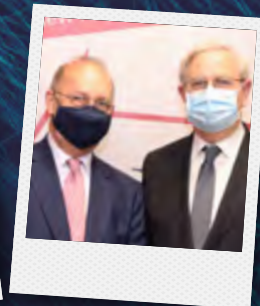
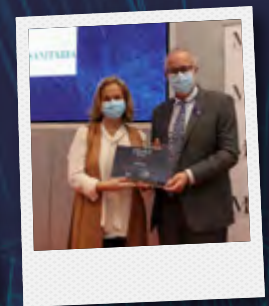




## CEREMONIA DE ENTREGA DE PREMIOS NEW MEDICAL ECONOMICS 2020



### El Paciente de Hoy:

La resiliencia de los pacientes

### Entrevista:

José F. Soto Bonel, Presidente de SEDISA  
(Sociedad Española de Directivos de la Salud)

# CONSEJO EDITORIAL

## **Abarca Cidón, Juan**

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

## **Aguilar Santamaría, Jesús**

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

## **Alfonsel Jaén, Margarita**

Secretaria General de FENIN

## **Arnés Corellano, Humberto**

Director General de Farmaindustria

## **Asín Llorca, Manuel**

Presidente de la Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología (ACD)

## **Avilés Muñoz, Mariano**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

## **Bando Casado, Honorio-Carlos**

Académico de varias Reales Academias de España y miembro de la Junta Directiva de la AEF

## **Campos Villarino, Luis**

Presidente de la Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

## **Carrero López, Miguel**

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

## **Castro Reino, Óscar**

Presidente del Consejo General de Dentistas

## **Cruz Martos, Encarnación**

Directora General de BIOSIM

## **De Lorenzo y Montero, Ricardo**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

## **De Rosa Torner, Alberto**

Consejero Delegado del Grupo Ribera Salud

## **Domínguez-Gil González, Beatriz**

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

## **Fernández-Pro Ledesma, Antonio**

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

## **Franco Fernández-Conde, Antonio**

CEO Luzán 5 Health Consulting

## **García Giménez, Víctor**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC)

## **Garrido López, Pilar**

Presidenta de la FACME

## **Gutiérrez Fuentes, José Antonio**

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

## **Iñiguez Romo, Andrés**

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

## **Jaén Olasolo, Pedro**

Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

## **Lorenzo Garmendia, Andoni**

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

## **Macaya Miguel, Carlos**

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

## **Martínez Solana, María Yolanda**

Profesora de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM

## **Millán Rusillo, Teresa**

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

## **Murillo Carrasco, Diego**

Presidente de la Fundación Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

## **Navarro Rubio, M<sup>a</sup> Dolores**

Directora de Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

## **Ondategui-Parra, Silvia**

Directora de la Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

## **Peña López, Carmen**

Immediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

## **Pérez Raya, Florentino**

Presidente del Consejo General de Enfermería

## **Pey Sanahuja, Jaume**

Director General de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)

## **Polanco Álvarez, Ana**

Presidenta de ASEBIO

## **Polo García, José**

Presidente de la SEMERGEN

## **Revilla Pedreira, Regina**

Directora Ejecutiva de Policy, Communication & Corporate Affairs de MSD

## **Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis**

Secretario General de la AESEG

## **Rodríguez García-Caro, José Isaías**

Consejero en LLORENTE&CUENCA

## **Rodríguez Somolinos, Germán**

Director de Seguimiento del CDTI

## **Romero Agüit, Serafín**

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

## **Ruiz i García, Boi**

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

## **Rus Palacios, Carlos**

Presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

## **Sánchez Chamorro, Emilia**

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

## **Sánchez Fierro, Julio**

Presidente del Consejo Asesor de Pacientes

## **Smith Aldecoa, Borja**

Director General de Bio Innova Consulting

## **Somoza Gimeno, Asunción**

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

## **Tranche Iparraguirre, Salvador**

Presidente de la SEMFYC

## **Truchado Velasco, Luis**

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

## **Vallès Navarro, Roser**

Ex Directora General de Ordenación y Regulación del CatSalut



## PRESIDENTE EJECUTIVO

José M<sup>a</sup> Martínez García

## REDACTORA JEFE

Carmen M<sup>a</sup> Tornero Fernández  
 redaccion@newmedicaleconomics.es  
 Teléfono: 606 16 26 72

## REDACCIÓN Y DISEÑO

Jesús González Bonilla  
 jesus@newmedicaleconomics.es  
 Teléfono: 629 940 354

## DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

## RELACIONES INSTITUCIONALES

Paloma Tamayo Prada  
 paloma@newmedicaleconomics.es  
 Teléfono: 630 127 443

## PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

## EDITA

HEALTH ECONOMICS, S.L.  
 ISSN: 2386-7434

# COLABORADORES EXPERTOS

## GESTIÓN SANITARIA

**Sofía Azcona Sanz,**  
 Directora de Marketing Corporativo y RRII en Cofares



**Javier Carnicero Giménez de Azcárate,**  
 Consultor de Sistemas y Servicios de Salud.



**Blanca Fernández-Lasquetty,**  
 Directora de EnferConsultly y Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).



**Carmen Ferrer Arnedo,**  
 Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid.



**Clara Grau Corral,**  
 Consultora en salud.



**Álvaro Lavandeira Hermoso,**  
 Abogado-Presidente del Instituto para la Investigación & Formación en Salud (IFSASALUD).



**Fernando Mugarza Borque,**  
 Director de Desarrollo Corporativo del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad).



**M<sup>a</sup> Carmen Ocaña García-Abadillo,**  
 Graduada en enfermería.



**Rita Rodríguez Fernández,**  
 Directora de Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica en el Hospital Centro Médico el Carmen (Ourense).



**Boi Ruiz i García,**  
 MD PhD. Profesor Asociado de la Universidad Internacional de Cataluña.



## EXPERIENCIA DEL PACIENTE

**José Luis Baquero Úbeda**  
 Director y Coordinador científico del Foro Español de Pacientes.



**Gabriel Heras La Calle**  
 Jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Intensiva del hospital Comarcal Santa Ana de Motril (Granada) Creador y Director del Proyecto HU-CI.



**Andoni Lorenzo Garmendia,**  
 Presidente de Foro Español de Pacientes.



**Mercedes Maderuelo Labrador,**  
 Gerente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).



**Carlos Mateos Cidoncha,**  
 Director de la Agencia de Comunicación COM Salud y Coordinador de #SaludsinBulos.



**M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio,**  
 Directora de Patient and Family Empowerment del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.



**Virginia Pérez Rejas,**  
 Coach personal y enfermera.



## INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

**Oscar Gil García,**  
 Head of Consulting & Service in Healthcare Spain & Portugal at IQVIA.



**Lorena Pérez Campillo,**  
 Doctora en Derecho. Investigadora Cátedra Genoma Humano UPV/EHU. Profesora Mentora ESADE. Abogada ICAM.



**Verónica Pilotti de Siracusa,**  
 Especialista clínico de ventas en Masímio.



## DERECHO

**Mariano Avilés Muñoz,**  
 Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF).



**Ofelia De Lorenzo Aparici,**  
 Directora área jurídico contencioso, Bufete De Lorenzo Abogados.



**Ricardo De Lorenzo y Montero,**  
 Bufete De Lorenzo Abogados. Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario.



**María Fernández de Sevilla,**  
 Letrada del despacho Fernández de Sevilla.



**Elisa Herrera Fernández,**  
 Abogada. Experta en transparencia y gestión. Directora de la Fundación Transparencia y Opinión.



**Julio Hierro Herrera,**  
 Responsable del área de Corporate Compliance de Advocentur Abogados.



**Carlos Lázaro Madrid,**  
 Estudiante de Derecho por la Universidad de Zaragoza.



**Julio Sánchez Fierro,**  
 Presidente del Consejo Asesor de Paciente.



## RRHH

**Corpus Gómez Calderón,**  
 Directora de recursos humanos, comunicación y RSC en Marinasalud. Denia (Alicante).



**Jaime Puente y C.,**  
 Socio Director de BÉsideU.





Every single  
day is about  
**Changing  
tomorrow.**

Estamos comprometidos en dar respuesta a las necesidades no satisfechas de los pacientes, a través de nuestra experiencia en oncología, urología y trasplante.

Mediante técnicas de investigación innovadoras avanzamos en otras áreas terapéuticas, incluyendo neurociencia, oftalmología, nefrología, salud de la mujer, inmunología y enfermedades musculares.

Nuestra responsabilidad es transformar la innovación científica en valor para nuestros pacientes.

