papel que debemos desempeñar, de asumir nuestra misión de acompañar y realizar un servicio al resto de la comunidad. Si esto sucede, nuestra profesión no pierde prestigio. Creo que tenemos que luchar tanto por ser, como por estar.

La Atención Primaria y la Hospitalaria se conocen aún poco

Al hablar con sanitarios siempre dejan entrever que la relación de la AP con el nivel hospitalario es manifiestamente mejorable. ¿Cómo lo ven desde la SEDAP?

Somos dos ámbitos complementarios que aún se conocen poco o muy poco pese a compartir organización, que deberían hablar más y trabajar juntos, uno al lado del otro, no de espaldas. Todavía hay muchas etiquetas puestas, en ambos ámbitos, que se tienen que quitar. Se trata de usar nuestras fortalezas para crecer en los dos ámbitos y lograr el mejor sistema de salud. Desde las direcciones se debe facilitar exactamente eso, tiempo para compartir, procesos integrados donde cada profesional haga lo máximo por crear herramientas que nos ayuden al conocimiento mutuo y al trabajo compartido y colaborativo. Me consta que se trabaja en esa línea.

La Medicina online y la tecnología pueden ayudar, pero ¿hasta qué punto pueden sustituir a los sanitarios presenciales?

Entiendo por online, consultas telefónicas, correos electrónicos, chat... La Medicina online es una herramienta complementaria a la presencial; es un apoyo al acceso, al seguimiento y un instrumento para ordenar la presencialidad y la demanda, pero no puede ser la sustituta a la consulta presencial en AP. Por su parte, la tecnología debe potenciarlos, darnos mayor eficiencia y aumentar nuestra eficacia, que facilite nuestra toma de decisiones y nos genere tiempo de calidad para hacer aquello que solo la persona puede hacer. No es para que tome decisiones por nosotros. Prefiero no imaginar el día en el que decidamos que un algoritmo nos sustituya, se perderá la humanidad, el efecto “ser humano”. Significará que como personas no nos necesitamos.

Asistimos desde hace unos años a un bombardeo publicitario masivo de Medicina privada. ¿La Medicina privada también quiere captar el mercado de AP o solo el de especialistas? ¿Es una solución para una mejor atención sanitaria?

Actualmente, la Medicina privada tiene como uno de sus valores el escoger directamente al especialista. El paciente elige quién quiere que lo atienda, sin pasar por el médico de familia. Generalmente, aunque se pueda elegir entre un especialista del ámbito

de la AP u hospitalario, este suele ser del ámbito hospitalario o una subespecialidad. Teniendo en cuenta este detalle, es difícil pensar que quieran captar el ámbito de la AP cómo cliente, aunque no conozco lo suficiente la Medicina privada para poder saber si quiere captar el mercado de la AP. Pero así, como está organizado ahora, se genera una fragmentación terrible de los procesos que un paciente puede sufrir. Puede ser visitado por muchos profesionales médicos sin que se obtenga el mejor resultado ni se eviten los eventos que queremos tratar. De hecho, en la Medicina privada cuando un paciente tiene una enfermedad compleja, o enfermedades crónicas,

se tiende a derivarle al servicio público de salud, dado el elevado coste del seguimiento del proceso. Se alega en general que la recurrencia amerita un seguimiento profesional de por vida y que esto resulta más llevadero, si este acompañamiento lo realiza un médico de familia en AP en la Sanidad pública. Esto, ya dice mucho, y tan importante es el seguimiento por parte del médico de familia como los cuidados que reciba desde la enfermería de AP y el resto del equipo, evitan-

grosos y recuperando lo antes posible la funcionalidad tras cualquier evento. Para que la privada sea parte de la solución habría que cambiar la visión y la estrategia.

Alardeamos de nuestra elevada esperanza de vida, ¿está claro para todos que la AP es uno de sus pilares? ¿es evidente para las instituciones que si no mantenemos y mejoramos nuestra AP podría colapsar esa alta expectativa de vida?

Sí, así es, pero no creo que esté claro para todos, hace falta visión global para ello. La AP aporta al sistema: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, accesibilidad, proximidad, integración en un recurso único, equidad, extiende sus servicios a toda la población acompañando durante la vida, transmite solidaridad y contribuye al estado de bienestar; y no hay que olvidar que el sistema sanitario es uno de los determinantes de la salud, como determinante intermedio; aunque también hay pilares que atraviesan transversalmente otros sectores (biología, hábitos de vida, medio ambiente, educación, vivienda, seguridad social, etc.). La esperanza de vida elevada, por lo tanto, no depende solo de los profesionales de la salud, sino que requiere del aporte integrado de muchas disciplinas y, fundamentalmente, de decisiones políticas firmes. Es evidente que

hay que mejorar y mantener en las mejores condiciones aquella parte del sistema que aporta valor y es el núcleo principal. Es esencial. Para ello hay que mantener sus atributos: la accesibilidad, que no debe confundirse con la inmediatez y que mata a la AP. La accesibilidad es un aspecto clave en AP, pero no está relacionado con que la asistencia tenga que ser en el menor tiempo posible desde que se genera la demanda, sino que se relaciona con una asistencia adecuada a las necesidades en tiempo, forma y coste.

La medida de abrir la puerta a médicos extracomunitarios es un parche

Para resolver los problemas sanitarios no hay ideas de derechas o izquierdas, sino buenas y malas ideas



GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA/ENTREVISTA

María Concepción Fernández



La longitudinalidad y la continuidad en el tiempo de la relación entre el profesional y el paciente es clave, porque globalmente mejora los resultados en salud y disminuye los costes. La integralidad, la persona es atendida como un todo y los profesionales deben dar respuesta a todas las demandas del paciente, ya sea en el momento o de manera diferida. Otra característica importante es la coordinación, ser la referencia para el paciente, coordinando sus contactos con el resto de profesionales para conseguir la integración. La AP es experta en desenvolverse en la incertidumbre y en situaciones de baja prevalencia, es decir, en

las que es menos probable una enfermedad. De esta forma es capaz de seleccionar a los pacientes con mayor probabilidad de éxito para la Atención Hospitalaria, evitando a los demás la exposición a intervenciones innecesarias y proporcionando a los niveles más especializados de asistencia situaciones por el contrario de mayor prevalencia, donde se desarrollan mejor.

Estos atributos no son conocidos por la población general, ni los tienen en cuenta a la hora de decidir cómo acercarse al sistema y qué puerta tocar. Aunque se consolide una política presupuestaria y de recur-

sos humanos que garantice la efectividad y la calidad de la AP, cada vez la necesidad será mayor, como un agujero negro que se traga todo... el sistema colapsaría de no funcionar de modo integrado.

¿Como vocal de la SEDAP observa un desarrollo armónico de la AP entre las Comunidades Autónomas o hay excesivas diferencias?

En el Encuentro de AP: Retos y Oportunidades, se presentó un análisis de la situación, que mostraba un diagnóstico compartido con gran consenso. Presentaron las necesidades identificadas como prioritarias, expresándose de manera general un alto grado de consenso en el diagnóstico de los problemas comunes y en la necesidad de pasar a la acción conjunta dando una respuesta cohesionada. Se presentaron los resultados en salud, así como los avances realizados en los últimos años, hubo acuerdo en la utilidad de compartir las experiencias y aprendizajes de los diferentes territorios. Hay desarrollo de AP en las distintas CC.AA., pero cada una pone el foco en lo que consideran más importante para su territorio. Estamos haciendo muchas cosas, a veces no de manera ordenada, por eso necesitamos un marco común que nos ordene y trabajar con visión poblacional y experiencia de paciente.

¿Desde la SEDAP creen que el nivel de profesionalización de los directivos de AP es suficiente?, ¿se favorece adecuadamente la formación de estos cuadros?

Las organizaciones sanitarias son organizaciones muy complejas. Es necesaria una visión global de todo el sistema en sus distintos ámbitos tanto el hospitalario, como atención primaria. Son el hábitat profesional de personas que han trabajado muy duramente para poder llegar a ser médico, posteriormente han dedicado al menos cuatro años más a una formación especializada. Personas que cuando completan su formación, diez u once años como mínimo, muchos de ellos tienen un doctora-

do hecho. En la vida, al final todo se reduce a las personas y gestionar personas es complicado. Un directivo sanitario no puede tener menos formación que las personas a las que dirige. A mi entender debe tener la misma, más capacitación en gestión sanitaria. Hoy, no hay un nivel suficiente de profesionalización, si bien hay profesionales que han podido y pueden ejercer su vocación gestora con independencia, su ejercicio está aún muy ligado a la política. Nuestra razón de ser es el paciente. No debemos olvidar la visión clínica en la gestión sanitaria. Hay especialidades que forman de manera especial la visión global en ambos ámbitos (tanto en las especialidades médicas, como en las quirúrgicas), con visión poblacional, como la Medicina de familia y esa es la necesaria hoy. Considero que no estaría de más incluir en la formación MIR de Medicina familiar la gestión, especialmente la de su ámbito. Aunque ya hay facultades que empiezan a incluir asignaturas de gestión sanitaria, el reto sería que todas la incluyan cómo una asignatura más.

Todos los problemas de AP citados se exacerbaban en el medio rural. ¿Qué debe hacerse para que la asistencia primaria en los medios rurales no decaiga?

El médico de familia en el entorno rural es una figura llamada a ser visibilizada. Se calcula que en España hay unos 15.000 facultativos que ejercen la Medicina rural; de ellos, unos 4.500 se jubilarán en los próximos cinco años. El médico rural debe estar dispuesto a asumir diversas responsabilidades y tener una gran versatilidad. Está obligado a tener conocimientos médicos sólidos y actualizados en diversas áreas de la Medicina; tiene que ser capaz también de comprender las experiencias y la cultura de la comunidad a la que sirve.

La situación actual del médico rural destaca la importancia de su labor, pero

también pone de manifiesto la escasez de profesionales en esta área. Para que estos puestos sean elegibles deben de destacarse sus puntos fuertes: el vínculo tan estrecho que se establece con los

pacientes y el significado del trabajo en equipo, con la enfermera de familia y comunitaria y la administrativa.

Así mismo los médicos en zonas rurales deben de dejar de estar aislados, deben tener facilidades para formarse y crecer profesionalmente, para dar docencia e investigar; es necesario tener acuerdos donde estos profesionales puedan acudir a centros de primer nivel donde se actualicen y puedan tener una formación continuada. También se debe mejorar la accesibilidad. Existen intentos de solución, pero que no

llegan a fraguar. Se deben seguir promocionando las zonas de difícil cobertura e invertir en transporte e infraestructuras. Aquí el uso de las nuevas tecnologías es muy útil, sobre todo para la comunicación entre profesionales, para potenciar y mejorar la capacidad de resolución en estas áreas sanitarias pese a la dispersión geográfica, para también permitirles conocer casi al instante las novedades más importantes en su especialidad.

Los retos sanitarios son muchos, pero para la SEDAP ¿cuáles serían los más importante y urgentes?

El reto es devolver la Sanidad a donde estaba, con profesionales comprometidos con la visión y la asistencia. Ahora la visión está deteriorada. A partir de ahí, innovar y crecer. Tenemos que volver al principio, reexaminar y ver qué tiene y no tiene sentido, y compartir esa visión. Mejorar la satisfacción del profesional y del paciente. Transmitir y conseguir que los profesionales se sientan prestigiosos

No hay un nivel suficiente de profesionalización de los directivos de AP

Necesitamos un marco común que ordene la AP en todas las CC.AA.

en AP. También los directivos que la dirigen. Tenemos que mejorar también la poca capacidad de autocuidados a la que hemos llevado a la población y la alta dependencia del sistema sanitario que demuestran y al que hemos contribuido todos, hasta el extremo de que muchas personas no son capaces de saber si están o no sanas, a no ser que se lo diga un médico.

¿La entrada de una nueva ministra qué palpitos le transmite?, ¿abre expectativas positivas o un nombre nuevo es poco relevante ante los retos sanitarios?

No tengo ningún palpito, el mejor palpito es la evaluación de su trabajo cuando lo realice. Considero que no hay ideas de derechas o de izquierdas, sino buenas y malas ideas y políticas que resuelven problemas y otras que no los resuelven... o lo que es peor, los crean. A veces hay ideas tibias, cuando una buena idea está

marcada por el miedo en su ejecución. Es muy importante la consciencia del bien común que tiene esta cartera y que no debe utilizarse en provecho propio aquello que está pensado para todos. Me gustaría transmitirle que es importante darse cuenta de que tiene que centrar su esfuerzo en la misión, en conectar con el “para qué estoy yo aquí” ■

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





```
("Hello, World!");
```

```
#include <stdio.h>
int main() {
    printf() displays the
    string inside
    quotation
    printf("Hello, World!");
    return 0;
}
```

```
("Hello, World!");
```

```
{99}
#include <stdio.h>
int main() {
    printf() displays th
    string inside
    quotation
    printf("Hello, Wor
    return 0;
}
```



```
1100 00 110101 0001 110
001 00110 00 1100 1
111 00 111 0101
00110 00 1100 1
```



```
("Hello, World!");
1 1 00 111
0001 110
00110 00 1100 1
01 00 1 1 1 00 11
111 00 111 0101
quotation
("Hello, World");
```



```
01 00 1 111 00 11
111 00 111 0101
1100 00 110101 0001 110
001 00110 00 1100 1
```

```
01 00 1 111 00 11
111 00 111 0101
1100 00 110101 0001 110
001 00110 00 1100 1
```





La transformación de los RR.HH. ante el impacto de la salud digital

Para que la salud digital suponga un verdadero cambio es necesario transformar no solo las estructuras, sino también los recursos humanos. Esto pasa por capacitar a los profesionales que ya trabajan en el sistema, pero también por buscar cómo trabajar con nuevos perfiles profesionales. Todo ello tratando de retener talento en un momento en el que hay cada vez más abandonos ante la carga asistencial y la falta de motivación en el contexto de la Sanidad.

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | EL MÉDICO



En estos últimos tiempos, en la gran mayoría de foros sanitarios, cuando se habla de los grandes retos del sistema, sin duda, se pone sobre la mesa el problema de la falta de profesionales de la Medicina. No solo a nivel nacional, sino que es un problema compartido con Europa. Sin embargo, a veces ocuparse de lo urgente, como es la sobrecarga asistencial y el *burn out* de los sanitarios, impide ver lo que está por venir. Y es como la salud digital va a cambiar la realidad de los recursos humanos de los sistemas de salud a nivel global.

