Pulso Médico

Número 1
Octubre 2026

SANIDAD EN CLAVE DE FUTURO

SEGURIDAD CLÍNICA 360º

REPENSANDO EL ERROR PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA



Bloque 1. Seguridad Clínica 360° y Sanidad en clave de futuro

Bloque 2. Aula SEMERGEN–FIDYS: formación y aplicación clínica

Bloque 3. Perspectiva y futuro del sistema sanitario

SUMARIO

3 **Compartir conocimiento para mejorar la sanidad**

4 **Seguridad Clínica 360°**
aprender del error para transformar el sistema sanitario

8 **Errores de medicación**
del incidente que se notifica al sistema que aprende

11 **Sanidad en clave de Futuro**
cómo FIDYS transforma los grandes retos sanitarios en conocimiento útil

14 **FIDYS no termina cuando acaba una jornada**
del debate a las herramientas prácticas

17 **Aula SEMERGEN–FIDYS**
un ecosistema para llevar la actualización clínica a la consulta

23 **Bibliotecas Clínicas Atención Primaria AP**
conocimiento organizado para decidir mejor en consulta

27 **Cuatro recorridos clínicos para decidir mejor desde Atención Primaria**

31 **Demencia en Atención Primaria**
detectar antes y acompañar durante todo el proceso

36 **Migraña y otras cefaleas**
decisiones clínicas que pueden cambiar la consulta

41 **Álvaro Romero Lerma**
infecciones urinarias y seguridad renal desde Atención Primaria

46 **Ángel Puente**
«La sanidad necesita planificación a diez o quince años»

53 **Cuando Atención Primaria y hospital no comparten el mismo recorrido**

COMPARTIR CONOCIMIENTO PARA MEJORAR LA SANIDAD

Este primer número de Pulso Médico reúne una parte del trabajo que impulsamos desde Fundación FIDYS para conectar el debate sanitario, la formación y la práctica clínica. Queremos acercar a los profesionales conocimiento útil y abrir un espacio de encuentro en torno a una responsabilidad compartida: mejorar la atención a las personas.

Quienes trabajamos en el ámbito sanitario tenemos la responsabilidad de preguntarnos qué aporta cada iniciativa a quienes atienden y a quienes necesitan atención. Desde Fundación FIDYS, esa pregunta orienta nuestra manera de entender la formación, el diálogo institucional y la divulgación. También inspira esta primera edición de Pulso Médico.

Queremos que estas páginas ayuden a comprender los retos de la sanidad y a relacionarlos con las decisiones que se toman cada día en una consulta, un equipo o una organización. **El valor del conocimiento está en lo que permite comprender, decidir y mejorar.** Con esa convicción hemos elegido los contenidos que presentamos en este número.

Seguridad clínica y una mirada al futuro

Seguridad Clínica 360° ocupa nuestra portada porque expresa una prioridad que queremos situar en el centro del debate: aprender del error y crear las condiciones para una atención más segura. Hablar de seguridad exige escuchar a los profesionales, examinar cómo se organiza el trabajo y comprender qué ocurre cuando la información o la coordinación fallan.

Esta es una de las conversaciones que impulsamos a través de **Sanidad en clave de futuro**. Nuestro propósito es reunir perspectivas distintas alrededor de problemas concretos y dar continuidad al conocimiento que surge de ese encuentro. Aspiramos a que las preguntas y las propuestas se traduzcan en recursos que puedan consultarse, compartirse y ayudar a mejorar la práctica.

Formación cercana a las decisiones de la consulta

El **Aula SEMERGEN–FIDYS** responde a esa misma vocación desde la actualización clínica. La colaboración permite acercar sesiones, bibliotecas y recorridos formativos a las necesidades de Atención Primaria, con una orientación práctica y continuidad en el tiempo.

Los contenidos sobre demencia, cefaleas, infecciones urinarias y seguridad renal que recoge este número muestran las cuestiones que queremos acompañar: cómo orientar una valoración, reconocer una situación que requiere atención, revisar un tratamiento o seguir al paciente durante su proceso. Son decisiones que merecen formación rigurosa, accesible y conectada con la realidad asistencial.

La relación entre Atención Primaria y hospital, así como la planificación del sistema sanitario, completa esta mirada. La formación y la organización deben avanzar juntas para que los profesionales puedan aplicar lo que saben y los pacientes encuentren continuidad en su atención.

Una publicación para compartir y escuchar

Como CEO de Fundación FIDYS, quiero que Pulso Médico sea también una forma de escuchar. Las experiencias, las preguntas y las dificultades de los profesionales deben ayudarnos a elegir los asuntos que abordamos y a orientar nuestros próximos pasos.

Gracias a quienes aportan su conocimiento a estos proyectos y a quienes os acercáis a esta primera edición. Os invito a leerla, compartirla y hacernos llegar vuestra perspectiva. Queremos construir una publicación que os resulte útil y que mantenga siempre presente a las personas a las que sirve la sanidad.

Juan Carlos Sánchez

CEO de Fundación FIDYS

SEGURIDAD CLÍNICA 360°: APRENDER DEL ERROR PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA SANITARIO



Los errores asistenciales no pueden entenderse únicamente como fallos individuales. Identificar sus causas, compartir lo aprendido y transformar los procesos resulta esencial para evitar que vuelvan a producirse. La jornada «Seguridad Clínica 360°» propone avanzar desde la reacción ante el incidente hacia una estrategia colectiva de prevención y mejora.

La seguridad del paciente constituye uno de los grandes desafíos de los sistemas sanitarios. Cada incidente asistencial plantea una responsabilidad inmediata hacia la persona afectada, pero también ofrece una oportunidad para revisar procedimientos, detectar vulnerabilidades y reducir la posibilidad de que el mismo problema vuelva a producirse.

Este cambio de perspectiva exige superar una visión centrada exclusivamente en quién cometió el error. En organizaciones tan complejas como las sanitarias, los incidentes suelen estar relacionados con múltiples factores: la comunicación entre profesionales, la organización del trabajo, los circuitos asistenciales, el uso de la tecnología, las condiciones del entorno o la forma en la que se toman y transmiten las decisiones.

La cuestión decisiva no consiste solo en identificar qué ocurrió, sino en determinar **por qué pudo ocurrir, qué barreras fallaron y qué cambios necesita el sistema**.

Un problema sanitario que requiere respuestas organizativas

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de **uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante la atención sanitaria**. Más de la mitad de estos daños podrían prevenirse y los problemas relacionados con la medicación representan una parte especialmente relevante.

La OMS también advierte de que los incidentes de seguridad no se limitan al entorno hospitalario. Pueden aparecer en Atención Primaria, consultas ambulatorias, procesos diagnósticos, transiciones asistenciales y tratamientos farmacológicos. La prevención no depende únicamente de protocolos aislados, sino de la capacidad del sistema para anticipar riesgos y aprender de la experiencia.

1 de cada 10

Pacientes afectados
Sufre algún daño durante la atención sanitaria, según las estimaciones mundiales de la OMS.

Más del 50 %

Daños evitables
Más de la mitad de los daños producidos durante la asistencia podrían prevenirse.

Más de 3 millones

Fallecimientos anuales
Están relacionados globalmente con una atención sanitaria insegura.

España cuenta desde 2025 con una nueva Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud,

con un horizonte de aplicación hasta 2035. El documento sitúa la cultura de seguridad, los factores humanos, la formación, las prácticas clínicas seguras y los sistemas de notificación y aprendizaje entre sus principales líneas de actuación.

La estrategia parte de un principio fundamental: la seguridad del paciente no es responsabilidad exclusiva del profesional que presta la atención. Requiere la implicación coordinada de los equipos asistenciales, las organizaciones sanitarias, los gestores, las administraciones, los pacientes y sus familias.

Aprender de los incidentes y evitar su repetición debe formar parte del propio funcionamiento de las instituciones sanitarias.

Del fallo individual al aprendizaje colectivo

Con este enfoque nace la I Jornada Institucional **«Seguridad Clínica 360°. Repensando el error para transformar el sistema»**, una iniciativa de la Fundación FIDYS desarrollada dentro de *Sanidad en Clave de Futuro* y en colaboración con el Círculo de la Sanidad.

El encuentro se celebrará presencialmente el jueves 1 de octubre de 2026, de 17:00 a 19:30 horas, en la sede de la Fundación ONCE de Madrid. Su objetivo es reunir diferentes perspectivas profesionales para convertir los errores en conocimiento útil, impulsar una cultura compartida de seguridad y situar la protección del paciente entre las decisiones prioritarias del sistema sanitario.

La jornada plantea un recorrido que avanza desde el estudio del fallo y su impacto hasta las decisiones institucionales necesarias para mejorar los procesos asistenciales.

Aprender del error

Analizar los incidentes y sus causas para generar conocimiento útil, reforzar las barreras de seguridad y prevenir nuevos daños.

Crear cultura de seguridad

Favorecer entornos en los que los profesionales puedan comunicar, analizar y compartir lo sucedido.

Tomar decisiones

Trasladar el aprendizaje a la gestión y al gobierno de las organizaciones para que la seguridad sea una prioridad real.

Una colaboración que amplía el alcance

La jornada cuenta con la colaboración del Círculo de la Sanidad, cuyo apoyo contribuye a su realización y difusión. Su participación refuerza el carácter plural e institucional del encuentro y favorece que el debate sobre seguridad clínica llegue a responsables sanitarios, gestores y profesionales de distintos ámbitos del sistema.

Tres conversaciones para transformar la seguridad clínica

El programa se articula en tres conversaciones consecutivas. Cada una aborda una fase diferente del proceso de mejora: analizar el impacto de los incidentes, crear una cultura que favorezca el aprendizaje y trasladar ese conocimiento a las decisiones de las organizaciones sanitarias.

La primera mesa, **«Del fallo al impacto: cómo convertir errores en conocimiento útil»**, abordará el análisis de los incidentes y la manera de aprovechar la información obtenida para mejorar la práctica asistencial.

Participarán Raquel Barba Martín, responsable del Área Médica y responsable de Seguridad del Hospital Universitario Rey Juan Carlos; Mercedes Vinuesa Sebastián, coordinadora de Calidad del Hospital Universitario de La Princesa, y Silvia Manrique Rodríguez, del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

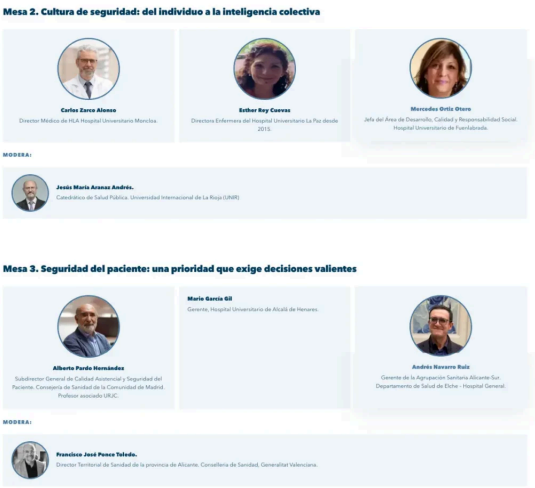
La conversación estará moderada por José Joaquín Mira, catedrático de Psicología de la Universidad Miguel Hernández, expresidente de la Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial y miembro de la Academia Internacional de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud.

La segunda mesa, **«Cultura de seguridad: del individuo a la inteligencia colectiva»**, pondrá el foco en uno de los principales retos organizativos: crear entornos en los que comunicar un incidente sirva para aprender y no únicamente para buscar responsabilidades.

Intervendrán Carlos Zarco Alonso, director médico de HLA Hospital Universitario Moncloa; Esther Rey Cuevas, directora enfermera del Hospital Universitario La Paz, y Mercedes Ortiz Otero, jefa del Área de Desarrollo, Calidad y Responsabilidad Social del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

La moderación corresponderá a Jesús María Aranaz Andrés, catedrático de Salud Pública de la Universidad Internacional de La Rioja.





La tercera mesa, **«Seguridad del paciente: una prioridad que exige decisiones valientes»**, trasladará el debate al terreno de la dirección y la gestión sanitaria. El objetivo será analizar cómo convertir la seguridad en una política efectiva, dotada de liderazgo, recursos, seguimiento y capacidad para modificar los procesos.

Participarán Alberto Pardo Hernández, subdirector general de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Mario García Gil, gerente del Hospital Universitario de Alcalá de Henares, y Andrés Navarro Ruiz, gerente de la Agrupación Sanitaria Alicante-Sur.

La mesa estará moderada por Francisco José Ponce Toledo, director territorial de Sanidad de la provincia de Alicante de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

Comunicar los incidentes para poder aprender

Una cultura de seguridad necesita información fiable sobre lo que sucede durante la asistencia. Cuando los profesionales perciben que comunicar un incidente tendrá consecuencias exclusivamente punitivas, aumenta el riesgo de que los problemas permanezcan ocultos y se pierdan oportunidades de aprendizaje.

Esto no significa eliminar la responsabilidad profesional, sino diferenciar entre una actuación deliberadamente insegura y los errores relacionados con procesos, condiciones de trabajo o barreras organizativas insuficientes. Una cultura de seguridad debe encontrar ese equilibrio: proteger al paciente, preservar la responsabilidad y facilitar que la organización conozca sus puntos vulnerables.

Los sistemas de notificación solo resultan útiles cuando la información recibida se analiza, genera medidas concretas y produce una respuesta visible para los equipos. Si los profesionales comunican problemas, pero no conocen los resultados ni perciben cambios, el sistema pierde credibilidad y capacidad preventiva.

De los protocolos a las decisiones cotidianas

La seguridad clínica se concreta en acciones aparentemente sencillas: identificar correctamente al paciente, conciliar la medicación, comunicar con claridad durante los relevos, revisar una alerta diagnóstica, verificar un procedimiento o garantizar la continuidad entre niveles asistenciales.

Estas prácticas requieren tiempo, coordinación, formación y respaldo institucional. Los protocolos son indispensables, pero no pueden sustituir una cultura que permita advertir un riesgo y revisar una forma de trabajar antes de que produzca daño.



La mejora de la seguridad necesita que quienes trabajan directamente con los pacientes puedan participar en la revisión de los procesos. También requiere que las direcciones sanitarias conviertan las conclusiones obtenidas en actuaciones concretas, evaluables y sostenidas en el tiempo.

De ahí la importancia de reunir en una misma conversación a responsables médicos, profesionales de enfermería, especialistas en farmacia, expertos en calidad, académicos y gestores. La diversidad de perfiles permite contemplar el recorrido completo del incidente: desde su aparición en la práctica clínica hasta las decisiones necesarias para prevenirlo en toda la organización.

Una responsabilidad compartida

Situar la seguridad en el centro implica reconocer que ninguna medida aislada puede responder a la complejidad de la atención sanitaria. La prevención depende de la calidad de los procesos, pero también del liderazgo, la formación, la comunicación entre equipos y la capacidad de detectar señales de riesgo antes de que se conviertan en acontecimientos adversos.

El planteamiento de «Seguridad Clínica 360°» conecta, por tanto, la experiencia asistencial con la responsabilidad de quienes organizan y dirigen el sistema. El aprendizaje solo se completa cuando el conocimiento obtenido tras un incidente se traduce en cambios que alcanzan al conjunto de la organización.

Información del encuentro

Fecha: jueves, 1 de octubre de 2026

Horario: de 17:00 a 19:30 horas

Formato: presencial

Lugar: Fundación ONCE

Dirección: calle Sebastián Herrera, 15, Madrid

Organización

Iniciativa: Fundación FIDYS

Programa: Sanidad en Clave de Futuro

En colaboración con: Círculo de la Sanidad

Sede: Fundación ONCE

Inscripciones: abiertas mediante solicitud previa

Una oportunidad para situar la seguridad en el centro

«Seguridad Clínica 360°» propone abordar los incidentes no como episodios aislados, sino como señales capaces de revelar dónde necesita mejorar una organización. El verdadero aprendizaje comienza cuando el análisis se traduce en cambios verificables sobre los procesos, la formación, la comunicación y la toma de decisiones.

Avanzar hacia una atención más segura exige escuchar a quienes trabajan directamente con los pacientes, disponer de liderazgos comprometidos y compartir el conocimiento más allá de cada servicio o centro. La jornada aspira a crear ese espacio común y a impulsar una conversación que continúe después del encuentro.

Fuentes

La información sobre el encuentro, el programa, los participantes y las imágenes institucionales procede de la página oficial de Seguridad Clínica 360° de la Fundación FIDYS.

Los datos internacionales sobre los daños asociados a la atención sanitaria pueden consultarse en la información sobre seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud.

El marco internacional se recoge en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030.

El contexto nacional se basa en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035.

Seguridad Compartida

Aprender de los incidentes requiere conectar la experiencia de pacientes, profesionales y gestores. Conoce el programa y los participantes de Seguridad Clínica 360°, una jornada de Sanidad en clave de futuro.

Consultar el programa y acceder a la grabación de la jornada Seguridad Clínica 360°

ERRORES DE MEDICACIÓN: DEL INCIDENTE QUE SE NOTIFICA AL SISTEMA QUE APRENDE



Los errores de medicación permiten observar dónde se rompe la continuidad de la atención y qué barreras pueden proteger al paciente. Un informe de Fenin e IQVIA revisa sus causas y las tecnologías para prevenirlos, y abre preguntas que conectan con la jornada Seguridad Clínica 360°: cómo aprender, compartir responsabilidades y convertir la seguridad en decisiones.



www.fenin.es

Qué aporta el informe y cómo interpretarlo

El documento examina los errores que pueden producirse durante la prescripción, transcripción, preparación, dispensación, administración y monitorización del tratamiento. Revisa sus causas y analiza tecnologías orientadas a reforzar la seguridad.

Se trata de una revisión con estimaciones, no de un registro nacional de incidentes. Parte de sus cálculos adapta evidencia internacional al contexto español. Esta distinción es esencial para interpretar los resultados y evitar que una estimación se presente como un recuento observado.

El informe reconoce, además, la necesidad de disponer de estudios nacionales actualizados y mejores sistemas de información. Su aportación abre dos líneas de trabajo complementarias: actuar sobre los riesgos conocidos y medir con mayor precisión lo que ocurre en la práctica asistencial.

Error y daño: una distinción necesaria

Un error de medicación puede interceptarse antes de llegar al paciente. También puede alcanzarlo sin causar una lesión, o producir consecuencias que requieran tratamiento y prolonguen la atención. Por otra parte, un medicamento puede ocasionar una reacción adversa aunque se haya utilizado correctamente.

Distinguir estas situaciones permite formular preguntas más precisas. ¿Se está midiendo la frecuencia de los errores, el daño que producen o la capacidad de detectarlos? ¿Los datos corresponden a pacientes, prescripciones o dosis administradas? **Las cifras necesitan un denominador y un contexto para orientar decisiones.**

La falta de información homogénea dificulta comparar resultados y conocer la evolución del problema. Por eso, reforzar los registros y la investigación forma parte de la prevención: permite identificar dónde intervenir y comprobar qué mejoras funcionan.

La Organización Mundial de la Salud sitúa entre sus prioridades la polimedicación, las situaciones de alto riesgo y las transiciones asistenciales. Son ámbitos en los que la seguridad depende especialmente de coordinar información, decisiones y seguimiento.

> **Polimedicación**
>
> Revisar el conjunto del tratamiento ayuda a identificar duplicidades, discrepancias y dificultades de comprensión.
>
> **Situaciones de alto riesgo**
>
> Determinados medicamentos, pacientes y entornos requieren barreras de seguridad especialmente robustas.
>
> **Transiciones asistenciales**
>
> El ingreso, el traslado y el alta exigen transmitir con claridad qué tratamiento continúa, cambia o se suspende.

Las condiciones de trabajo también forman parte de la seguridad

Entre las causas que recoge el informe figuran la sobrecarga asistencial, las interrupciones, la fatiga, la formación insuficiente y los fallos de comunicación. También aparecen procesos manuales inseguros y problemas de documentación.

La prevención debe llegar hasta esas condiciones. Un protocolo necesita tiempo, recursos y una organización que permita aplicarlo. Una comprobación pierde capacidad protectora si se convierte en un trámite apresurado. Una información correcta puede resultar insuficiente si no está disponible para quien debe tomar la siguiente decisión.