Más información sobre nosotros en:  
[www.astellas.com/eu](http://www.astellas.com/eu)  
[www.astellas.com/es](http://www.astellas.com/es)

 **astellas**  
Changing tomorrow

**6** **El Paciente de Hoy**  
La resiliencia de los pacientes

**8** **El Termómetro**  
La calidad, un atributo indispensable

**11** **Gestión**  
Gobernanza y crisis del COVID-19

**14** **Enfermería**  
Nursing Now 2020: una experiencia para ganar en la visibilidad

**19** **En Profundidad**  
Rasgos de liderazgo en tiempos de pandemia  
Telemedicina: luces y sombras  
Intercambiabilidad y sustitución de biosimilares: no hacer de la excepción la norma  
Fronteras  
Diálogo sobre “Enfermedades Raras: pacientes, clínicos y Administración”

**31** **RRHH-Gestión de Personas**  
Con “T” de Tontos

**33** **Derecho Sanitario**  
Transparencia y coronavirus: dar validez a la transgresión de valores

**36** **Reflexiones saludables**  
Próxima parada, la vacuna

**38** **Entrevista**  
“En estos cuatro años podemos dar un impulso definitivo a la profesión”

**42** **En Portada**  
Ceremonia de entrega de Premios NME 2020

**53** **Las Noticias de la Quincena**

**60** **Nombramientos**

**61** **Economía**

**64** **Sanidad Autónoma**

**67** **Biblioteca**



## La resiliencia de los pacientes

Mª Dolores Navarro Rubio

**E**l término resiliencia, como es bien sabido, se refiere en las personas a la capacidad de adaptación ante un estado o situación adversa. Aunque se habla de resiliencia en la literatura científica desde hace medio siglo, ha sido en la última década cuando más se ha incrementado el estudio de este concepto. En los últimos tiempos, se ha utilizado en diferentes esferas de la sociedad, para hablar de cómo, tanto a nivel individual, como a nivel de diferentes colectivos o grupos de población, se hace frente a las crisis para seguir adelante.

Pero ¿qué caracteriza a la persona resiliente?, ¿cómo se produce esta adaptación del individuo ante las situaciones adversas que le ocurren? Al parecer, existen ciertos factores de riesgo biológicos, individuales, interpersonales o familiares y sociales que pueden influir en la capacidad del individuo a adaptarse ante una crisis.

Otra característica de la persona resiliente es la búsqueda activa de soluciones y el control emocional. Este control emocional se puede alcanzar al aprender a desarrollar pensamien-

tos alternativos positivos, focalizándose en los aspectos que se pueden cambiar y que comporten el aumento de la autoestima y control del miedo.

La resiliencia significa también ser flexible, evaluar de manera abierta las situaciones, aceptando lo ocurrido. Esto significa interpretar de manera positiva las adversidades, encontrando un significado y pensar en la posibilidad de nuevas oportunidades. Significa también reconocer que existen situaciones que no se pueden cambiar, con lo que es importante modificar las expectativas que se tenían sobre la situación en función de la realidad e intentando conocer lo que la hace estresante.

Como en los casos de crisis o adversidad, en general el ser humano también hace frente a la enfermedad y necesita de la resiliencia para adaptarse a la nueva situación, afrontar las consecuencias y efectos en su día a día y seguir adelante. Dicha resiliencia actúa en la persona como un factor de protección tanto en la salud mental como física.

La enfermedad crónica cambia la vida y los hábitos de la persona de manera persistente en el tiempo, sin que se visualice en principio una curación en el tiempo. Las personas enfermas que llevan conviviendo con su situación de una forma prolongada conocen bien lo que es la resiliencia, no porque todos los enfermos crónicos seamos resilientes, sino porque sabemos lo que cuesta alcanzar este estado.

Para favorecer y fortalecer la resiliencia de los pacientes es importante el papel que jue-





ga su entorno más inmediato, la familia y los amigos, así como el de su entorno social. De esta forma, la que podríamos denominar “red de contactos” de la persona, ejerce un papel primordial en la forma en que el paciente se enfrenta y supera la situación de crisis que le puede aportar su enfermedad.

En este sentido, el apoyo y la interacción social positiva promueven una buena resiliencia ante la adversidad. Junto con la autoestima, la sensación de eficacia y de autocontrol, caracterizan también a la persona resiliente.

Existen además otros procesos de protección en el paciente crónico como son; la trascendencia o la capacidad para sustituir una pérdida por una ganancia o situación positiva; el autoentendimiento, o el conocer nuevos aspectos en uno mismo y darles valor; y la acomodación, o el hecho de tomar decisiones para abandonar algo en la vida que ya no se tiene igual antes como, por ejemplo, la salud.

En general, se ha demostrado que todas estas características de la resiliencia están asociadas a un mayor bienestar de la persona y a una mejor calidad de vida. En la actualidad, las investigaciones sobre resiliencia se centran también en los factores protectores, moduladores y amortiguadores que favorecen dichos resultados positivos observados en la salud física y mental de las personas.

De la misma forma, los enfermos crónicos que cuentan con estas características, tanto individuales como las relacionadas con el apoyo social, se enfrentan de mejor forma a la adversidad que la enfermedad ocasiona en sus vidas.

Existen ya numerosos ejemplos en la literatura sobre cómo aumentar la resiliencia. El sentirse conectado con otras personas, buscar significado a cada día, aprender de la experiencia, conservar la esperanza, cuidar de uno mismo y ser proactivo, forman parte de un conjunto de actitudes y predisposición positiva para aprender a ser más resilientes.

Pero también es cierto que no todos los pacientes reaccionamos igual ante la adversidad y que este proceso de autoconfianza, flexibilidad, orientación al logro y perseverancia, no se da de inmediato. Existe también un aprendizaje. Todo diagnóstico de enfermedad conlleva un impacto físico y emocional en la persona y en sus familiares. Y es a partir de ese momento en el que se ha de poner en marcha el proceso de aprendizaje para ser resilientes. En función de cómo se haya desarrollado la vida de cada

“

Junto con la autoestima, la sensación de eficacia y de autocontrol, caracterizan también a la persona resiliente

”

persona, vamos a estar más o menos predisuestos a alcanzar esa resiliencia. Será más o menos fácil encontrarle sentido a la pérdida, ser fuertes, mantener la esperanza, soportar y mejorar las condiciones de vida actuales o buscar nuevos objetivos que alcanzar.

En un sentido idílico, aquellos que tengan un alto nivel de confianza en sí mismos, que sean constantes y que perseveren, y que se adapten a la situación intentando salir fortalecidos de la misma, serán las personas que obtendrán un mejor resultado.

Sin embargo, en la realidad, e independientemente de las características individuales de cada uno y de su esfuerzo personal, el apoyo del entorno es de nuevo imprescindible.

Los pacientes crónicos necesitan tejer esa red de contactos y conexiones con su mundo que les ayuden a ser resilientes. La relación con sus familiares y amigos, en su entorno más inmediato, fortalecerá al paciente en los momentos de desequilibrio ante la adaptación a su nueva realidad. El apoyo social proveniente de su entorno laboral o de grupos de la comunidad, le harán sentir que sigue formando parte de ella. Las ayudas y el apoyo por parte de las instituciones sanitarias y las administraciones le harán pensar que aún cuenta.

Porque lo importante realmente no es solo recuperarse y adaptarse a la nueva situación. Lo importante es afrontar la vida con las nuevas cartas que te han tocado en la partida.

Directora del Área de Participación y Capacitación del Paciente del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona  
mnavarrior@sjdhospitalbarcelona.org



# La calidad, un atributo indispensable

Fernando Mugarza Borque

**L**as cifras lo dicen todo, la espera a intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas siguen incrementándose en la sanidad pública por las circunstancias, este hecho expuesto por los datos oficiales tiene sin duda una traslación en términos de morbi-mortalidad y de insatisfacción e incertidumbre por parte de la sociedad en general y el paciente y su entorno en particular.

Vivimos un tiempo complejo en el que la urgencia y la gravedad de la pandemia hace imprescindible volcar todos los esfuerzos posibles en su control, atenuación y erradicación si es posible. De ahí el ímprobo denuedo que todos están haciendo para lograr ese objetivo, desde los sanitarios en todos sus perfiles y entornos de dedicación y trabajo pasando por los investigadores y por supuesto el resto de profesiones no sanitarias y la propia sociedad civil.

Un ejemplo de este esfuerzo titánico lo tenemos en la propia industria farmacéutica y tecnológica a la hora de poner a disposición de la sociedad soluciones que, en forma de vacuna, de tratamientos cada vez más específicos o de herramientas tecnológicas destinadas al diagnóstico y detección o incluso formando parte del propio tratamiento están poniendo a disposición de los centros asistenciales, de los ciudadanos y de los pacientes.

Vivimos tiempos difíciles y hemos pasado por momentos críticos en esta pandemia

en los que la presión asistencial ha sido y continúa siendo incesante con una necesidad evidente de sobreesfuerzo por parte de todos los profesionales sanitarios, exigiendo el máximo de todos.

Todos esperamos con ansiedad la tan esperada vacuna que nos devuelva a nuestro entorno de confort y tranquilidad, pero hemos de tener presente que hasta ahora la principal forma de prevención ha venido y viene de la mano de nuestra responsabilidad individual y de la entrega de todos y cada uno de los profesionales sanitarios que están dedicados por completo a los principios que un día abrazaron, cuidar y curar a sus semejantes en los momentos más difíciles que nos ofrece la vida, siempre ligados a la enfermedad y sus consecuencias.

Desde estas breves líneas y espacio quiero transmitir mi reconocimiento y admiración por todo el esfuerzo realizado y por desempeñar por parte de todos los profesionales sanitarios no solo frente a la COVID-19, sino también frente al resto de patologías que continúan incidiendo en la población. Su empeño y dedicación tiene como consecuencia la recuperación de la salud y la salvación de miles de vidas, personas con nombres y apellidos que viven agradecidas junto a sus familiares y amigos.

En este contexto asistencial es donde adquiere su máxima relevancia la calidad y si hay un momento en el que se valora muy especialmente es precisamente en instantes



como este en el que todo esfuerzo se hace imprescindible y todo logro, meta y éxito en términos de salud se valora más aún si cabe.

