

Introducción

Miguel Ángel Ulecia Martínez^a y Juan José Gómez Doblas^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Virgen de la Victoria. Málaga. España.

«Si examinas a un hombre enfermo del cardias, con dolor en brazos, pecho y costados del corazón... amenaza la muerte.»

Papiro de Ebers, 1550 a.C.

Ante el aumento en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV), de sus costes, sus presión demográfica y la demanda asistencial de ciudadanos cada vez más informados de que el grado de su salud cardiovascular está ligado a la calidad que les proporcionamos, los cardiólogos del siglo XXI no deberemos conformarnos con diagnosticar y buscar las terapias más eficaces frente a las ECV, sino aceptar que nuestro reto debe ser más amplio e integrado en el sentido de evitarlas, llevando a cabo un análisis profundo de todos los determinantes de la salud cardiovascular: genética, medioambiente, estilos de vida y asistencia clínica cardiovascular continuada; y todo esto, además, sin permitir que el desbordante avance tecnológico nos haga dejar a un lado la buena práctica o quebrantar la sensibilidad de nuestro rigor científico.

El ritmo vertiginoso con el que avanza nuestra especialidad, que supera con creces la capacidad individual de absorber todas las novedades científicas, conlleva unos beneficios incalculables pero, al mismo tiempo, sus riesgos pueden crecer en idéntica proporción y, además, promover una excesiva especialización demasiado técnica en la que sólo seamos capaces de valorar una sola parcela de la ECV («el que sólo sabe de medicina, ni medicina sabe». J. Letamendi, médico catalán del XIX). Esto nos lleva a un escenario cuyo dinamismo organizativo lo marca el sistema sanitario amoldándolo a los requerimientos de la universalidad y globalización, en el cual los cardiólogos estamos medidos y valorados en cuanto a nuestra capacidad de respuesta y efectividad del acto médico (riesgos, costes, consecuencias de las intervenciones, información, etc.), situación que puede poner al cardiólogo en un equilibrio constante entre su conciencia en busca del

bien individual del paciente y sus deberes como ciudadano inmerso en la sociedad en la cual tiene que acatar sus leyes. Por lo tanto, el reto que tenemos ante nosotros deberá contemplar un cambio o transformación del modelo asistencial actual de la cardiología a otro donde, si bien el cardiólogo debe ser el eje dinamizador y coordinador en la aplicación de la medicina cardiovascular (liderar, guiar, proponer), se contemple un abordaje plenamente integral y continuista de las ECV en el que tengan cabida todos los profesionales que, de alguna manera, influyan en la historia natural de las ECV, incluidos la perspectiva del paciente y su entorno familiar.

En esta monografía de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, patrocinada por la Sección de Cardiología Clínica y Extrahospitalaria de la Sociedad Española de Cardiología, analizamos el panorama actual y futuro del desarrollo en los aspectos más interesantes que van a influir en la asistencia cardiovascular, al menos en el primer tercio del siglo XXI, como pueden ser los fundamentos teóricos y prácticos para el uso correcto de los datos contenidos en la historia clínica (consentimientos informados, derechos y deberes de los pacientes, voluntades anticipadas, utilización de bases de datos hospitalarias, etc.), aportar datos orientativos para los profesionales en el campo de la economía de la salud encaminados a hacer comprensible la importancia de un análisis de coste-efectividad, el desarrollo de estrategias de acercamiento, continuidad asistencial y cooperación entre los diferentes profesionales que atienden a pacientes con ECV, como la integración entre ámbitos asistenciales, cambios en los sistemas organizativos de asistencia ambulatoria cardiovascular donde todas las actuaciones son llevadas a cabo en una sola jornada, como las consultas de acto único, el impacto tecnológico que nos proporcionan los sistemas de informatización integrados para obtener datos clínicos directos y en tiempo real por procesos, y las vías clínicas como un sistema seguro de acceso a la información clínica, demográfica, estadística y administrativa que nos ofrece la historia clínica electrónica única, o el desarrollo y aplicación de conocimientos y herramientas de gestión en salud para mejorar su eficiencia, como pueden ser los planes de calidad total o la garantía de calidad asistencial en cardiología.

Correspondencia: Dr. M.A. Ulecia Martínez.
Avda. de Andalucía, 34, casa 27. 18014 Granada. España.
Correo electrónico: muleciam@hotmail.com