El análisis de un incidente debería reconstruir esa secuencia: qué información recibió cada profesional, qué obstáculos encontró y qué barreras no funcionaron. **El aprendizaje adquiere valor cuando desemboca en cambios concretos del proceso asistencial.**

El documento también aborda el impacto psicológico que puede sufrir el profesional implicado. Atender ese daño y preservar una revisión rigurosa del incidente forman parte de una respuesta organizativa que debe mantener al paciente y sus necesidades en el centro.

Notificar para conocer

La notificación permite identificar incidentes y circunstancias de riesgo. Su utilidad depende de la calidad de la información y de que los profesionales puedan comunicar lo ocurrido. El análisis debe considerar tanto las consecuencias para el paciente como las condiciones en las que se produjo el error.

Analizar para cambiar

La organización necesita traducir lo aprendido en actuaciones: revisar un procedimiento, mejorar una transferencia de información o reforzar una comprobación. También debe asignar responsables y evaluar resultados. Devolver a los equipos información sobre esas mejoras conecta la notificación con su finalidad: prevenir nuevos incidentes.

Tecnología que protege a lo largo del proceso

La automatización de la dispensación, la trazabilidad electrónica, los dispositivos de infusión y la monitorización avanzada ocupan un lugar destacado en el documento de Fenin e IQVIA. Su aportación consiste en incorporar barreras y facilitar la detección de situaciones de riesgo.

Para valorar una solución hay que precisar qué problema pretende resolver. La identificación del paciente, la verificación del medicamento y el seguimiento de su administración responden a necesidades diferentes. También importa conocer cómo se integra cada herramienta en el trabajo habitual y cómo se comparte la información entre sistemas.

Los resultados de una tecnología deben interpretarse dentro del entorno en el que se ha evaluado. Una reducción de errores observada en un proceso concreto no equivale automáticamente a una mejora de igual magnitud en cualquier hospital o servicio.

Desde la gestión, la evaluación comprende todo el recorrido: qué vulnerabilidad se quiere corregir, qué recursos exige la implantación y qué indicadores permitirán comprobar su efecto. El propio informe propone acompañar la adopción tecnológica de medición, evaluación y colaboración multidisciplinar.

El paciente también necesita información para participar

La seguridad continúa cuando la persona vuelve a casa. Comprender qué medicamentos debe tomar, cuáles han cambiado y a quién consultar una duda forma parte de la continuidad asistencial.

La OMS incluye a pacientes y cuidadores en su iniciativa Medication Without Harm, con herramientas para facilitar su participación en colaboración con los profesionales. Esa participación requiere explicaciones comprensibles y oportunidades reales para preguntar.

Incorporar esta perspectiva permite evaluar algo más que la entrega de un documento: si la información resulta útil para la persona que debe seguir el tratamiento.

> **Identificar el problema**
>
> Precisar qué fallo del proceso se quiere prevenir y en qué momento puede afectar al paciente.
>
> **Facilitar la mejora**
>
> Asegurar formación, coordinación y recursos para incorporar los cambios al trabajo cotidiano.
>
> **Comprobar el resultado**
>
> Definir indicadores y revisar si la intervención reduce el riesgo y mejora la atención.

Una conversación que llega a Seguridad Clínica 360°

Estas cuestiones tuvieron un espacio de debate el pasado **1 de octubre en la I Jornada Institucional Seguridad Clínica 360°**, una iniciativa de Fundación FIDYS en colaboración con Círculo de la Sanidad, dentro del ciclo *Sanidad en clave de futuro*.

El programa del encuentro articula tres conversaciones: convertir los errores en conocimiento útil, desarrollar una cultura de seguridad compartida y llevar la protección del paciente a las decisiones de gestión.

Los errores de medicación ofrecen un punto de partida concreto para abordar las tres. Permiten examinar cómo se detecta un incidente, qué aprende el equipo y qué decisiones necesita la organización para evitar su repetición.

La jornada se celebrará en la sede de Fundación ONCE, en Madrid, y reunirá a profesionales asistenciales, responsables de seguridad y gestores. El objetivo del debate conecta con una necesidad que atraviesa el informe: transformar la experiencia acumulada en mejoras que lleguen al trabajo cotidiano.



Medir lo que cambia después del error

La aportación del informe al debate va más allá de describir herramientas. Invita a examinar qué necesita una organización para sostener la seguridad: información fiable, profesionales que puedan comunicar problemas, procesos revisables y responsables capaces de impulsar mejoras.

De ahí surgen preguntas útiles para la jornada. ¿Cómo vuelve a los equipos lo aprendido de un incidente? ¿Qué ocurre cuando el mismo problema se repite? ¿Cómo se decide dónde invertir? ¿Qué resultado permite afirmar que un cambio protege mejor al paciente?

El aprendizaje se hace visible en lo que cambia después del análisis. Puede ser una transición asistencial mejor documentada, una comprobación incorporada al proceso o una explicación que el paciente comprende. Ahí se concreta la transformación: en decisiones que llegan a la atención diaria y cuyo efecto se evalúa.

Fuentes consultadas

Fenin e IQVIA. *Errores de medicación en España: descripción, relevancia y tecnologías para mitigarlos*. Julio de 2026. Documento facilitado a la redacción y recogido en el catálogo de publicaciones de Fenin.

Organización Mundial de la Salud. Medication Without Harm y Medication without harm: policy brief.

Fundación FIDYS. Programa oficial facilitado a la redacción y página de Seguridad Clínica 360°. Programa sujeto a posibles ajustes organizativos.

Seguridad Compartida

Aprender de los incidentes requiere conectar la experiencia de pacientes, profesionales y gestores. Conoce el programa y los participantes de Seguridad Clínica 360°, una jornada de Sanidad en clave de futuro.

Consultar el programa y acceder a la grabación de la jornada Seguridad Clínica 360°

SANIDAD EN CLAVE DE FUTURO: CÓMO FIDYS TRANSFORMA LOS GRANDES RETOS SANITARIOS EN CONOCIMIENTO ÚTIL



Sanidad en clave de Futuro: cómo FIDYS transforma los grandes retos sanitarios en conocimiento útil

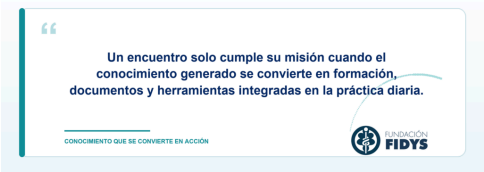
La Fundación FIDYS pone en marcha Sanidad en clave de Futuro, una iniciativa concebida para abordar los grandes desafíos sanitarios desde una perspectiva independiente, multidisciplinar y orientada a la acción. Su objetivo no es generar más información, sino convertir el conocimiento en propuestas, recursos y herramientas capaces de mejorar la práctica clínica y contribuir a la transformación del sistema sanitario.

El conocimiento solo genera impacto cuando se convierte en acción

El sistema sanitario produce continuamente estudios, reuniones profesionales, congresos y documentos científicos. Sin embargo, una parte de ese conocimiento no siempre consigue recorrer el camino completo hasta la consulta, la organización sanitaria o la atención cotidiana de los pacientes.

El problema, por tanto, no es únicamente disponer de información. El verdadero reto consiste en identificar qué problemas merece la pena resolver, reunir a las personas adecuadas, analizar la evidencia y transformar las conclusiones en instrumentos que puedan utilizarse en la práctica.

> *Sanidad en clave de Futuro nace para completar ese recorrido.*



Un modelo de generación de conocimiento con impacto real

FIDYS articula este proyecto mediante un proceso de cinco fases que conecta la identificación del problema con la transferencia final del conocimiento.

1. Identificamos

El punto de partida no es preguntarse qué actividad se puede organizar, sino qué problema sanitario merece la pena abordar.

Esto implica detectar necesidades clínicas, retrasos diagnósticos, ineficiencias, problemas de acceso, barreras organizativas y cuestiones que afectan a la calidad o sostenibilidad de la asistencia.

2. Reunimos

Los grandes retos sanitarios rara vez pueden entenderse desde una sola perspectiva. Por eso, FIDYS reúne a profesionales sanitarios, sociedades científicas, gestores, instituciones, organizaciones de pacientes y otros actores implicados.

El propósito no es sumar intervenciones independientes, sino construir una visión compartida del problema.

3. Generamos

El análisis de la evidencia y el intercambio entre especialistas permiten generar conocimiento útil: conclusiones,

documentos de consenso, recomendaciones, algoritmos de actuación, indicadores de resultados y propuestas de mejora.

El rigor científico es imprescindible, pero también lo es la aplicabilidad. Las conclusiones deben responder a las necesidades de quienes toman decisiones clínicas, organizativas o institucionales.

4. Transformamos

El conocimiento no se queda en un documento final. FIDYS lo convierte en recursos adaptados a diferentes necesidades y momentos de uso:

Programas formativos. Sesiones clínicas. Guías de consulta. Casos clínicos. Contenidos audiovisuales. Pódcast. Microformación.

Materiales dirigidos a profesionales y pacientes.

5. Compartimos

La última fase consiste en conseguir que esos recursos lleguen a quienes pueden utilizarlos.

Educa-med, el Aula SEMERGEN-FIDYS, Pulso Médico, los contenidos On Demand y los diferentes canales profesionales permiten mantener activo el conocimiento y ampliar su alcance más allá del encuentro que lo originó.

> ***IDENTIFICAMOS → REUNIMOS → GENERAMOS → TRANSFORMAMOS → COMPARTIMOS***



Dos líneas para abordar desafíos diferentes

Sanidad en clave de Futuro se estructura en dos grandes líneas complementarias: Jornadas Institucionales y Retos FIDYS.

Jornadas Institucionales: una mirada estratégica sobre el sistema

Las Jornadas Institucionales abordan cuestiones que afectan al funcionamiento y evolución de la sanidad.

Son espacios de encuentro para analizar desafíos como la seguridad clínica, la humanización de la asistencia, el bienestar de los profesionales, las listas de espera, el acceso al sistema, la relación médico-paciente en la era digital o la sostenibilidad sanitaria.

En ellas participan perfiles clínicos, gestores, responsables institucionales y expertos procedentes de diferentes ámbitos. El objetivo es abrir conversaciones necesarias, confrontar perspectivas y generar propuestas con capacidad para contribuir a mejoras estructurales.

Retos FIDYS: transformar problemas clínicos concretos

Los Retos FIDYS se centran en problemas asistenciales definidos que requieren una respuesta transversal.

Su propósito es analizar los puntos críticos del recorrido del paciente, identificar retrasos o ineficiencias y reunir a toda la cadena de valor asistencial: Atención Primaria, especialistas hospitalarios, enfermería, farmacia, gestores, sociedades científicas y pacientes.

La migraña, el paciente pluripatológico, la adherencia al tratamiento, la EPOC o la diabetes tipo 2 son ejemplos de problemas que no pueden resolverse trabajando desde compartimentos separados.



Del encuentro puntual al ecosistema continuo

> *Una de las diferencias fundamentales de Sanidad en clave de Futuro es su voluntad de continuidad.*

Cada jornada puede generar entrevistas, conclusiones, documentos de consenso, sesiones formativas y contenidos audiovisuales. Estos materiales permanecen disponibles, pueden actualizarse y alimentan nuevos proyectos dentro del ecosistema FIDYS.

De este modo, el impacto no se mide únicamente por el número de asistentes a una actividad. Se mide también por la capacidad de transformar el conocimiento generado en recursos que continúan llegando a los profesionales y contribuyen a mejorar decisiones reales.

Una iniciativa abierta a la colaboración

Los grandes desafíos sanitarios requieren cooperación. Sanidad en clave de Futuro aspira a convertirse en un espacio estable para conectar conocimiento científico, experiencia clínica, gestión, instituciones y sociedad.

La colaboración permite incorporar diferentes perspectivas, evitar respuestas parciales y construir soluciones más cercanas a la realidad asistencial.

FIDYS no pretende representar todos los intereses ni ofrecer respuestas cerradas. Su papel es crear el entorno adecuado para que el conocimiento se genere con independencia, rigor y vocación transformadora.



Transformar para mejorar

Sanidad en clave de Futuro resume una evolución en la forma de entender la actividad de FIDYS. La Fundación no se limita a organizar formación o encuentros profesionales. Identifica problemas relevantes, conecta a quienes pueden contribuir a resolverlos y acompaña el conocimiento hasta su aplicación práctica.

Porque el conocimiento adquiere su verdadero valor cuando mejora una decisión, facilita el trabajo de un profesional, transforma un proceso asistencial o contribuye a ofrecer una atención más humana, eficiente y sostenible.



Conoce Sanidad en clave de Futuro



FIDYS NO TERMINA CUANDO ACABA UNA JORNADA: DEL DEBATE A LAS HERRAMIENTAS PRÁCTICAS



FIDYS no termina cuando acaba una jornada: del debate a las herramientas prácticas

Durante una jornada sanitaria se comparten experiencias, se analizan problemas y se plantean posibles respuestas. Profesionales, expertos, instituciones, gestores y representantes de pacientes aportan perspectivas diferentes sobre un mismo reto.

Sin embargo, el verdadero valor del encuentro no debería desaparecer cuando termina la última intervención.

En FIDYS entendemos cada jornada como el comienzo de un proceso más amplio. El encuentro permite identificar necesidades, reunir conocimiento y generar una conversación relevante. A partir de ese momento empieza otra tarea esencial: ordenar las aportaciones y transformarlas en contenidos y herramientas que puedan seguir siendo útiles.

> *Una jornada puede durar unas horas. El conocimiento que genera debe permanecer.*

Una jornada no es el punto final

Una intervención puede contener una reflexión valiosa. Una mesa de debate puede revelar un problema que todavía no ha sido suficientemente atendido. La experiencia de un profesional puede ayudar a otros equipos. La participación de los pacientes puede mostrar necesidades que no siempre aparecen en los datos o en los documentos técnicos.

Todo ese conocimiento merece continuidad.

Por eso, el trabajo de FIDYS no consiste únicamente en preparar un programa, reunir a los participantes y celebrar el encuentro. La jornada es el espacio donde se activa el conocimiento, pero no constituye el final del recorrido. El objetivo es conseguir que las ideas puedan salir del auditorio, llegar a otros profesionales y convertirse en recursos capaces de generar utilidad. Una jornada genera verdadero valor cuando el conocimiento compartido continúa trabajando después de que termine el encuentro.

Escuchar antes de transformar

En una jornada se producen conversaciones difíciles de reproducir en otros formatos. Las diferentes miradas permiten comprender mejor la dimensión clínica, asistencial, social, organizativa o institucional de cada reto.

> *Un profesional sanitario puede explicar qué sucede en la consulta.*

Un gestor puede aportar una visión organizativa. Una sociedad científica puede incorporar la evidencia disponible. Una institución puede analizar las posibilidades reales de cambio. Los pacientes pueden mostrar necesidades que permanecen invisibles desde otros puntos de vista. La primera tarea consiste en escuchar todas esas voces y reconocer el valor específico de cada aportación. Después es necesario identificar coincidencias, diferencias, preocupaciones compartidas y posibles áreas de actuación. No se trata simplemente de resumir las intervenciones, sino de descubrir qué conocimiento puede convertirse en una conclusión, una propuesta o una herramienta útil.



Del escenario a un conocimiento estructurado

Cuando termina la jornada comienza una nueva fase de trabajo.

Las intervenciones y debates deben ser revisados para identificar los mensajes principales, los consensos alcanzados y las necesidades que todavía requieren respuesta.

Este proceso puede incluir: La revisión de las principales aportaciones. La identificación de ideas y mensajes relevantes. La detección de consensos y puntos de diferencia. La selección de conclusiones con utilidad profesional. La definición de posibles líneas de continuidad. La elección del formato más adecuado para cada contenido. La jornada reúne el conocimiento. El modelo FIDYS permite analizarlo, estructurarlo y darle continuidad.

Transformar no significa simplemente reproducir

Publicar la grabación completa de una jornada puede resultar útil, pero no siempre es suficiente.

Los profesionales disponen de poco tiempo y acceden al conocimiento de maneras diferentes. Algunos necesitan profundizar en una intervención completa. Otros buscan una síntesis que les permita identificar rápidamente las ideas fundamentales. En determinados casos, lo más útil puede ser una herramienta de consulta, una infografía o una pieza breve de actualización.

Transformar el conocimiento significa adaptar su presentación sin perder rigor ni alterar su sentido. Una intervención puede convertirse en un vídeo. Una conversación puede dar lugar a un pódcast. Las conclusiones de una mesa pueden estructurarse como un reportaje. Una recomendación puede transformarse en una infografía. Un conjunto de aportaciones puede originar una publicación profesional. Una necesidad detectada puede convertirse en una nueva actividad formativa. No se trata de repetir la jornada en otros soportes, sino de convertir sus aportaciones en conocimiento consultable, comprensible y aplicable.



De una jornada pueden nacer muchos recursos

No todas las ideas necesitan convertirse en el mismo tipo de contenido. El formato debe elegirse en función del conocimiento disponible, del público al que se dirige y de la utilidad que se pretende conseguir.

De una jornada pueden surgir:

Documentos de conclusiones. Informes y publicaciones profesionales. Reportajes y artículos de análisis. Entrevistas con expertos. Vídeos de intervenciones y conversaciones. Pódcast sobre los principales asuntos debatidos. Infografías y resúmenes visuales. Piezas de microformación. Sesiones clínicas. Cursos y recursos formativos. Guías y herramientas prácticas. Nuevas propuestas de colaboración. Un mismo conocimiento puede adoptar diferentes formatos para llegar más lejos y responder a necesidades distintas.

Contenidos pensados para ser utilizados

El objetivo no es generar más información, sino facilitar que el conocimiento relevante pueda encontrarse, comprenderse y utilizarse.

Por eso, los recursos derivados de una jornada deben responder a criterios concretos:

Rigor y fidelidad respecto al conocimiento original.

Claridad en la presentación. Utilidad para los profesionales. Accesibilidad desde diferentes dispositivos. Adaptación a distintos momentos de consulta. Capacidad para llegar más allá de los asistentes. Continuidad dentro de una estrategia de conocimiento. Así, una conversación celebrada en un lugar y una fecha determinados puede seguir aportando valor meses después y alcanzar a profesionales que no participaron presencialmente.



Un ecosistema para ampliar el conocimiento

FIDYS dispone de un ecosistema capaz de dar diferentes recorridos al conocimiento generado.

Educa-med permite transformarlo en formación médica continuada y contenidos profesionales.

El Aula SEMERGEN-FIDYS lo acerca a las necesidades de actualización clínica de los médicos de Atención Primaria.

Pulso Médico permite convertirlo en información, análisis y divulgación sanitaria.

Las publicaciones FIDYS ayudan a estructurar y conservar conclusiones, propuestas y documentos profesionales.

Estos proyectos no funcionan como compartimentos independientes. Son canales complementarios dentro de un mismo modelo.

Una jornada puede originar un documento de conclusiones, una entrevista, varias piezas informativas, un vídeo, un pódcast y nuevos recursos formativos. Cada formato responde a una necesidad diferente, pero todos proceden de un mismo conocimiento. El conocimiento es uno. Los formatos y canales permiten multiplicar su alcance.

Medir una jornada por lo que deja

El valor de una jornada no debería medirse únicamente por el número de asistentes, la relevancia de los ponentes o la calidad del programa.

También debería medirse por lo que ocurre después.

¿Qué ideas se han identificado? ¿Qué conclusiones pueden compartirse? ¿Qué necesidades han aparecido? ¿Qué propuestas deberían desarrollarse?

¿Qué recursos pueden resultar útiles para los profesionales? ¿Cómo puede trasladarse ese conocimiento a la práctica clínica o al sistema sanitario? Estas preguntas convierten un acontecimiento puntual en un proceso con continuidad. La jornada proporciona el espacio para pensar juntos. El trabajo posterior permite que ese pensamiento se ordene, se comparta y contribuya a la mejora sanitaria.



Del encuentro al impacto

En FIDYS no entendemos las jornadas como actividades aisladas. Son espacios para identificar necesidades, reunir a las personas adecuadas y activar nuevas líneas de conocimiento.