Parte de la paradoja es que herramientas como la inteligencia artificial van a permitir reducir la necesidad de especialistas médicos. En concreto, porque eliminarán la sobrecarga del trabajo mecánico y permitirán que el especialista se centre en otras cuestiones. Así, a menor carga de trabajo, serán necesarios menos trabajadores. Algo que podría suponer una solución

ante del déficit de especialistas. Sin embargo, la implantación de estas herramientas en el sector salud supone la necesidad de contar con otros perfiles profesionales de los que no se dispone. Un problema que también empieza a ser acuciante.

Como se exponía en el marco en el marco de Transfiere 2024, organizado por EIT Health Spain, la industria sanitaria en España no encuentra los perfiles que necesita en un 82 por ciento de los casos. Todo ello debido al crecimiento sostenido de esta industria y al cambio de competencias necesarias que precisa la innovación sanitaria.

Precisamente en dicho encuentro, los expertos apuntaban a que la industria sanitaria se enfrenta a tres grandes retos con un impacto decisivo en su futura competitividad: el imparable desarrollo tecnológico, la transición digital y la transición verde. Pero para dar una respuesta adecuada

a los mismos, el sector necesita profesionales capacitados que puedan comprender y aprovechar tecnologías como la IA, el *big data* o la robótica de manera efectiva.

¿Cómo puede ayudar la IA a la crisis de los RR.HH.?

De esta forma, los grandes retos de la innovación sanitaria pasan por optimizar el tiempo que emplean los profesionales en el uso de la tecnología, el cambio en la relación paciente-profesional sanitario, la búsqueda de la mejora de la experiencia con el sistema sanitario, la consecución de una medicina personalizada, predictiva y de precisión, y el análisis de los datos de salud para obtener indicadores de cuidado de la salud basados en valor, entre otros.

La pregunta es, ¿cómo puede la salud digital aportar soluciones a los mismos? ¿Cómo va a influir en el día a día de los profesionales?

“Lo que pasará es que la IA nos liberará de ciertas tareas repetitivas, mecánicas, que son carentes de valor para la salud de los ciudadanos y modificará flujos de trabajo para rentabilizar el tiempo y ganar en resultados en salud. Lógicamente hay que estar vigilantes de que el uso de estas herramientas sea beneficioso para la sociedad en su conjunto y no menoscabe la confianza que sustenta la relación médico-paciente, ni elimine los principios éticos inherentes al ejercicio de la profesión médica. Estas son las líneas rojas que no hay que atravesar”, comenta para la Revista El Médico M^a Isabel Moya, vicepresidenta primera de la OMC.

Sin embargo, la experta deja claro que “los errores cometidos en la planificación de los recursos humanos no se van a corregir con la IA. Lo que sí puede hacer la IA es aumentar la calidad en la atención. Ese es el objetivo”. Así, la clave es que ahora los recursos humanos del sistema, tanto los médicos como otros profesionales, puedan centrar sus capacidades en aquello que aporta más valor. En el caso del profesional médico, la salud digital puede ser un aliado para lograr “crear ese espacio de confianza con el paciente, dedicarle el tiempo necesario para hablar con él, para conocer su entorno, su contexto psicosocial, para consensuar con él las decisiones”, según la experta de la OMC.

Mientras, se espera que la IA haga los trabajos administrativos que nunca debieron asumirse por el médico, además de priorizar las tareas por nivel de importancia clasificar pacientes por riesgos, y ofrecer más rápidamente información procedente de la integración de datos de distintas fuentes. “Esto le alertará de las urgencias, mejorará el diagnóstico por imagen, permitirá la medicina personalizada en base al código genético de cada uno. En definitiva, la IA será el vehículo

por el cual podamos desplegar una verdadera medicina preventiva, predictiva, personalizada, de precisión y participativa”, insiste la vicepresidenta primera de la OMC.

Sin embargo, aunque las expectativas parecen buenas, lo cierto es que los profesionales no están del todo convencidos de este cambio. Así, según un nuevo estudio de Sony Healthcare Europe realizado a 600 oncólogos y cirujanos del Reino Unido, Alemania, Francia, España, Italia y los países nórdicos, los profesionales médicos en España son pesimistas en lo que respecta al papel que puede desempeñar la tecnología para eliminar la sobrecarga asistencial. Así, el 72 por ciento cree que tiene un papel vital, un descenso del 21 por ciento desde el año pasado.

Una mayor eficiencia, si sabemos encauzarla

Esta era, de hecho, la idea que sobrevolaba durante la última reunión de Inforsalud 2024, organizada por la Sociedad Española de Informática de la Salud. En la misma,

María Fe Lapeña, subdirectora general de Servicios Digitales de Salud del Ministerio de Sanidad, recordaba que, por el momento, los algoritmos, sobre todo

aquellos que influyen en la decisión médica, “solo son una ayuda más, no sustituyen en ningún caso al profesional, solo es un elemento más de apoyo”. No obstante, llegará un momento en el que estas herramientas se plantean como un servicio dentro de la cartera de servicios, para lo que tendrá que pasar por los cauces adecuados para “velar por la seguridad de los pacientes y la garantía de la buena asistencia médica”.

Por otra parte, Mercedes Alfaro, subdirectora general de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, insistía en que la digitalización es la ocasión de oro de la Sa-

nidad. “Ahora no tenemos excusa. La digitalización puede ser parte de la respuesta, haciendo más eficiente no solo la atención sanitaria, sino también las políticas de prevención y promoción de la salud”.

Este es otro de los caminos por recorrer, conseguir que la salud digital no solo aborde el proceso de enfermedad, sino que ayude a evitar la misma. Y por ende, se reduzca la sobrecarga asistencial. Todo ello, dando valor a la labor de los profesionales de Salud Pública y Preventiva, pero también a los de Atención Primaria, que no siempre disponen de tiempo para sus tareas de Educación en Salud. Como ejemplo reciente, cabe citar el proyecto europeo EprObes, que utiliza una metodología basada en inteligencia artificial para prevenir la obesidad a través de la identificación temprana de biomarcadores, factores de riesgo, pronóstico e intervención. Para ello, se están analizando los datos de series temporales de las cohortes de muestra y realizar predicciones sobre el riesgo de desarrollo de obesidad en un período específico se utilizarán modelos de IA, como los de redes neurales artificiales o recurrentes o los de memoria extendida de corto-medio plazo. Estas herramientas ayudarán a encontrar esos “patrones escondidos” que pasan desapercibidos con los métodos estadísticos tradicionales.

Sobre esta idea insistía Mercedes Alfaro. “La Comisión Europea dice que los sistemas sanitarios se tienen que reorganizar muy apoyados en la digitalización como uno de los recursos que puede ayudar a la sostenibilidad de estos sistemas”. Pero para que realmente sea útil, esto pasa por formar a los profesionales y a los propios pacientes, “con una educación sanitaria también asistida por las TIC”, insistía. Aun así, Alfaro reseñaba que “el cambio de modelo es una decisión que trasciende al ámbito tecnológico”. Es decir, la tecnología puede ser un recurso, pero para que sea útil lo que es necesario es marcar las líneas para un nuevo modelo de atención sanitaria.



Formarse en capacidades digitales y mejorar la comunicación

Para adaptarse a esta verdadera transformación digital, no solo es necesario crear estrategias e iniciar proyectos. No solo es urgente invertir en recursos e infraestructuras. También hay que trabajar en la transformación del capital humano.

Es decir, que no solo se trata de apostar por nuevos perfiles profesionales, sino que también hay que adaptar los ya existentes, formando a los profesionales sanitarios en el uso de las nuevas tecnologías que van a cambiar indudablemente sus dinámicas de trabajo.

Sobre esta cuestión, M^a Isabel Moya explica que “uno de los mayores desafíos en la transformación digital en salud es la formación de los profesionales. Urge un Plan Nacional de Formación en Competencias Digitales para los profesionales sanitarios en activo, formal y coordinado, y reformular los programas curriculares de los estudios universitarios y de formación especializada para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes de los médicos para ejercer la Medicina del futuro”.

En esta línea, en Inforsalud 2024 se ponía de manifiesto la idea de que no se trata solo de mejorar las capacidades digitales de los sanitarios, sino de que también aprendan de herramientas como la inteligencia artificial, nuevas formas de comunicarse con el paciente. Así, Javier García Alegría, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME) recordaba que existen múltiples estudios que comparan la percepción del paciente ante interacciones con Chat GPT u otros asistentes virtuales y con los propios profesionales. “En los mismos Chat GPT gana por goleada en cuanto a cómo

valoran los pacientes la empatía y calidad percibida. Esto nos tiene que servir para tomar decisiones”.

Como ejemplo de estas declaraciones, cabe recordar un estudio publicado en JAMA en abril de 2023, según el cual las respuestas del Chat GPT fueron preferidas a las respuestas de los médicos y obtuvieron calificaciones significativamente más altas tanto en calidad como en empatía. En la misma línea, a principios de este 2024, la inteligencia artificial desarrollada por Google, AIME, también demostró ser más precisa en diagnósticos y empática con sus pacientes que un médico humano, tal y como se publicaba en *Nature*.

Así, como reflexionaba Jose Luis Portero, director médico de Iberia *Abbott Diabetes Care*, “tenemos un problema de humanización y se lo hemos cargado a la tecnología, pero el problema lo tenemos los humanos”.

El miedo al cambio

Realmente, uno de los grandes hándicaps no es solo la falta de formación estructural, sino el miedo a una novedad que realmente supone un antes y un después en el rol del profesional. Porque no se trata de aprender solo nuevas competencias o de apostar por la formación continuada. Se trata de ser parte de una verdadera transformación del sistema, para que ese cambio realmente se traduzca en algo positivo.

Juan Carlos Oliva Pérez, director gerente de la Fundación Rioja Salud, recordaba en Inforsalud: “No es lo mismo digitalizar, que apostar por una transformación digital. Transformación implica cambio, implica que esos cambios aporten resultados en salud de verdad”.

La cuestión es cómo vencer ese miedo al cambio que persiste entre una parte de los profesionales. A este respecto, David Álvarez, director de salud digital en Siemens, reflexionaba que “muchas veces escuchamos que el radiólogo o el patólogo desaparecerán, pero no cambia la figura, lo que cambia es el papel de esa figura. Cada vez hay más necesidad de radiólogos y patólogos, lo que cambia es su función y la forma de enfocar su trabajo”.

Sobre esta cuestión vuelve a opinar la vicepresidenta primera de la OMC. “Es habitual resistirse a los cambios, máxime si son disruptivos, generan incertidumbre. Sobre todo, cuando no se cuenta con la opinión y capacitación de los profesionales para su despliegue”.

Otro de los miedos es que la salud digital no cumpla su promesa y se convierta en un nuevo ladrón del tiempo, como ya pasó con la historia clínica digital, tal y como recuerda la experta. “La digitalización de los procesos en Sanidad supuso más burocracia y un robo de tiempo para la relación médico-paciente. Es muy importante que la transformación digital en salud no implique carga de trabajo para el médico sino todo lo contrario. Es cierto que los datos aportan mayor información si están estructurados y existe estandarización en los registros pero la tecnología está evolucionada, por ejemplo con el procesamiento del lenguaje natural, para superar los déficits en este sentido. Los profesionales deben adquirir las competencias y la formación necesaria para desenvolverse en este nuevo escenario y ser conscientes de la importancia del registro estandarizado y de calidad de los datos”.

El papel de los médicos en la adaptación digital

De esta forma, la experta insiste en que para vencer el miedo al cambio hace falta que los profesionales participen del diseño de esta transformación hacia una ver-

dadera salud digital. “El papel de los médicos es imprescindible. No olvidemos que son herramientas de apoyo a la decisión que finalmente trasladaremos al paciente. Por tanto, no deberían desarrollarse e implementarse sin la participación y/o valoración clínica pertinente. Hay centenares de miles de aplicaciones en salud cuyo impacto en la salud o en los resultados en salud son nulos o ausentes y es por su perspectiva meramente comercial”, insiste M^a Isabel Moya.

Así, en Inforsalud 2024, Margarita Bujosa, directora del área de profesionales y relaciones laborales de la Consejería de Salud de las Islas Baleares, apuntaba que “es un proceso complejo, ya que supone cambiar la metodología trabajo, la forma de trabajar en el sistema, por lo que es necesario contar con nuestros profesionales para que participen e involucrarlos en la transformación. Es cierto que es necesario elaborar estrategias de reclutamiento de nuevos perfiles, pero también es importante trabajar por mantener el talento que tenemos en la organización”.

Igualmente, Javier García Alegría, presidente de FACME, veía necesario hacer partícipes a los profesionales también en el diseño o en las propuestas de diseño de estas innovaciones. “Sería clave que las empresas o instituciones que desarrollan esta tecnología contaran con los profesionales, porque tienen que dar la perspectiva del uso real”.

Por ejemplo, citaba que podrían hacerse propuestas de necesidades más urgentes como es la creación de algoritmos para ayudar en la toma de decisión para la prescripción de medicación. “Es imposible estar al día de todo el conocimiento científico actualizado. Sería necesario tener una herramienta de ayuda a la prescripción donde salte una alerta de interacciones, o riesgos por antecedentes del paciente, etc”. Este es solo un ejemplo de cómo contar con la experiencia del día a día puede ayudar a crear una hoja de ruta sobre cuál



les son realmente las necesidades, porque si no puede generarse mucha innovación, que acabe aportando más bien poco.

En esta línea, Benigno Rosón Calvo, subdirector general de sistemas y tecnologías de la Información del Servicio Gallego de Salud, insistía en que, aunque están llegando más recursos, la realidad es que las estructuras siguen tensionadas, y en un momento en el que es necesario reclutar más profesionales de diferentes perfiles para esta transformación “se nos están yendo al sector privado”. Tal y como apuntaba Luis Santiago, subdirector TIC del Hospital Virgen del Rocío, “antes los expertos en informática de la salud se formaban en la empresa privada y cuando se familiarizaban con el sector los fichábamos. Ahora es el revés, formamos nosotros y se van a la empresa privada después porque

cobran más”. Motivar a los profesionales de la salud e involucrarles en esta transformación digital, para que vean sus beneficios, además de ofrecerles formación para adaptarles al cambio, es también una forma de retener talento.