Hablar de calidad no es sencillo, especialmente en tiempos difíciles como los que nos toca vivir; momentos en los que asistimos a un cambio sin precedentes no solo en el entorno sociodemográfico, sino también en el ámbito de la gestión y, por supuesto, en el contexto de la innovación, la cual junto a la deriva poblacional y las nuevas formas de enfermar van a condicionar el futuro de nuestro sistema y, por lo tanto, van a determinar los resultados de salud que se alcancen en términos de eficiencia, acceso, resolución asistencial, calidad y seguridad, esperanza de vida y experiencia de paciente.

La calidad no es un elemento abstracto, sino que se concreta en términos y necesidades de infraestructuras, de recursos de toda índole y condición, de procedimientos y procesos, de seguridad y de resultados fundamentalmente.

La OMS en el año 2000 definía la calidad asistencial como “el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población”.

Por su parte el Consejo de Europa define la calidad haciendo referencia al “grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual”.

Con estas definiciones y con los elementos que sabemos que conforman parte de ella, a día de hoy, la calidad asistencial está articulada en torno a normas, certificaciones, reconocimientos y acreditaciones de diversa índole y rango que las organizaciones adquieren por mérito propio y por necesidad de establecer un proceso de estímulo y mejora continua, y también con un objetivo, el de diferenciarse del resto tratando de ganarse la confianza y la credibilidad necesarias que refuercen sus estrategias de referencia y liderazgo.

La calidad de los servicios sanitarios es el resultado de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización prestadora que perciben quienes ofertan y quienes reciben

“

La calidad no es un elemento abstracto, sino que se concreta en términos y necesidades de infraestructuras, de recursos de toda índole y condición, de procedimientos y procesos, de seguridad y de resultados fundamentalmente

”

los cuidados, de los resultados globales en términos sanitarios y de salud tanto cuantitativos como cualitativos obtenidos en términos de cliente interno y externo y de la adecuada interacción e interrelación entre ambos.

Y entre sus objetivos principales está el de prestar asistencia sanitaria acorde con el estado de la ciencia y el conocimiento existente, lograr cuidados que satisfagan al paciente e incidan así en su percepción positiva, asegurar la continuidad de los cuidados estableciéndose una relación de confianza. Y todo esto, siempre aportando los cuidados apropiados a las necesidades del paciente en cada momento.

El ciudadano en general, el paciente y el profesional sanitario en particular que son los grandes protagonistas del sistema, han de ver colmadas todas sus necesidades y expectativas dentro de un entorno de calidad, seguridad, resultados y corresponsabilidad



utilizando todos los recursos disponibles. Como afirman los expertos el dinero y los recursos han de seguir al paciente y no al revés y por ello es necesario implantar una cultura de concienciación e implicación del ciudadano en el futuro de nuestro sistema sanitario.

Nadie ha de tener temor a una capacidad de elección informada de un paciente realmente empoderado si asentamos la gestión de nuestros centros, públicos o privados en los estándares más exigentes de calidad, seguridad y consecución de resultados sanitarios y de salud sujetos a los indicadores internacionales más exigentes.

La calidad es la clave y se cuantifica mediante indicadores que van desde la propia experiencia de paciente -que determina su capacidad de elección- hasta el hecho de medir y mejorar todos los atributos relacionados con la consecución de los mejores resultados de sanitarios y de salud posibles.

En este entorno complejo y difícil, la acreditación QH (*Quality Healthcare*), se ha constituido en un referente en el sector y en su séptima edición celebrada recientemente ha tenido la capacidad de reunir de nuevo a todos aquellos que trabajan en pos de la mejora continua de los procesos y procedimientos asistenciales, una convocatoria singular que todos recordaremos por coincidir con esta difícil etapa de pandemia, hace que el esfuerzo de las áreas de calidad de los centros asistenciales hayan realizado un esfuerzo sobreañadido digno de ser tenido muy en cuenta.

En el acto, se entregaron 19 nuevos reconocimientos correspondientes a centros públicos y privados cuyo objetivo fundamental es procurar los mejores resultados sanitarios y de salud posibles en términos de acceso, eficiencia, calidad y seguridad, resolución

asistencial, experiencia de paciente y en definitiva en proveer la satisfacción plena a sus necesidades y carencias. Este hecho se traduce en que a día de hoy 136 centros asistenciales públicos y privados de nuestro país cuentan ya con la acreditación QH.

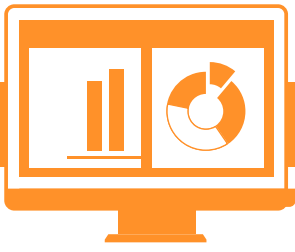
La apuesta que viene realizando la Fundación IDIS en esta materia, impulsando este reconocimiento, se traduce en el fomento de una mejora continua de la calidad para que, teniendo en cuenta a profesionales y pacientes, los resultados sanitarios y de salud sean los mejores.

Para conseguirlo es fundamental continuar incidiendo con perseverancia en la mejora constante de las etapas y momentos que traducen una mejor atención y asistencia a quienes son el objeto básico, clave, de nuestra tarea y constituyen el centro de nuestra razón de ser, nuestros pacientes, sus familias y sus entornos.

El liderazgo que ostentan las organizaciones acreditadas en materia de calidad, seguridad, gestión, organización y compromiso social es determinante para conformar un sistema sanitario único, con una doble titularidad, que se articule en torno a la calidad, seguridad y resultados de sus actuaciones.

Director de desarrollo corporativo y comunicación (Fundación IDIS)  
Socio Fundador del Grupo Soluciones de Comunicación y Reputación SC&R  
Presidente del Instituto ProPatients  
Profesor de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas (ICAI-ICADE)  
Ex-presidente y Miembro de Honor de Forética

[fmugarza@fundacionidis.com](mailto:fmugarza@fundacionidis.com)



## Gobernanza y crisis del COVID-19

Javier Carnicero Giménez de Azcárate

La gobernanza se define como el arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero; promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado. Kauffman precisa que “la gobernanza es el conjunto de tradiciones e instituciones a través de las cuales se ejercita la autoridad de un país; y que comprende: 1) el proceso de selección, supervisión y sustitución de los gobiernos, y sus mecanismos de rendición de cuentas (accountability) al público en general; 2) la capacidad del gobierno para administrar los recursos públicos de forma eficaz y elaborar, poner en marcha y ejecutar políticas y leyes adecuadas para el desarrollo del país y el bien común; y 3) el respeto, por parte de los ciudadanos y del Estado, de las instituciones que rigen sus relaciones económicas y sociales” . En síntesis, podría decirse que la gobernanza exige primar el interés general en el marco de un estado de derecho.

Un componente fundamental de la gobernanza de una crisis como la pandemia por el COVID-19 es el liderazgo. El liderazgo se consigue cuando las autoridades y la alta dirección se involucran activamente en la definición de los objetivos que se persiguen y en la definición de los criterios que se emplean para adoptar las medidas de control de la transmisión de la enfermedad, siempre con la participación de las personas clave; cuando se facilita la creación de grupos de trabajo o comités de expertos, se les dota de recursos, se les escucha, y se tienen en cuenta sus dictámenes o reco-

mendaciones; cuando se protege al personal sanitario; cuando se dirimen las diferencias y se toman las decisiones necesarias, y finalmente cuando se evalúan los resultados. En resumen, el liderazgo se logra cuando se definen objetivos, se asignan recursos, se escucha a las personas clave, se fijan criterios, se toman decisiones y se evalúa la ejecución del plan. Además de todo lo anterior es imprescindible la transparencia, y la comunicación con la sociedad que exige explicar a todos con claridad las decisiones que se adoptan y sus motivos.

El liderazgo durante una crisis, y la del COVID-19 es un buen ejemplo, debe hacer frente a varias etapas. La primera es la fase de emergencia cuando se desata o surge la crisis y la prioridad es estabilizar la situación y ganar tiempo, si es que eso es posible. La siguiente fase es la de adaptación, cuando es necesario hacer frente a las causas subyacentes de la crisis y progresar hacia una “nueva realidad”, que no una nueva normalidad, porque por definición la normalidad no es nueva. La fase de adaptación es especialmente delicada porque los afectados, en el caso de la pandemia el conjunto de la sociedad, presionan para reducir las medidas de control o de adaptación, debido a que su grado de temor o de ansiedad se ha reducido. En esta etapa cada vez que se quieren introducir cambios que son necesarios, pero que se caracterizan por su coste social, se presiona para eliminarlos o reducir sus efectos. En esta situación nos encontramos en la actualidad, cuando quienes están más afectados por la situación, después de los fallecidos, enfermos y sus familiares, como es el sec-



tor de la hostelería, presionan todos los días para acabar con las restricciones. También es un ejemplo de esta situación la incomodidad o desasosiego que suponen las restricciones a las visitas y salidas de las personas mayores de las residencias; o incluso las restricciones para la celebración de la Navidad, medidas ambas que generan presiones para eliminarlas. Todas las crisis tienen además una fase previa que es la de preparación para evitar que la crisis se presente, y una posterior que exige evitar la tentación de continuar como si nada hubiera pasado. También estas dos etapas exigen un fuerte liderazgo.