Su verdadera capacidad transformadora aparece cuando las ideas abandonan el escenario y se convierten en recursos que otros profesionales pueden consultar, compartir y aplicar.

Ese es el recorrido que proponemos:

Del debate al conocimiento.
Del conocimiento a las herramientas.
De las herramientas a la mejora sanitaria.

FIDYS no termina cuando acaba una jornada. Continúa cada vez que una conclusión ayuda a comprender un problema, un contenido llega a un nuevo profesional o una herramienta facilita una decisión.

El encuentro abre el camino. El conocimiento le da continuidad. Las herramientas lo convierten en acción.

Conoce Sanidad en clave de Futuro.

AULA SEMERGEN–FIDYS: UN ECOSISTEMA PARA LLEVAR LA ACTUALIZACIÓN CLÍNICA A LA CONSULTA



El Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS nace como un espacio permanente de formación y consulta para acercar el conocimiento científico a las decisiones cotidianas de Atención Primaria. Sesiones, bibliotecas clínicas, casos, cursos y recursos breves se integran en un ecosistema concebido para crecer junto a las necesidades asistenciales.

Del conocimiento científico a la decisión clínica

El médico de familia trabaja en un entorno definido por el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad, la coexistencia de distintas enfermedades y una creciente complejidad diagnóstica y terapéutica. A ello se suman el tiempo limitado de consulta, la aparición constante de nueva evidencia y la necesidad de coordinar la atención con otros niveles asistenciales.

Actualizar conocimientos es imprescindible, pero acceder a la información no siempre significa poder aplicarla. **El desafío consiste en convertir la evidencia en decisiones concretas**, adaptadas a los pacientes, los recursos disponibles y las circunstancias reales de la consulta.

En este contexto se sitúa el Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS, una iniciativa promovida conjuntamente por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y la Fundación FIDYS. Su propósito es acortar la distancia entre el conocimiento científico y la práctica asistencial mediante un modelo continuo, estructurado y orientado a las necesidades del primer nivel.

El Aula no se presenta como una actividad formativa aislada ni como una simple recopilación de cursos. Su planteamiento es el de un **ecosistema de actualización clínica** en el que diferentes formatos cumplen funciones complementarias: explicar, profundizar, plantear decisiones, resolver dudas y facilitar la consulta posterior.

Un proyecto con vocación de continuidad

El Aula nace como un espacio permanente que puede incorporar progresivamente nuevas áreas, bibliotecas y recursos.

Su identidad común permite que cada nueva actividad forme parte de un recorrido reconocible, en lugar de aparecer como una iniciativa independiente y desconectada de las anteriores.

Por qué hace falta un modelo diferente

Una parte de la formación médica continuada se ha organizado tradicionalmente en actividades puntuales, con contenidos extensos y predominantemente teóricos. Este modelo puede transmitir información valiosa, pero no siempre favorece su aplicación ni permite regresar fácilmente al contenido cuando aparece una duda en consulta.

El profesional sanitario tampoco tiene una única necesidad de aprendizaje. En determinados momentos necesita revisar una cuestión en pocos minutos; en otros, analizar un caso, escuchar a dos profesionales debatir una decisión o completar un curso estructurado que le permita profundizar en un área.

El Aula parte de esta realidad y combina recursos de distinta extensión y complejidad. **No todos los profesionales necesitan recorrer el mismo camino ni hacerlo al mismo ritmo.** El objetivo es que puedan entrar en el ecosistema a través del formato que mejor responda a su necesidad y avanzar posteriormente hacia contenidos más completos.

Esta organización pretende superar dos limitaciones frecuentes: la formación excesivamente teórica, alejada de la consulta, y la acumulación de actividades puntuales sin continuidad entre ellas.

5

Áreas clínicas iniciales
Neurología, cardiovascular, respiratorio, endocrinología y nefrología.

3

Niveles de aprendizaje
Sesiones clínicas, casos interactivos y cursos de actualización.

7

Recursos complementarios
Sesiones, charlas, pódcast, casos, microformación, guías y contenidos esenciales, además de los cursos de actualización.

Tres niveles que se complementan

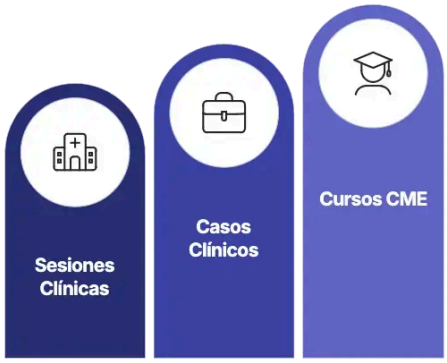
La arquitectura formativa del Aula se organiza alrededor de **tres niveles de aprendizaje**.

El primero está formado por las **sesiones clínicas para Atención Primaria**. En ellas, profesionales de Medicina de Familia y especialistas abordan problemas frecuentes desde la práctica: cómo orientar la anamnesis, qué signos deben modificar el plan, cuándo solicitar pruebas, qué tratamiento iniciar y en qué momento es necesaria una derivación.

El segundo nivel corresponde a los **casos clínicos interactivos**, concebidos para que el participante intervenga en el razonamiento. El valor no reside únicamente en conocer la respuesta correcta, sino en comprender qué información resulta relevante, qué alternativas deben descartarse y qué consecuencias puede tener cada decisión.

El tercer nivel lo ocupan los **cursos de actualización en formación médica continuada**, que proporcionan una base científica más extensa y estructurada. Estos itinerarios permiten profundizar en un área, revisar la evidencia y consolidar lo aprendido mediante materiales audiovisuales, documentación y evaluación.

Los tres niveles responden a necesidades distintas, pero forman parte del mismo recorrido: **observar cómo se aborda un problema, practicar la toma de decisiones y profundizar en su fundamento científico**.



Un aprendizaje progresivo

Las sesiones acercan el razonamiento clínico a situaciones reconocibles de la consulta.

Los casos convierten al profesional en parte activa de la decisión.

Los cursos aportan profundidad, base científica y evaluación.

La combinación permite pasar de una actualización puntual a un proceso continuado de aprendizaje.

Las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria

Uno de los principales elementos del proyecto son las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria. Se trata de espacios organizados por áreas y problemas de salud que reúnen en un único entorno los recursos disponibles sobre una materia.

El concepto de biblioteca no hace referencia únicamente a una colección de documentos. Cada biblioteca funciona como una **puerta de entrada temática**. El profesional

puede localizar una patología concreta y consultar qué sesiones, charlas, cursos o materiales complementarios están disponibles.

La primera organización se realiza por áreas clínicas:

- Neurología.
- Cardiovascular.
- Respiratorio.
- Endocrinología.
- Nefrología.

Dentro de cada área se despliegan bibliotecas centradas en problemas asistenciales concretos. En Neurología, por ejemplo, la plataforma contempla demencia, enfermedad de Parkinson, epilepsia, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, ictus, miastenia gravis y migraña.

Esta estructura permite acceder a la información desde dos perspectivas. El usuario puede entrar por el **área clínica general**, si desea conocer todos los recursos disponibles, o buscar directamente la **enfermedad o problema que necesita revisar**.



Qué contiene —y qué puede llegar a contener— cada biblioteca

Las bibliotecas están concebidas como espacios evolutivos. No todos sus apartados tienen que estar disponibles desde el primer momento ni todas las patologías requieren exactamente los mismos recursos.

La arquitectura del Aula permite reunir progresivamente:

- **Sesiones clínicas de Atención Primaria**, centradas en la toma de decisiones.
- **Charlas clínicas breves**, para revisar cuestiones concretas.
- **Pódcast clínicos**, destinados al análisis y la actualización en formato de audio.
- **Casos clínicos**, para aplicar el conocimiento a situaciones asistenciales.
- **Microformación**, con contenidos breves y directamente utilizables.
- **Guías para Atención Primaria**, apoyadas en fuentes científicas de referencia.
- **"Lo que debe saber Atención Primaria"**, con las claves esenciales de cada patología.
- **Cursos especializados y programas completos**, destinados a una formación más profunda.

La disponibilidad puede variar entre bibliotecas porque el proyecto se encuentra en desarrollo. Esta diferencia debe entenderse como parte de su naturaleza progresiva: **cada biblioteca puede crecer con nuevos recursos sin perder su estructura ni obligar al profesional a buscarlos en espacios separados**.

Cómo se accede a los contenidos

La página principal y las bibliotecas pueden explorarse desde la web del Aula. En cada biblioteca, los recursos se presentan mediante fichas que indican su título, formato y modalidad de acceso.

La plataforma diferencia entre:

- **Acceso libre**, para determinados contenidos y actividades.
- **Acceso formativo**, asociado a una inscripción o a las condiciones particulares de un curso.
- **Recursos restringidos**, disponibles para los participantes inscritos en una actividad.

Para utilizar un recurso, el profesional debe entrar en la biblioteca correspondiente y seleccionar la ficha. La propia página conduce al acceso, la inscripción o la información completa del programa. Cuando es necesario identificarse, el usuario accede mediante su cuenta personal.

Esta señalización permite saber desde el primer momento qué contenido está abierto y cuál forma parte de un itinerario formativo. **No todos los recursos exigen la misma modalidad de registro**, por lo que conviene consultar las condiciones indicadas en cada ficha.

Acceso libre

Permite acercarse a una patología mediante sesiones clínicas, charlas u otros recursos disponibles sin adquirir un curso completo.

Es una vía de entrada al Aula y facilita que el profesional conozca su metodología.

Acceso formativo

Da entrada a cursos y programas estructurados, con materiales, metodología, evaluación y condiciones específicas.

Cada ficha informa sobre la inscripción, la disponibilidad de los contenidos y las posibles acreditaciones.

Cursos de actualización basados en Harrison y AccessMedicina

Los cursos de actualización de las diferentes áreas clínicas del Aula representan el nivel de mayor profundidad del modelo. Sus contenidos toman como referencia Harrison. Principios de Medicina Interna y se apoyan en AccessMedicina, la plataforma de conocimiento clínico de McGraw Hill.

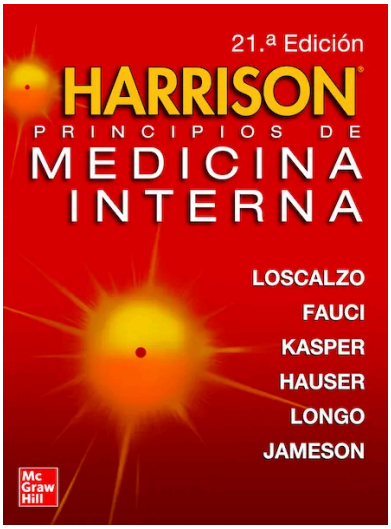
La referencia común a Harrison no significa trasladar un tratado completo a una pantalla. Su función es proporcionar una base científica reconocida desde la que seleccionar, ordenar y contextualizar los contenidos de cada área clínica para la práctica asistencial.

Los programas combinan materiales teóricos con vídeos, análisis clínico y situaciones prácticas. La metodología descrita por el Aula se distribuye en dos momentos complementarios:

- Una primera sesión de introducción y marco teórico, con materiales de referencia y una exposición estructurada.
- Una segunda sesión centrada en el debate científico y los casos clínicos, en la que se analiza cómo aplicar el conocimiento a decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Al finalizar, los participantes pueden realizar una evaluación de conocimientos. Las condiciones de acceso, el periodo de disponibilidad, el reconocimiento académico y la acreditación deben comprobarse en la ficha de cada curso, ya que pueden variar según el programa.

Además de *Harrison*, AccessMedicina ofrece libros, recursos audiovisuales, casos y herramientas de consulta. Dentro del Aula, este soporte permite conectar la formación organizada con una fuente a la que el profesional puede regresar para ampliar una cuestión.



Una base científica de referencia

Los cursos de las diferentes áreas clínicas utilizan Harrison. Principios de Medicina Interna como base para ordenar y contextualizar sus contenidos.

AccessMedicina amplía este soporte con libros, materiales audiovisuales, casos y herramientas de consulta.

El objetivo no es acumular información, sino convertirla en conocimiento aplicable.

Un modelo centrado en el razonamiento clínico

La orientación práctica del Aula no consiste en simplificar el conocimiento, sino en organizarlo alrededor de las preguntas que aparecen en consulta.

¿Qué datos de la anamnesis cambian la orientación? ¿Qué hallazgos constituyen una señal de alarma? ¿Cuándo resulta razonable observar la evolución? ¿Qué prueba aportará información útil? ¿Qué tratamiento puede iniciarse desde Atención Primaria? ¿Cuándo debe intervenir otro nivel asistencial?

Esta forma de ordenar los contenidos pretende fortalecer varios aspectos de la práctica:

- La identificación temprana de situaciones potencialmente graves.
- El uso razonado de pruebas complementarias.
- El diagnóstico diferencial de los problemas prevalentes.
- La selección y el seguimiento de los tratamientos.
- La comunicación con pacientes y familias.
- La continuidad asistencial y la coordinación con otras especialidades.

La colaboración entre médicos de familia y especialistas permite integrar dos perspectivas necesarias. El especialista aporta profundidad sobre la enfermedad y sus alternativas terapéuticas; Atención Primaria aporta el conocimiento longitudinal del paciente, la multimorbilidad y las condiciones reales en las que debe aplicarse cada recomendación.

La consulta clínica como origen de nuevos contenidos

El ecosistema incorpora también un espacio de Consulta Clínica desde el que los profesionales pueden remitir preguntas relacionadas con las sesiones y los contenidos del Aula.

Las consultas pueden servir para identificar dudas recurrentes y detectar necesidades formativas que no siempre aparecen en un programa diseñado de antemano. Según informa la plataforma, las preguntas pueden ser valoradas por el equipo editorial para su posible tratamiento en futuros contenidos.

Este mecanismo introduce una dimensión bidireccional: el Aula no solo transmite información, sino que también puede escuchar los problemas surgidos en la práctica. **La**

consulta diaria se convierte así en una fuente para orientar la evolución del proyecto.

Un proyecto que comienza, pero está diseñado para crecer

El Aula se encuentra en una fase inicial. Por ello, es importante distinguir entre el alcance del modelo y el volumen de contenidos ya disponible. Algunas bibliotecas cuentan actualmente con sesiones y cursos, mientras que otros formatos previstos se incorporarán de manera progresiva.

Esta realidad no reduce la ambición del proyecto, pero obliga a comunicarla con precisión. **El Aula ofrece una arquitectura en desarrollo, no un repositorio completamente cerrado.** Su valor reside en que cada nuevo recurso puede integrarse en un sistema común, organizado por áreas y problemas clínicos.

Las primeras áreas —Neurología, cardiovascular, respiratorio, endocrinología y nefrología— constituyen el punto de partida. El modelo permite incorporar otras especialidades y ampliar las bibliotecas de acuerdo con las necesidades asistenciales, la evolución de la evidencia y la disponibilidad de nuevos programas.

Qué impacto puede generar

Al tratarse de una iniciativa de reciente creación, todavía no es posible atribuirle resultados asistenciales medidos a largo plazo. El impacto real deberá evaluarse con el tiempo y no puede deducirse únicamente del número de contenidos publicados o de profesionales inscritos.

Su impacto potencial puede observarse en distintos niveles:

- **Acceso al conocimiento:** reunir recursos dispersos en espacios clínicos reconocibles.
- **Aprendizaje:** facilitar la actualización mediante diferentes formatos y grados de profundidad.
- **Práctica profesional:** trasladar evidencia y razonamiento a decisiones frecuentes.
- **Coordinación asistencial:** favorecer un lenguaje compartido entre Atención Primaria y otras especialidades.
- **Detección de necesidades:** utilizar las consultas de los profesionales para orientar nuevos contenidos.
- **Continuidad:** sustituir actividades aisladas por un proceso formativo que pueda crecer y actualizarse.

Para valorar su evolución será necesario observar no solo las inscripciones o visualizaciones, sino también la utilización de las bibliotecas, la finalización de los itinerarios, la participación en casos y consultas y, cuando resulte posible, la transferencia del aprendizaje a la práctica.

Dos instituciones y una misma vocación formativa

El Aula se apoya en la complementariedad de sus promotores. **SEMERGEN** aporta su conocimiento de la Atención Primaria y de las necesidades de los médicos de familia. La **Fundación FIDYS** contribuye con su experiencia en la creación y el desarrollo de proyectos formativos estructurados.

A ello se suma la participación de especialistas, docentes y profesionales de Atención Primaria, así como el apoyo de contenidos científicos de referencia. Esta combinación permite construir programas que no se limiten a exponer una enfermedad, sino que la sitúen en el recorrido real del paciente.

La credibilidad del proyecto dependerá de mantener esa orientación: rigor científico, utilidad clínica, claridad sobre las condiciones de acceso e independencia editorial en la selección y presentación de los contenidos.

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

FUNDACIÓN FIDYS

Explorar las Bibliotecas Clínicas

Recursos organizados por áreas y problemas asistenciales.

Conocer las sesiones y cursos

Actividades centradas en el razonamiento y la actualización clínica.

Enviar una consulta clínica

Un espacio para plantear preguntas vinculadas con los contenidos del Aula.

Un espacio para acompañar la práctica, no solo para formar

El alcance del Aula SEMERGEN–FIDYS se comprende mejor cuando se observa como un sistema completo. Las sesiones muestran cómo razonan los profesionales; los casos permiten practicar; los cursos aportan profundidad; las bibliotecas ordenan el conocimiento; y la consulta clínica conecta el proyecto con las dudas reales de sus usuarios.

Su desarrollo será necesariamente progresivo. Cada nueva sesión, curso, caso o guía deberá ampliar la utilidad de las bibliotecas sin convertirlas en depósitos difíciles de recorrer. El reto consistirá en mantener una estructura comprensible y actualizada a medida que crezca el volumen de información.

La propuesta parte de una idea sencilla, pero exigente: **la formación médica adquiere su verdadero valor cuando puede recuperarse, comprenderse y aplicarse en el momento en que el profesional debe tomar una decisión**.

Fuentes y recursos

- Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS
- Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria
- Ejemplo de Biblioteca Clínica: Migraña
- Curso “Trastornos Neurológicos: la visión del médico de Atención Primaria”
- Consulta Clínica

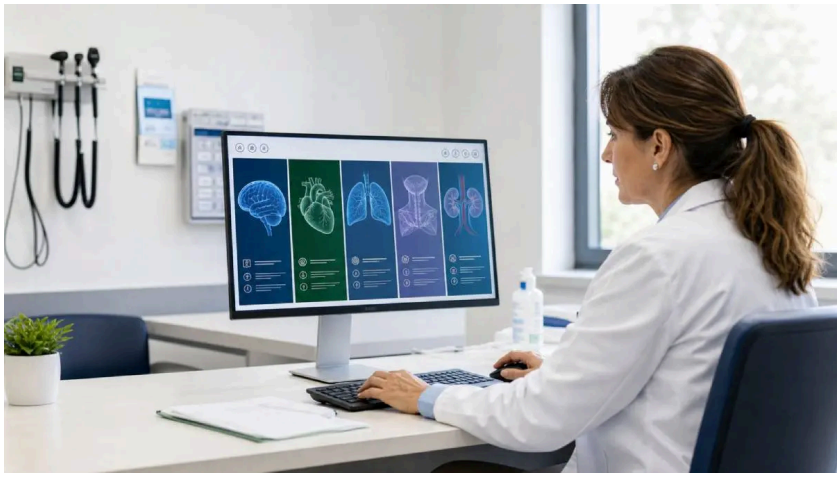
Actualización clínica

Explora el Aula SEMERGEN–FIDYS y descubre sus bibliotecas, sesiones clínicas, cursos y recursos para Atención Primaria.

Conocer el Aula



BIBLIOTECAS CLÍNICAS ATENCIÓN PRIMARIA AP: CONOCIMIENTO ORGANIZADO PARA DECIDIR MEJOR EN CONSULTA



Las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria reúnen en un mismo espacio recursos clínicos, formación y herramientas prácticas sobre las patologías más relevantes para el médico de familia. Organizadas por áreas y problemas concretos, facilitan el acceso a contenidos rigurosos y orientados a las decisiones que surgen cada día en la consulta.