Cómo plantearse la creación de nuevos perfiles profesionales

Dando un paso más sobre estos retos, Marisa Sánchez, gerente del área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias, remarcaba en Inforsalud 2024 que “hay que desarrollar dentro de las plantillas de los centros sanitarios, otras categorías profesionales que hoy no forman parte de las plantillas habituales, como los bioinformáticos. Hay que ir pensando en que se tiene que incorporar a trabajar a nuestro lado otras categorías profesionales que hoy no



están”. Y ese es el otro gran reto, que si bien la innovación viene a solucionar el déficit de especialistas, ha generado un nuevo déficit en expertos en salud digital.

Así, en Inforsalud 2024, parte de debate giraba en torno a la necesidad de crear nuevos perfiles o de buscar formas colaborativas de trabajo. Es decir, apostar por perfiles mixtos o por la creación realmente de grados y puestos especializados.

Por su parte, Celia Gomez González, directora general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, aportaba que ahora que hay que hacer una revisión del catálogo de categorías profesionales es un buen momento para abordar cómo gestionar estos nuevos perfiles, reconociendo que aunque los profesionales sanitarios están muy estructurados, por ejemplo, no ocurre lo mismo con el personal de gestión y servicios de los hospitales. Incluso advertía que “todavía hay CC.AA. que no tienen creadas

categorías o no están claramente definidas y generan problemas”. Es por ello que es un área en la que hay mucho por hacer.

Entre las posibles vías la experta manejaba diversas alternativas como una formación de grado o postgrado para una capacitación reconocida. También la vía de la formación continuada con diplomas de acreditación que reconozcan dominios y competencias concretas. Incluso plantearse un Área de Capacitación Específica que pudiera ser multiespecialidad, como la informática médica. Y como no, la creación de un MIR versión informático de la salud o ingeniero biomédico con un itinerario formativo concreto y plazas específicos en los centros sanitarios, aunque quizás sea la opción menos realista.

Un ejemplo de este trabajo colaborativo lo ponía sobre la mesa Ana Ripoll, catedrática de Arquitectura y Tecnología de Computadores de la Universidad de Barcelona

y presidenta de Bioinformatics Barcelona (BIB). Precisamente, al respecto de último cargo, la experta recordaba que surgió como una iniciativa de 15 instituciones y ahora lo conforman más de 70.

Desde su perspectiva, el reto está en que médicos y tecnólogos, bioinformáticos o ingenieros hablan diferentes idiomas y por eso a veces es difícil trabajar de forma conjunta. BIB es un ejemplo de creación de proyectos conjuntos, “aun con vocabularios y formaciones diferentes. A veces avanzamos lentamente, pero lo que hay que hacer es generar profesionales que hablen el mismo lenguaje y puedan dar lugar a puntos de entendimiento común”.

De cara al futuro, Benigno Rosón Calvo, subdirector general de sistemas y tecnologías de la información del Servicio Gallego de Salud aportaba que no solo se trata de los perfiles actuales, sino también de mirar hacia las generaciones que están por llegar. “Tenemos que adaptarnos a perfiles más jóvenes, con otra forma de entender su trabajo y no lo estamos haciendo, por eso se van todos al sector privado. Hemos cogido el carro de Europa y es un momento dulce de aprovechar este empuje. Ahora, lo que tenemos que hacer es solidificar esas estructuras para que esto sea sostenible”, concluía el experto como reflexión final ■

Fuentes

1. El Médico Interactivo
2. Transfiere 2024
3. Entrevista M^a Isabel Moya, vicepresidenta primera de la OMC.
4. Sony Healthcare Europe
5. Inforsalud2024
6. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2804309>
7. <https://www.nature.com/articles/d41586-024-00099-4>

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:

RCP
Consejo
Español

**EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL**

SeMicyuc
LOS PROFESIONALES DEL INFERNO CRÍTICO

RCP
PLAN NACIONAL DE RCP

Comité Científico:

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



Foto: Álvaro Serrano Sierra

Puedo compatibilizar Medicina y actuación, soy un privilegiado

Aser García Rada

Pediatra, actor, asesor médico de guiones y médico de rodaje

Texto | Javier Granda Revilla



“Puedo compatibilizar Medicina y actuación, soy un privilegiado”

Pediatra, actor, bailarín, cantante, asesor médico de guiones, médico de rodaje, doble de luces de estrellas de Hollywood... Aser García Rada es una persona verdaderamente polifacética y, en esta entrevista, revela detalles de muchos de estos ámbitos.

¿Cuál fue su primera experiencia sobre un escenario?

Hace 20 años, en la zarzuela *La taberna del puerto*, estaba en tercero o cuarto de Medicina. Había hecho una prueba para el coro de la temporada lírica del Palacio de Festivales y estaban haciendo los ensayos de una zarzuela. Me encontré allí con un amigo que es actor y me avisó que, al día siguiente, había un casting para la siguiente zarzuela. Lo hice y me cogieron, aunque me tuve que salir del coro. Al año siguiente, entré en la escuela de actores del Palacio de Festivales de Santander. Y allí me dijeron que, si quería ser actor, tenía que venir a Madrid. Y fue lo que hice, empezando a formarme en la escuela de Cristina Rota.

El trabajo de actor es una formación constante...

Sí, me he formado muchos años. También en danza y, desde un tiempo, en canto. Porque me encantaría trabajar en musicales. Y en equitación, esgrima, lucha escénica...

¿Y cómo entró en el mundo del cine?

Me seleccionaron como doble de luces de Christian Bale en la película *La promesa*, en 2015. Durante el rodaje, conocí a la médica y la técnica de riesgos laborales. Cuando supieron que también era médico, la técnica me seleccionó como médico de rodaje para otra película, *Los hermanos Sisters*, protagonizada por Joaquín Phoenix,

Jake Gyllenhaal, John C. Reilly y Riz Ahmed, y rodada en buena parte en Almería. Y luego, en otras, como *Terminator destino oscuro*, que se rodó curiosamente en mi barrio, Lavapiés.

¿Le ha tocado atender algún accidente grave en rodaje?

No. Como médico de rodaje, mi principal labor ha sido repartir crema solar (ríe). Y, por supuesto, atender casos de dolor de garganta, diarrea, torceduras de tobillo...

¿Con qué equipo cuenta en el plató?

En rodajes grandes, con secuencias de acción o escenas arriesgadas, suele haber una ambulancia. O incluso varias, como sucedió en *Terminator*, en una escena con tren que se rodó en las afueras de Madrid. Pero en los rodajes que he estado, no ha habido ningún accidente grave porque se suele tener mucho cuidado. Lo más grave que me ha pasado fue una posible reacción anafiláctica, que tuvimos que trasladar en ambulancia.

¿Hay más seguridad ahora?

Sí, a eso han contribuido las plataformas, que exigen una serie de criterios y de seguridad en todas las producciones y la mayor implantación de la figura del técnico de riesgos laborales especializado en cine.

¿Cómo puede compatibilizar la consulta con el trabajo de actor y en los rodajes?

Porque suelo buscar trabajos temporales como pediatra para poder irme o volver cuando me surgen trabajos como actor, lo que de momento ocurre ocasionalmente. He trabajado mucho como técnico de rodaje y, durante la pandemia, supervisando o dirigiendo departamentos de COVID. Como actor, el pasado año he hecho una obra de teatro llamada *La celebración*, que

se representó en los Teatros Luchana, de Madrid, y un pequeño papel en *Nos vemos en otra vida*, una serie sobre el 11M de los hermanos Sánchez-Cabezudo que se estrenó en marzo en Disney+. El teatro era en fines de semana y rodé un solo día el papel de la serie, por lo que me pedí el día libre en el centro de salud. Por todo ello lo puedo compatibilizar, me considero un privilegiado. La mayoría de actrices y actores que conozco tienen que trabajar en condiciones mucho más precarias para ganarse la vida. Tres cuartas partes no llegan al salario mínimo interprofesional.

¿Y si son trabajos más largos?

Fui responsable del departamento de COVID del rodaje en España y Portugal de la primera temporada de *La casa del dragón*, la precuela de *Juego de tronos*, un proyecto que duró medio año. Mientras puedo ganarme la vida así, no trabajo como pediatra. Mi objetivo es vivir de la actuación, compatibilizado con el periodismo.

¿El trabajo como supervisor COVID en plató se ha acabado?

Sí, ya no tiene sentido. Pero el sector audiovisual fue el que mejor se adaptó durante la pandemia porque necesitaban reactivar las producciones. Y, en seguida, establecieron una serie de protocolos de COVID.

¿No había un protocolo único?

No, cada plataforma y cada productora tenía su propio protocolo y muchas veces escogían a profesionales sanitarios para dirigir ese departamento.

¿En qué producciones trabajó como responsable COVID?

En *La casa del dragón*, durante su rodaje en Cáceres, Trujillo, La Calahorra, Lloret

de Mar y Monsanto, en Portugal. Éramos uno de los departamentos más grandes de toda la producción, en la que podían llegar a coincidir 800 o 900 personas. El productor de HBO me felicitó porque tuvimos muy pocos contagios, yo insistí mucho en la ventilación, en ir con las ventanillas bajadas si se compartía vehículo... Y, luego, fui uno de los supervisores de ese departamento en *The Mother*, una película con Jennifer López, Gael García Bernal y Joseph Fiennes que se rodó en Gran Canaria. Ahí hubo más casos, con un brote grande, que obligó a parar temporalmente la producción.

¿Llega a poder hablar con las estrellas?

Sí, si es necesario por motivos profesionales. Aunque, como llegas a convivir durante varios meses en el mismo sitio, en ocasiones coincides de manera más relajada.

¿Por ejemplo?

Estuve charlando un rato con Jake Gyllenhaal en el catering de *Los hermanos Sisters*, un rodaje de cuatro meses en Almería, Navarra y Huesca.

¿Y de qué hablaron?

Le dije que también era actor, que yo sabía que acababa de hacer un musical y me contó que lo que más le gusta es el teatro. Y lo repite en muchas entrevistas: que está encantado de poder trabajar en el cine, pero que prefiere el escenario.

También coincidió con Penélope Cruz y Javier Bardem en el rodaje de *Todos lo saben*, una película del director iraní Asghar Farhadi ¿qué tal fue la experiencia?

Ahí fui doble de luces de Javier Bardem y de Ricardo Darín y, al poco de empezar a rodar, me pidieron que me incorporara también como médico de rodaje. Aparezco dos veces en los créditos (ríe).



Aser García Rada como doble de luces de Javier Bardem con equipo de dirección, Asghar Farhadi y su traductor en *Todos Lo Saben*. Foto de Teresa Isasi.

¿Cómo fue la experiencia?

Muy bonita. Porque, además, participaron muchos actores de la plana mayor del cine español, como Inma Cuesta, Bárbara Lennie, Eduard Fernández... Se rodó en Torrelaguna, a las afueras de Madrid, durante tres meses. Fue justo después del rodaje de *Los hermanos Sisters*.

¿Qué le gustó de la experiencia?

Éramos un equipo pequeño, de unas sesenta o setenta personas, rodando en un pueblecito. Casi todo, en una vivienda en la plaza principal. Era todo muy familiar y ahí sí que acabas hablando con todo el mundo. Tuve varias conversaciones interesantes con Javier Bardem, un actor al que admiro y al que también le resultaba curiosa mi faceta sanitaria.

¿Y cómo era la comunicación con el director iraní?

Hablábamos en inglés, aunque también tenía un traductor de iraní al castellano. Un día, mientras esperábamos a que llegara Javier durante la preparación de una secuencia, vinieron ambos a preguntarme por mi carrera como actor. Me dijo que yo tenía muy buena cara para el cine, lo que me alegró mucho, como te puedes imaginar. Nunca se sabe (ríe).

¿Las escenas se rodaban en castellano?

Sí, pero él, de alguna forma, entendía lo que ocurría en castellano.

¿En qué consiste el trabajo de doble de luces?

Te sitúas en la marca para que el director de fotografía y los iluminadores preparen la escena. O, si la escena requiere de una coreografía de movimiento, el director puede ensayar con los actores mientras los dobles de luces miran y, cuando entran las cámaras, los ensayos se hacen con los dobles de luces mientras los actores están en maquillaje, peluquería o descansando. O al revés, que es lo que solía hacer Farhadi: el director marca la escena con los dobles de luces y, cuando está definida, los actores ven el último ensayo y repiten los movimientos. En esos trabajos he aprendido mucho sobre iluminación o encuadres de cámara con grandes directores de fotografía, como Javier Aguirresarobe o José Luis Alcaine.

Por otro lado, ha trabajado en otras producciones del género fantástico, como *Juego de Tronos* o *30 Monedas*. ¿Cómo es trabajar con efectos especiales?

Muy espectacular. Siempre hablo con la gente de efectos, es un departamen-



ENTREVISTA/SIN COLGAR LA BATA

Aser García Rada

to fascinante y aprendo mucho de ellos. El equipo de *Terminator* había trabajado también en *Star Wars*, *Blade Runner 2049* o *Ready Player One*, imagínate. En *Juego de tronos* trabajé como figurante. Tuvimos dos semanas previas de entrenamiento militar y casi un mes de rodaje después. En *30 Monedas* trabajé como actor, curiosamente de cirujano. Los de efectos habían diseñado una prótesis de látex muy realista para simular la sutura que realizo en la secuencia.

¿Qué papel interpretaba en *Juego de Tronos*?

Era un soldado del ejército de los Lannister, así que “siempre pago mis deudas” (ríe). Mientras estaba allí, en Malpartida de Cáceres, se rodó una escena en la que ardían 20 especialistas, fue un récord de la historia de la televisión. Pero no nos dejaron verla. Sí participé en otra en la que ardieron cinco especialistas, los tenía enfrente y yo tenía que correr porque, supuestamente, nos atacaba el dragón. Los especialistas colocaron pirotecnia en el suelo, tapada con tierra, para simular la llamarada del dragón. Y estaban protegidos y cubiertos de una sustancia inflamable. Fue increíble ver tan de cerca el supuesto ataque del dragón, fue como vivir dentro del mundo de *Juego de Tronos*, con caballos, fuego, flechas...