Se ha analizado de forma reiterada la falta de preparación con que se encontró el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la pandemia, las enormes dificultades para adquirir los equipos y material necesarios, así como la capacidad o incapacidad de gestión del Ministerio de Sanidad para asumir sus funciones de liderazgo, entre las se encuentra siempre la de proteger al personal sanitario y facilitar los recursos necesarios. Es especialmente significativa la falta de tacto de los responsables ministeriales con los médicos, personal de enfermería y otros profesionales de primera línea en la atención de la enfermedad. Por ejemplo, discutiendo y negando la condición de enfermedad profesional para los contagiados por la enfermedad; o afirmando que los médicos se contagiaban en su vida privada por descuido en las medidas de protección. Aun en el hipotético caso de que esto último pudiera ser cierto, desde luego las autoridades de salud del ministerio y de las comunidades autónomas no tienen la menor legitimidad para hacer semejantes afirmaciones sobre unos profesionales a los que no fueron capaces de facilitar los necesarios equipos de protección personal.

Durante esta crisis se han observado y se siguen observando importantes carencias de gobernanza, la mayoría de las cuales se deben a un liderazgo débil. En primer lugar, quizá la más lamentable y que es la responsable de algunas de las principales deficiencias observadas está que no siempre se ha primado el interés general. Si se hubiera concedido prioridad al interés general por encima de intereses particulares o de partido, nunca habiéramos presenciado el espectáculo de las disputas entre gobierno de la nación y de la comunidad de Madrid, que en ocasiones terminaban con inexplicables e inexplicados cambios de criterio; o las declaraciones imprudentes y fuera de tono, así como algunas decisiones incompre-



Un buen liderazgo genera confianza y en esta crisis falta la confianza en las autoridades



sibles del entonces presidente de la Generalitat de Catalunya. Si hubiera primado el interés general tampoco el presidente del gobierno de la nación hubiera aprovechado para hacer larguísimas comparecencias en la televisión para informar de las decisiones que se iban a tomar al día siguiente después de consultar con los presidentes de los gobiernos de las comunidades autónomas. Una crisis como la que padecemos no puede ser la excusa para, como se dice coloquialmente, “chupar cámara”, cuando además se desaira a quienes al día siguiente se les pide colaboración y respaldo.

También ha faltado transparencia, y este fallo también es achacable a que el interés general no es el que goza de prioridad. No es de recibo que todavía se esté pendiente de un requerimiento, precisamente del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, para informar sobre los expertos que asesoran al Ministro de Sanidad. También es reprobable que no se justifique con los datos disponibles las decisiones que se adoptan y que siempre perjudican a alguien; por ejemplo, los cordones sanitarios, ahora llamados confinamientos perimetrales; o los cierres de los establecimientos de hostelería y espectáculos. Estas justificaciones son más necesarias todavía por la diversidad de normas sobre el mismo asunto en las diferentes comunidades autónomas, por su coste social y por sus enormes repercusiones económicas. No es aceptable la estrategia de ocultar, o tratar de hacerlo, los contratos urgentes de suministros que se hicieron de forma centralizada y su coste. Tampoco los ciudadanos de la Comunidad de Madrid han sido debidamente informados sobre los criterios que justifican la construcción de un hospital de pandemias cuyo coste se cuenta por decenas de millones de euros. Siguen sin ser públicos los datos y



los criterios con los que se adoptan las decisiones sobre restricciones de los derechos de los ciudadanos.

Peor todavía que la falta de transparencia son los intentos para desdibujar la realidad de los hechos. Algo que todos considerábamos imprescindible ante una enfermedad nueva, que ha causado y sigue causando una gran mortalidad, es el trabajo codo con codo con quienes más conocimiento pueden aportar para la mejor gestión de la crisis. La misteriosa comisión de expertos, que debería haberse constituido enseguida con los mejores, no llegó a existir. En cualquier circunstancia esta desinformación, por no emplear otros términos, no es aceptable y exigiría explicaciones y asunción de responsabilidades. En este caso, con una pandemia que ha ocasionado decenas de miles de muertos, es intolerable. Finalmente, la mejor muestra de la falta de transparencia es la reluctancia de las autoridades del país y de las comunidades autónomas para someter su gestión al escrutinio de una comisión de expertos independientes, a diferencia de lo que ocurre en otros países europeos.

La falta de transparencia y las dudas sobre la veracidad de la información no son el mejor camino para generar confianza y esta confianza es imprescindible durante la gestión de la primera y segunda fase de una crisis y tam-

bién sobre la etapa posterior. Un buen liderazgo genera confianza y en esta crisis falta la confianza en las autoridades, lo que explicaría, por ejemplo, por qué un importante número de españoles parece reacio a vacunarse.

Confiemos en que las medidas adoptadas para la próxima Navidad se cumplan y así evitemos una nueva oleada en el mes de enero y confiemos también en que la vacunación consiga inmunidad de grupo, que no de rebaño, porque las personas forman grupos y no rebaños. Ya es el momento de comenzar a pensar qué cambios necesita nuestro Sistema Nacional de Salud. Esos cambios no se pueden quedar, como afirman todos los políticos a coro en “potenciar la Atención Primaria”, o “revertir los recortes”, que quiere decir en lenguaje político aumentar el gasto, aunque no sea yo quien discuta esas dos necesidades. Son necesarias reformas profundas que respeten los principios fundamentales de financiación pública y cobertura universal. Todo lo demás debería ser objeto de estudio y discusión, primero técnica y después política. Siempre concediendo prioridad al interés general.

Consultor de sistemas y servicios de salud

[javiercarnicero@cognitiosalud.es](mailto:javiercarnicero@cognitiosalud.es)



## Nursing Now 2020: una experiencia para ganar en la visibilidad

Carmen Ferrer Arnedo

La Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que el año 2020 se dedicará a las enfermeras y matronas de todo el mundo como su año. En este año complicado por la pandemia COVID-19, donde desde luego se ha visto el papel definitivo que han jugado las enfermeras de todo el mundo en la salud de la sociedad y, sobre todo, muy valorado por el cuidado individual de las personas afectadas. Un papel que ha permanecido en el más absoluto anonimato público, pero que siempre ha estado muy valorado por cada una de las personas cuidadas, por los ciudadanos y sus familias. Ante la campaña Nursing Now, la revista *New Medical Economics* premió este noviembre, en su última edición, a nuestra campaña en la persona de la representante de España, Dña. Adelaida Zabalegui, quien en su discurso de agradecimiento planteó la importancia de que se cumplan los objetivos firmados por las autoridades y cuya repercusión en la salud de los ciudadanos es clara. A modo de reconocimiento a este premio traemos hoy aquí este artículo que pretende dar a conocer a los lectores algunos elementos de este movimiento, que busca mediante una campaña a nivel mundial el valor que tiene para la sociedad la profesión enfermera y a la que, si no se le reconoce dicho valor, esto afectará negativamente a la salud de los ciudadanos y a la sostenibilidad de los sistemas.

Lo primero es recordar lo que dijo el Consejo Internacional de Enfermería en los años 80 sobre qué es una enfermera, lo que significa también definir de forma tácita lo que no es.

La define como una persona que ha completado un programa de educación básica general en enfermería y está autorizada por la autoridad reguladora pertinente para ejercer como enfermera en su país. La formación básica en enfermería es un programa de estudio reconocido formalmente que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como para un papel de liderazgo y para la formación postbásica para una especialidad o la práctica de la enfermería avanzada.

La enfermera está preparada y autorizada para llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y discapacitadas de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad.

Además de estar capacitada para impartir enseñanzas en materia de atención de salud; participar plenamente y en igualdad como miembro del equipo de salud; supervisar, dirigir y formar a auxiliares o técnicos de enfermería y de salud; y desarrollar y participar en la labor de investigación. (ICN, 1987). Por tanto, no son enfermeras las que no cumplen este programa de formación y capacitación para asumir las responsabilidades en la atención y el cuidado de las personas de manera autónoma que le son propias.

Hay que recordar que, en España, las enfermeras realizan estudios en la universidad como



Grados, al igual que el resto de las profesiones universitarias de la salud, desarrollan sus maestrías mediante máster universitarios que les conducen a realizar tesis doctorales y, por tanto, aportan conocimiento científico, evidencias que revierten en la práctica de cuidado enfermero profesional en el sistema sanitario.

A nivel profesional, acceden a las especialidades mediante el EIR, es decir, como el resto de las profesiones: médicos, farmacéuticos, biólogos o psicólogos y pueden desarrollar la vía para adquirir competencias avanzadas a desarrollar en algún tipo de área concreta y necesaria. Es importante hacer este recuerdo porque las enfermeras y enfermeros del siglo XXI no son las diaconisas o los ayudantes de otras épocas, son profesionales universitarios que con su conocimiento dan seguridad en la prestación de cuidados y a la atención enfermera a la sociedad.

Pues bien recordado esto, la OMS con su reconocimiento del año 2020, como año de las enfermeras y matronas realizó un gesto que ha supuesto un apoyo importante a la que a campaña Nursing Now, impulsada por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), que busca poner en valor el papel que desarrollan las enfermeras en todo el mundo y a su vez, pretende reivindicar la necesidad del empoderamiento de las enfermeras en todos los países para lo cual propone que es esencial que ocupen puestos de máxima responsabilidad tanto en el nivel de la macrogestión, a nivel político y por supuesto en el ámbito de la mesogestión a nivel de la gestión de las instituciones, más allá del clásico papel en las divisiones de enfermería y por supuesto, en el mundo de la microgestión como líderes de procesos o de departamentos interdisciplinarios, o de proyectos innovadores, donde su liderazgo no sea cuestionado o duplicado porque queda reconocido como específico y valioso.