Del contenido disperso al conocimiento organizado

La actualización clínica forma parte del trabajo cotidiano del médico de familia. El problema no suele ser la ausencia de información, sino su dispersión: cursos en una plataforma, guías en otra, sesiones clínicas difíciles de localizar y materiales breves que desaparecen entre múltiples fuentes.

Las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria nacen para ordenar ese conocimiento desde una lógica asistencial. En lugar de presentar los contenidos únicamente por formato —curso, vídeo, guía o pódcast—, los reúnen alrededor de las áreas clínicas y las patologías que el profesional necesita abordar. Así, quien busca actualizarse sobre migraña, EPOC, demencia o enfermedad cardiovascular puede acceder a un espacio específico y encontrar allí los recursos relacionados con ese problema. No se trata de acumular documentos, sino de construir un entorno de consulta y aprendizaje con dos características:

- **Organización clínica**, de la diversidad de formatos para llegar al contenido desde la patología y/o el problema asitencial.
- **Orientación práctica**, con recursos pensados para apoyar la actualización y la toma de decisiones en Atención Primaria.

5

Áreas clínicas

Neurología, cardiovascular, respiratorio, endocrinología y nefrología

26

Bibliotecas disponibles

Organizadas por patologías y ámbitos clínicos en la configuración actual

7

Tipos de recursos

Desde sesiones y guías hasta pódcast, casos clínicos y microformación

Cinco áreas para una visión amplia de la Atención Primaria

La estructura actual comprende cinco áreas clínicas. Cada una agrupa las bibliotecas vinculadas a sus principales patologías y necesidades asistenciales.

Neurología

reúne ocho bibliotecas y un recurso adicional. El área permite abordar enfermedades neurológicas frecuentes

o especialmente relevantes por su repercusión clínica, funcional y social.

Cardiovascular

incorpora siete bibliotecas orientadas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Respiratorio

cuenta con seis bibliotecas y un recurso adicional para facilitar el abordaje integral de las patologías respiratorias prevalentes.

Endocrinología

reúne tres bibliotecas dedicadas al diagnóstico y manejo de los trastornos endocrino-metabólicos.

Nefrología

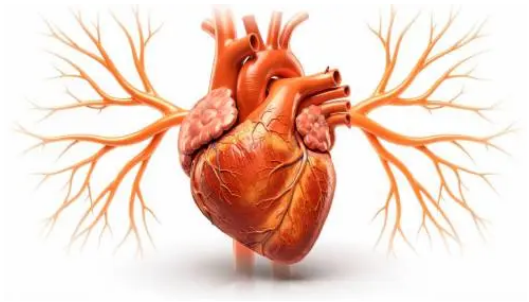
incorpora dos bibliotecas centradas en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad renal.

Esta forma de organización permite entrar por el área general cuando se busca una actualización amplia o acceder directamente a una biblioteca cuando la necesidad está relacionada con una patología concreta.



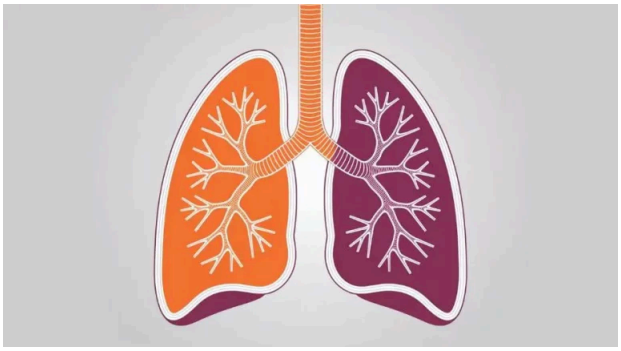
Neurología

Recursos para la actualización sobre enfermedades neurológicas desde la perspectiva de Atención Primaria.



Cardiovascular

Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con enfermedad cardiovascular.



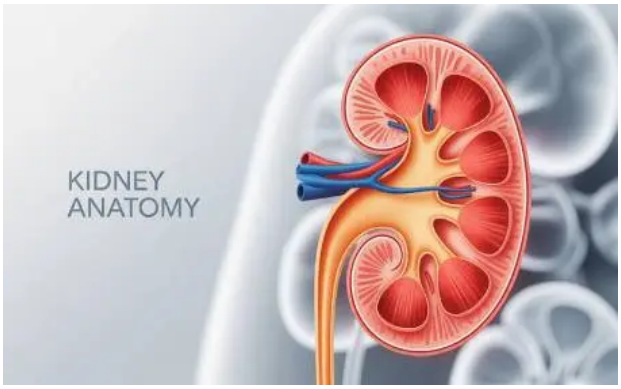
Respiratorio

Abordaje de las patologías respiratorias prevalentes y de sus principales retos diagnósticos y terapéuticos.



Endocrinología

Actualización sobre diagnóstico y manejo de los trastornos endocrinos y metabólicos.



Nefrología

Conocimiento práctico para la prevención y el abordaje de las enfermedades renales en Atención Primaria.

Distintos formatos para diferentes momentos profesionales

No todas las necesidades de actualización son iguales. En ocasiones se busca una explicación completa; en otras, una recomendación rápida, un caso que ayude a razonar o una pieza breve que pueda consultarse entre pacientes.

Por eso, las bibliotecas pueden integrar diferentes tipos de recursos:

- **Sesiones Clínicas AP**, centradas en la actualización práctica para la consulta.
- **Guías AP**, con recomendaciones basadas en obras de referencia como *Harrison*.
- **Lo que debe saber AP**, con las claves esenciales de cada área.
- **Charlas Clínicas AP**, para una actualización clínica breve.
- **Pódcast clínicos**, con análisis de temas relevantes en formato de audio.
- **Casos clínicos**, orientados al aprendizaje aplicado a la práctica diaria.
- **Microformación**, con contenidos breves y concretos.

La presencia y disponibilidad de estos formatos puede variar según el grado de desarrollo de cada biblioteca. La estructura permite que cada espacio crezca progresivamente y reúna nuevos contenidos sin perder su organización clínica.

Un itinerario flexible, no un recorrido obligatorio

La biblioteca no impone una única forma de aprendizaje. El profesional puede acceder directamente a un recurso breve, profundizar mediante formación estructurada o combinar diferentes piezas según su necesidad.

Esto convierte cada biblioteca en una puerta de entrada temática: un lugar al que regresar cuando aparece una duda, se necesita actualizar un criterio o se quiere profundizar en una enfermedad determinada.

Para una necesidad inmediata

Las sesiones, las guías, los casos y las piezas de microformación permiten localizar contenidos concretos relacionados con la práctica diaria. El profesional puede seleccionar el formato más adecuado según la pregunta clínica y el tiempo disponible.

Para profundizar y actualizarse

Las charlas y los contenidos formativos permiten estudiar una patología con mayor amplitud. La biblioteca conecta estos recursos con materiales complementarios para construir un aprendizaje progresivo y organizado.

Bibliotecas destacadas en este momento

La portada de las Bibliotecas Clínicas AP destaca actualmente cuatro espacios que muestran la amplitud de los problemas abordados.

En Respiratorio aparecen las bibliotecas de Tabaquismo y comorbilidad y EPOC. Ambas se relacionan con problemas de elevada presencia en Atención Primaria y con la necesidad de mejorar la detección, el seguimiento y el abordaje integral.

En Neurología se destacan Migraña y Demencia, dos patologías muy diferentes, pero con una importante repercusión sobre los pacientes, sus familias y la actividad asistencial. Estas cuatro bibliotecas están señaladas como novedades en la página y permiten acceder directamente a sus respectivos espacios clínicos.



Tabaquismo y comorbilidad

Recursos para abordar el tabaquismo teniendo en cuenta su relación con otras enfermedades y factores de riesgo.



Migraña

Actualización clínica para mejorar el reconocimiento y el abordaje de la migraña desde Atención Primaria.



Demencia

Contenidos para acompañar al médico de familia en la detección y el abordaje de los pacientes con demencia.



EPOC

Recursos clínicos sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Una arquitectura pensada para seguir creciendo

El valor de las Bibliotecas Clínicas AP no reside únicamente en los contenidos que ya incorporan. También está en la arquitectura que permite relacionar áreas, patologías y formatos dentro de un mismo entorno.

Cada nueva sesión, guía, charla, caso o contenido formativo puede incorporarse a la biblioteca correspondiente. De este modo, el conocimiento no queda aislado en el momento de su publicación, sino que pasa a formar parte de un espacio temático que facilita su localización posterior. Esta continuidad responde al compromiso compartido por SEMERGEN y Fundación FIDYS: ofrecer contenidos de calidad, prácticos y basados en la evidencia para mejorar la atención a los pacientes desde Atención Primaria. Las bibliotecas convierten ese compromiso en una estructura visible y navegable. El profesional no tiene que conocer previamente el título exacto de un curso o recordar dónde se publicó una sesión. Puede comenzar por su necesidad clínica y avanzar desde ella hacia los recursos disponibles.

Del catálogo al ecosistema de conocimiento

Una biblioteca clínica es más útil cuando no funciona como un catálogo estático, sino como un espacio vivo que conecta distintas formas de aprender.

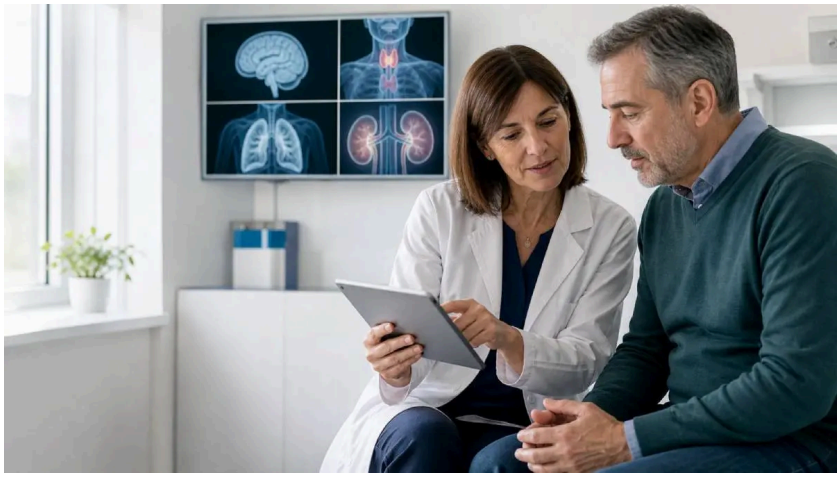
La actualización extensa y la consulta breve no compiten entre sí. Responden a momentos diferentes. 1. ***El curso permite profundizar;*** 2.- l***a sesión ayuda a revisar la práctica***; 3.- ***el caso clínico obliga a aplicar el conocimiento***; 4.- ***la guía facilita una consulta posterior***; 5.- ***el pódcast abre otra forma de acceder a la actualización***. Al reunir estos formatos alrededor de una misma patología, las Bibliotecas Clínicas AP ofrecen una visión más ordenada del conocimiento y permiten que cada profesional construya su propio recorrido.

Actualización clínica

Explora las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria y accede a recursos, formación y herramientas organizados por áreas y patologías.

Entrar en las bibliotecas

CUATRO RECORRIDOS CLÍNICOS PARA DECIDIR MEJOR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



La consulta de Atención Primaria comienza con síntomas, antecedentes y riesgos que todavía no están ordenados por especialidades. Cuatro recorridos dedicados a neurología, endocrinología y metabolismo, patología respiratoria y nefrología proponen actualizar conocimientos desde esa realidad clínica y conectarlos con recursos organizados para la consulta continuada.

El conocimiento clínico empieza antes del diagnóstico

Los pacientes no llegan a la consulta ordenados por especialidades. Llegan con cefalea, disnea, cansancio, alteraciones analíticas, pérdida de memoria, cambios de peso, infecciones recurrentes o un deterioro de la función renal descubierto en una revisión. A partir de ese primer motivo de consulta, el profesional de Atención Primaria debe integrar síntomas, antecedentes, comorbilidades, medicación, evolución y señales de alarma. Debe decidir qué puede estudiar inicialmente, cuándo comenzar una intervención, qué necesita seguimiento y en qué momento es necesario derivar. Esa posición clínica explica el enfoque de los cuatro recorridos de actualización del Aula SEMERGEN-FIDYS. Neurología, endocrinología y metabolismo, respiratorio y nefrología se abordan desde una perspectiva transversal: no solo interesa conocer cada enfermedad, sino comprender cómo se presenta, cómo se estudia y qué decisiones exige desde el primer nivel asistencial. Los contenidos toman como referencia

Harrison. Principios de Medicina Interna

y trasladan sus fundamentos a situaciones reconocibles en la práctica. El objetivo no es acumular temas aislados, sino relacionar el conocimiento de referencia con la interpretación y el razonamiento clínico.

Cuatro áreas, una misma forma de razonar

Aunque cada área plantea preguntas diferentes, los cuatro recorridos comparten una estructura clínica reconocible:

- Partir del síntoma o del hallazgo inicial.
- Integrar la historia clínica, la exploración y los factores de riesgo.
- Elegir e interpretar las pruebas necesarias.
- Reconocer señales de alarma.
- Iniciar el abordaje que corresponde a Atención Primaria.
- Establecer el seguimiento.
- Determinar cuándo es necesario derivar.

Esta estructura permite estudiar cada área sin perder de vista la complejidad del paciente. Una persona con disnea puede presentar simultáneamente enfermedad respiratoria, insuficiencia cardiaca, obesidad, anemia o alteraciones metabólicas. Un deterioro renal puede modificar la seguridad de un tratamiento indicado por otra patología. Una cifra analítica aislada puede adquirir un significado diferente cuando se interpreta junto con los síntomas y las comorbilidades. La Atención Primaria necesita conocimiento por áreas, pero también capacidad para con-

ectarlo. Los cuatro recorridos se sitúan precisamente en ese punto de encuentro.



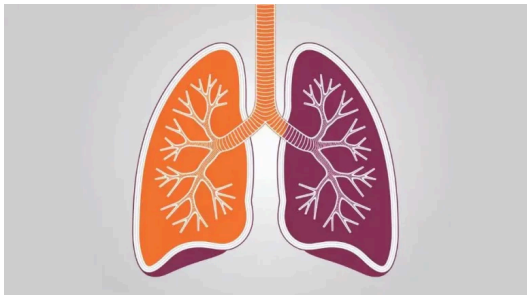
Neurología

Del síntoma neurológico inicial a la identificación de señales de alarma, el estudio, el seguimiento y la derivación.



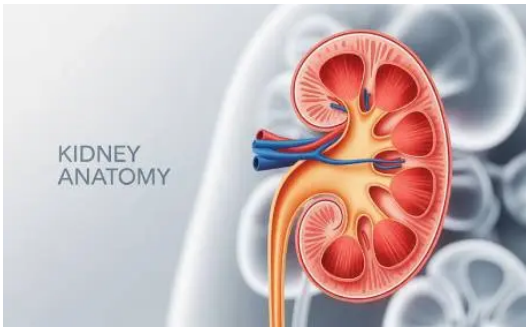
Endocrinología y metabolismo

Interpretación clínica de alteraciones hormonales, metabólicas y óseas dentro de la realidad completa del paciente.



Respiratorio

Valoración de la disnea, pruebas diagnósticas y abordaje de las enfermedades respiratorias más frecuentes.



Nefrología

Detección del daño renal, prevención de la progresión y toma de decisiones ante problemas renales y urinarios.

Neurología: orientar el recorrido desde el primer síntoma

La consulta neurológica puede comenzar con una cefalea, una convulsión, un déficit focal, un temblor, una alteración de la memoria o una pérdida de fuerza. Manifestaciones aparentemente concretas pueden responder a procesos muy diferentes y exigir decisiones con grados de urgencia también distintos. El recorrido de neurología desde Atención Primaria aborda el estudio inicial del paciente con enfermedad neurológica, las cefaleas primarias y la migraña, las convulsiones y la epilepsia, las enfermedades degenerativas y las demencias, y la patología neuromuscular, incluida la esclerosis lateral amiotrófica. También incorpora la relación con los trastornos psiquiátricos y las adicciones. La perspectiva transversal se complementa con contenidos específicos sobre ictus, enfermedad de Parkinson, epilepsia, esclerosis múltiple, miastenia gravis, migraña y deterioro cognitivo. De este modo, el profesional puede pasar de la valoración inicial a una profundización organizada por patologías concretas.

Endocrinología y metabolismo: interpretar la cifra dentro del contexto

Glucemia, peso, función tiroidea, salud ósea y alteraciones hormonales forman parte de la actividad cotidiana de Atención Primaria. Sin embargo, una cifra aislada rara vez explica por sí sola toda la historia. El recorrido endocrinometabólico comienza con la exploración en endocrinología y los trastornos de la hipófisis. Continúa con la patología tiroidea, la corteza suprarrenal y los síndromes poliendocrinos, e incorpora medicina sexual y de género, obesidad, lipoproteínas, síndrome metabólico, diabetes mellitus y trastornos del metabolismo óseo, mineral e intermediario. Este planteamiento permite relacionar síntomas, hábitos, medicación, riesgo cardiovascular y comorbilidades. También muestra la necesidad de ampliar progresivamente los recursos disponibles en áreas de elevada frecuencia asistencial, especialmente la patología tiroidea, los trastornos hipofisarios y suprarrenales y la salud hormonal y metabólica. Las bibliotecas dedicadas a

diabetes mellitus tipo 2, obesidad y osteoporosis y vitamina D constituyen actualmente los principales espacios de profundización de esta área.

Respiratorio: medir bien para interpretar mejor

La disnea es un síntoma, no un diagnóstico. Su valoración exige integrar la historia clínica, la exploración, el riesgo, las pruebas funcionales y la evolución del paciente. El recorrido respiratorio revisa los fundamentos de la patología respiratoria en Atención Primaria y las principales técnicas diagnósticas. A partir de esa base aborda asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apnea obstructiva del sueño, enfermedades pulmonares intersticiales, bronquiectasias y otros problemas respiratorios. La espirometría ocupa un lugar especialmente relevante. La calidad de la prueba, su correcta realización y la interpretación dentro del contexto clínico pueden modificar el diagnóstico y el seguimiento. No se trata únicamente de obtener una curva, sino de saber cuándo está indicada, comprobar si es válida y relacionar sus resultados con la sospecha clínica. La continuidad del conocimiento se apoya en las bibliotecas de asma, EPOC, apnea obstructiva del sueño, bronquiectasias, enfermedades pulmonares intersticiales y tabaquismo y comorbilidades. Junto a ellas, la práctica diaria señala otras necesidades transversales, como las infecciones respiratorias y el diagnóstico diferencial de la disnea.

Nefrología: detectar un deterioro que puede avanzar en silencio

La enfermedad renal puede evolucionar durante años sin producir síntomas evidentes. Su detección depende con frecuencia de la interpretación conjunta del filtrado glomerular, la albuminuria, la presión arterial, el riesgo cardiovascular, las comorbilidades y la medicación. El recorrido de nefrología aborda los fundamentos, el cribado y el diagnóstico inicial de la enfermedad renal crónica. También incluye las glomerulopatías, las infecciones urinarias, la litiasis renal, las enfermedades tubulointersticiales y la nefrotoxicidad asociada a medicamentos. Esta última cuestión muestra con especial claridad el valor transversal del área. La función renal condiciona la elección y el ajuste de numerosos tratamientos, por lo que la seguridad farmacológica renal no afecta únicamente al paciente con una enfermedad nefrológica conocida. Las bibliotecas actuales de enfermedad renal crónica y enfermedad renal poliquística ofrecen dos espacios iniciales de profundización. Las infecciones urinarias, la litiasis, la nefrotoxicidad y la valoración de hematuria y proteinuria representan necesidades clínicas que pueden orientar el crecimiento posterior del área.