(Enlace a la secuencia: <https://www.youtube.com/watch?v=pE2wcBeyNdk>).

¿Qué aspecto del cine le llama más la atención?

Muchas cosas, como la ambientación de las películas y series de época. En la tercera temporada de *Westworld*, trabajé de doble de luces de Vincent Cassel y Rodrigo Santoro y rodamos en Besalú, un pueblo catalán reconvertido en un pueblo italiano durante la ocupación nazi, con banderas y vehículos con cruces gamadas. Y lo mismo sucedió cuando trabajé como actor en *El Ministerio del Tiempo*, en otra escena con maquis y nazis: curiosamente quienes hacían de nazis



Aser García Rada en *Juego de Tronos*, detrás de las cámaras.

eran el mismo grupo de recreación histórica de *Westworld* y tienen un tanque, cascos originales de la II Guerra Mundial... Ver Cáceres ambientado como una ciudad medieval también fue maravilloso. De hecho, el exterior de mi vivienda durante el rodaje de *La casa del dragón*, en su casco histórico, formaba parte del decorado. Las secuencias de época son preciosas.

Otra faceta de su trabajo actoral se desarrolla en el Teatro Real de Madrid. ¿Cómo fue coincidir con una ganadora de Óscar como Marion Cotillard?

Fue en la ópera *Juana de Arco en la hoguera*, dirigida por Àlex Ollé, de La Fura dels Baus. También he trabajado en otra ópera, *Idomeneo*, de Robert Carsen. Trabajar en el Teatro Real es fascinante, hay unos equipos técnicos increíbles y está todo muy cuidado, con un escenario espectacular. Es un auténtico privilegio trabajar ahí y contrasta mucho porque en general el teatro en España es muy precario.

¿Cuál ha sido su último trabajo como técnico de rodaje?

De pediatra de rodaje en la serie *Kaos*, había un bebé en una de las escenas. La estrenará Netflix este año y uno de los protagonistas es Jeff Goldblum, con quien coincidí. Parte se ha rodado en Madrid. O hace poco, cuando me llamaron porque una cantante que venía a Madrid a rodar un videoclip se encontraba enferma.

Por otro lado, está colaborando con The BMJ, El País y la agencia SINC...

Lo disfruto mucho, trabajo mucho los textos y entrevisto a personas muy interesantes.

¿Cómo acabó asesorando sobre temas médicos para los guiones de la serie *Centro Médico*?

Era una serie diaria que se emitía en TVE y fue una experiencia muy interesante. Yo ya había trabajado en *Centro Médico* en dos ocasiones previas como actor, pero en esta ocasión, formaba parte de buena parte del proceso de preproducción: otro médico proponía los casos, los guionistas desarrollaban la idea y, como asesor médico y junto a otro asesor, revisaba los guiones y sugería cambios, si había que hacerlo. También acudía a las reuniones de producción, en las que planificaba todo el material médico que tenía que estar en el set de rodaje y se debatía cómo integrarlo con los actores. Luego, ayudábamos a ambientar el plató durante el rodaje.

¿Cómo integraban los protocolos médicos en la ficción?

Realmente, lo importante es que sea creíble y verosímil, no que se siga el protocolo médico exacto. De hecho, a veces es más interesante realizar algo más visual. Por ejemplo, es muy importante el movimiento y la coreografía de una parada cardíaca. O, cuando rodamos antes de la pandemia sobre una enfermedad infecciosa que se contagiaba por el aire, no pusimos mascarilla a los actores (cuando deberían haberla lle-

vado). Pero es que no se les veía las caras o la emoción. Y eso pasa en muchas películas de este tema, como *Estallido*, donde los actores llevan unas escafandras que no son muy realistas.

Ha comentado que le encantaría participar en un musical, ¿cuál es su musical favorito?

West Side story, tanto la versión de teatro como las dos adaptaciones de cine. La película de Spielberg me fascinó, uno de mis objetivos es trabajar con él.

¿Y su película favorita?

Durante mucho tiempo, fue *El Hundimiento*, de Oliver Hirschbiegel. Bruno Ganz hace un trabajo tan soberbio que logra que empatices con uno de los mayores genocidas de la historia. Hasta tuve la suerte de tra-

bajar con uno de los actores, Justus von Dohnányi, que interpreta en ella a uno de los generales de Hitler. Fue en una película alemana que se llama *El apellido* que rodamos en Lanzarote y en la que fui coordinador de COVID. Pero, como me fascina la ciencia ficción, voy a decir *Blade Runner*. O *Alien*. De hecho, Ridley Scott es otro de mis directores favoritos. Y Spielberg, como he dicho, desde que vi *ET*, mi primera película en el cine, con cinco años. Y Amenábar, León de Aranoa, Bayona, Miguel Ángel Vivas... Hay muchos directores y producciones maravillosas donde me gustaría trabajar.

¿Su actor favorito?

Hay muchos actores cuyo trabajo admiro. Jake Gyllenhaal es un actor fascinante, muy camaleónico. También me gusta Oscar Issac, con quien coincidí en *La promesa*. Riz Ahmed, al que conocí en el rodaje

de *Los hermanos Sisters* y que es encantador. Y Eduard Fernández es maravilloso, porque todo lo que hace es creíble, toma tras toma. Es un actor que me fascina y con el que ya he tenido el lujo de coincidir en un par de ocasiones.

¿Y actrices?

María Isasi, quien ya es amiga. No es tan conocida, pero verla trabajar en *Centro Médico* fue algo increíble: tenía que intentar reanimar a su padre en la ficción y yo preparé el protocolo de reanimación, con ella, de la manera más rigurosa posible. Lo más importante era transmitir la emoción, al tiempo que hacía la reanimación ¡y con tacones y sin hacer daño en el pecho al actor, que es un veterano! Ella clavó la escena a la primera, algo que no he visto casi nunca porque en cualquier gran producción puede llegar a haber 30 o 40 tomas de cada escena ■

Alquiler de espacios

En el corazón de Madrid

Celebra actividades científico-médicas

650 60 60 30
area.formacion.direccion@icomem.es







La Medicina árabe. Su nacimiento y evolución

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

Fotos | EL MÉDICO



HISTORIA DE LA MEDICINA

La Medicina árabe. Su nacimiento y evolución

La evolución de la Medicina árabe se comprende al recordar la partición del Imperio Romano que ocurrió a la muerte de Teodosio el Grande, en el año 395. Occidente fue legado a su hijo Honorio, mientras que el Imperio de Oriente le correspondió a Arcadio.

Fue muy diferente la futura suerte de ambos imperios, pues mientras el de Occidente se descomponía, entre otras causas por la invasión de los bárbaros y las continuas epidemias, el de Oriente cobró esplendor, que conservó hasta la conquista de Constantinopla por los turcos en 1453.

Con los textos médicos ocurrió otro tanto, pues mientras en Occidente se perdieron casi en su totalidad, en Bizancio se conservó el saber médico a través de los textos clásicos helénicos y romanos.

Hay una fecha en la Historia que marca un hito en el devenir político y sociocultural del mundo entonces conocido. Es el año 622, el de la Hégira, el año en que comienza la expansión árabe bajo el nuevo credo islámico. En aquel año se inicia la conquista militar de nuevos territorios, pero los árabes ponen buen cuidado en la conservación de los conocimientos científicos de los pueblos conquistados que los sintetizan con su propio acervo cultural.

La contribución árabe en materia médica estaba representada por la llamada “Medicina del Profeta”, que se reducía a unos pocos conocimientos empíricos sazonados con buenas dosis de creencias sobrenaturales.

Mahoma incorporó también el ritual de la circuncisión, como antes lo habían hecho los judíos imitando a los egipcios. El motivo de recomendar Mahoma tal práctica fue higiénico más que religioso, ya que en un principio se adoptó por los camelleros, dado que la escasez de agua en el desierto dificultaba la higiene del glande. Los beduinos del desierto, obligados al continuo nomadeo, fueron en un principio los destinatarios de esta Medicina.

Estas tradiciones, recogidas luego en una serie de *hádices*, sirvieron a los guerreros, como palabra del Profeta, y a la vez se fusionaron, como hemos dicho, con la cultura clásica y autóctona de los pueblos conquistados.

La expansión fue tremenda, llegando el pueblo árabe a dominar casi todo el mundo conocido, constituyéndose un centro de gravedad cultural entre Alejandría y Bagdad, que llega a Samarcanda por el Este y a Toledo y Córdoba por Occidente (H. Schippergs, 1971). Este núcleo cultural va aumentando de tal manera que servirá de modelo a los médicos de Occidente durante varios siglos, de tal forma que puede decirse que, sin la aportación de la Medicina árabe, a lo largo de la segunda mitad del siglo VIII y todo el siguiente, la Medicina occidental había sufrido un retraso de grandes proporciones. Pero esta ciencia que se trasmite está ya muy modificada, pues la Medicina helénica y romana se ha ido transformando merced a la acción de las escuelas de Bizancio, radicada en sus conventos. Como resultado, esos saberes médicos podrán ser ya aceptados por hebreos, cristianos o árabes.

El primer escollo estuvo en la traducción de los textos, que se debía hacer del griego al árabe, pasando por el siríaco o el hebreo, labor que se realizó bajo la dirección de Hunain ibn Ishag (809-873) en Bagdad, y en Al-Andalus del latín al árabe, por lo que fue preciso establecer escuelas de traductores.

Se comprende que los factores religiosos modulasen algo el concepto de la Medicina. Era fundamental la oración en la curación de los males, pero sólo en tanto en cuanto la actuación divina se proyectaba en la propia sabiduría del médico, con lo que se eludía el concepto de milagro, a pesar de lo cual la percepción que del médico tenía el pueblo era muy alta, de tal manera que era llamado popularmente *Alhakim*, o sea sabio en el sentido más amplio.

La cirugía tuvo muy poca transcendencia en el pueblo árabe, dado que las disecciones sobre los cadáveres eran prácticas prohibidas

al existir una vida sobrenatural. Casi toda la actuación quirúrgica del médico se reservaba a la cauterización y la provocación del pus en la herida (*pus loable*), aunque existían médicos de segunda categoría, incultos e ineptos que hacían algunas intervenciones de cirugía menor, como incisiones, cauterizaciones o sangrías. Los cirujanos empleaban un sistema de anestesia general colocando sobre la boca del enfermo una esponja empapada en una droga hipnótica.

Fue a principios del siglo X cuando el califa de Bagdad intentó acabar con el intrusismo médico, concediendo títulos (*ichazas*) a los que demostrasen una general reputación.

Los estudiantes de Medicina, una vez recibida su *ichaza* de médico tras hacer sus prácticas con un maestro reconocido o en un hospital, podían pasar a uno de estos centros, existiendo hospitales muy importantes, como los muy acreditados de El Cairo, Bagdad y Damasco. El más especializado fue el de Mansul, en El Cairo, donde había “salas” para diferentes dolencias (Oftalmología, enfermedades de la mujer, diarreas). Los árabes fueron pioneros también en la disposición hospitalaria de la documentación clínica, ya que, en Bagdad, se hacían, se archivaban y se comentaban en grupos las historias clínicas, ejercicio fundamental para valorar la evolución del enfermo, actividad que impulsó Rhazes. El hospital de El Cairo, asimismo, fue el embrión de los primeros seguros de enfermedad al recibir cada enfermo cinco monedas de oro mientras durase su proceso.

En general, se puede afirmar que el gran desarrollo, planificación y funcionamiento de los hospitales es una de las más espléndidas aportaciones de los árabes a la Medicina del futuro. El centro médico de Gundishapur, en la Persia sasánida, fundado por los nestorianos en el siglo V, siendo ya excelente, alcanzó su máximo esplendor con los musulmanes.

Médicos históricos y su herencia

Citaré ahora algunos nombres de médicos que con su doctrina colaboraron a la

Medicina y cirugía del futuro y que ya están en la historia.

- **Ibn al-Beitar** nació en el año 575 de la Hégira (1197 d.C.) en Malaka. Atendía por los calificativos de “el hijo del veterinario” o “el boticario”. La historia se ha comportado con él de una forma un tanto injusta. Dedicó su vida al estudio y clasificación de las plantas y sus efectos sobre las enfermedades, labor que recogió en su obra Magna colección de medicamentos simples (*Chami Almofridat add-wiya wa alagdiya*). Viajó por el mundo árabe hasta terminar en Damasco donde fue nombrado Gran Visir. La importancia para nosotros de su magna obra (*Chami Almofridat*) se debe más que a su valor científico, al hecho de contener –en denominaciones y descripciones de los medicamentos simples– un alto valor filológico, siendo uno de los pocos testimonios escritos, autorizados, de la génesis de la lengua castellana, de la primitiva y popular habla romance de la Península Ibérica. Por esto creemos que la historia no le ha hecho justicia.
- **Ibn al-Nafis** trabajó en el Cairo (siglo XIII). Detalló por primera vez la circulación menor o pulmonar que luego describiría ‘oficialmente’ Servet.
- **Rhazes** (850-923), persa, escribió muchos textos de anatomía, radicando uno de sus méritos en servir de nexo de unión entre la doctrina helénica y la árabe. Su obra *El Haoui (Kitab al-hawi)* se encuentra entre los textos más importantes de la Medicina árabe, y su nombre está asociado al hospital de Bagdad, concebido por él. Valiosa aportación al campo de la Medicina fue precisamente el concepto que tenía de la estructuración de un hospital, dividido en departamentos especializados en determinados procesos.
- **Avicena** (980-1037) es imposible omitirle. Su autoridad es comparable a la de Galeno. Su obra *Canon* fue texto de Medicina durante más de 500 años.



- El cordobés **Abulcasis** (Abul-Qasim) (903-1013) sí merece aquí un lugar destacado, pues a mediados del siglo X escribió una enciclopedia que fue el verdadero fundamento de toda la técnica quirúrgica posterior.

Entre las aportaciones de Abulcasis a la cirugía, merece citarse la técnica de operar la fístula anal, la litotricia y las tallas perineales. Inventó el fórceps y diverso instrumental para intervenciones óseas, de ojos y de estómago, siendo uno de los primeros que utilizó la ligadura de los vasos para cohibir las hemorragias.