Así pues, la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermeras lanzan la campaña Nursing Now (Enfermería Ahora) para empoderar y apoyar a los enfermeros y enfermeras en el cumplimiento de los desafíos del siglo XXI, desafíos muy relacionados con el cambio de necesidades de los ciudadanos, lo que significa un número adecuado de enfermeras y por tanto no sustituidas por profesionales no competentes para este tipo de atención de una manera eficaz y segura, y con la sostenibilidad de las organizaciones que prestan servicios relacionados con la salud.



El envejecimiento de la población, su autonomía, funcionalidad y calidad de vida, pasando por el confort necesario incluido el final de la vida, viene de la mano del cuidado que proporcionan las enfermeras y los enfermeros.

La cronicidad y la capacitación de los pacientes en su autogestión y autocuidado. Existe suficiente evidencia científica del papel que las enfermeras han de jugar como entrenadoras en autocuidado y en el ejercicio del rol de persona que cuida de otra.

Todas las estrategias de alfabetización en salud, de mejora en las conductas generadoras de salud o en la capacidad de afrontamiento, adaptación y generación de residencia se adquieren de la mano de las enfermeras, capacitadas para desarrollar estrategias de educación con éxito porque son quienes realmente aplican metodología educativa adecuada a la edad y estrategias de vida saludable. La prevención con la gestión y aplicación de las vacunas y el consejo que apoyan su eficacia o la promoción de salud con el trabajo en la comunidad para la mejora en los hábitos saludables, son señas de identidad del quehacer enfermero.

El uso de las nuevas tecnologías adecuadas a la situación de cada persona en su capacidad analógica o digital.

El apoyo a las personas para que no se sientan solas, sean capaces de tener esperanza o afrontar el miedo y la incertidumbre ante situaciones de salud nuevas.

Sin olvidar el perfil de las enfermeras técnicas y tecnológicas que son capaces de equilibrar la adecuación tecnológica con la cercanía que requieren las personas cuando deben de realizarse una prueba diagnóstica ante la que se sienten indefensas.

Y es que, tal y como ha recordado el Organismo de Naciones Unidas, las enfermeras y enfermeros representan la mitad de los trabajadores de salud, por tanto, están en todos los lugares del sistema y, además, tienen un papel “fundamental” a la hora de fomentar la cobertura universal de salud.

La OMS con esta iniciativa que para 2020 buscaba compromisos por parte de los políticos para que haya una mayor inversión en número de enfermeras, para la mejora de la formación, para ganar en el desarrollo profesional, mejorar la regulación y condiciones de empleo para el colectivo. Existen graves diferencias salariales y de reconocimiento que hacen que a este grupo no se le reconozca su estatus como profesionales universitarios, nivel por cierto imprescindible para abordar las necesidades de cuidados de la sociedad del siglo XXI.

Se busca mejorar la difusión de la práctica efectiva e innovadora en la investigación enfermera; mayor influencia de estos profesionales en las políticas de salud a nivel global y nacional; aumentar la presencia de enfermeros en puestos de liderazgo y crear así una red mundial de liderazgo enfermero; y fomentar la creación de análisis sobre el impacto económico y laboral del colectivo.

La campaña ha supuesto involucrar a las enfermeras y enfermeros de todo el mundo, a los políticos y a la sociedad mediante la propuesta de su triple impacto. Contar con las enfermeras supone más salud para las personas, el desarrollo de la igualdad de género y su impacto en la economía de las sociedades, el famoso triple impacto.

En España han surgido muchos grupos de la campaña Nursing Now, por un lado, se han

creado grupos nacionales, grupos autonómicos liderados por los colegios profesionales, pero también existen grupos locales, grupos de enfermeras independientes, decididos a trabajar por alguno de los objetivos concretos y para apoyar este movimiento, aunque no sea desde estructuras oficiales. Entre estos grupos se encuentra el grupo Nursing Now Infoemprende, es un grupo pequeño, un grupo local, inscrito en el movimiento internacional, convocado por las redes sociales y cuya pretensión ha sido trabajar en alianzas con la sociedad por la visibilidad de la práctica enfermeras. La premisa de este grupo es: “sin visibilidad no es posible el liderazgo ni el reconocimiento”, y por tanto sus acciones, nuestras acciones, han ido encaminadas a realizar actividades a partir de alianzas con la sociedad porque estamos convencidas de que sin alianzas es imposible ser visibles.

A pesar de la pandemia del COVID que ha tenido a las enfermeras del mundo al pie del cañón cuidando a los ciudadanos y trabajando en las estrategias de prevención del contagio, ejerciendo el rol de rastreadoras o trabajando la promoción en la medida que se nos han dejado, el grupo ha desarrollado cuatro líneas:

1. Publicación de una revista con trabajos científicos de enfermeras en alianza con la Fundación CASER, que nos ha cedido uno de sus números para un monográfico de Nursing Now, el número de junio 2020 de la Revista Acta Sociosanitaria está disponible en su página web de la fundación de manera gratuita.
2. El segundo proyecto, la publicación de un libro escrito por líderes enfermeros: Liderazgo Enfermero: pinceladas de experiencia, en alianza con la editorial TECNOS, busca apoyar el desarrollo del liderazgo entre los enfermeros más jóvenes y los beneficios de su comercialización han sido cedidos a un Banco de Alimentos. Este libro saldrá a la luz en marzo de 2021.
3. El tercer proyecto, “Las Enfermeras por el clima en alianza con ECODES”, para trabajar la disminución de nuestra huella de carbono, desde la idea de pequeñas acciones grandes consecuencias, por la necesidad de cuidar también del planeta. Este es el proyecto que tenemos más retrasado y que se quedó pendiente con la pandemia y que esperamos retomar antes de finalizar el año y continuar con él.

4. El cuatro, tiene que ver con visibilidad de la figura de la enfermera entre los jóvenes: ¿cómo nos ven los jóvenes? Este proyecto se realizó en alianza con Dña. Esther Ruiz Chércoles, pediatra del centro de salud María Jesús Hereza, en Madrid y una profesora de arte en un instituto de enseñanza secundaria María Zambrano de Leganés, Dña. Cristina Martínez.

Cristina propuso a sus alumnos que hiciesen carteles para su asignatura de Arte con la idea de la campaña: mejorar la salud de la población mediante la potenciación de las competencias y las actividades de las enfermeras y enfermeros. Reflejar lo que conocen, piensan y creen que aportan las enfermeras y ellos desarrollaron los carteles que aquí se presentan:

Tal y como plantea la Dra. Ruiz Chercoles: “Detrás de estas imágenes con palabras, hay mucho trabajo. Que llegue, que impacte... Este trabajo no ha sido otro trabajo más de clase, este trabajo nos ayuda a pensar. Sus pinturas invitan a la reflexión. Ha llegado en este tiempo de pandemia, donde la labor de la enfermería es esencial”.

Este proyecto también ha sido presentado en la Semana de la Ciencia por la Fundación

FUDEN, con la que nuestro grupo se alió para juntos trabajar en la visibilidad de la imagen social de las enfermeras.

#### Los mensajes de los carteles:

Se trata de 30 carteles con imágenes de enfermeras que han realizado jóvenes de primero y segundo de Bachillerato:

En los 30 carteles predomina el color azul, los uniformes de las enfermeras suelen ser azules, o llevan rallas azules. También colores pastel, rosa, ocre.

Casi todos los carteles tienen la imagen de mujeres enfermeras, si bien también hay imágenes de varones en dos de ellos.

Dos son los símbolos que mayoritariamente tiene casi todos los carteles: la Cruz Roja y un corazón. El corazón es el símbolo mayoritario. Expresa compromiso, cercanía, humanización. En algunos carteles también se presentan instrumentos: el fonendoscopio, un termómetro, la jeringa de las vacunas o una píldora, son los instrumentos que acompañan el corazón. También tiritas, esparadrapo o pinzas. Un suero. Una herida curada. Un electrocardiograma. Instrumentos que reflejan el hacer profesional de la enfermera: los datos objetivos y los subjetivos de las personas con el corazón. También se nos representa como ángeles, como seres valientes y capaces.

Algunos carteles hacen alusiones a la pandemia y al virus, en estos se pinta a las enfermeras con mascarilla, como héroes, con actitud empoderada incluso con una corona. Se representa a la enfermera al lado de los pacientes, con los mismos colores, en igualdad.

Con imágenes como soporte para los pacientes atrapados por el virus, enfermeras poderosas sobre el planeta, enfermera como corazón, enfermeras que están allí donde hay peligro cuidando como en la guerra.

#### Respecto a los mensajes escritos: Las frases de los carteles

- La palabra enfermera se construye con otras palabras: atentas, cercanas, eficientes, maternas, involucradas, imprescindibles, responsables, amables, resolutivas, profesionales.
- Gracias por vuestro trabajo.