Del recorrido transversal a la consulta continuada

La actualización estructurada ofrece una visión global de cada área. Las Bibliotecas Clínicas AP permiten continuar el recorrido mediante recursos organizados por patologías concretas. Ambos niveles responden a momentos diferentes de la práctica. En ocasiones, el profesional necesita revisar un área de forma integral. En otras, busca resolver una pregunta concreta, consultar una guía, revisar un caso clínico o profundizar en una enfermedad determinada. El Aula puede reunir esos distintos formatos dentro de un mismo entorno:

- Recorridos clínicos desde la perspectiva de Atención Primaria.
- Bibliotecas organizadas por patologías.
- Sesiones clínicas.
- Casos clínicos.
- Guías y recursos asistenciales.
- Microformaciones para cuestiones concretas.

El formato cambia según la necesidad, pero el objetivo permanece: disponer de conocimiento clínico útil para interpretar mejor cada consulta y fundamentar la siguiente decisión.

Explorar las Bibliotecas Clínicas AP

Un modelo que puede crecer con la práctica

Los cuatro recorridos no representan compartimentos cerrados. En la consulta, las áreas se cruzan continuamente: el riesgo cardiovascular condiciona la enfermedad renal; la obesidad modifica el abordaje respiratorio; determinados tratamientos afectan al metabolismo y la función renal; y los síntomas neurológicos deben interpretarse dentro del contexto general del paciente. Por eso, la continuidad entre actualización estructurada y consulta por patologías resulta especialmente relevante. Los contenidos disponibles permiten profundizar en problemas ya identificados, mientras que las preguntas frecuentes de la práctica ayudan a reconocer nuevas necesidades. El resultado es un modelo de conocimiento vivo: comienza con el motivo de consulta, se organiza mediante el razonamiento clínico y continúa creciendo conforme aparecen nuevas preguntas. Una forma de actualización que no termina al completar un contenido, sino que acompaña las decisiones reales de Atención Primaria.

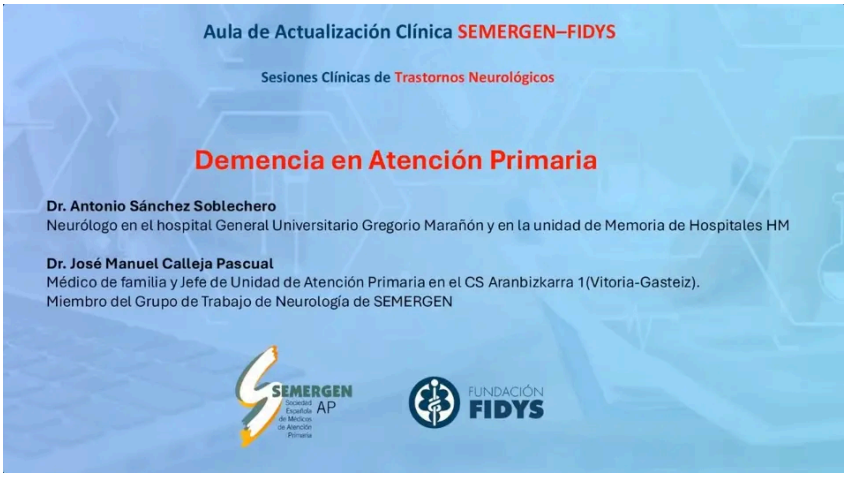
Atención Primaria

Explora los cuatro recorridos clínicos y accede a recursos organizados para continuar consultando, profundizando y actualizándote desde la realidad de la práctica.

Acceder al Aula



DEMENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DETECTAR ANTES Y ACOMPAÑAR DURANTE TODO EL PROCESO



Una queja de memoria, un cambio de conducta o la pérdida de autonomía pueden ser las primeras señales de deterioro cognitivo. La sesión «Demencia en Atención Primaria» recorre la detección precoz, el estudio inicial, la derivación y los cuidados que necesitan el paciente y su entorno durante la evolución de la enfermedad.

Marcos tiene 77 años, hipertensión, hipotiroidismo y dislipemia. Acude a su centro de salud para revisar una analítica, pero esta vez sucede algo diferente: por primera vez viene acompañado por su hija. Ella ha observado que está más despistado y recuerda que recientemente olvidó acudir a la revisión de su vehículo.

La situación resulta reconocible para cualquier profesional de Atención Primaria. Una consulta inicialmente rutinaria puede convertirse en el punto de partida para detectar un deterioro cognitivo. La dificultad consiste en determinar si se trata de un cambio asociado al envejecimiento, una alteración potencialmente reversible, un deterioro cognitivo leve o el comienzo de una demencia.

La sesión clínica **«Demencia en Atención Primaria»**, perteneciente al Aula de Actualización Clínica SEMERGEN-FIDYS, utiliza este caso como hilo conductor para revisar las decisiones que aparecen desde la primera sospecha hasta las fases más avanzadas de la enfermedad.

El Dr. José Manuel Calleja Pascual, médico de familia y jefe de Unidad de Atención Primaria en el Centro de Salud Aranbizkarra 1 de Vitoria-Gasteiz, analiza el papel del primer nivel asistencial. Junto a él, el Dr. Antonio Sánchez Soblechero, neurólogo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y de la Unidad de Memoria de Hospitales HM, aporta la perspectiva diagnóstica y terapéutica de Neurología.



Un problema clínico, familiar y social

La frecuencia del deterioro cognitivo aumenta con la edad. Los datos expuestos durante la sesión estiman que 55,2 millones de personas vivían con demencia en el mundo en 2019 y que se producen alrededor de diez millones de nuevos casos cada año.

En España, la prevalencia también crece de forma marcada en las edades más avanzadas. A esta carga clínica se suma un impacto económico que recae en gran medida sobre las familias, además de una demanda creciente de cuidados profesionales, recursos comunitarios y coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

El deterioro cognitivo leve no implica necesariamente que la persona vaya a desarrollar una demencia. Sin embargo, entre un 8 % y un 15 % de estos pacientes puede evolucionar hacia ella. Esta posibilidad convierte a Atención

Primaria en un espacio especialmente relevante para detectar cambios, descartar causas reversibles y organizar el seguimiento.

55,2 millones

Personas con demencia
Estimación mundial correspondiente a 2019 presentada durante la sesión.

10 millones

Nuevos casos cada año
Estimación mundial de nuevos diagnósticos anuales.

8-15 %

Evolución desde DCL
Proporción de personas con deterioro cognitivo leve que puede evolucionar hacia una demencia.

La primera señal puede aparecer en una consulta rutinaria

Las quejas de memoria no deben descartarse automáticamente como una consecuencia inevitable de la edad. Los cambios respecto al funcionamiento previo, la pérdida de autonomía, las dificultades para manejar actividades cotidianas o las alteraciones de conducta necesitan una valoración clínica.

También puede ser significativo que una persona que acudía sola comience a hacerlo acompañada. La familia suele detectar antes que el propio paciente los olvidos, la repetición de preguntas, los errores con la medicación, los problemas económicos o la pérdida de capacidad para realizar tareas habituales.

La evaluación cognitiva exige escuchar tanto al paciente como a quien conoce su funcionamiento diario. La información del familiar o cuidador ayuda a determinar si las dificultades están interfiriendo realmente en la vida cotidiana y permite identificar la posible falta de conciencia de enfermedad.

Siempre en cognitivo hay que hacer anamnesis al cuidador o familiar y al paciente.

Dr. Antonio Sánchez Soblechero, neurólogo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y de la Unidad de Memoria de Hospitales HM



Atender las quejas de memoria

Atención Primaria puede reconocer los primeros cambios porque conoce la historia clínica, las enfermedades, la medicación y el entorno del paciente.

La valoración debe explorar la memoria y otros dominios cognitivos, pero también la conducta, el estado de ánimo y la capacidad para desarrollar las actividades cotidianas. La pérdida funcional marca una diferencia esencial entre las quejas subjetivas, el deterioro cognitivo leve y la demencia.

Una anamnesis que va más allá de la memoria

La sesión propone revisar los antecedentes médicos, el riesgo vascular, los trastornos del estado de ánimo, los hábitos, el consumo de alcohol y los traumatismos craneales previos. También resulta importante conocer el nivel educativo, la actividad profesional, la convivencia, las aficiones y el apoyo familiar.

La entrevista debe incluir preguntas sobre los tratamientos actuales. Opiáceos, benzodiacepinas, determinados hipnóticos, antihistamínicos, antiepilépticos, corticoides y algunos fármacos antimuscarínicos pueden producir o agravar alteraciones cognitivas y conductuales.

Los ponentes insisten en que **el deterioro cognitivo no siempre responde a una enfermedad neurodegenerativa**. La depresión, la ansiedad, el insomnio, la apnea del sueño, el hipotiroidismo, el déficit de vitamina B12, el consumo de sustancias y los efectos adversos de la medicación forman parte del diagnóstico diferencial.

La detección precoz permite corregir algunos de estos factores y evita atribuir todos los cambios a una demencia irreversible.

Los test orientan, pero no sustituyen el juicio clínico

Los test cognitivos breves ayudan a objetivar las dificultades y permiten establecer una referencia para el seguimiento. Sin embargo, sus resultados deben interpretarse según la edad, la educación, la situación cultural, las capacidades previas y las condiciones en las que se realiza la prueba.

La sesión recomienda evitar una lectura rígida de los puntos de corte. Una puntuación aislada no confirma ni descarta el diagnóstico. Debe integrarse con la información funcional, la evolución clínica y los datos aportados por la familia.

El estudio inicial puede incluir hemograma, función renal y hepática, hormonas tiroideas, ácido fólico y vitamina B12. La neuroimagen se valora según el contexto clínico, la evolución y los circuitos asistenciales disponibles.

> ### Escuchar los cambios
>
> Atender las quejas del paciente y de la familia y compararlas con su funcionamiento anterior.
>
> ### Objetivar la situación
>
> Valorar la cognición, la conducta y la repercusión sobre las actividades cotidianas.
>
> ### Descartar causas reversibles
>
> Revisar enfermedades, analítica y medicamentos que pueden producir o empeorar los síntomas.
>
> ### Derivar con información útil
>
> Facilitar a Neurología la evolución, el test realizado, la repercusión funcional y el estudio inicial.

Qué necesita Neurología antes de la derivación

Una interconsulta completa puede reducir demoras y facilitar la toma de decisiones. Debe explicar qué síntomas presenta el paciente, desde cuándo han evolucionado y qué repercusión tienen sobre su autonomía.

También conviene aportar el resultado de un test cognitivo, la analítica de cribado y, cuando esté indicada y disponible, la neuroimagen. La revisión de la medicación y la posible retirada de fármacos con efectos cognitivos forman parte del abordaje inicial.

Mientras el paciente espera la valoración especializada, Atención Primaria puede recomendar actividad física, estimulación cognitiva, vida social y control de los factores de riesgo vascular. Estas intervenciones no necesitan esperar a que finalice todo el proceso diagnóstico.

La derivación cobra especial importancia cuando el paciente empieza a perder funcionalidad en las actividades diarias, el deterioro queda documentado mediante la exploración cognitiva o aparecen elementos que requieren un diagnóstico diferencial más complejo.

Del diagnóstico al plan terapéutico

El caso de Marcos permite mostrar cómo se integran estas decisiones. La anamnesis revela apatía, irritabilidad y dificultades de memoria. La exploración cognitiva objetiva alteraciones y el estudio inicial descarta causas metabólicas evidentes.

La valoración especializada concluye que presenta un deterioro cognitivo multidominio leve-moderado compatible con enfermedad de Alzheimer. A partir de ese momento, el tratamiento no se limita a prescribir un fármaco.

El plan incluye estimulación cognitiva en el domicilio o en grupo, actividad física, recuperación de aficiones y vida social. Según la fase y las características del paciente, pueden emplearse inhibidores de la acetilcolinesterasa, memantina y otras alternativas terapéuticas que se revisan durante la sesión.

Los ponentes analizan sus indicaciones, efectos adversos y precauciones. La elección y el seguimiento deben adaptarse a las comorbilidades, el riesgo cardiovascular, la tolerancia y la evolución funcional.

Los cambios conductuales también necesitan una causa

Cuatro años después, Marcos requiere ayuda con la medicación y el vestido. Presenta mayor irritabilidad, episodios de agresividad, alteraciones del sueño y deambulación nocturna. La evolución permite abordar uno de los aspectos que más carga genera para las familias: los síntomas psicológicos y conductuales.

Apatía, ansiedad, depresión, agitación, delirios, alucinaciones, desinhibición o cambios del sueño pueden aparecer en diferentes fases. Antes de iniciar o aumentar un

tratamiento farmacológico, la sesión recomienda identificar el problema y buscar posibles desencadenantes.

Un empeoramiento cognitivo o conductual rápido, producido en 24 o 48 horas, obliga a descartar un proceso intercurrente. Una infección, el dolor, la deshidratación, el estreñimiento, un cambio de medicación o una alteración metabólica pueden explicar la descompensación.

Las intervenciones no farmacológicas, la adaptación del entorno y la educación de los cuidadores deben ocupar un lugar prioritario. Cuando se necesitan psicofármacos, conviene comenzar con dosis bajas, aumentar lentamente y valorar su retirada cuando sea posible.



Dar soporte al paciente y a los cuidadores es siempre acompañar, aunque no podamos curar.

Dr. José Manuel Calleja Pascual, médico de familia y jefe de Unidad de Atención Primaria

El paciente sigue siendo el centro de la atención

Incluso en fases avanzadas, los profesionales deben dirigirse al paciente, mirarlo y darle tiempo para responder. La comunicación puede adaptarse mediante un lenguaje sencillo, pero sin infantilizarlo ni hablar únicamente con su acompañante.

En las fases iniciales resulta importante ofrecer información progresiva, reforzar las capacidades conservadas y facilitar que la persona participe en las decisiones. La elaboración de un plan de cuidados y un documento de voluntades anticipadas permite dejar constancia de sus preferencias antes de que la enfermedad limite su capacidad para expresarlas.

La atención debe considerar la seguridad, el riesgo de caídas y atragantamientos, la alimentación, el vestido, la higiene y la necesidad de ayudas técnicas. En fases avanzadas también puede ser necesario revisar los objetivos terapéuticos y plantear cuidados paliativos.

El cuidador también necesita cuidados

La sesión presenta a los familiares y cuidadores como un segundo paciente. Además de asumir gran parte de la atención cotidiana, afrontan cambios emocionales, conflictos familiares y decisiones complejas.

Informar sobre la evolución de la enfermedad, enseñar estrategias para manejar los cambios conductuales y orientar sobre la adaptación del domicilio puede reducir parte de esta carga. Las asociaciones de familiares, los programas de respiro y los recursos comunitarios ayudan a evitar el aislamiento.

Cuidar al cuidador no es una recomendación secundaria. Su bienestar influye directamente en la calidad y la continuidad de los cuidados que recibe la persona con demencia.

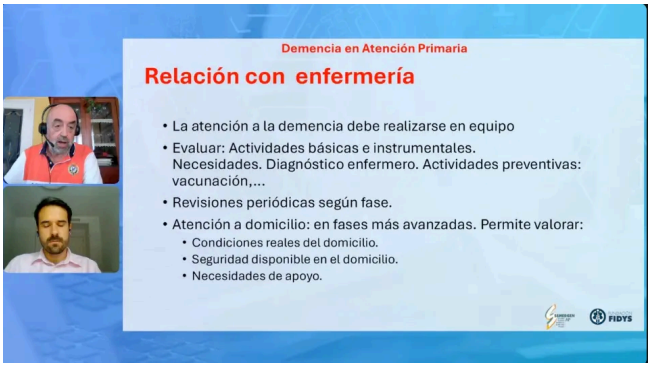
Enfermería y trabajo social completan el abordaje

La atención a la demencia debe desarrollarse en equipo. Enfermería puede evaluar las actividades básicas e instrumentales, identificar necesidades nutricionales y preventivas, realizar revisiones periódicas y detectar nuevos riesgos.

En las fases más avanzadas, la atención domiciliaria permite conocer las condiciones reales de la vivienda, revisar su seguridad y determinar qué apoyos necesita la familia.

La coordinación con trabajo social facilita la valoración de la dependencia y el acceso a ayuda domiciliaria, centros de día, prestaciones económicas, teleasistencia, programas de respiro y recursos residenciales.

La demencia es una enfermedad sanitaria y social. Ningún nivel asistencial puede responder por sí solo a todas las necesidades que genera.



Un seguimiento adaptado a cada fase

Las personas con sospecha de deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve pueden revisarse periódicamente mediante un test breve y una nueva valoración funcional. El seguimiento debe comprobar si han perdido capacidades que antes mantenían y si han aparecido cambios emocionales, conductuales o sociales.

En la demencia establecida conviene revisar el estado cognitivo, la autonomía, las comorbilidades, la situación del cuidador y las complicaciones del tratamiento.

La frecuencia de las visitas aumenta a medida que avanza la enfermedad. En fases avanzadas, enfermería y Atención Primaria pueden mantener un contacto estrecho y detectar descompensaciones antes de que provoquen una crisis familiar o una hospitalización.

Detectar, derivar y continuar acompañando

La sesión «Demencia en Atención Primaria» muestra que el papel del médico de familia no termina cuando el paciente llega a Neurología. Atención Primaria participa en la sospecha inicial, descarta causas reversibles, prepara la derivación y mantiene el seguimiento durante toda la evolución.

Neurología confirma el diagnóstico, establece el tratamiento especializado y orienta sobre las alternativas disponibles. Enfermería evalúa las necesidades funcionales y preventivas, mientras que los servicios sociales conectan a la familia con los apoyos comunitarios.

El resultado es un modelo de atención continuada en el que el paciente conserva el centro de las decisiones y el cuidador recibe también información y apoyo.

La sesión ya está disponible para los profesionales que quieran revisar este recorrido y trasladarlo a su práctica asistencial.

Fuentes

El contenido de este reportaje procede de la sesión clínica «Demencia en Atención Primaria», impartida por el Dr. Antonio Sánchez Soblechero y el Dr. José Manuel Calleja Pascual dentro del Aula de Actualización Clínica SEMERGEN-FIDYS.

La documentación presentada incluye datos de la Organización Mundial de la Salud, estudios epidemiológicos sobre prevalencia e incidencia, publicaciones sobre deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer, y recomendaciones clínicas sobre evaluación, tratamiento y seguimiento.

La información completa de la actividad, sus objetivos y el acceso a la formación están disponibles en la página oficial de Demencia en Atención Primaria.

Sesión ya disponible

Accede a «Demencia en Atención Primaria» y revisa, mediante un caso clínico, cómo detectar el deterioro cognitivo, preparar la derivación y acompañar al paciente y a sus cuidadores durante la evolución.

Inscribirme y acceder a la sesión

MIGRAÑA Y OTRAS CEFALEAS: DECISIONES CLÍNICAS QUE PUEDEN CAMBIAR LA CONSULTA



La sesión clínica «Migraña y otras cefaleas» ofrece una revisión práctica del diagnóstico, el tratamiento y los criterios de derivación desde Atención Primaria. La anamnesis, las banderas rojas, la prevención de la cronificación y la coordinación con Neurología articulan una formación que ya puede consultarse en la plataforma.

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta neurológica más frecuentes en Atención Primaria. Aunque la mayoría de los pacientes presenta una cefalea primaria, cada consulta exige distinguir entre el dolor que constituye la propia enfermedad y aquel que puede ser la manifestación de otro proceso.

Esta distinción recorre la sesión clínica **«Migraña y otras cefaleas»**, perteneciente al Aula de Actualización Clínica SEMERGEN-FIDYS. La formación reúne la perspectiva de la medicina de familia y la neurología para responder a las dudas que aparecen con mayor frecuencia en la práctica asistencial.

La Dra. Inés Rivera Panizo, médica de familia del Centro de Salud Los Gladiolos y miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN, conversa con el Dr. Alberto Lozano Ros, neurólogo y coordinador de la Unidad de Cefaleas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Durante algo más de una hora, ambos especialistas revisan el diagnóstico, el tratamiento sintomático y preventivo, los criterios de derivación y la aplicación de estas decisiones a dos casos clínicos.



> ***El diagnóstico es clínico y la anamnesis es soberana.***
> Dra. Inés Rivera Panizo, médica de familia y miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN

Una consulta frecuente que exige una evaluación rigurosa

Casi el 90 % de la población experimentará algún episodio de cefalea a lo largo de su vida. La mayoría de las consultas corresponderá a cefaleas primarias, principalmente migraña y cefalea tensional, pero una proporción menor puede estar relacionada con una patología subyacente que requiera una actuación urgente.