La sistematización de los cirujanos en las operaciones consistía primero en pedir ayuda a Dios Todopoderoso en el trabajo arriesgado que iban a realizar. Luego se cortaban las uñas, se lavaban bien las manos, después limpiaban el campo operatorio con vino o vinagre y finalmente procedían a la intervención.

En las heridas aconsejaba Abulcasis limpieza completa y apósito durante tres días, pasados los cuales, si no había cicatrizado o se había infectado, había que meter el dedo en el interior para evacuar la sangre coagulada y lavarla con vinagre, agua y sal.

- **Avenzoar** fue un verdadero humanista sevillano (1091-1162), que se apartó muy elocuentemente de la Medicina galénica. Se ocupó de temas tan variados como la astrología, las enfermedades infecciosas, la nutrición, la Farmacia y la alquimia. Describió algunas técnicas quirúrgicas de urgencia, como la traqueotomía, que la practicaba con gran exactitud.

- **Averroes** (1126-1198) aportó poca novedad a la Medicina, moviéndose más en el terreno de la filosofía. Sin embargo, su contribución al concepto de enfermar y a los procederes de la Medicina del momento fueron muy importantes, ya que defendió la total separación de la Iglesia y el Estado, de modo que cada una debería ejercer sus propias funciones, la espiritual aquella y este el gobierno de los problemas temporales de la comunidad.

El averroísmo político fue el inicio de la doctrina del Estado moderno, que encuadraba la autonomía, la separación de la Iglesia de los restantes aspectos de la vida, incluido el de la salud.

- **Maimónides** (1135-1204) fue un judío cordobés que alcanzó honra en El Cairo donde llegó a ser médico del sultán Saladino. Tradujo el *Canon* de Avicena y escribió su famoso *Libro de Preceptos* en forma de cartas a Saladino. Fue el pensador judío más importante de todos los tiempos, en palabras del hebraísta Carlos Carrete Parrondo. De él dijo Avicena: “Si la luna se hubiese dirigido a él, también la habría curado de sus eclipses”.

Fue, sobre todo, un pensador que originó una enorme influencia en judíos, musulmanes y cristianos a través de obras tan magnas como *Aforismos medicinales*, *Amor et circuncisiones*.

De todas estas nuevas aportaciones se concluye que, en cuanto al concepto de enfermedad, la Medicina árabe puso los cimientos para el desarrollo de la Medicina y cirugía del futuro ■



saned.
GRUPO

*Desde 1981
comunicando
en salud*







CONocimiento de loS paCIENTES de su patología: disfunción eréctil

La disfunción eréctil (DE) es un trastorno frecuente que afecta negativamente a la calidad de vida de los varones que la padecen, impactando en el entorno familiar, laboral y social, y pudiendo, incluso, dar lugar a trastornos psicológicos tan importantes como la depresión. Sin embargo, a pesar de las repercusiones negativas, no solo sobre el paciente, sino también sobre su pareja, a muchos hombres les cuesta consultar con su médico sus problemas de potencia sexual, razón por la que la DE se considera un trastorno infradiagnosticado¹.

Autor | Dr. Josep Torremadé Barreda. Servicio de Urología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona



CONocimiento de loS paCIENTES de su patología: disfunción eréctil

El estudio CONSCIENTES es un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, diseñado con el objetivo de estudiar la opinión de los médicos sobre el conocimiento que tienen los pacientes de la DE, los factores que pueden empoderar al paciente frente a su patología y la comunicación médico-paciente en relación con esta.

En total, contó con la colaboración de 315 especialistas en Urología y Andrología que ejercían su labor asistencial en centros médicos de España, principalmente públicos, y que respondieron un formulario, diseñado *ad hoc*, que incluía datos del investigador y del centro, presión asistencial, factores relacionados con la patología, con el paciente y con la comunicación médico-paciente, así como las principales barreras para lograr un buen conocimiento de la DE por parte del paciente.

Factores etiológicos y factores de riesgo

Una de las principales causas de DE son las secuelas funcionales de los tratamientos del cáncer de próstata. El proyecto CONSCIENTES pone en manifiesto que, a pesar de las mejoras técnicas alcanzadas en la prostatectomía radical, como la introducción de la cirugía robótica, los especialistas tienen la percepción de que es una causa importante de DE. Así, el 84 por ciento de los encuestados consideraron que más del 60 por ciento de los pacientes presentan DE tras una prostatectomía radical, una cifra mayor que los datos publicados en la literatura, donde se reporta una tasa de DE postprostatectomía de entre el 25-78 por ciento². Los resultados son algo mejores con la radioterapia de próstata, pues el 53 por ciento de los encuestados consideraron que más del 60 por ciento de los pacientes sometidos a radioterapia presentan DE secundaria (Figura 1).

El estudio también pone de manifiesto que existe una elevada concienciación entre los

La prostatectomía radical y la radioterapia por cáncer de próstata son causas importantes de DE

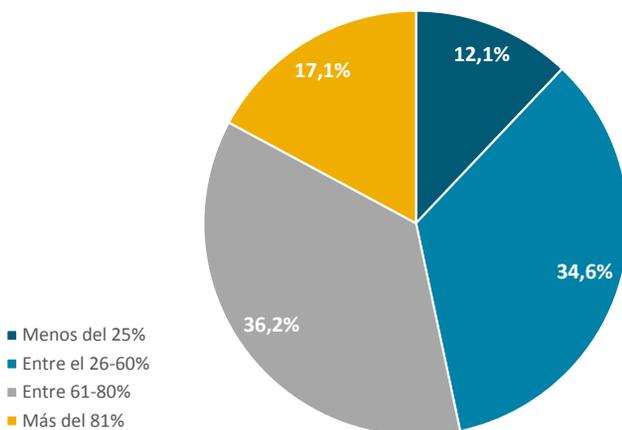
médicos de que la DE es un marcador de riesgo cardiovascular y que los pacientes con riesgo cardiovascular presentan una elevada prevalencia de DE. De hecho, el 52 por ciento de los médicos encuestados consideraron que la mitad de los pacientes diabéticos presentan DE, y el 54 por ciento que la mitad de los pacientes con DE tienen algún factor de riesgo cardiovascular (Figura 2), cifras que coinciden con lo reportado por múltiples estudios³.

Percepción que tienen los pacientes de la DE

Los médicos consideraron que el 79 por ciento de los pacientes no conocen las posi-

Figura 1. A. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes que habían sido sometidos a radioterapia de cáncer de próstata y presentaban DE. B. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes habían sido sometidos a prostatectomía radical y presentaban DE.

A. En su consulta, ¿qué proporción aproximada de los pacientes a los que se ha sometido a radioterapia de cáncer de próstata presentan DE (previa o *de novo*)?



B. En su consulta, ¿qué proporción de los pacientes a los que se ha sometido a una prostatectomía radical presentan DE?

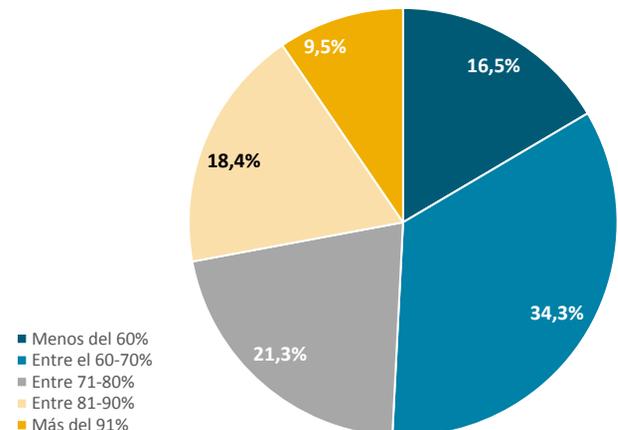
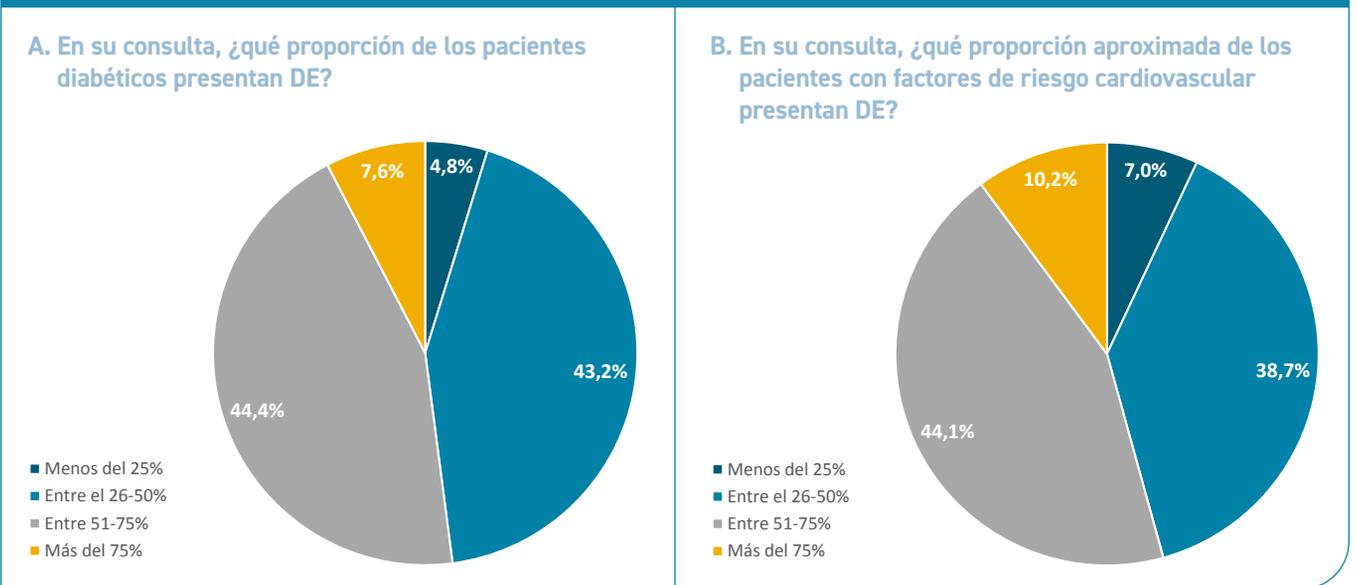


Figura 2. A. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes diabéticos que presentaban DE (izquierda). B. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes con factores de riesgo cardiovascular que presentaban DE.



Los pacientes con riesgo cardiovascular tienen una elevada prevalencia de DE

bles causas de la DE ni su relación con los factores de riesgo cardiovascular, aunque el 59 por ciento contestó que los pacientes más jóvenes tienen mejor conocimiento de su patología, principalmente gracias a una mayor formación académica.

El 62 por ciento de los investigadores manifestó que en los últimos años había mejorado el carácter tabú de las disfunciones sexuales, de modo que el 62 por ciento de los pacientes mayores y el 49 por ciento de los pacientes jóvenes hablaban del tema sin inhibiciones. A pesar de ello, existe todavía la percepción de que un porcentaje importante de pacientes tiene dificultad para expresar con naturalidad sus problemas sexuales.





CONocimiento de loS paCIENTES de su patología: disfunción eréctil

Tratamiento de la DE

Cerca del 70 por ciento de los participantes indicaron que, ante el fracaso de la terapia oral para la DE, como alternativa prescribían la combinación del medicamento oral con otra forma farmacéutica para la DE (Figura 3). Esto confirma la adherencia de los especialistas a las guías de la Asociación Europea de Urología, que recomiendan, ante una respuesta inadecuada al tratamiento médico, valorar el uso correcto del tratamiento prescrito previamente y considerar alternativas terapéuticas o terapias combinadas⁴.

Seguir las guías es importante, ya que los especialistas consideraron que el cambio a otro medicamento oral o el aumento de la dosis del mismo medica-

mento generan una gran frustración al paciente. Según los encuestados, los factores que más afectan psicológicamente al paciente son la falta de solución real (94 por ciento) y la sensación de pérdida de tiempo (35 por ciento). Esta frustración únicamente genera un 21 por ciento de conformismo pues, según los encuestados, el 76 por ciento de pacientes insiste en buscar otras soluciones farmacológicas o no farmacológicas (Figura 4). Desgraciadamente los médicos consideraron que más de la mitad de los pacientes (56 por ciento) no conocen los posibles tratamientos para la DE.

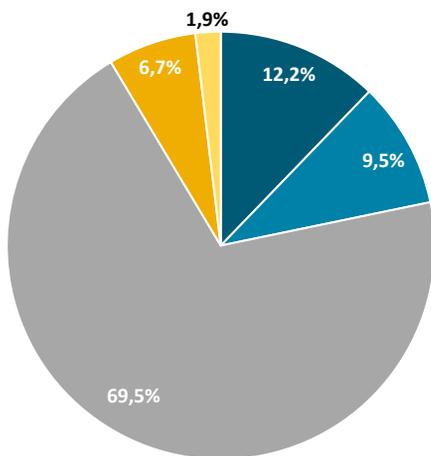
Según el estudio CONSCIENTES, el 90 por ciento de los especialistas estuvieron bastante o totalmente de acuerdo en que es necesario incluir al paciente en la toma de decisiones sobre su salud para

Cuando fracasa la terapia oral, la principal alternativa es combinar el medicamento oral con otra forma farmacéutica

que se corresponsabilice y se adhiera al tratamiento, ya que la falta de comprensión de la enfermedad y/o del tratamiento se han descrito como barreras para una correcta adherencia terapéutica⁵. Del mismo modo, el 91 por ciento de los encuestados estuvieron bastante o totalmente de acuerdo con que la adecuada información sobre la DE y su tratamien-

Figura 3. Porcentaje de participantes en función de la alternativa que ofrecía al paciente de manera más frecuente ante el fracaso de la terapia oral para la DE.

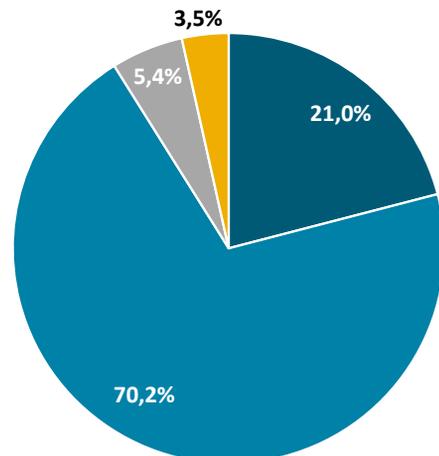
Ante el fracaso de la terapia oral para la DE, ¿qué alternativa ofrece al paciente de manera más frecuente?