# 2020

## AÑO INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS

- Vuestra dedicación salva vidas.
- Enseñándonos, así nos cuidan y la imagen una enfermera con cuatro niños sentados a su alrededor.
- Compromiso y cariño.
- Enfermeras: somos el alma del enfermo.
- Manos que te cuidan.
- Tus salvadoras.
- Las heroínas que salvan nuestras vidas.
- No todos van a las guerras a matar. Se trata de un dibujo en Fondo Azul, con la Cruz Roja. Una tienda de campaña y una enfermera mira la guerra.
- Profesionales para cuidarnos.
- Ellas están aquí.
- Un corazón escuchando a otro.
- Nuestros ángeles. Otro plantea: Para todo, ante todo.
- Sin vosotros no sería posible. O también: Nos protegen desde fuerza
- No todos los héroes llevan capa, algunos llevan bata.
- Gracias por salvar nuestras vidas.
- No estáis solos en esto, estamos juntos en esto.
- Podemos con el virus, no hay aplausos suficientes y también: si quieres ayudar quédate en casa.

### En resumen:

En los carteles se da una imagen de mujeres, profesionales donde técnica y corazón van de

la mano, profesionales poderosas, valientes, comprometidas que cuidan y se les reconoce. Se nos visualiza en la guerra cuidando, cuidando del planeta, al lado de las personas, enseñando autocuidados, con instrumentos científicos, independientes, alegres y cercanas.

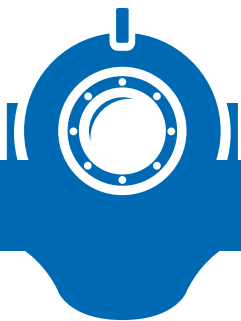
Se nos reconoce en lo que hacemos y este proyecto también ha ayudado para que los jóvenes piensen en las enfermeras y enfermeros como un profesional autónomo que tiene algo que aportar.

Esta inicialita de trabajar la visibilidad en la escuela, en un instituto y de la mano de otros profesionales, como su profesora de arte o una médica de un centro de salud determina que el valor de una profesión también está en que los otros la reconozcan, entiendan y respeten su aportación.

Esto es lo que hemos buscado en el grupo de Nursing Now InfoEmprende, la influencia es importante para conseguir los objetivos propuestos por la campaña del Nursing Now, y solo seremos capaces de alcanzarla si otros nos ven en lo que somos, nos conocen y nos dan valor, nos aliamos como ha hecho nuestro grupo con la sociedad en sus diferentes proyectos para ganar en visibilidad y con su apoyo se conseguirán las metas de la campaña, tal y como lo han hecho los jóvenes del Instituto María Zambrano de la ciudad de Leganés, quienes han aportado su conocimiento, su capacidad artística para que las enfermeras ganemos en visibilidad, jóvenes a los que nuestro grupo da las gracias por su generosidad de la mano de Cristina su profesora y de Esther su pediatra.

Enfermera. Jefe del Servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid y Directora Ejecutiva del Master de Humanización de la UEM/Fundación CURARTE.

[crmnferrer@gmail.com](mailto:crmnferrer@gmail.com)



# Rasgos de liderazgo en tiempos de pandemia

Luis Truchado Velasco

**E**n medio de esta pandemia, seguimos constatando que, a medida que la economía continúa su rápida digitalización, el campo de la experiencia del cliente requiere un fuerte liderazgo para mantenerles comprometidos. Las habilidades blandas, como la comunicación o la inteligencia emocional, serán las que diferencien a los mejores líderes de los mediocres.

Existen una serie de habilidades blandas esenciales de liderazgo que se convierten en cruciales desde la perspectiva de la experiencia del cliente. Destacaríamos cinco: la comunicación, la inteligencia emocional, la visión estratégica, la generosidad y la ecuanimidad.

### Comunicación

La comunicación es una de las habilidades interpersonales más importantes con que podemos contar. La definimos como la capacidad de comunicarse con claridad, honestidad y generando confianza, lo que siempre ayuda a evitar malentendidos, ganar credibilidad ante colaboradores y clientes, así como construir relaciones sólidas y duraderas.

A un líder, una comunicación de primera también le permite gestionar a los miembros del equipo de manera más eficiente, entendiendo gestionar como sacar lo mejor de cada uno/a. Se precisa crear una cultura de trabajo que anime y facilite a los empleados a expresar sus opiniones e inquietudes, porque eso favorece-

rá un ambiente de trabajo más productivo y motivador para todos.

### Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es otra habilidad blanda, -o un conjunto de habilidades- que resulta crítica para un liderazgo exitoso. Afortunadamente, se puede desarrollar y cuando se consigue, uno se vuelve más capaz de identificar y regular sus emociones. El trabajo de mejora continua de la inteligencia emocional permite a los líderes tomar decisiones más reflexivas, empatizar mejor con los colaboradores, ser más receptivos a la retroalimentación y comprender mejor lo que los equipos necesitan para trabajar a su máximo potencial.

### Visión estratégica

Otro rasgo valioso del liderazgo es también la visión estratégica. En tiempos de pandemia se interpreta como una actitud previsor y alerta; una constante adaptación al cambio y al contexto. Como parte de esa adaptación, por ejemplo, varias compañías han apelado a la colaboración con otras, incluso del mismo sector o competidores, para mejorar la oferta de sus servicios y asegurar la satisfacción de sus clientes.

Hoy día, es muy apreciado un líder (dígase empresa o individuo) que sepa anticipar el futuro en lo posible, gestionar su equipo sobre la base de la colaboración interna y que apues-



te por las sinergias y las alianzas estratégicas, siempre priorizando el desempeño eficiente de la organización y su foco en el cliente.

### Generosidad

Los mejores líderes son reconocidos por sus equipos como generosos, incluso altruistas. En lugar de tomar decisiones basadas en su interés propio, piensan en cómo esas decisiones afectan a la empresa en su conjunto y a sus *stakeholders*, incluidos los empleados y los clientes. Consideran importante “devolver” a los miembros de su equipo, después de haber exigido resultados.

Tienen muy presente que no siempre estuvieron en una posición de liderazgo. Recuerdan las lecciones que aprendieron en su camino hacia la cima de la gestión y en el apoyo que fueron encontrando. Por eso, se toman el tiempo para compartir sus aprendizajes con otros miembros más junior del equipo, brindarles su confianza y, al mismo tiempo, ayudarlos a convertirse en directivos más eficaces en su carrera futura. Son mentores de altísimo valor para la organización.

### Ecuanimidad

Cuando un líder intenta dirigir con generosidad, a veces puede ir demasiado lejos. Tal vez les cuesta decir que no cuando asumen más responsabilidad de la que pueden manejar, o se centran demasiado en proporcionar comentarios positivos que no potencian los consejos constructivos para mejorar. El rasgo que realmente importa es el respeto que genera un

sentido de justicia reconocido. A veces, tienes que decir que no, o tienes que dar *feedback* negativo, porque no puedes dirigir un negocio si no lo haces. La clave es ser siempre considerados y conservar la medida. Por ejemplo, cuando se da un *feedback* constructivo, no se debe enfocar en lo que se está haciendo mal, si no en lo que se puede hacer para mejorar y en cómo pensamos ayudarlos a mejorar.

Como empezamos diciendo, en tiempos de digitalización acelerada, las habilidades blandas son incluso más importantes que las habilidades técnicas cuando se trata de un liderazgo eficaz en la experiencia del cliente. Se trata de cualidades que nos permiten comunicarnos con los colaboradores de una manera que maximiza la productividad, proporciona al equipo el apoyo que necesita para prosperar y establece una cultura de trabajo dinámica y eficiente, donde todos se sienten valorados.

En la competición de los humanos contra las máquinas, -que estamos viviendo en primera persona hace tiempo- las habilidades blandas son las únicas que no nos pueden copiar... ¡de momento!

Socio de EuroGalenus Executive Search y cofundador de GalenusJobs

luistru@eurogalenus.com



# Experiencia y rigor científico al servicio de la salud y el bienestar de toda tu familia

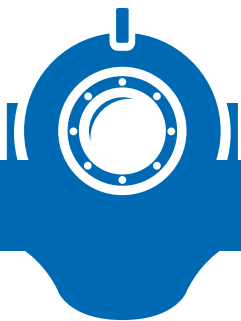


Desde 1929 en Reig Jofre centramos nuestro mejor saber hacer en la investigación, el desarrollo, la producción y la comercialización de medicamentos y complementos nutricionales con el deseo de mejorar la salud y promover el bienestar de las personas en los cinco continentes.

Además, nuestra especialización tecnológica en inyectables, liofilizados, antibióticos y productos dermatológicos tópicos nos convierte en socios estratégicos clave de otros laboratorios para la fabricación de sus fármacos.

Reig Jofre es una compañía cotizada en el mercado de valores español.





# Telemedicina: luces y sombras

Mercedes Maderuelo Labrador

¿Se pueden sustituir a día de hoy las consultas presenciales de las personas con patologías crónicas por una atención telemática para su seguimiento y control? Sin lugar a duda, el uso de la telemedicina permitirá y facilitará una importante reorganización de los sistemas sanitarios mediante el uso de comunicaciones telemáticas frecuentes con los pacientes. Ahora bien, no por eso se debe dejar de reflexionar acerca de un modelo asistencial sobre el que todavía hay muchos interrogantes a los que dar respuesta antes de hablar de la telemedicina como una alternativa realista para determinados pacientes.

Durante la pandemia, se ha puesto de relieve que ciertas visitas presenciales son realmente necesarias; que hay aspectos que hay que mejorar como el acceso, la eficacia, la eficiencia y la rentabilidad de las TICs; y que no siempre la telemedicina puede ser para todos, pues los pacientes tienen un grado variable de acceso a nuevas tecnologías.