La sesión explica cómo reducir esa incertidumbre mediante una anamnesis dirigida y una exploración física y neurológica adecuada. El objetivo consiste en identificar el patrón del dolor, conocer su evolución, valorar los síntomas acompañantes y determinar si se han producido cambios respecto a episodios anteriores.

Los ponentes insisten en que **una historia clínica bien construida permite diagnosticar la migraña y muchas otras cefaleas primarias sin recurrir sistemáticamente a pruebas complementarias**. La neuroimagen debe responder a una sospecha clínica y no convertirse en una actuación automática ante cualquier dolor de cabeza.

Casi el 90 %

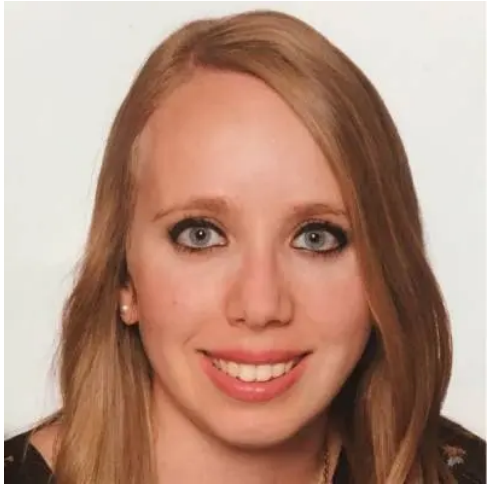
Población afectada
Experimentará algún episodio de cefalea a lo largo de su vida.

25 %

Necesidad preventiva
Proporción aproximada de pacientes con migraña que necesita tratamiento preventivo en España.

Solo el 5 %

Prevención adecuada
Proporción aproximada que recibe un tratamiento preventivo adecuado, según los datos expuestos durante la sesión.



Preguntar antes de solicitar pruebas

La anamnesis permite distinguir entre una cefalea primaria y un dolor que puede ser síntoma de otra enfermedad. Para ello resulta fundamental preguntar por la forma de inicio, la evolución, la frecuencia, los síntomas acompañantes, el consumo de medicación y los cambios respecto al patrón habitual.

La exploración neurológica completa esta valoración y ayuda a decidir cuándo el paciente necesita pruebas complementarias, una derivación preferente o atención urgente.

Las banderas rojas que cambian la decisión

La formación dedica especial atención a las señales que deben hacer sospechar una cefalea secundaria. El acrónimo SNNOOP10 reúne situaciones clínicas que obligan a ampliar el estudio o acelerar la derivación.

Entre ellas se encuentran la cefalea de inicio súbito, la aparición de signos neurológicos focales, la alteración del nivel de consciencia, la presencia de fiebre o signos meníngeos, determinados antecedentes sistémicos y los cambios relevantes en un dolor conocido.

También deben valorarse con especial atención las cefaleas de nueva aparición, las que aumentan progresivamente de intensidad o frecuencia y aquellas que presentan características diferentes a las habituales del paciente.

Reconocer estas señales permite **derivar con rapidez los casos potencialmente graves y evitar pruebas innecesarias cuando la historia clínica y la exploración resultan compatibles con una cefalea primaria**.

Diagnosticar con criterio

Utilizar la anamnesis y la exploración para reconocer la migraña e identificar las banderas rojas.

Tratar desde el inicio

Optimizar el tratamiento de cada crisis y valorar pronto la necesidad de prevención.

Coordinar la asistencia

Diferenciar qué casos puede seguir Atención Primaria y cuáles necesitan Urgencias o Neurología.

Tratar la crisis de forma precoz y suficiente

Otro de los bloques centrales se ocupa del tratamiento sintomático. Los especialistas explican que la elección depende de la intensidad de la crisis, de la respuesta previa, de las comorbilidades y de las contraindicaciones de cada paciente.

En las crisis leves o moderadas pueden utilizarse analgésicos o antiinflamatorios adecuados. Cuando la crisis resulta intensa desde el inicio o la respuesta es insuficiente, los triptanes adquieren un papel principal.

La sesión insiste en la importancia de administrarlos **al comienzo del dolor**, cuando ofrecen una mayor posibilidad de controlar el episodio. También aborda las diferencias entre los distintos triptanes y cómo su velocidad de acción o duración pueden ayudar a seleccionar la opción más adecuada.

Uno de los mensajes más aplicables a la consulta se refiere a la evaluación de la respuesta. El fracaso de un triptán en una única crisis no permite concluir que el medicamento sea ineficaz. Debe probarse correctamente en varios episodios y, si la respuesta continúa siendo insuficiente, puede valorarse otro fármaco del mismo grupo.

> ***Para considerar que un triptán es ineficaz, al menos hay que tomarlo tres veces. La falta de eficacia o tolerancia a uno no predice la respuesta al resto.***
>
> **Dr. Alberto Lozano Ros, coordinador de la Unidad de Cefaleas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón**

La formación también revisa el lugar de nuevas opciones para el tratamiento de las crisis, como lasmiditán y rimegepant. Estas alternativas pueden resultar de interés en determinados pacientes que no responden a los triptanes, presentan intolerancia o tienen contraindicaciones cardiovasculares.

Los ponentes advierten, además, sobre el uso excesivo de medicación aguda. El consumo frecuente de analgésicos, antiinflamatorios o triptanes puede favorecer una cefalea por sobreuso y contribuir a la cronificación.

Registrar cuántos días se utiliza medicación resulta tan importante como contabilizar los propios días de dolor.

Actuar antes de la cronificación

Una frecuencia basal elevada, el uso excesivo de medicación, la ansiedad, la depresión, la obesidad y el estrés pueden favorecer la progresión de la migraña.

La sesión destaca la conveniencia de iniciar la prevención cuando esté indicada, antes de que se consoliden la sensibilización central y otros mecanismos que dificultan la respuesta terapéutica.

El tratamiento preventivo no depende únicamente del número de crisis

La sesión dedica una parte especialmente relevante a determinar cuándo debe iniciarse un tratamiento preventivo. Las guías lo recomiendan habitualmente cuando el paciente presenta más de cuatro días de cefalea al mes, pero la decisión no debe depender únicamente de esa cifra.

También puede estar indicado con menos días si las crisis resultan muy invalidantes, interfieren de forma significativa en la vida personal o laboral, requieren medicación aguda con demasiada frecuencia o no responden de manera suficiente al tratamiento sintomático.

La pregunta principal es sencilla: **¿hasta qué punto la migraña está condicionando la vida del paciente?** Esta perspectiva permite valorar conjuntamente la frecuencia, la intensidad, la discapacidad y las necesidades individuales.

El objetivo del tratamiento preventivo no consiste necesariamente en eliminar todas las crisis. Busca reducir su frecuencia, intensidad y duración, mejorar la respuesta al tratamiento agudo, disminuir el consumo de analgésicos y recuperar calidad de vida.



Elegir el preventivo según el perfil del paciente

La elección debe individualizarse. En lugar de seleccionar el tratamiento de manera aislada, los ponentes proponen utilizar las comorbilidades para orientar la decisión.

Un paciente con trastornos del sueño, ansiedad o determinados cuadros de dolor puede beneficiarse de una alternativa diferente a la que se elegiría para una persona con hipertensión, obesidad u otras enfermedades concomitantes. Esta valoración también debe tener en cuenta las contraindicaciones y los posibles efectos adversos.

El diario de cefaleas ayuda a comprobar la eficacia. La sesión considera clínicamente significativa una reducción de, al menos, el 50 % de los días de migraña en la forma

episódica y del 30 % en la migraña crónica, tras un periodo adecuado de tratamiento.

La percepción del paciente, su recuperación funcional y la disminución del consumo de medicación también forman parte de la evaluación. Los especialistas recuerdan que retirar el tratamiento demasiado pronto puede impedir una respuesta estable.

Derivar cuando la complejidad lo exige

La coordinación entre Atención Primaria y Neurología ocupa otro de los grandes bloques de la formación. La cefalea de presentación súbita, la sospecha de una hemorragia subaracnoidea, los signos neurológicos focales, la alteración del nivel de consciencia o la sospecha de una cefalea secundaria grave requieren valoración urgente.

La derivación a una consulta de Neurología está indicada cuando existen dificultades diagnósticas, alteraciones en la exploración, auras atípicas o prolongadas, neuralgias, cefalea por sobreuso difícil de resolver o falta de respuesta a un tratamiento preventivo correctamente planteado.

Los especialistas también destacan la importancia de la contraderivación. Cuando el diagnóstico está establecido y el paciente permanece estable con una pauta clara, Atención Primaria puede continuar el seguimiento.

Un informe que detalle el tratamiento, su duración, la posible retirada y las condiciones para reiniciarlo facilita esta continuidad asistencial.

Dos casos para trasladar la evidencia a la consulta

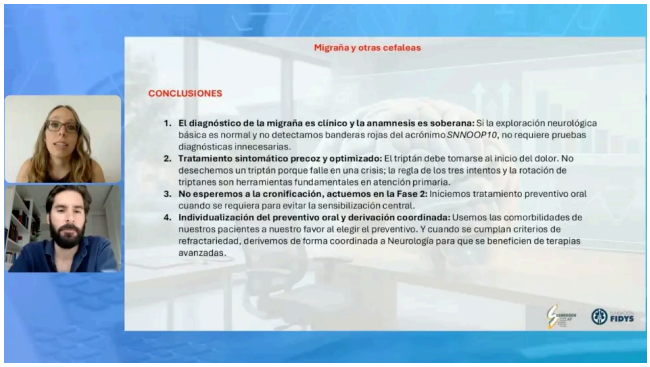
La parte final aplica los contenidos a dos situaciones habituales. El primer caso presenta a una mujer de 38 años con migraña desde la adolescencia, componente menstrual, aura visual, ocho días de migraña al mes y consumo frecuente de ibuprofeno.

Los ponentes plantean la optimización del tratamiento agudo mediante un triptán y el inicio de prevención, seleccionando la alternativa según el estrés, la ansiedad y las alteraciones del sueño de la paciente.

El segundo caso aborda una migraña crónica en una mujer de 57 años con hipertensión, diabetes, obesidad, depresión, fibromialgia y uso excesivo de sumatriptán y naproxeno.

La discusión integra la educación sobre el sobreuso, la elección de un preventivo adaptado a sus comorbilidades y la derivación preferente a Neurología.

Estos casos convierten las recomendaciones generales en decisiones concretas y muestran cómo la frecuencia del dolor, la discapacidad, los tratamientos previos y el contexto clínico modifican el abordaje.



Cuatro ideas para llevar a la consulta

La sesión termina condensando sus contenidos en cuatro decisiones aplicables a la práctica asistencial.

La primera consiste en reconocer que **el diagnóstico de la migraña es clínico**. Cuando la exploración neurológica es normal y no existen banderas rojas, no resulta necesario solicitar pruebas diagnósticas de manera sistemática.

La segunda es optimizar precozmente el tratamiento de las crisis. Los triptanes deben utilizarse al inicio del dolor, probarse correctamente y sustituirse por otro fármaco del mismo grupo cuando la respuesta continúe siendo insuficiente.

La tercera es actuar antes de la cronificación. Iniciar un tratamiento preventivo cuando esté indicado puede reducir los días de migraña, la discapacidad y el consumo de medicación aguda.

La cuarta es individualizar la prevención y coordinar la derivación. Las comorbilidades ayudan a elegir el tratamiento, mientras que la falta de respuesta o la mayor complejidad clínica pueden requerir la participación de Neurología y el acceso a terapias avanzadas.

Una sesión para decidir mejor desde la primera consulta

Atención Primaria dispone de herramientas para diagnosticar y tratar una parte considerable de las cefaleas. Una anamnesis dirigida, una exploración adecuada y el reconocimiento de las señales de alarma permiten actuar con seguridad.

La formación también invita a optimizar el tratamiento de las crisis, utilizar correctamente los triptanes, iniciar la prevención cuando esté indicada y evitar que la migraña avance hacia formas más frecuentes y difíciles de controlar.

Cuando el caso supera ese primer nivel de abordaje, la coordinación con Neurología permite acceder a estudios y tratamientos avanzados sin perder la continuidad asistencial.

La sesión ya está disponible para los profesionales que quieran revisar estos criterios y trasladarlos a su práctica clínica.

Fuentes

El contenido de este reportaje procede de la sesión clínica «Migraña y otras cefaleas», impartida por la Dra. Inés Rivera Panizo y el Dr. Alberto Lozano Ros dentro del Aula de Actualización Clínica SEMERGEN-FIDYS.

La documentación científica presentada incluye el *Manual de práctica clínica en cefaleas* de la Sociedad Española de Neurología; el *Libro Blanco de la Migraña en España*; el estudio OVERCOME España, y publicaciones sobre la carga de la migraña, sus factores de cronificación y el tratamiento sintomático y preventivo.

Sesión ya disponible

Accede a «Migraña y otras cefaleas» y revisa, a través de casos clínicos, las decisiones que ayudan a mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la derivación desde Atención Primaria.

Inscribirme y acceder a la sesión



ÁLVARO ROMERO LERMA: INFECCIONES URINARIAS Y SEGURIDAD RENAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



Diagnosticar correctamente una infección urinaria y revisar la medicación son decisiones habituales que pueden evitar tratamientos innecesarios y proteger la función renal. El médico de familia Álvaro Romero Lerma aborda las dificultades de la consulta, el uso prudente de antibióticos y la prevención del daño renal en pacientes especialmente vulnerables.



El entrevistado

El **Dr. Álvaro Romero Lerma**, médico de familia y miembro del Grupo de Trabajo de Nefrourología de SEMERGEN, participa como docente en el curso **"Enfermedades renales y del tracto urinario: la visión del médico de Atención Primaria"**.

Sus contenidos se centran en las infecciones urinarias, las enfermedades tubulointersticiales y la nefrotoxicidad asociada a medicamentos. También participa en el caso clínico integrador del curso.

Diagnosticar la infección y elegir las pruebas

Las infecciones urinarias son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. ¿Cuáles son las principales dificultades para diagnosticarlas correctamente y evitar tratamientos innecesarios?

Las principales dificultades se encuentran en distinguir infección sintomática de bacteriuria/piuria no infecciosas, la correcta interpretación del sedimento urinario en correlación con la clínica que presenta el paciente y no respetar el intervalo de **7–15 días** para confirmar remisión/resistencia de ITU tras finalización de antibiótico con realización posterior de cultivo de orina cuando persisten los síntomas.

¿Qué información clínica permite diferenciar una infección urinaria no complicada de otra situación que requiere un estudio más amplio, un tratamiento diferente o una derivación?

Se debe considerar cistitis no complicada cuando existen síntomas urinarios bajos (disuria/polaquiuria/urgencia ± dolor suprapúbico) sin signos sistémicos (fiebre, hipotensión y dolor en flanco); en un huésped sin embarazo ni factores anatómicos/funcionales o comorbilidades relevantes.

¿Cuándo resulta suficiente la valoración clínica y en qué pacientes está indicado solicitar un análisis de orina, un urocultivo u otras pruebas complementarias?

La valoración clínica es suficiente para tratar cistitis aguda no complicada en mujeres no embarazadas con disuria/urgencia/polaquiuria de inicio agudo y sin signos de afectación sistémica (sin fiebre, sin dolor en flanco, sin hipotensión) y sin factores de riesgo urológicos relevantes.

Se hace necesario solicitar un análisis de orina cuando el cuadro no es típico (síntomas urinarios mixtos o poco claros), en pacientes con alta prevalencia de bacteriuria o piuria asintomática, como en ancianos y en pacientes con enfermedad neurológica de base.

Es indicación de realizar urocultivo ante pacientes con sospecha de ITU con afectación sistémica, ITU recurrente, portadores de catéter, existencia de vejiga neurógena, en situaciones de embarazo o antes de procedimientos urológicos invasivos.

Es recomendable la solicitud de una ecografía y/o TC ante situaciones con inexistencia de mejoría o empeoramiento a las 72 horas, si existe sospecha de litiasis, obstrucción, absceso o foco alternativo; así como la realización de hemocultivo si existe ITU con síntomas sistémicos tras antibioterapia previa, catéter crónico o inmunocompromiso.

Debe tratarse la bacteriuria asintomática sólo en embarazo y ante procedimientos urológicos invasivos con manipulación del tracto urinario o rotura de mucosa, como una resección transuretral, por ejemplo.

Dr. Álvaro Romero Lerma, médico de familia

Señales de alarma y tratamientos innecesarios

¿Qué señales de alarma deberían hacer sospechar una pielonefritis, una obstrucción urinaria, una sepsis u otra complicación potencialmente grave?

Las señales son **fiebre o escalofríos, hipotensión, dolor en flanco y marcadores inflamatorios elevados sin otro foco**, especialmente si coexisten factores de alto riesgo (embarazo, diabetes, inmunosupresión, urolitiasis/obstrucción, trasplante renal o edad avanzada).

La bacteriuria asintomática puede conducir al uso innecesario de antibióticos. ¿En qué situaciones debe tratarse y qué consecuencias puede tener hacerlo cuando no está indicado?

Debe tratarse la bacteriuria asintomática sólo en embarazo y ante procedimientos urológicos invasivos con manipulación del tracto urinario o rotura de mucosa, como una resección transuretral, por ejemplo.

Cuando no está indicado, tratarlas no mejora los resultados clínicos en no gestantes, aumenta las resistencias con pérdida de opciones futuras, aumenta la probabilidad de sufrir eventos adversos de los antibióticos y la probabilidad de colonización por *Clostridium difficile* y puede aumentar el riesgo de ITU sintomática a corto plazo tras erradicarla.

Ante las infecciones urinarias recurrentes, ¿qué factores predisponentes deberían investigarse y qué medidas preventivas resultan más útiles?

Debe confirmarse el diagnóstico con **cultivos positivos asociados a síntomas**. Debe investigarse si existe un patrón temporal (relación clara con el coito o recidiva/recurrencia con el mismo uropatógeno), hipoestrogenismo por peri/posmenopausia o atrofia vaginal, situaciones de vaciado incompleto, uso de espermicidas, litiasis y recurrencias con *Proteus mirabilis*.

Un uso más prudente de los antibióticos

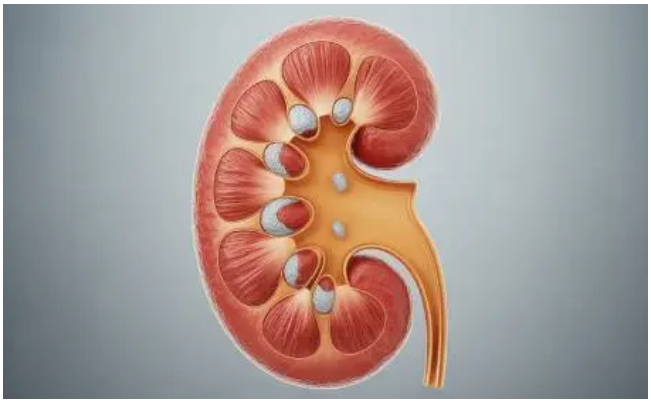
La resistencia a los antibióticos condiciona cada vez más la elección del tratamiento. ¿Cómo puede contribuir Atención Primaria a un uso más prudente de estos medicamentos sin comprometer la seguridad del paciente?

Mejorando la valoración clínica no tratando de forma rutinaria cuadros probablemente víricos y autolimitados, así como usar pruebas en el punto de atención únicamente

cuando la incertidumbre diagnóstica pueda cambiar la decisión.

Se deben explicar los riesgos de los antibióticos, explorar las expectativas del paciente y emplear decisiones compartidas. Utilizar la prescripción diferida especificando por escrito qué empeoramiento, en qué plazo y cómo debe activar el antibiótico o una nueva valoración.

También se debe elegir el **fármaco de espectro más estrecho, la dosis y la duración recomendadas por las guías locales**, verificando alergias, interacciones y función renal.