- Cambio a otro medicamento oral
- Aumento de la dosis del mismo medicamento oral
- Combinación del medicamento oral con otra forma farmacéutica para la DE
- Cambio a otra forma farmacéutica para la DE
- Otro

Figura 4. Porcentaje de participantes en función de la reacción que observaban con más frecuencia en los pacientes cuando el fármaco para la DE no era eficaz.

Según su experiencia, cuándo un tratamiento no es eficaz, ¿cuál es la reacción más frecuente del paciente?



- Conformismo
- Insiste en buscar otras soluciones farmacológicas
- Busca soluciones no farmacológicas
- Otras



La percepción de falta de solución real es lo que más afecta psicológicamente al paciente

to disminuye la ansiedad del paciente con esta enfermedad.

Barreras para que los pacientes conozcan la DE

Existe la percepción de que hay barreras para lograr un buen conocimiento

CONCLUSIONES

- ✓ Los especialistas en urología y andrología están altamente concienciados de que los factores de riesgo cardiovascular y los tratamientos de cáncer de próstata generan DE. Sin embargo, tienen la percepción de que la mayor parte de los pacientes no conocen los factores etiológicos de la DE. Asimismo, perciben que las disfunciones sexuales siguen siendo un tema tabú para los pacientes.
- ✓ La primera alternativa que ofrecen los especialistas ante el fracaso al tratamiento para la DE es la terapia combinada. Estos consideran que es necesario incluir al paciente en la toma de decisiones para mejorar su adherencia al tratamiento.
- ✓ Una de las principales barreras en el ámbito público que impiden una adecuada concienciación del problema es la falta de tiempo por paciente en la consulta.

de la DE por parte del paciente. Según un 79 por ciento de los encuestados, la principal barrera es el poco tiempo de consulta por paciente. Otra barrera que percibieron el 73 por ciento de los médicos encuestados es que los pacientes jóvenes con frecuencia buscan información en internet que no siempre es adecuada. Otras barreras son: no asimilar que su estilo de vida/edad influye en la DE, pudor para expresar al médico sus problemas, poca implicación por parte de la pareja o resignación del paciente ■

Bibliografía

1. McCabe M, Sharlip I, Atalla E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. 2015. *J Sex Med.* 2016; 166: 569-75.
2. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, Sandler HM, Northouse L, Hembroff L, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med [Internet].* 2008;358(12):1250-61.
3. Kloner RA. Erectile dysfunction and cardiovascular risk factors. *Urol Clin North Am [Internet].* 2005;32(4):397-402.
4. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Available at: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductivehealth/chapter/management-of-erectile-dysfunction>
5. Puigvert Martínez A, Pomerol Montseny J, Martín Morales A. Documento de consenso sobre disfunción eréctil Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, S.L.; 2013.



ac



La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

11 de marzo



La AEPap desvela el nombre de su nuevo presidente. Pedro Gorrotxategi, pediatra de Atención Primaria del Centro de Salud San Pedro en Pasaia, Gipúzkoa, ha sido elegido nuevo presidente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. El nombramiento tuvo lugar durante el 20º Congreso de esta sociedad, celebrado en Madrid. Gorrotxategi sustituye en el cargo a Concepción Sánchez Pina, que ha ocupado la presidencia de

AEPap los últimos ocho años. Completan la nueva junta directiva de la sociedad Ángel Carrasco, Teresa Cenarro, Teresa Arana, Susana Viver y Carmen Fidalgo ■

12 de marzo

El Gobierno se ha comprometido con CC.OO. y UGT en recoger en un próximo RDL el aumento salarial del 2 por ciento pactado para más de cinco millones de empleadas y empleados públicos. Cabe recordar que el Acuerdo Marco para una Administración del siglo XXI recoge los incrementos retributivos y mejora de las condiciones de trabajo del personal funcionario y laboral de las administraciones públicas. En el 2022 y 2023 se cumplieron los objetivos máximos recogidos en el Acuerdo Marco, lo que supone más del 7 por ciento de incrementos. A estos habrá que sumar el 2 por ciento previsto para este año 2024. De esta forma quedaría pendiente posteriormente un 0'5 por ciento más si se cumplen los objetivos del IPCA ■



13 de marzo

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) destaca el papel del endocrinólogo en la atención de las personas transgénero. La SEEN ha puesto en marcha la campaña '12 meses en Endocrinología y Nutrición, 12 pasos hacia la salud'. Su objetivo es sensibilizar a la población sobre el sistema endocrino, el metabolismo y la nutrición. El primer tema tratado en marzo ha sido la relevancia del endocrinólogo en el abordaje de las personas transgénero. En meses sucesivos se abordarán otros ámbitos de la Endocrinología y Nutrición, como el ejercicio físico, la diabetes, la obesidad, la tiroides o la nutrición ■



14 de marzo



Los expertos advierten: no es lo mismo apostar por la digitalización que la transformación digital del SNS. La digitalización de la Sanidad lleva años en debate. Pero la irrupción de nuevas tecnologías como la Inteligencia Artificial y sobre todo, la llegada de fondos europeos que dan la oportunidad de afrontar nuevos y grandes proyectos han cambiado las reglas del juego. Es por ello, que el último XXVII Congreso Nacional de la Informática de la Salud Infors@lud 2024 ha sido el marco perfecto para abrir nuevos debates. Tal y como remarcaba Mercedes Alfaro, subdirectora general de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad "la digitalización es la ocasión de oro de la Sanidad, ahora no tenemos excusa". Asimismo, señalaba que la tecnología puede ser un recurso, pero para que sea útil lo que es necesario es marcar las líneas para un nuevo modelo de atención sanitaria ■

20 de marzo



Internistas debaten novedades en el tratamiento y abordaje de la EPOC. Más de 120 médicos internistas de todo el país se congregaron el 21 de marzo en la XVII Reunión del Grupo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-V Reunión de Residentes de EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en la Facultad de Medicina de Santiago de

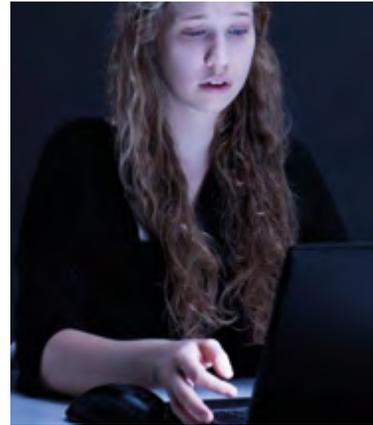
Compostela. Durante el encuentro se analizaron las principales novedades en el abordaje de la EPOC y en sus comorbilidades. Asimismo, se destacó la existencia de un cambio de paradigma de esta afección, ya que ha pasado de ser considerada una “enfermedad exclusivamente pulmonar de curso progresivo, irreversible y con escasas opciones terapéuticas, a convertirse en un icono de enfermedad sistémica, compleja y heterogénea” ■



La ministra de Sanidad, Mónica García, ha apostado por implantar guardias de 17 horas antes de abolir definitivamente las de 24 horas a través de una reforma en el Estatuto Marco. “Como mínimo, el máximo tiene que ser en los primeros momentos jornadas de 17 horas”, expresó García en declaraciones a los medios tras su reunión con la intensivista Tamara Contreras, quien ha recogido un total de 110.000 firmas para acabar con las guardias de 24 horas a través de la plataforma [Change.org](https://www.change.org) ■

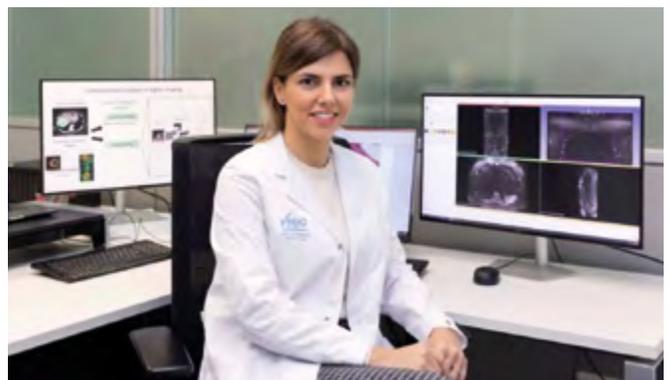
27 de marzo

Los adolescentes españoles son los que menos ciberbullying practican y sufren. El 2 por ciento de las niñas y el 5 por ciento de los niños españoles de 11 años practicó *ciberbullying* al menos uno o dos veces en los últimos dos meses, según la encuesta escolar *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2021/22 realizada en 44 países de Europa, Asia central y Canadá. Estas cifras sitúan a España en el penúltimo lugar por encima de Suiza. La media de todos los países en esta edad se sitúa en un 10 por ciento de *ciberbullying* practicado, un 9 por ciento por parte de las niñas frente a un 12 por ciento por parte de los niños ■



4 de abril

Nuevos biomarcadores para predecir la respuesta al tratamiento en cáncer de próstata. Investigadores del Grupo de Radiómica, el Grupo de Investigación Traslacional del Cáncer de Próstata y el Grupo de Investigación Clínica en Tumores Genitourinarios del Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), han identificado nuevos biomarcadores para predecir la respuesta al tratamiento sistémico en pacientes de cáncer de próstata con metástasis óseas. Estos se han detectado gracias a la Resonancia Nuclear Magnética de difusión de cuerpo entero. No obstante, a través de resonancia magnética de cuerpo entero se puede monitorizar mejor la respuesta a tratamiento de los pacientes con metástasis óseas. Así se ha observado en los resultados del estudio iPROMET, que se han publicado en la revista *European Urology* ■





FUE NOTICIA

La actualidad del sector

5 de abril



La semFYC recuerda las peculiaridades de la elección de plazas de MFyC. Según la mayor sociedad médica de España, la comparativa que se hace sobre el total de plazas que quedan por cubrir o de plazas no cubiertas no se ajusta a una realidad. En esta última convocatoria, Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) es, de nuevo, la especialidad que oferta el mayor número de plazas, y esto marca la interpretación de los datos. No obstante, la oferta de plazas de MFyC se multiplica por 18, en comparación con el resto de las especialidades. En este sentido, la semFYC se ha propuesto hacer un seguimiento diario de los datos de elección de plazas de MFyC distinguiendo plazas cubiertas y disponibles provincia a provincia. Igualmente, mediante la campaña #ELIJOMFYC de defensa y prestigio de la especialidad, la sociedad quiere recordar lo esencial que es en nuestro país y el orgullo con el que los futuros y futuras residentes MFyC eligen la especialidad ■



El 92 por ciento de los profesionales médicos en España experimentó al menos un problema de Salud Mental en 2023.

Un nuevo estudio de *Sony Healthcare Europe* realizado a 600 oncólogos y cirujanos del Reino Unido, Alemania, Francia, España, Italia y los países nórdicos, reveló que el 92 por ciento de

los profesionales médicos en España había experimentado al menos un problema de Salud Mental en 2023. Esto supone un aumento del 9 por ciento respecto al año 2022 y sólo un 7 por ciento menos que los resultados de 2021. También, una abrumadora mayoría (97 por ciento) de estos profesionales ha señalado que la actual escasez de personal está teniendo un impacto negativo en la eliminación de la acumulación de pacientes. Un problema que en su opinión tardará de media otros tres años en resolverse (3,15 de media) ■

8 de abril

Internistas debaten el abordaje del VIH en España en la XIV Jornada de Enfermedades Infecciosas organizada por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en Madrid. Los internistas desempeñan “un papel clave” en la prevención y tratamiento de las ITS. Así, la sífilis, gonorrea y la infección por *Chlamydia Trachomatis* son enfermedades de declaración obligatoria cuya incidencia se ha incrementado los últimos años. Según los últimos datos del Informe RECALMIN 2023, la consulta de VIH es una de las más frecuentes en Medicina Interna. También se desprende que el 62 por ciento de los servicios de la especialidad tiene, a día de hoy, una consulta monográfica sobre VIH en España. Por otra parte, el 60 por ciento tiene una consulta monográfica de patologías infecciosas en general ■



11 de abril

La inteligencia artificial también impactará en nuestro cerebro.

La inteligencia artificial nos ha demostrado que, aunque las máquinas aún no pueden pensar como tal, estas pueden aprender y generar información por sí mismas, como si realmente tuvieran cerebro. En apenas un par de años el cambio ha sido tan vertiginoso que todavía no nos hacemos una idea de todas las puertas que se abren en este camino. No solo para cambiar la forma de “pensar” de las máquinas, sino también de los humanos. Porque la inteligencia artificial también va a impactar en nuestro cerebro. Esta idea centró gran parte del debate de la sesión ‘Inteligencia artificial en Neurología y Psiquiatría’ organizada por



la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME) y varias entidades con motivo de la Semana del Cerebro ■

15 de abril



La cartera básica del cribado neonatal pasa de 7 a 11 enfermedades detectables. El presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, ha anunciado la ampliación de la cartera básica común del Sistema Nacional de Salud en el cribado neonatal. De esta forma, la conocida como “prueba del talón” pasará a abordar de siete a once enfermedades detectables. Además, Sánchez ha indicado que el Consejo de ministros va a examinar los pasos necesarios para duplicar ese número de aquí al primer trimestre del año 2025. También ha señalado que existe mucha inequidad al respecto de esta prueba en el territorio español ■



Un nuevo y pionero cuestionario de seis preguntas ayudaría a los profesionales de Pediatría, Atención Primaria y a los orientadores escolares a valorar si un niño o adolescente presenta síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Esta fase previa para el diagnóstico del TDAH sería clave para ser derivado a un especialista en Psiquiatría Infantil y Adolescente o en Neuropediatría. La escala para el *screening* del TDAH en la infancia y adolescencia es fruto de una investigación de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra. El trabajo se ha publicado en *Journal of Attention Disorders*, en colaboración con la Universidad de Texas ■

22 de abril

ASEICA y SEOM presentan un decálogo sobre acceso a Big Data para impulsar la investigación oncológica.