Además de todo esto, existe también una gran falta de formación tanto de los pacientes en su empleo, como de su integración por parte de los profesionales sanitarios en su rutina asistencial. A todo esto se suma, asimismo y aunque no se hable tanto, que se carece de un marco jurídico específico y claro, el cual es más importante de lo que parece, pues de lo que se trata es de datos personales de salud muy sensibles.

Por todo esto, se debe hacer un ejercicio de dentro hacia fuera, valorar lo que hay, lo que falta y cómo conseguirlo, si realmente va a reportar un avance en cuanto a calidad asistencial. Es por ello que lo ideal, como en cualquier ámbito y entidad, previamente se debe hacer análisis DAFO sobre la telemedicina, como el que a continuación se recoge:

### DEBILIDADES

- Falta de conocimiento y confianza en las soluciones de la salud electrónica entre los pacientes y los profesionales de la salud.
- Falta de formación en las facultades de Medicina de este tipo de asistencia.
- Falta de interoperabilidad entre las soluciones de la salud electrónica.
- Necesidad de infraestructura (telecomunicaciones y tecnología) y capacitación para la utilización del servicio por parte de los profesionales y los pacientes.
- Más tiempo para llevar a cabo la consulta (según qué tipo de consultas).
- Mayor riesgo en el diagnóstico al no disponer de exploración física y datos aportados por el paciente.
- Obligación de emitir un informe una vez finalizada la consulta para evitar malas in-



## Existe una gran falta de formación tanto de los pacientes en su empleo, como de su integración por parte de los profesionales sanitarios en su rutina asistencial



interpretaciones de diagnóstico o de tratamiento.

- Ausencia de un marco jurídico específico.

### AMENAZAS

- Población envejecida con limitación para la comprensión y la comunicación telefónica de calidad.
- Rechazo al cambio del modelo asistencial.
- Afectación a la relación médico-paciente.
- Miedo a los problemas legales por problemas de confidencialidad o errores diagnósticos.
- Miedo a que la Administración reduzca las plantillas de profesionales, dado que la telemedicina genera menos costes.
- Mayor cobertura: entregar una respuesta oportuna a las necesidades de atención y diagnósticos en zonas donde no se disponen de especialistas médicos o poder consultar con especialistas de otro centro.

- Evitar ingresos / visitas a urgencias.
- Disminución de riesgos (en situaciones de pandemia).

### FORTALEZAS

- Experiencia de la teleconsulta durante la pandemia de la COVID-19.
- Disponibilidad actual por parte de los sistemas sanitarios para desarrollar este modelo asistencial.
- No precisa de locales específicos.
- Se puede llevar a cabo por distintos profesionales sanitarios.
- Posibilidad de una mayor amplitud de horarios de atención.

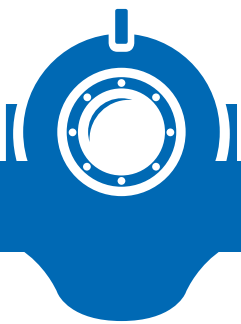
### OPORTUNIDADES

- Disminución de los tiempos de atención: tener acceso al especialista con rapidez.
- Disminución de la brecha geográfica.
- Reducción de los costes de traslado (paciente y cuidadores).
- Atención continuada: recibir los resultados de los exámenes en un plazo de tiempo reducido.

Así las cosas, y pasando a responder a la cuestión inicialmente planteada (¿se pueden sustituir hoy en día las consultas presenciales de las personas con patologías crónicas por una atención telemática para su seguimiento y control?), destaca la evidencia de que, la telemedicina, sin más desarrollo, a día de hoy, no puede sustituir totalmente el espacio de la consulta presencial; ahora bien, lo que sí puede hacer es mejorar la calidad de vida de los pacientes en otros muchos aspectos. Y esto, hay que valorarlo, potenciarlo y trabajar desde las asociaciones de pacientes para conseguirlo, pues estas últimas juegan en todo esto un papel esencial.

Gerente de la Federación Española de Diabetes

gerencia@fedesp.es



# Intercambiabilidad y sustitución de biosimilares: no hacer de la excepción la norma

Álvaro Hidalgo Vega

**L**os biosimilares son medicamentos biológicos similares a otros de origen biológico que ya han sido autorizados por los reguladores y cuya patente ha caducado, por lo que son medicamentos reguladores del mercado al favorecer la reducción de precios de los medicamentos innovadores una vez que el biosimilar entra en el mercado. A un producto biológico similar y a su correspondiente medicamento de referencia se les presupone el mismo perfil de eficacia y seguridad, y son generalmente utilizados como tratamiento en las mismas condiciones.

Esta presunción de que ambos medicamentos biológicos, original y similar, tienen el mismo perfil de eficacia y seguridad nos introduce en dos cuestiones esenciales para la comprensión de los procesos de autorización de los medicamentos biosimilares; se trata de las nociones de comparabilidad e intercambiabilidad. La comparabilidad (el carácter de comparables que deben tener ambos productos), constituye el eje que vertebra la mayoría de las directrices, ya que sustenta precisamente su cualidad de similar frente al medicamento original e innovador. El hecho de que el proceso de autorización de los biosimilares se sustente sobre la comparabilidad exime a estos medicamentos de probar el beneficio para el paciente, ya que este ya ha sido probado y demostrado en el medicamento original, pero le carga con la prueba de dicha comparabilidad en todos los aspectos relativos a la calidad, seguridad y eficacia del medicamento, de cuyo resultado positivo depende precisamente la calificación de bioequivalencia o biosimilitud.

En cuanto a la intercambiabilidad, hay que recordar que el medicamento de referencia, al que se refiere la solicitud de autorización de

comercialización del biosimilar, “es un medicamento que ha obtenido una autorización de comercialización por parte de un Estado miembro o de la Comisión Europea basándose en el expediente completo”. Es decir, previa presentación de los datos preclínicos, clínicos y de seguridad, conforme a las disposiciones aplicables a los medicamentos originales. Se podría pensar que los medicamentos biosimilares, una vez superada con éxito la prueba de la comparabilidad, pueden sustituir sin más a los de referencia, como lo hacen los genéricos con los medicamentos químicos de referencia. Sin embargo, la EMA aclara que tal decisión de intercambiabilidad queda fuera de su competencia y deja la misma al criterio que establezcan los diferentes estados miembros: “Las decisiones sobre intercambiabilidad y/o sustitución dependen de las autoridades competentes de cada país y están fuera del ámbito de la EMA y del CHMP. Para poder fundamentar sus decisiones, los Estados miembros disponen de acceso a la evaluación científica realizada por el CHMP y a la totalidad de la información presentada”.

Por tanto, los EEMM son quienes tienen potestad para decidir cómo afrontar la potencial intercambiabilidad y sustitución de los biológicos de referencia por los biosimilares, y quienes definen si es el médico (intercambio terapéutico) o el farmacéutico (sustitución) quien debe decidirlo, o cómo involucrar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones.

La intercambiabilidad se define como “la práctica médica de cambiar un medicamento por otro del que se espera el mismo efecto clínico, en un paciente con una condición clínica concreta, por iniciativa o, con acuerdo, del prescriptor”. En la mayor parte de los países desa-





## El hecho de que el proceso de autorización de los biosimilares se sustente sobre la comparabilidad exige a estos medicamentos de probar el beneficio para el paciente



rollados suele estar permitida, aunque debe realizarse bajo la responsabilidad del facultativo tratante o siguiendo la política establecida en el centro asistencial, y siempre procurando mantener la trazabilidad de las sustituciones realizadas, ya que esta trazabilidad es clave en la farmacovigilancia.

Precisamente, son los aspectos relacionados con la farmacovigilancia, por el potencial de inmunogenicidad de los productos biológicos, los que hacen que en España al igual que en el resto de la Unión Europea la prescripción en el caso de todos los medicamentos biológicos deberá realizarse siempre por marca tal como establece la directiva europea de Sanidad transfronteriza (2012/52/UE).

Por su parte, la sustitución se define como “la práctica de dispensar un medicamento en lugar de otro equivalente e intercambiable a nivel de la farmacia y sin consultar al prescriptor”. A diferencia de los medicamentos genéricos, la sustitución automática no se considera apropiada para los medicamentos biológicos y en muchos Estados miembros de la UE se han desarrollado normas específicas al respecto. Así, en la UE priman los países que prohíben explícitamente la sustitución de biológicos originales por biosimilares por parte de los farmacéuticos (20 de los 31 países cuentan con leyes o normas que así lo establecen).

No es de extrañar que la sustitución esté prohibida en la mayoría de los países de la UE, ya que esta dificultaría el cumplimiento de los requerimientos de farmacovigilancia, no solo en lo relativo a la trazabilidad mencionado anteriormente, sino en la asignación de la relación causal en caso de reacción adversa. Por ello, se debe garantizar la adecuada identificación y trazabilidad del biosimilar en el circuito de prescripción, dispensación, administración y

en los registros pertinentes, pero también evitar cambios innecesarios que complicarían, en la notificación del caso, la atribución del efecto adverso a un medicamento concreto.

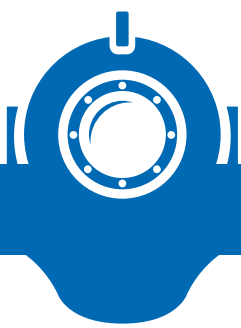
Además, existen otros factores adicionales que recomiendan la no sustitución: los efectos sobre la administración al cambiar el dispositivo, el impacto sobre la adherencia o las dudas que puedan aparecer ante un cambio de sustitución clínica después de un cambio de marca.