Sospechar el daño renal e identificar al paciente vulnerable

Las enfermedades tubulointersticiales pueden presentar manifestaciones poco específicas. ¿Qué antecedentes, síntomas o alteraciones analíticas deberían despertar la sospecha del médico de familia?

La sospecha debe surgir ante un **deterioro renal inexplicado**, especialmente si se acompaña de alteraciones tubulares en orina o electrolitos, exposición a fármacos potencialmente nefrotóxicos o datos de enfermedad sistémica aunque la ausencia de síntomas urinarios llamativos no la excluye.

Muchos pacientes atendidos en Atención Primaria presentan edad avanzada, enfermedad renal crónica, multimorbilidad y polimedicación. ¿Qué perfiles tienen mayor riesgo de sufrir nefrotoxicidad farmacológica?

Aquellos pacientes que presentan combinación de varios factores:

- Edad avanzada, frágiles y enfermedad renal crónica moderada-avanzada.
- Pacientes que presentan hipovolemia por vómitos, diarrea, sepsis, hipotensión, ayuno, descompensación de insuficiencia cardiaca, cirrosis o síndrome nefrótico reducen la perfusión renal y pueden convertir una exposición previamente tolerada en una lesión renal aguda.
- Pacientes con insuficiencia cardiaca, diabetes, enfermedad hepática, aterosclerosis, trasplante de órgano sólido y síndrome nefrótico que reducen la tolerancia renal a los fármacos.

> ***Se debería evitar la combinación triple whammy (AINE + IECA/ARA-II + diurético) y tener en cuenta que el riesgo aumenta en enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y en deshidratación.***
> Dr. Álvaro Romero Lerma, médico de familia

Medicamentos y vigilancia de la función renal

¿Qué medicamentos o combinaciones requieren una vigilancia especial y cómo debería controlarse la función renal cuando se inicia o modifica un tratamiento potencialmente nefrotóxico?

Se debería evitar la combinación **triple whammy (AINE + IECA/ARA-II + diurético)** y tener en cuenta que el riesgo aumenta en enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y en deshidratación.

Hay que vigilar también el uso de aminoglucósidos, vancomicina, polimixinas y anfotericina B, especialmente a dosis altas, durante tratamientos prolongados o combinados con otros nefrotóxicos. Requieren ajuste al filtrado glomerular, vigilancia estrecha de creatinina y, cuando proceda, monitorización.

Por otro lado, la combinación de litio, sobre todo con AINE, IECA/ARA-II, diuréticos, edad avanzada o deshidratación; debiendo controlarse tanto creatinina/filtrado glomerular como niveles de litio.

Tener en cuenta el uso de antagonistas mineralocorticoides, IECA/ARA-II y diuréticos, que pueden causar hiperpotasemia, hipovolemia o un descenso hemodinámico del filtrado glomerular estimado.

Por último, hay que revisar también el uso de inhibidores de la bomba de protones, bisfosfonatos, metotrexato, inhibidores de calcineurina, antivirales, quimioterápicos, preparados con fosfato y productos herbales.

Antes de iniciar o modificar: registrar creatinina, filtrado glomerular estimado, urea, sodio, potasio, bicarbonato y, según el medicamento, magnesio, análisis de orina y nivel plasmático; revisar volemia, presión arterial, peso, automedicación e interacciones.

Ante uso de IECA, ARA-II, antagonistas mineralocorticoides o diuréticos: repetir creatinina y potasio a las 2–4

anas; hacerlo aproximadamente en una semana si filtrado es bajo o existe hiperpotasemia previa. Un aumento persistente de creatinina superior al 30% exige investigar hipovolemia, AINE, interacciones, obstrucción o estenosis renal.

Litio: controlar creatinina/filtrado cada 3–6 meses y repetir niveles ante cambios de dosis, enfermedad aguda, diarrea, fiebre o deshidratación.

Ante oliguria, hiperpotasemia o deterioro renal: suspender los fármacos prescindibles, corregir la causa reversible y valorar derivación urgente a Nefrología.

Ante un deterioro inesperado de la función renal, ¿cómo puede determinarse si un medicamento está implicado y qué decisiones iniciales puede adoptar el médico de familia?

En primer lugar, hay que confirmar el deterioro comparando con la creatinina y el filtrado glomerular estimado basales, repetir parámetros como la creatinina, urea, sodio, potasio y bicarbonato, así como solicitar tira y sedimento urinario, cociente albúmina/creatinina o proteína/creatinina y cultivo si hay síntomas urinarios.

Posteriormente, habría que revisar toda la exposición a fármacos, cambios de dosis o incluso uso de fitoterapia o exposición a contraste, así como considerar combinaciones de riesgo como el uso de AINE + diurético + IECA/ARA-II.

En tercer lugar, actuar sobre aquellas causas que podemos modificar y en último lugar, derivar si no existe mejoría tras retirar el fármaco o no se encuentra la causa, así como solicitar valoración urgente si hay oliguria, hiperpotasemia, acidosis, sobrecarga pulmonar, síntomas urémicos, deterioro rápido, sedimento muy activo o sospecha de obstrucción.

El principal valor es que transforma problemas aparentemente separados en una única decisión clínica longitudinal, similar a la consulta diaria.

Dr. Álvaro Romero Lerma, sobre el caso clínico integrador

Conectar los problemas de un mismo paciente

Usted también participa en el caso clínico integrador del curso. ¿Qué aporta este formato para relacionar la infección, la función renal, la medicación y las comorbilidades de un mismo paciente de una manera cercana a la consulta real?

El principal valor es que transforma problemas aparentemente separados en una única decisión clínica longitudinal, similar a la consulta diaria.

Con el caso clínico integrador se establecen relaciones de todos los conceptos aprendidos evitando el enfoque por enfermedades aisladas, entrena decisiones prácticas, reproduce la incertidumbre ante la que nos enfrentamos en nuestra actividad e incorpora la perspectiva del paciente.

¿Qué decisiones clínicas pretende ayudar a resolver su participación en el curso "Enfermedades renales y del tracto urinario: la visión del médico de Atención Primaria" y cómo pueden las Bibliotecas Clínicas AP y el Aula SEMERGEN-FIDYS facilitar la consulta posterior ante infecciones urinarias o problemas relacionados con la medicación?

Pretendo ayudar a resolver decisiones frecuentes de la Atención Primaria: **identificar la gravedad, elegir tratamientos eficaces sin aumentar la toxicidad y las resistencias, así como proteger la función renal**.

Las Bibliotecas Clínicas AP y el Aula SEMERGEN-FIDYS pueden servir como consulta rápida para revisar las recomendaciones actualizadas o localizar algoritmos. También para consolidar el aprendizaje y actualizarse periódicamente.

Una revisión sencilla para prevenir el daño renal

¿Qué revisión sencilla de la medicación podría prevenir un mayor número de casos de daño renal en Atención Primaria?

La revisión con mayor rendimiento probablemente se base en tratar de detectar AINE y posibles combinaciones, comprobar el filtrado glomerular y retirar o ajustar lo prescindible.

Recursos relacionados

El curso “Enfermedades renales y del tracto urinario: la visión del médico de Atención Primaria” y los recursos de actualización clínica mencionados en la entrevista pueden consultarse a través del Aula SEMERGEN-FIDYS.

Consulta continuada

Explora los cursos, las sesiones clínicas y las Bibliotecas Clínicas AP del Aula SEMERGEN-FIDYS para continuar consultando y actualizando conocimientos desde Atención Primaria.

Explorar el Aula



ÁNGEL PUENTE: «LA SANIDAD NECESITA PLANIFICACIÓN A DIEZ O QUINCE AÑOS»



El presidente del Círculo de la Sanidad, Ángel Puente Ortés, reclama un pacto que permita planificar el futuro del sistema más allá de cada legislatura. En esta entrevista aborda la financiación, los profesionales, la colaboración público-privada y el uso de los datos. También explica qué espera del III International Summit, que se celebró en Madrid los días 24 y 25 de septiembre.



Un lugar para tender puentes

Ángel Puente Ortés preside el **Círculo de la Sanidad**, una organización que reúne a responsables públicos, gestores, profesionales, empresas y expertos para debatir los desafíos del sistema sanitario. Defiende que ese diálogo debe producir propuestas evaluables y decisiones capaces de sostenerse en el tiempo.

El Círculo de la Sanidad nació para acercar el mundo empresarial al ámbito sanitario.

¿Cómo ha evolucionado esta misión y qué papel desempeña actualmente la organización?

La esencia sigue siendo la misma, aunque el Círculo ha evolucionado mucho. Nacimos convencidos de que las empresas que trabajan para la sanidad no pueden estar al margen de las decisiones y de los grandes debates del sistema sanitario. Forman parte de él y aportan conocimiento, innovación, tecnología, capacidad de gestión e inversión.

Con los años hemos ampliado esa visión. Hoy queremos ser, sobre todo, un espacio de encuentro. Sentamos en la misma mesa a responsables de las administraciones, gestores sanitarios, profesionales, empresas, investigadores y expertos para hablar con libertad de los problemas reales del sistema y buscar soluciones.

Además, hay algo que siempre me gusta destacar: somos una asociación de personas, no una patronal. Eso nos da independencia y libertad para decir lo que pensamos, también cuando resulta incómodo.

El sector sanitario cuenta con numerosos foros y asociaciones.

¿Qué espacio propio pretende ocupar el Círculo de la Sanidad?

No queremos competir con nadie. Queremos aportar un espacio diferente, transversal e independiente.

En sanidad existen magníficas organizaciones profesionales, científicas, empresariales y de pacientes. Nosotros intentamos conectar esos mundos. El gran problema de la sanidad es que durante demasiado tiempo hemos trabajado en compartimentos estancos.

Nuestro papel consiste en tender puentes. De hecho, creo que esa es probablemente la mejor definición del Círculo: crear lugares donde personas con responsabilidades y perspectivas diferentes puedan hablar de financiación, gestión, profesionales, tecnología o colaboración público-privada sin convertir cada cuestión en un debate ideológico.

Una de sus principales actividades consiste en reunir a responsables públicos, gestores y empresas.

¿Cómo se consigue que estos encuentros generen propuestas aplicables y no se queden únicamente en el debate?

Ese es precisamente uno de nuestros retos. Reunirse y debatir está bien, pero no es suficiente.

Por eso estamos evolucionando hacia un modelo en el que los encuentros generen conclusiones, documentos y propuestas concretas que puedan trasladarse a las administraciones y a quienes tienen capacidad de decisión.

El Círculo tiene que servir para escuchar, pero también para proponer. Y debemos hacerlo desde la experiencia de quienes gestionan hospitales, empresas, servicios sanitarios o equipos profesionales todos los días.

> ***Nuestro papel consiste en tender puentes.***
>
> Ángel Puente Ortés, presidente del Círculo de la Sanidad

Un sistema sólido con problemas aplazados

Si tuviera que realizar hoy un diagnóstico del Sistema Nacional de Salud ¿cuáles serían sus principales fortalezas y cuáles sus problemas más urgentes?

Tenemos un magnífico sistema sanitario y extraordinarios profesionales. Es importante empezar reconociéndolo. España dispone de una sanidad universal, de grandes hospitales, de excelentes profesionales y de una capacidad asistencial que hemos demostrado incluso en circunstancias tan difíciles como la pandemia.

Pero tenemos problemas estructurales que llevamos demasiados años aplazando: listas de espera, falta de profesionales en determinadas especialidades y territorios, dificultades en Atención Primaria, envejecimiento de la población, incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos, renovación de equipamiento, fragmentación de la información y un crecimiento constante de las necesidades asistenciales.

Y todo ello tiene que abordarse partiendo de una realidad muy sencilla: los recursos son finitos. La sanidad no es gratis. La pagamos entre todos mediante nuestros impuestos y tenemos la obligación de gestionar esos recursos de la manera más eficiente posible.

Se habla desde hace años de la necesidad de reformar el sistema sanitario.

¿Por qué resulta tan difícil adoptar decisiones estructurales?

Porque muchas de las decisiones necesarias no producen resultados en cuatro años y algunas, además, tienen un coste político.

Hace décadas que diferentes informes vienen señalando problemas muy similares y seguimos hablando de ellos. Cambian los gobiernos, pero muchos de los problemas permanecen.

Por eso llevo años defendiendo que la sanidad debe salir de la confrontación política. Necesitamos pensar qué sist-

ema queremos dentro de diez o veinte años y tomar decisiones aunque sus resultados los recoja otro gobierno.

El Círculo defiende un Pacto de Estado por la Sanidad.

¿Qué contenidos mínimos debería incluir para que tuviera una utilidad real y pudiera mantenerse más allá de una legislatura?

Lo primero sería alcanzar un acuerdo sobre el modelo sanitario que queremos preservar. A partir de ahí, establecer compromisos a largo plazo sobre financiación, recursos humanos, Atención Primaria, transformación digital, política farmacéutica, investigación, tecnología sanitaria, contratación pública y colaboración público-privada.

También necesitamos mecanismos de evaluación. No basta con anunciar reformas: hay que medir sus resultados.

Y, sobre todo, el pacto debe tener vocación de permanencia. No podemos cambiar la dirección del sistema cada cuatro años. **La sanidad necesita planificación a diez o quince años.**

Financiación, coordinación y listas de espera

¿Necesita el sistema sanitario más financiación o, además de aumentar los recursos, debemos revisar profundamente cómo se organizan y utilizan?

Probablemente necesita ambas cosas, pero sería un error pensar que todos los problemas se solucionan exclusivamente poniendo más dinero.

Podemos incrementar los presupuestos indefinidamente y seguir teniendo listas de espera si no modificamos determinados procesos.

Tenemos que preguntarnos dónde aporta más valor cada recurso, qué actividades pueden realizarse de otra manera, cómo utilizamos la tecnología, cómo organizamos a los profesionales y cómo aprovechamos toda la capacidad sanitaria disponible, pública y privada.

La pregunta no debería ser únicamente cuánto gastamos, sino qué resultados obtenemos con lo que gastamos.

Las comunidades autónomas gestionan los servicios sanitarios, pero muchos problemas requieren respuestas nacionales.

¿Cómo debería mejorarse la gobernanza y la coordinación territorial?

El modelo autonómico permite adaptar la gestión a las características de cada territorio y eso tiene ventajas. Pero hay ámbitos en los que necesitamos mucha más coordinación.

Los datos sanitarios son un ejemplo clarísimo. Un paciente no debería tener diecisiete historias diferentes dependiendo de dónde sea atendido.

Lo mismo ocurre con la planificación de profesionales, determinadas compras estratégicas, la interoperabilidad tecnológica o la respuesta ante emergencias sanitarias.

Necesitamos mantener la capacidad de gestión autonómica, pero reforzar los mecanismos que hacen que el Sistema Nacional de Salud funcione realmente como un sistema.

Las listas de espera constituyen una de las principales preocupaciones de los ciudadanos.

¿Qué cambios permitirían reducirlas de forma sostenida?

Lo primero es utilizar todos los recursos disponibles.

Siempre he defendido que determinados procedimientos o pruebas pueden realizarse mediante conciertos cuando exista capacidad disponible en el sector privado y resulte eficiente hacerlo. Eso permite que los grandes hospitales públicos concentren recursos en procedimientos complejos para los que cuentan con una infraestructura extraordinaria.

Pero las listas de espera no se solucionan exclusivamente derivando actividad. Hay que revisar procesos, agendas, circuitos asistenciales, capacidad diagnóstica, continuidad entre Primaria y especializada y utilización de tecnología.

Tenemos que analizar el recorrido completo del paciente.

> ***La pregunta no debería ser únicamente cuánto gastamos, sino qué resultados obtenemos con lo que gastamos.***
> Ángel Puente Ortés, presidente del Círculo de la Sanidad

Más capacidad para Atención Primaria y para los profesionales

¿Ha recibido la Atención Primaria suficiente prioridad política y presupuestaria o continúa asumiendo responsabilidades que no se corresponden con sus recursos?

La Atención Primaria necesita una reflexión profunda. Es la puerta de entrada al sistema y debería tener una enorme capacidad resolutiva, pero durante años le hemos ido

incorporando responsabilidades sin transformar suficientemente su organización.

No se trata únicamente de incorporar más médicos. Tenemos que revisar funciones, potenciar enfermería, incorporar tecnología, mejorar la coordinación sociosanitaria y descargar a los profesionales de tareas administrativas que no aportan valor clínico.

Un médico debe dedicar el mayor tiempo posible a hacer de médico.

Ha advertido del riesgo de que España se convierta en una "fábrica de médicos" para otros países europeos.

¿Qué está empujando a tantos profesionales a trabajar fuera y cómo podemos retenerlos?

España forma extraordinariamente bien a sus profesionales. El problema es que después otros países les ofrecen mejores condiciones económicas, profesionales y, en ocasiones, mayor estabilidad.

Formar un médico supone un enorme esfuerzo para la sociedad. No tiene sentido invertir durante años en su formación para que, cuando está preparado para aportar al sistema, tenga que buscar oportunidades fuera.

Tenemos que mejorar las condiciones laborales, la estabilidad, el desarrollo profesional y la capacidad de conciliar. No podemos hablar continuamente de falta de médicos mientras permitimos que profesionales formados aquí se marchen.

¿Qué reformas necesita el marco laboral de los profesionales sanitarios para responder a las nuevas necesidades asistenciales?

Necesitamos un marco mucho más flexible y adaptado a la realidad actual.

La sanidad de hoy no tiene nada que ver con la de hace treinta años. Tenemos una población más envejecida, pacientes crónicos, nuevas profesiones, nuevas tecnologías y una medicina cada vez más personalizada.

Debemos revisar funciones profesionales, movilidad, incentivos, desarrollo de carrera y nuevas formas de organización del trabajo.

Y cualquier reforma debe hacerse escuchando a los profesionales. Es imposible transformar la sanidad contra quienes tienen que hacer funcionar esa transformación.

Los gerentes sanitarios suelen reclamar mayor autonomía.

¿Es posible exigirles resultados si no disponen de verdadera capacidad para organizar sus recursos?

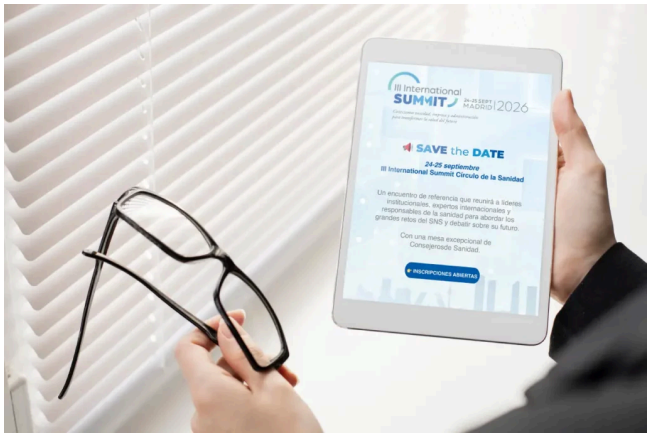
Es muy difícil.

No podemos pedir a un gerente que responda por unos resultados si no dispone de herramientas suficientes para gestionar personas, presupuesto, compras u organización.

Necesitamos avanzar hacia una gestión sanitaria más profesionalizada, con objetivos claros, indicadores transparentes y rendición de cuentas. Pero autonomía y responsabilidad deben ir juntas.

Si damos capacidad de gestión, podemos exigir resultados. Si limitamos enormemente esa capacidad, resulta mucho más difícil responsabilizar al gestor de esos resultados.

> ***Un médico debe dedicar el mayor tiempo posible a hacer de médico.***
> Ángel Puente Ortés, presidente del Círculo de la Sanidad



Colaboración público privada sometida a evaluación

Usted defiende que la colaboración público-privada resulta imprescindible para la sostenibilidad del sistema.

¿Qué aporta cada parte y qué límites deberían establecerse?

Mi posición en este asunto es conocida desde hace muchos años. Creo profundamente en la sanidad pública, universal y de calidad, y precisamente por eso considero imprescindible aprovechar todos los recursos disponibles.

La Administración garantiza el derecho, planifica, regula, financia y controla. El sector privado puede aportar capacidad asistencial, inversión, tecnología, innovación, flexibilidad y conocimiento especializado.