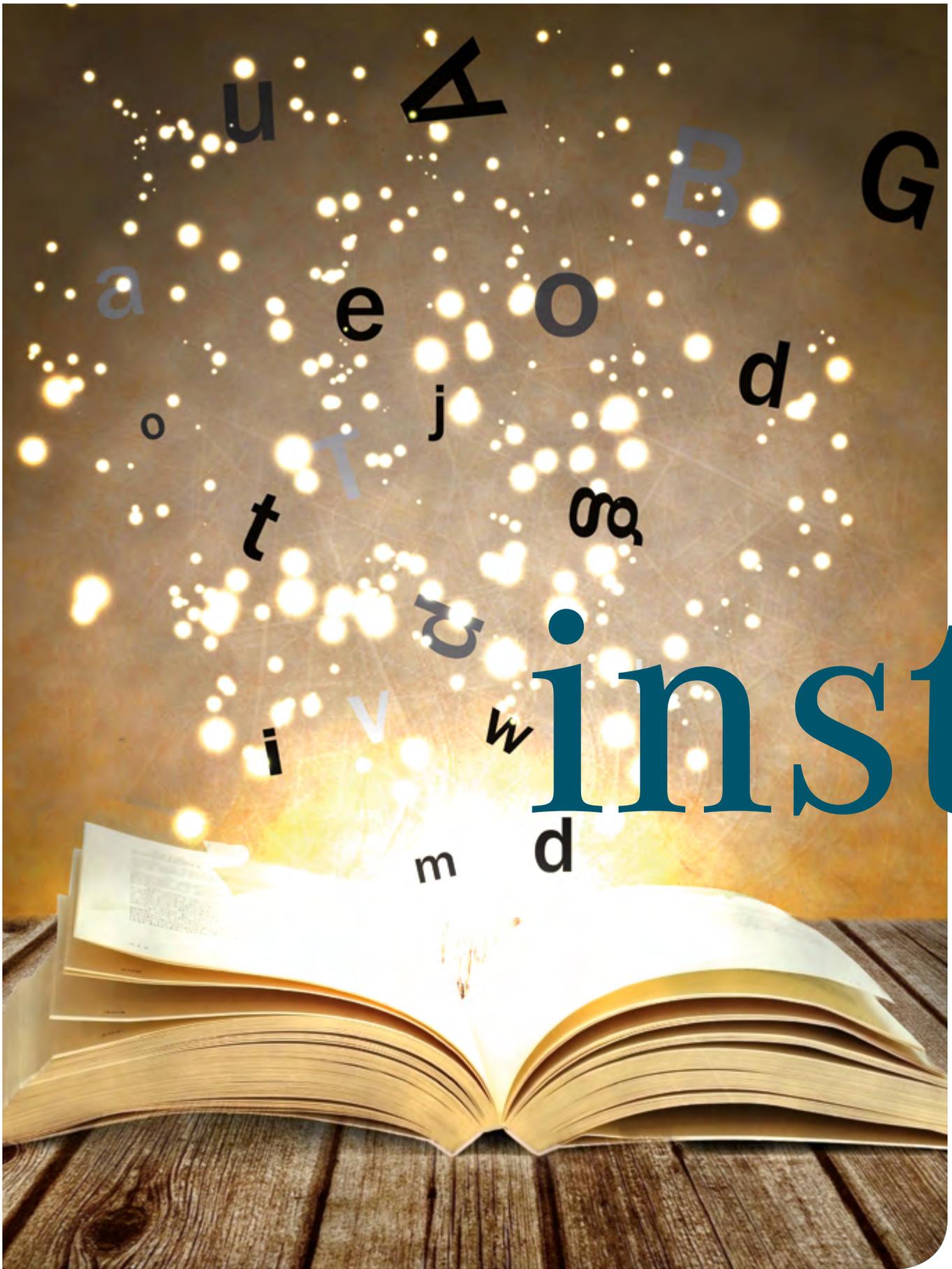
Con motivo de la celebración del VIII Día de la Innovación en Cáncer con el lema ‘Compartir datos para innovar en cáncer’, que tuvo lugar el 21 de abril, ASEICA y SEOM organizaron una rueda de prensa para subrayar la importancia del *Big Data* en Oncología. Durante el evento, Rafael López, vicepresidente de ASEICA, presentó el decálogo que propone, entre otros aspectos, impulsar la incorporación activa y liderazgo de España en el EEDS, asegurar estándares éticos y de seguridad de los datos sanitarios y agilizar la interacción entre administraciones, hospitales y entidades académicas. Además, se sugiere constituir una comisión independiente que apoye y coordine, definiendo instituciones a nivel nacional y regional que actúen como nodos ■



Los expertos coinciden: el sistema MIR necesita una reforma profunda.

El artículo ‘Recursos humanos del SNS. Formación’, que integra el segundo bloque del Informe bienal de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), concluye que la formación de los profesionales de la Medicina en España se enfrenta a numerosos retos que hay que abordar a largo plazo. Por ello, el sistema MIR precisa de una reforma profunda. El estudio, publicado en *Gaceta Sanitaria*, revista oficial de SESPAS, incide en la importancia de revisar el sistema de formación de profesionales de la Medicina en nuestro país. Y hacerlo además, desde la facultad hasta la formación continua, pasando por el sistema MIR ■

Cronología del 9 de marzo al 22 de abril. Para ampliar informaciones, ver: www.elmedicointeractivo.com

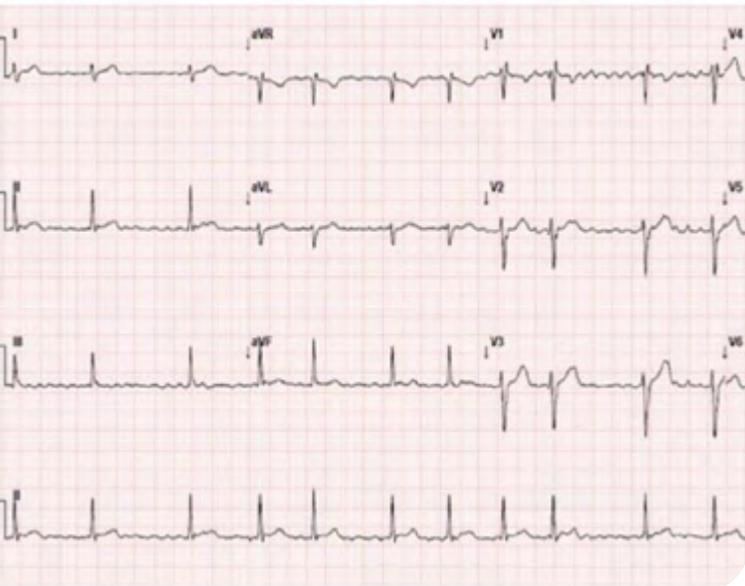




La antánea médica



Los fumadores pasivos tienen mayor riesgo de sufrir fibrilación auricular

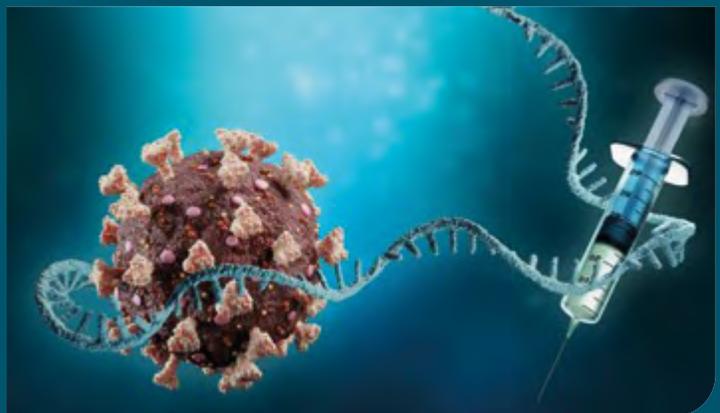


La exposición al humo de segunda mano, incluso en pequeñas cantidades, está relacionada con un mayor riesgo de sufrir un trastorno grave del ritmo cardíaco, según una investigación del Hospital Universitario Nacional de Seúl (Corea del Sur) presentada en EHRA 2024, un congreso científico de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). La probabilidad de fibrilación auricular aumentó a medida que se prolongaba la duración del tabaquismo pasivo. “Los peligros del humo de segunda mano fueron significativos independientemente de si las personas estaban en casa, al aire libre o en el trabajo, lo que indica que la exposición eleva universalmente el riesgo de fibrilación auricular”, afirma el autor del estudio, el doctor Kyung-Yeon Lee, del Hospital Universitario Nacional de Seúl en República de Corea. “Todos deberíamos hacer todo lo posible para evitar pasar tiempo en ambientes con humo. Los hallazgos también deberían impulsar a los formuladores de políticas a frenar aún más el tabaquismo en áreas públicas y apoyar programas para dejar de fumar para mejorar la salud pública”. El grupo expuesto al humo de segunda mano tuvo un riesgo 6% mayor de sufrir fibrilación auricular durante el seguimiento en comparación con el grupo no expuesto después de ajustar por los factores mencionados anteriormente (cociente de riesgo 1,06, intervalo de confianza del 95% 1,03-1,10, $p < 0,001$) ■

Vacuna de ARNm contra el cáncer de páncreas

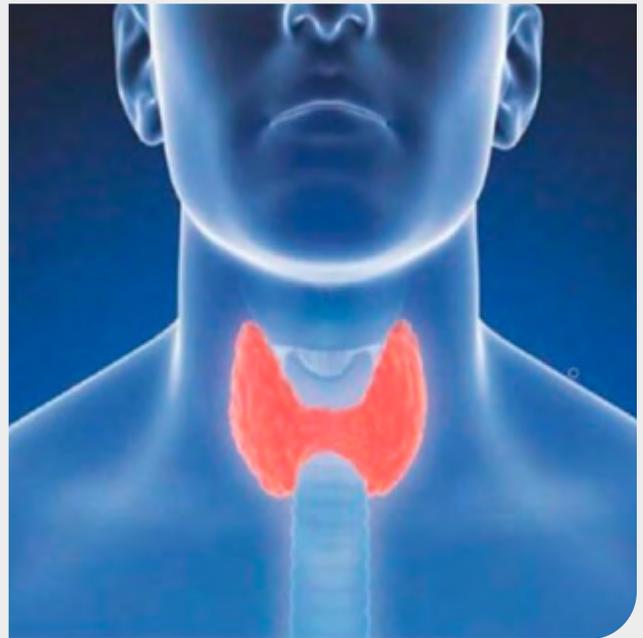
Nuevos datos presentados por investigadores del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSK) de Nueva York (Estados Unidos) muestran que un enfoque experimental para tratar el cáncer de páncreas con la candidata a vacuna terapéutica contra el cáncer basada en ARN mensajero (ARNm), autogene cevumeran, continúa mostrando potencial para estimular una respuesta inmune que puede reducir el riesgo de que la enfermedad regrese después de la cirugía. En concreto, nuevos resultados de un ensayo clínico de fase 1 muestran que la vacuna candidata contra el cáncer activó células inmunitarias que persistieron en el cuerpo hasta tres años después del tratamiento en ciertos pacientes. Además, una respuesta inmunitaria inducida por la vacuna se correlacionaba con un riesgo reducido de que el cáncer reapareciera. Estos datos fueron presentados por el cirujano científico de MSK, Vinod P. Bala-

chandran, en la reunión anual de la Asociación Estadounidense para la Investigación del Cáncer (AACR), que se lleva a cabo en San Diego del 5 al 10 de abril. En el ensayo clínico de fase 1, las vacunas se fabricaron a medida para cada participante en función del perfil mutacional de su tumor individual. Las vacunas terapéuticas contra el cáncer basadas en ARNm tienen como objetivo enseñar a las células T a reconocer proteínas que se encuentran exclusivamente en sus tumores pancreáticos, llamadas neoantígenos ■



Los análogos de GLP-1 no aumentan el riesgo de cáncer de tiroides

Los medicamentos conocidos como análogos de GLP-1 se han vuelto cada vez más populares para tratar la diabetes y la obesidad, pero ha habido preocupación de que puedan aumentar el riesgo de cáncer de tiroides. Ahora, un extenso estudio escandinavo dirigido por investigadores del Instituto Karolinska (Suecia) no ha encontrado evidencia de tal vínculo. El estudio se publica en *'The BMJ'*. Los agonistas del receptor de GLP-1, también conocidos como análogos de GLP-1, reducen los niveles de azúcar en sangre y el apetito. Se utilizan ampliamente en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad, y su uso clínico aumenta constantemente. Los investigadores analizaron datos de registros nacionales de Dinamarca, Noruega y Suecia de alrededor de 145.000 pacientes tratados con análogos de GLP-1, principalmente liraglutida o semaglutida, y 290.000 pacientes tratados con otro fármaco para la diabetes (inhibidores de DPP4). Se comparó el riesgo de cáncer de tiroides entre los grupos durante un período de seguimiento promedio de poco menos de cuatro años. El



tratamiento con GLP-1 no se asoció con un mayor riesgo de cáncer de tiroides. Los resultados también fueron consistentes en comparación con un tercer grupo de medicamentos para la diabetes (inhibidores de SGLT2 ■



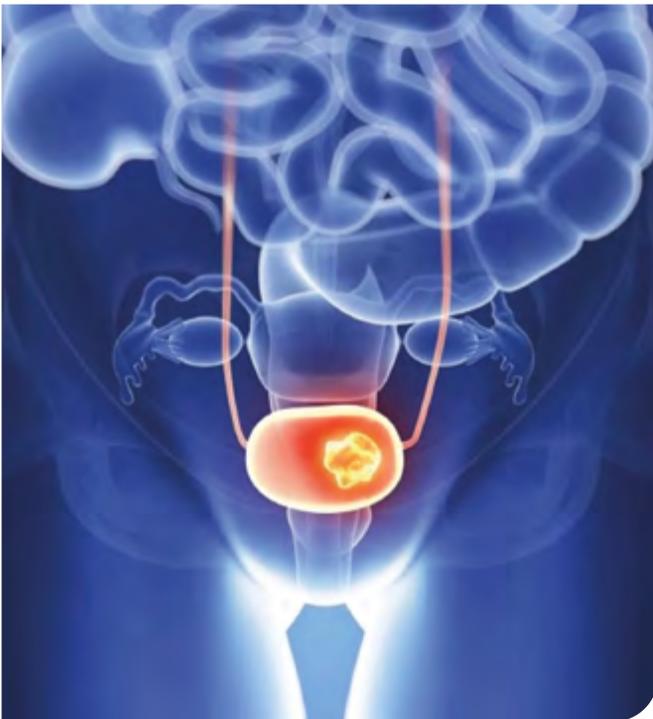
Contagio de neumonías en mayores de 60 años