No debemos discutir permanentemente sobre quién presta el servicio, sino sobre qué calidad recibe el paciente, cuánto cuesta y qué resultados obtenemos.

Los límites deben ser muy claros: transparencia, control público, calidad asistencial, evaluación permanente y defensa del interés del paciente.

Esta colaboración continúa generando un debate muy ideológico.

¿Qué indicadores deberían utilizarse para evaluar sus resultados con mayor objetividad y transparencia?

Resultados en salud, calidad, seguridad del paciente, tiempos de espera, satisfacción, coste total del proceso, accesibilidad y cumplimiento de los objetivos establecidos.

Si tenemos esos datos podemos comparar modelos.

Lo que no podemos hacer es decidir previamente que un modelo es bueno o malo simplemente porque la gestión sea pública o privada. Evaluemos los resultados y, a partir de ahí, tomemos decisiones.

Necesitamos menos ideología y muchos más datos.

Los modelos concesionales han ofrecido experiencias y resultados diferentes.

¿Qué distingue un modelo bien diseñado de otro que puede generar ineficiencias o desconfianza?

El diseño del contrato, los indicadores, la distribución de riesgos, los mecanismos de control y la transparencia.

No existe un único modelo de colaboración público-privada. Hay modelos bien diseñados y otros que pueden estar mal diseñados, igual que ocurre con cualquier fórmula de gestión.

Lo importante es definir claramente qué queremos conseguir, cómo vamos a medirlo, quién asume cada riesgo y qué ocurre cuando no se cumplen los objetivos.

La colaboración público-privada no puede significar ausencia de control. Precisamente necesita una Administración fuerte que planifique, supervise y evalúe.

Datos, inteligencia artificial y compra pública

La inteligencia artificial promete mejorar el diagnóstico y reducir tareas administrativas.

¿Está preparada la sanidad española para incorporarla de forma segura y útil?

Tenemos capacidad profesional y tecnológica para hacerlo, pero debemos resolver antes algunas cuestiones fundamentales.

La inteligencia artificial necesita datos de calidad, interoperabilidad y reglas claras. No podemos tener herramientas extraordinariamente avanzadas trabajando sobre información fragmentada.

Su potencial es enorme: apoyo al diagnóstico, predicción, investigación, personalización de tratamientos y automatización de tareas administrativas.

Pero para mí hay una idea fundamental: la inteligencia artificial debe ayudar al profesional, no sustituirlo. Si conseguimos que un médico dedique menos tiempo a burocracia y más tiempo al paciente, ya habremos conseguido una transformación importantísima.

¿Quién debería asumir la responsabilidad sobre las decisiones apoyadas por inteligencia artificial y cómo tendría que organizarse su gobernanza?

La responsabilidad clínica debe seguir estando claramente definida y la tecnología debe ser una herramienta de apoyo a la decisión.

Necesitamos sistemas auditables, trazabilidad, evaluación de algoritmos, seguridad, protección de datos y supervisión humana.

Y necesitamos gobernanza. No podemos permitir que cada hospital o cada comunidad avance aisladamente sin estándares comunes.

La IA sanitaria debería desarrollarse dentro de una estrategia nacional coordinada y alimentarse, con todas las garantías necesarias, del conocimiento generado por el conjunto del sistema.

El Espacio Europeo de Datos Sanitarios abre nuevas posibilidades para la asistencia y la investigación.

¿Cómo podemos aprovecharlas garantizando la privacidad y la confianza de los ciudadanos?

Llevo muchos años defendiendo una idea muy sencilla: la historia clínica es del paciente.

El ciudadano debería poder ser atendido en cualquier lugar y permitir que el profesional autorizado acceda a la información necesaria.

El Espacio Europeo de Datos Sanitarios supone una oportunidad extraordinaria para mejorar asistencia, investigación e innovación, pero únicamente funcionará si conseguimos la confianza del ciudadano.

Eso exige seguridad, trazabilidad, reglas claras sobre quién accede a los datos y para qué, y capacidad del ciudadano para conocer ese uso.

Protección y utilización responsable de los datos no son objetivos incompatibles.

La compra pública continúa valorando con frecuencia el precio inmediato por encima del valor y los resultados.

¿Qué cambios necesita la contratación sanitaria para favorecer la innovación y garantizar la sostenibilidad?

Tenemos que evolucionar desde comprar productos hacia comprar valor.

Elegir siempre el precio inicial más bajo puede terminar siendo extraordinariamente caro si genera más mantenimiento, más complicaciones, más estancias hospitalarias o peores resultados.

La contratación debería incorporar coste total, resultados clínicos, calidad, innovación, sostenibilidad, seguridad de suministro y servicio.

Además, debemos revisar mecanismos como la actualización de precios cuando se producen circunstancias económicas extraordinarias. Las empresas sanitarias necesitan estabilidad para invertir, innovar y garantizar el suministro.

Administración y empresas no son adversarios. Si queremos un sistema sanitario sostenible necesitamos proveedores sostenibles.

La inteligencia artificial debe ayudar al profesional, no sustituirlo.

Ángel Puente Ortés, presidente del Círculo de la Sanidad

El Summit como punto de partida

Los días 24 y 25 de septiembre se celebró en Madrid el III International Summit del Círculo de la Sanidad.

¿Por qué era necesaria esta nueva edición y qué la diferencia de las anteriores?

Porque los problemas que estamos analizando ya no pueden abordarse exclusivamente desde una perspectiva nacional.

Europa entera afronta envejecimiento, falta de profesionales, incremento de costes, incorporación de nuevas tecnologías y necesidad de transformar sus modelos asistenciales.

El Summit nos permite conocer qué están haciendo otros sistemas sanitarios, qué ha funcionado y qué errores podemos evitar.

Esta tercera edición pretende, además, avanzar todavía más desde el debate hacia las conclusiones y propuestas. Queremos que las personas que participen salgan con ideas concretas que puedan trasladarse a sus organizaciones.

El programa aborda colaboración público-privada, modelos concesionales, financiación, datos sanitarios, inteligencia artificial, investigación biomédica, compra pública, cadenas de suministro y rendición de cuentas.

¿Qué criterio se ha seguido para seleccionar estos temas y qué respuestas esperan encontrar?

Hay un hilo conductor muy claro: la sostenibilidad futura del sistema sanitario.

No podemos hablar de sostenibilidad sin hablar de financiación; ni de financiación sin hablar de eficiencia; ni de eficiencia sin hablar de profesionales, tecnología, datos, contratación o colaboración público-privada.

También hemos aprendido con la pandemia la importancia de las cadenas de suministro y de disponer de un tejido empresarial sanitario sólido.

No esperamos encontrar una solución mágica porque no existe. Queremos identificar experiencias que funcionan, generar propuestas y, sobre todo, superar debates que llevan demasiados años bloqueados.

FIDYS, como socio del Círculo de la Sanidad, contribuirá a difundir el encuentro y sus contenidos a través de Pulso Médico.

¿Qué importancia tiene que las reflexiones del Summit lleguen también a los profesionales sanitarios, los gestores y la sociedad?

Es fundamental.

Uno de los problemas de la sanidad es que muchos debates importantes se quedan dentro de círculos muy especializados. Y estamos hablando de decisiones que afectan a toda la sociedad.

Los profesionales deben conocer hacia dónde está evolucionando el sistema y participar en esa transformación. Los gestores necesitan compartir experiencias. Las empresas deben entender las necesidades reales de la Administración y de los profesionales. Y los ciudadanos también tienen derecho a conocer cuánto cuesta mantener un sistema sanitario de calidad y cuáles son sus desafíos.

Por eso agradecemos especialmente que socios como FIDYS ayuden a amplificar estas reflexiones. El Summit no debe terminar cuando cerramos las puertas de la sala.

Si al finalizar el Summit pudiera conseguir el compromiso de los participantes sobre una única reforma sanitaria.

¿Cuál elegiría?

Más que una reforma concreta, pediría un compromiso: alcanzar un verdadero Pacto de Estado por la Sanidad.

Porque a partir de ese acuerdo podremos abordar las demás reformas.

Necesitamos decidir entre todos qué sistema sanitario queremos dentro de quince o veinte años y comprometernos a preservarlo con independencia de quién gobierne.

Tenemos uno de los grandes activos de nuestro país: un Sistema Nacional de Salud universal y con magníficos profesionales. Pero conservarlo exige transformarlo.

Si conseguimos sacar la sanidad de la confrontación política, analizar los problemas con datos y tener la valentía de adoptar decisiones a largo plazo, habremos dado un paso enorme.

Al final, todo lo que hacemos —desde la financiación hasta la tecnología, desde la gestión hasta la colaboración público-privada— debe responder a una misma pregunta: ¿esto mejora la atención que recibe el paciente y contribuye a que podamos seguir prestándola dentro de diez, veinte o treinta años?

Ese debería ser nuestro punto de encuentro.

Tenemos uno de los grandes activos de nuestro país: un Sistema Nacional de Salud universal y con magníficos profesionales. Pero conservarlo exige transformarlo.

Ángel Puente Ortés, presidente del Círculo de la Sanidad

El III International Summit del Círculo de la Sanidad se celebró los días **24 y 25 de septiembre de 2026** en el Auditorio Rafael del Pino de Madrid. El artículo previo de Pulso Médico reúne el contexto y los principales asuntos del encuentro.

Debate sanitario

Consulta el programa del III International Summit y conoce las propuestas que se debatieron sobre el futuro del sistema sanitario.

Ver el programa

CUANDO ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL NO COMPARTEN EL MISMO RECORRIDO



Una derivación, un ingreso o un alta no deberían interrumpir la historia asistencial de una persona. Sin embargo, cuando Atención Primaria y hospital trabajan con información, tiempos y responsabilidades diferentes, el paciente puede quedar atrapado entre ambos niveles. Mejorar esa transición es una cuestión de organización, calidad y seguridad clínica.

La enfermedad no entiende de niveles asistenciales

El sistema sanitario se organiza en centros de salud, consultas hospitalarias, urgencias, unidades especializadas, hospitalización y atención domiciliaria. La vida del paciente, en cambio, no está dividida de esa manera.

Una persona con insuficiencia cardiaca puede ser atendida habitualmente por su médica de familia, ingresar por una descompensación, recibir cambios importantes en el tratamiento y regresar a casa con pruebas pendientes y nuevas necesidades de seguimiento. Para el sistema son episodios diferentes. Para ella constituyen una única historia.

La continuidad asistencial consiste precisamente en evitar que esa historia se fragmente cuando el paciente cambia de profesional, de servicio o de lugar de atención. No significa que una sola persona tenga que resolverlo todo, sino que quienes intervienen compartan la información necesaria, comprendan el plan y sepan quién debe asumir cada decisión.

España muestra resultados favorables en algunos aspectos. Según los resultados de la encuesta PaRIS de la OCDE, el 65 % de las personas con enfermedades crónicas considera que recibe una atención bien coordinada. Pero ese dato convive con consultas breves, multimorbilidad y una elevada presión asistencial, condiciones que dificultan una coordinación verdaderamente efectiva.

80 %

Con alguna enfermedad crónica
Entre los usuarios de Atención Primaria de 45 años o más incluidos en PaRIS.

50 %

Con multimorbilidad
Conviven con dos o más enfermedades crónicas.

4 %

Consultas de 15 minutos
Proporción de centros españoles que declara programar consultas de al menos esa duración.

Fuente: OCDE, resultados de PaRIS para España, 2025.

Dónde se rompe el recorrido

La falta de continuidad no suele tener una única causa. Puede aparecer en cualquier punto del proceso y acumularse a medida que el paciente atraviesa el sistema.

Una derivación puede llegar al hospital sin explicar con suficiente precisión la pregunta clínica que debe resolv-

erse. El especialista puede modificar el tratamiento sin que esa decisión sea conocida inmediatamente por Atención Primaria. Un informe de alta puede estar disponible, pero no aclarar quién debe revisar una analítica pendiente, durante cuánto tiempo se mantendrá una medicación o qué síntomas justificarían una valoración urgente.

También puede ocurrir que la información exista, pero no llegue a tiempo, resulte difícil de localizar o no se haya traducido en un plan comprensible para el paciente.

Las incidencias más frecuentes afectan a cuestiones muy concretas:

- El motivo y el objetivo de la derivación.
- Los cambios realizados en la medicación.
- Las pruebas solicitadas y los resultados pendientes.
- El seguimiento necesario después del alta.
- Los signos de alarma y la respuesta prevista.
- El profesional o servicio responsable de cada actuación.
- La información que recibe el paciente y su familia.

Cuando estos elementos no quedan claros, el paciente termina ejerciendo de mensajero entre profesionales. Lleva informes, intenta reconstruir indicaciones y explica con sus propias palabras por qué le han cambiado el tratamiento. Esta responsabilidad resulta especialmente difícil para las personas mayores, quienes viven solas o quienes presentan varias enfermedades, deterioro cognitivo o escasa alfabetización sanitaria.



El alta no es el final del episodio

El alta hospitalaria es uno de los momentos más delicados del recorrido. Marca la salida del hospital, pero no necesariamente la resolución del problema.

El paciente puede volver a casa más estable y, al mismo tiempo, necesitar ajustes terapéuticos, curas, rehabilitación, control de síntomas o una vigilancia estrecha. Es entonces cuando Atención Primaria debe integrar lo sucedido durante el ingreso con la historia previa, las demás enfermedades, el entorno familiar y la capacidad real de cumplir el nuevo plan.

Para hacerlo necesita algo más que un informe disponible en la historia clínica. Necesita conocer las decisiones relevantes, sus motivos y los asuntos que continúan abiertos.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035 identifica la historia clínica compartida, la interoperabilidad y los canales estandarizados de comunicación durante las transiciones asistenciales como elementos necesarios para ofrecer una atención continua y segura.

La tecnología puede facilitar esa comunicación, pero no sustituye la responsabilidad clínica. Compartir datos no garantiza por sí solo que alguien los interprete, los priorice y actúe sobre ellos.

La conciliación de la medicación como prueba decisiva

Un ingreso puede provocar la suspensión de un medicamento, la incorporación de otro o el cambio de una dosis. Al regresar al domicilio, el paciente puede conservar tratamientos anteriores, recibir nuevas prescripciones y mantener dudas sobre cuáles debe tomar.

Por eso, revisar la medicación después de una transición asistencial no es una tarea administrativa. Es una intervención clínica que exige comparar el tratamiento previo con el nuevo, identificar duplicidades, valorar interacciones y comprobar que el paciente entiende la pauta.

La Organización Mundial de la Salud considera la precisión de la medicación durante las transiciones asistenciales y la comunicación en los relevos entre profesionales cuestiones centrales de seguridad del paciente.

Lo que Atención Primaria necesita recibir

- El motivo del ingreso y los diagnósticos relevantes.
- Los cambios terapéuticos y su justificación.
- Las pruebas pendientes y quién debe revisarlas.
- El seguimiento recomendado y sus plazos.
- Los signos de alarma y el circuito de respuesta.
- Un canal para resolver dudas clínicas prioritarias.

Lo que el hospital necesita conocer

- La situación basal y la evolución previa.
- Las enfermedades y tratamientos concomitantes.
- La capacidad funcional, cognitiva y social.
- Los objetivos acordados con el paciente.
- Las dificultades de adherencia o de cuidados.
- Los recursos disponibles en el domicilio y la comunidad.

Coordinar no es enviar más información

La respuesta no consiste en producir informes cada vez más extensos. Un documento puede contener numerosos datos y, aun así, no responder a las preguntas que necesita resolver el siguiente profesional.

La información útil debe ser suficiente, priorizada y orientada a la acción. Debe permitir comprender qué ha sucedido, qué ha cambiado y qué debe ocurrir después.

Una continuidad efectiva se apoya en cinco condiciones:

- **Información clínica compartida.** Los profesionales deben acceder a los datos relevantes sin depender de documentos aportados por el paciente.
- **Responsabilidades definidas.** Cada prueba, tratamiento o seguimiento pendiente necesita un responsable reconocible.
- **Comunicación directa cuando sea necesaria.** Los pacientes complejos o las situaciones de riesgo no siempre pueden resolverse mediante un informe.
- **Tiempo adecuado.** La información debe llegar cuando todavía permite tomar decisiones, especialmente después de urgencias o de un alta hospitalaria.
- **Un plan comprensible para el paciente.** La persona debe saber qué ha cambiado, qué debe hacer, a quién puede dirigirse y cuáles son los signos de alarma.

El Ministerio de Sanidad sitúa la coordinación entre niveles y la protección de la continuidad después del alta entre los objetivos de la Atención Primaria que viene. El desafío no consiste solamente en diseñar nuevos circuitos, sino en conseguir que funcionen en la actividad cotidiana.



Atención Primaria como hilo conductor

La continuidad no depende exclusivamente de la comunicación entre instituciones. También necesita una relación profesional sostenida en el tiempo.

El equipo de Atención Primaria conoce la evolución anterior, el contexto familiar, las preferencias y la capacidad funcional del paciente. Esa perspectiva permite interpretar una decisión hospitalaria dentro de una historia mucho más amplia.

El Ministerio de Sanidad, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, ha destacado la longitudinalidad como una línea estratégica para reforzar la calidad, la eficiencia y la equidad. La continuidad relacional se asocia con menores hospitalizaciones evitables y mejores resultados de salud.

Este papel es especialmente relevante ante la multimorbilidad. Cuando cada especialista analiza una enfermedad de manera aislada, pueden aparecer recomendaciones difíciles de conciliar. Atención Primaria puede integrar esas indicaciones, establecer prioridades y adaptarlas a los objetivos de la persona.

Enfermería también desempeña una función esencial. El seguimiento de síntomas, las curas, la educación sanitaria, la adherencia, la detección de dificultades en el domicilio y la relación con las personas cuidadoras convierten a estos profesionales en una pieza decisiva de la continuidad.

Del circuito administrativo al recorrido compartido

Una derivación no debería ser el envío de un paciente a otro lugar. Debería ser una consulta entre profesionales alrededor de una necesidad concreta.

Del mismo modo, un alta no debería limitarse a cerrar un episodio hospitalario. Debe abrir una nueva etapa asistencial con objetivos, responsabilidades y tiempos claramente establecidos.

Existen herramientas capaces de facilitarlo: interconsultas entre profesionales, sesiones clínicas compartidas, enfermería de enlace, conciliación farmacológica, planificación del alta, alertas sobre pacientes vulnerables y sistemas interoperables. Su valor, sin embargo, depende de que formen parte de un modelo común y no de iniciativas aisladas.

También es necesario evaluar el resultado desde la perspectiva del paciente. No basta con comprobar si el informe fue enviado. Hay que saber si la persona entendió el plan, pudo acceder al seguimiento, recibió respuestas coherentes y evitó repetir innecesariamente su historia.

Conocimiento compartido para decisiones compartidas

La coordinación asistencial también necesita espacios en los que profesionales de diferentes ámbitos puedan analizar problemas comunes y convertir la experiencia en herramientas aplicables.

Las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria del Aula SEMERGEN-FIDYS organizan recursos alrededor de situaciones clínicas frecuentes y permiten relacionar enfermedades que habitualmente se presentan juntas. Casos como la insuficiencia cardiaca, la EPOC, la obesidad o el riesgo cardiometabólico muestran por qué las decisiones

no pueden construirse desde compartimentos independientes.

Esta misma necesidad de diálogo entre perspectivas forma parte de Sanidad en clave de futuro, una iniciativa de FIDYS orientada a analizar desafíos del sistema sanitario y transformar la conversación profesional en conocimiento útil.

La continuidad asistencial no se resolverá con una única plataforma, un protocolo o una reunión. Requiere una cultura compartida: entender que cada profesional interviene en una parte del proceso, pero que el paciente recorre una sola historia.

CONOCIMIENTO CONECTADO

Cuando la atención atraviesa distintos niveles, el conocimiento también debe hacerlo. Descubre recursos clínicos concebidos para integrar decisiones y acompañar mejor al paciente desde Atención Primaria.

Explorar las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria







FUNDACIÓN
FIDYS

Fundación Fidys es una entidad sin ánimo de lucro que promueve la formación, investigación y divulgación científica en el entorno médico, farmacéutico y sociosanitario