Una nueva investigación presentada en el Congreso Europeo de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (ECCMID 2024) encuentra que las bacterias que causan neumonía son comunes en las personas mayores de 60 años y que el contacto con niños en edad preescolar y escolar parecen ser el factor más importante en la transmisión de *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) a las personas mayores de 60 años. Si bien las cifras eran pequeñas, quienes tenían contacto con niños a diario o cada pocos días tenían la prevalencia más alta (15,7% y 14,0%, respectivamente). Aquellos que tuvieron contacto una o dos veces al mes o ningún contacto tuvieron menor prevalencia (4,5% y 1,8% respectivamente). El contacto reciente (dentro de las 2 semanas posteriores a la muestra) con niños menores de 10 años se asoció con un aumento significativo (tres veces) en la tasa de adquisición en comparación con ningún contacto. Asimismo, los mayores de 60 años con contacto con niños a diario o cada pocos días tenían un riesgo de adquisición 6 veces mayor que aquellos sin contacto con niños. "Encontramos que la transmisión era mayor entre los adultos mayores que tenían contacto frecuente con niños pequeños ■

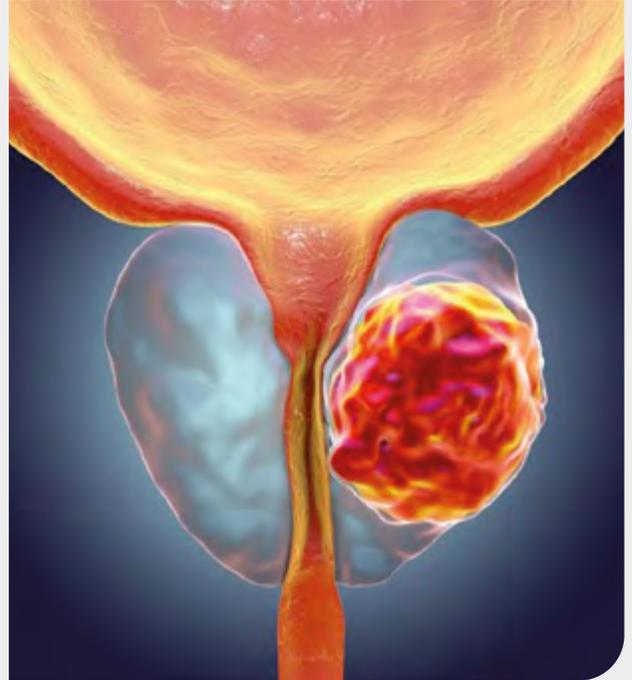


La vacuna oral se posiciona como una alternativa a los antibióticos en infecciones urinarias

Las infecciones recurrentes del tracto urinario (ITU) se pueden prevenir hasta nueve años en más de la mitad de las personas que reciben una vacuna en aerosol oral y son una alternativa potencial a los tratamientos con antibióticos, según una investigación del Hospital Royal Berkshire del Reino Unido. Los resultados iniciales del primer estudio de seguimiento a largo plazo sobre la seguridad y eficacia de la vacuna MV140 para las infecciones urinarias recurrentes se presentan este fin de semana en el Congreso de la Asociación Europea de Urología (EAU) en París. Los mismos muestran que tanto en hombres como en mujeres con ITU recurrentes, el 54% de los participantes del estudio permanecieron libres de ITU durante nueve años después de la vacuna, sin que se informaran efectos secundarios notables. Se espera que los resultados completos del estudio se publiquen a finales de 2024. La vacuna MV140, una nueva vacuna para las infecciones urinarias recurrentes y se administra con dos pulverizaciones de una suspensión debajo de la lengua todos los días durante tres meses. Esta es una vacuna muy fácil de administrar y los médicos de cabecera podrían administrarla en un ciclo de 3 meses ■



Un análisis de sangre cada 5 años es válido como cribado de cáncer de próstata



El análisis de sangre PSA comprueba el nivel del antígeno prostático específico, un marcador del cáncer de próstata.

En Europa, sólo Lituania realiza pruebas rutinarias de detección de cáncer de próstata en los hombres basándose en sus niveles de PSA, ya que históricamente la prueba no se ha considerado suficientemente fiable. Se trata de la conclusión de un estudio alemán, presentado en el Congreso de la Asociación Europea de Urología (EAU) en París, que involucró a más de 12.500 hombres de entre 45 y 50 años que participaron en el ensayo PROBASE en curso, que está probando diferentes protocolos de detección del cáncer de próstata. La investigación también ha sido aceptada para su publicación en *'European Urology'*. De los más de 20.000 hombres reclutados para el ensayo y considerados de bajo riesgo, 12.517 se han sometido a su segunda prueba de PSA a los 50 años. Los investigadores encontraron que sólo el 1,2% de ellos (146 en total) tenían niveles altos de PSA (más de 3 ng/ml) y fueron remitidos para una resonancia magnética y una biopsia. Posteriormente se descubrió que sólo 16 de estos hombres tenían cáncer: sólo el 0,13% del total de la cohorte ■

Medidas urgentes para prevenir las enfermedades inmunitarias causadas por el cambio climático

Un equipo mundial de investigadores ha hecho un llamamiento en la revista *'Frontiers in Science'* para pasar a la acción urgente y salvaguardar un futuro saludable, ya que recalcan que el cambio climático, la contaminación y el colapso de la biodiversidad están dañando el sistema inmunitario. “Desde una perspectiva evolutiva, el sistema inmunitario se moldea constantemente para responder al entorno y mantener la salud; sin embargo, los cambios recientes han sido demasiado rápidos para que nuestro sistema inmunitario se adapte adecuadamente”, ha añadido. La exposición a contaminantes tóxicos daña la barrera epitelial, lo que provoca una desregulación inmunitaria que conduce a trastornos autoinmunitarios y cáncer. Mientras tanto, la falta de exposición a una biodiversidad adecuada hace que los sistemas inmunitarios no estén bien calibrados, lo que dispara las tasas de alergias y asma. El aumento de las temperaturas altera las



estaciones polínicas, de modo que la temporada empieza antes y dura más, y que el polen liberado provoca reacciones alérgicas más fuertes, aumentando la prevalencia y la gravedad de las alergias al polen ■

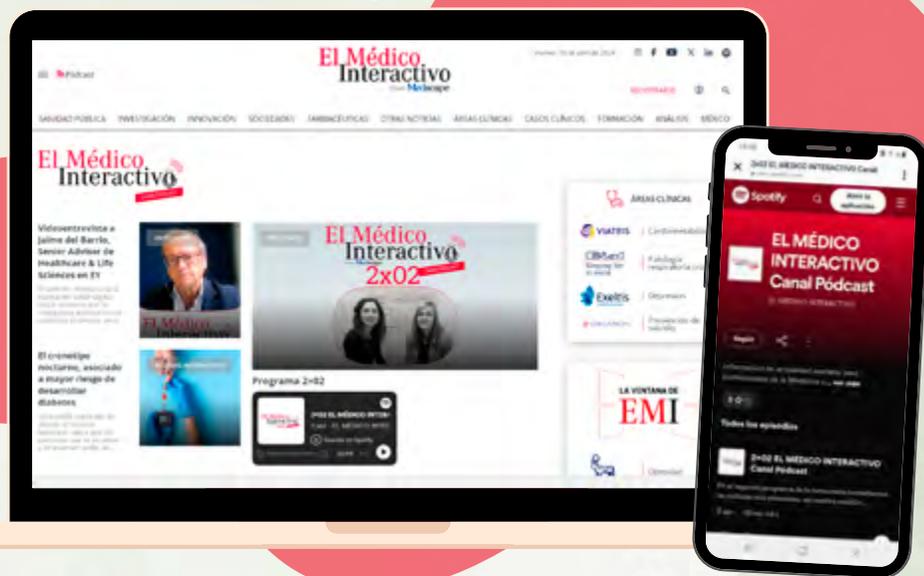


El cáncer colorrectal está asociado con un microbioma intestinal alterado

Para aproximadamente el 40% de las personas diagnosticadas con cáncer colorrectal (CCR), el tumor porta una mutación en un gen llamado KRAS. Muchas de esas mutaciones se han relacionado con una supervivencia más corta y formas de enfermedad más agresivas. La aparición y el crecimiento de los tumores de CCR también se han asociado con desequilibrios en el microbioma intestinal. Sin embargo, la interacción entre estas dos características (disbiosis intestinal y mutaciones de KRAS) sigue siendo poco conocida. Para ahondar en esta cuestión, un estudio publicado en *'Microbiology Spectrum'*, una revista de acceso abierto publicada por la Sociedad Estadounidense de Microbiología, investigadores en China identificaron firmas de microbiota asociadas con mutaciones de KRAS en personas diagnosticadas con cáncer colorrectal. Los hallazgos sugieren que los microbios intestinales pueden servir como una especie de biomarcador no invasivo para identificar subtipos de CCR y pueden informar enfoques terapéuticos personalizados ■

Segunda temporada de EL MÉDICO INTERACTIVO Canal Pódcast

El programa de actualidad sanitaria ha regresado recientemente contando, entre sus novedades, con una nueva sección patrocinada por la semFYC



Los programas siguen bajo la batuta de Leonor Rodríguez, directora de la revista EL MÉDICO, directora de la revista AULA DE LA FARMACIA y directora de ELMEDICOINTERACTIVO.COM; y Blanca Erce, del equipo de redacción la revista EL MÉDICO, AULA DE LA FARMACIA y ELMEDICOINTERACTIVO.COM.

Leonor Rodríguez ha manifestado su satisfacción por poder “seguir con esta nueva temporada, ofreciendo más contenidos de gran interés para el sector médico y, además, con el apoyo de sociedades de relevancia como es la semFYC. Esperamos tener más oportunidades de este tipo en el futuro para poder desarrollar nuevos espacios sonoros con otras organizaciones sanitarias”.

Asimismo, la presidenta de la semFYC, Remedios Martín, considera que participar en este pódcast es “una oportunidad para

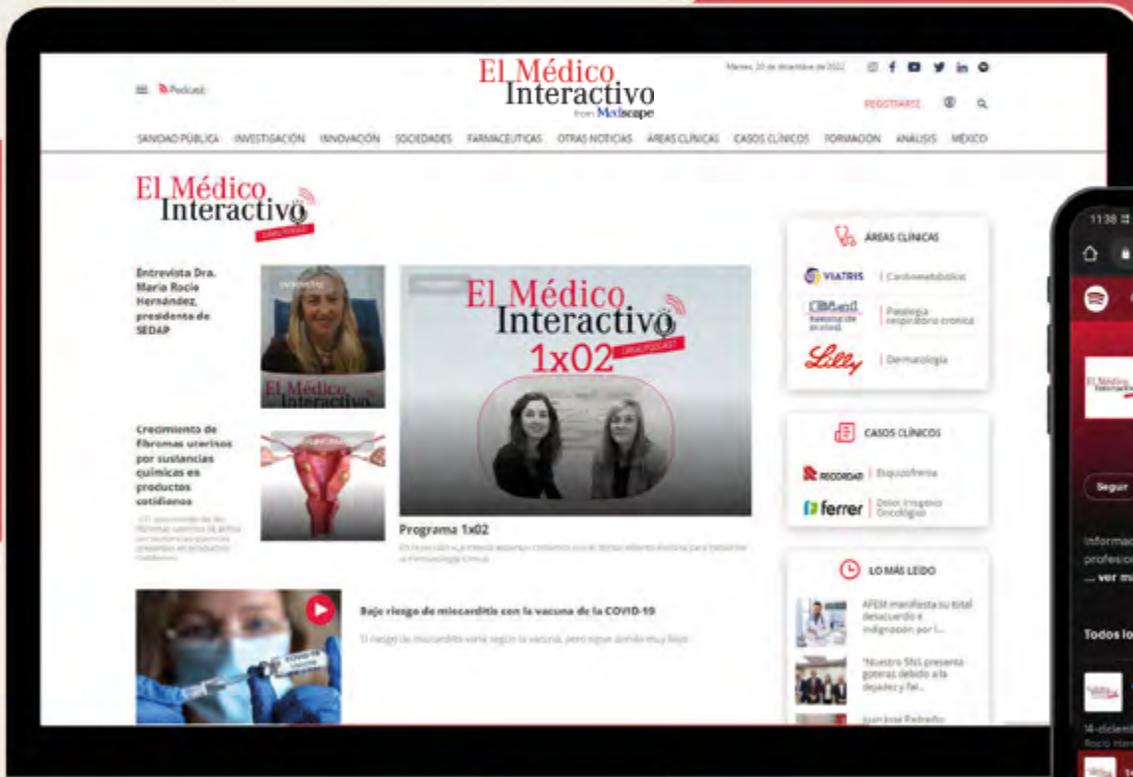
EL MÉDICO INTERACTIVO Canal Pódcast ha regresado a las ondas digitales con el lanzamiento de más contenidos sanitarios dirigidos a los profesionales de la Medicina en una nueva temporada. Como principal novedad, el programa cuenta con una nueva sección avalada y apoyada por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, semFYC.

En este apartado se da a conocer el proyecto APDAY de semFYC a través de en-

tervistas a profesionales de la especialidad que participan como ponentes en el mismo. La iniciativa ofrece a los médicos una actualización de todas las novedades científicas en Medicina de Familia y Comunitaria de los tres últimos años para aplicar a su práctica clínica diaria. El proyecto educativo se basa en una serie de jornadas presenciales de actualización tipo flash en distintos puntos de la geografía española y un programa formativo *online* que revisa todas las competencias de la especialidad.

visibilizar el potencial y la capacidad de resolución que tienen las y los médicos de familia dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud”.

Los primeros programas de la recién inaugurada temporada ya están disponibles en la sección de pódcast de la web de EL MÉDICO INTERACTIVO, así como en las principales plataformas de reproducción de audio (Spotify, Ivoox, Google Pódcast y Spreaker) ■



El Médico Interactivo from Medscape

Canal de pódcast