Por todos estos motivos, países como el Reino Unido, Alemania, Italia y España han impedido normativamente que los medicamentos biológicamente similares puedan ser sustituidos a nivel farmacéutico. Sin embargo, otros como Francia han sido más laxos, mientras que Portugal carece de una regulación específica al respecto. En el otro extremo, en Estonia y Polonia sí se produce una sustitución efectiva de biosimilares a nivel farmacéutico. Fuera de Europa, Japón y Australia no permiten la sustitución automática de biosimilares, mientras que en EEUU existe una alta variabilidad entre los estados que conforman el país, con muchos de ellos que sí lo permiten, a no ser que el clínico especifique lo contrario.

Es importante resaltar que en España la Orden Ministerial 2874/2007 y con posterioridad la Nota Informativa de la AEMPS de 24/4/2009 sobre “Medicamentos que no deben ser objeto de sustitución por otro medicamento con el mismo principio activo sin permiso expreso del médico prescriptor”, identifica a los medicamentos biológicos, incluidos los biosimilares, como no sustituibles. Esto implica que en nuestro país no puede existir sustitución del medicamento prescrito ni por el farmacéutico ni por comisiones de farmacia ni otras instancias similares, en ningún ámbito asistencial, sin permiso expreso del médico prescriptor. Esta idea se recoge igualmente en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos que menciona expresamente que “En el caso de los medicamentos biosimilares, se respetarán las normas vigentes según regulación específica en materia de sustitución e intercambiabilidad” (artículo 90.5 del texto refundido en el Real Decreto Legislativo 1/2015).

Por tanto, queda claro que la intercambiabilidad y especialmente la sustitución automática no son la norma en nuestro contexto, por este motivo creo que es importante que en España no se camine hacia marcos que solo están vigentes en países del este, por motivos estrictamente presupuestarios.

Presidente de la Fundación Weber



## Fronteras

Eduardo Rodríguez Rovira

Artículo publicado en: [https://www.65ymas.com/opinion/eduardo-rodriguez-rovira-fronteras\\_21237\\_102.html](https://www.65ymas.com/opinion/eduardo-rodriguez-rovira-fronteras_21237_102.html)

**E**l presidente Macron ha pedido recientemente una refundación del espacio de seguridad europeo de Schengen con el objetivo de luchar contra la inmigración clandestina, el tráfico mafioso de seres humanos y la amenaza terrorista yihadista. Se trata de reforzar el control de las fronteras, tanto europeas como nacionales.

¿Dónde realizó estas declaraciones ante la prensa? Justo en el límite de la frontera hispanofrancesa de Le Perthus-La Junquera. Francia recibe su inmigración ilegal indirectamente a través de las fronteras italiana y española, por lo que en realidad con este acto estaba reprochando a España su laxitud en el control de sus fronteras, que estaba perjudicando a Francia, muy sensibilizada en el tema por el recrudecimiento de ataques terroristas en su territorio realizados por terroristas provenientes de otros países europeos.

Si las contundentes declaraciones de Macron hubieran sido hechas por un político español la catarata de insultos por xenofobia habría inundado los medios.

Una de las reclamaciones más persistentes en relación con la pandemia actual ha sido la de atacar el llamativo descontrol de nuestras fronteras. Ha existido una terca oposición a realizar controles epidemiológicos en los aeropuertos españoles incluso en los momentos más críticos de la pandemia – los existentes más parecen una broma, por ejemplo la observación visual, mientras a los españoles se les exigían estas medidas prácticamente en todo el mundo. Se llegó a decir que el control epidemiológico en los ae-

ropuertos podría dañar el turismo, cuando este ha muerto por falta de las más elementales normas de control, como esta de los aeropuertos. Por fin a los 9 meses del desencadenamiento de la pandemia se exigirá PCR negativo a los viajeros que procedan de países de riesgo.

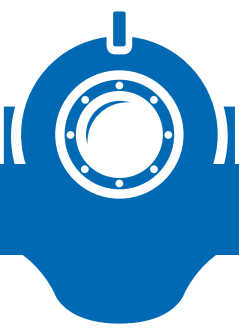
El tratamiento de la inmigración clandestina en nuestro país desde el punto de vista epidemiológico, olvidando el político, deja mucho que desear. Sucedió lo mismo hace unos meses con la inmigración legal de los temporeros del campo, que iniciaron en Aragón el contagio que todavía la castiga.

En un puerto del norte los ferrys de una compañía extranjera tuvieron que cambiar su base a otro puerto por las quejas provocadas por la invasión continuada de polizones (¡varios cientos de inmigrantes ilegales al año!) que querían pasar a otros países de Europa, por cierto una válvula de escape para que esta inmigración no nos perjudique como podríamos temer y que explica la reacción de Macron.

Tratamos de favorecer el turismo de nuestras islas afortunadas creando con varias naciones europeas corredores seguros pero lo que está sucediendo es la existencia de un corredor seguro de inmigrantes ilegales, que no sé cómo se podrá compatibilizar con el de los legales, en un espacio tan limitado y cerrado como las islas.

Pero ¿por qué vamos a preocuparnos de nuestra fronteras de país, si ni siquiera protegemos las fronteras de nuestras propias casas, que pueden ser asaltadas casi impunemente por okupas?

Presidente de Honor de CEOMA y  
Fundación Edad&Vida



# DIÁLOGO sobre “Enfermedades Raras: pacientes, clínicos y Administración”



Esta Mesa Redonda tuvo lugar el pasado 11 de noviembre del 2020.

Las enfermedades raras han sido definidas por la Comunidad Europea como todas aquellas patologías que se presentan con una prevalencia inferior a 5 casos por cada 10.000 habitantes en la Comunidad y presentan altos niveles de mortalidad y discapacidad.

Asociado a este término se encuentra el de medicamento huérfano, que se aplica a todos los fármacos que son utilizados para el tratamiento de las enfermedades raras.

A pesar de que la concienciación sobre los problemas que presentan las enfermedades raras se ha incrementado en estos últimos años, y de que las decisiones asumidas por las administraciones, así como la actividad internacional desarrollada ha sido muy importante, toda-

vía hoy en día se escuchan a nivel poblacional preguntas generales del tipo de: ¿qué es esto de las enfermedades raras?, ¿existían antes, o es algo de aparición nueva?, ¿por qué tanta atención de los medios de comunicación?, ¿realmente no están atendidas y se requiere algo especial para ellas?, que demuestran la falta de información existente sobre estas patologías.

Por su parte, los profesionales de la salud también comparten estas preguntas de carácter general, aunque añaden otras que implican más especialización. Cuestiones como ¿cuántas enfermedades existen?, ¿cuáles son?, ¿dónde están los especialistas, la información sobre su distribución, origen, etc.?, ¿existen centros especializados?, ¿cómo se van a poder tratar todas las enfermedades raras en un cen-

Patrocinado por





tro?, ¿debe la salud pública preocuparse por un tipo de enfermedades que afectan a poca población y a familias con una carga genética específica?, etcétera.

Son, entre muchas otras, preocupaciones que suelen estar en todos los foros tanto de las administraciones sanitarias como de las sociedades científicas e incluso de los investigadores.

El concepto de enfermedad rara se acuña por primera vez en Estados Unidos en los años ochenta y siempre ligado a otro concepto, al de medicamentos huérfanos. Rápidamente estos términos se extienden por otros países como Australia y Japón. A Europa llega de forma oficial en el año 1999, con la promulgación del Plan de Acción de Enfermedades poco Comunes de la Comunidad Europea, seguido del Reglamento de Medicamentos Huérfanos lanzado a comienzos del año 2000. Todos estos países agrupan bajo el concepto de enfermedad rara las enfermedades de baja prevalencia, utilizando en cada uno de ellos una definición de prevalencia distinta.

Bajo el término de enfermedad rara se incluyen de forma mayoritaria las enfermedades de origen genético, y dada la eclosión de nuevos hallazgos y variantes genéticas, no es extraño que se ofrezcan cifras de entre 5.000 y 7.000 enfermedades diferentes. Sin embargo, no existe una única lista de estos miles de enfermedades raras, y en realidad nadie sabe cuántas son, porque, aunque parezca extraño, existen diferentes formas de entender qué es una enfermedad (entidad clínica, fenotipo evolutivo, mismo fenotipo, pero con distinta etiología, clasificaciones en función del órgano afectado, etcétera). Por ello, no es de extrañar que estemos tratando un problema cuyo marco es impreciso, y cuya información, en términos de dimensión del problema, es todavía escasa. El término es relativamente joven, y el desarrollo del mismo no está siendo armónico, ya que se están poniendo muchos esfuerzos y recursos en el análisis de los mecanismos biológicos, y muchos menos en la parte más conceptual del problema.

Muchas de estas patologías aparecen durante la edad pediátrica, lo que no significa que no existan adultos con las mismas. En realidad, se habla de que el 80% se inician en las edades infantiles, pero cuando se explora la morbilidad de estas patologías se encuentran grandes bolsas de pacientes en edades medias, e incluso en edades avanzadas. Sin duda, la ele-

vada mortalidad de algunas de las enfermedades infantiles, como malformaciones graves, o enfermedades genéticas graves, pueden desempeñar un papel en esta doble visión sobre el rango de edades de la incidencia y el rango de edad donde se observa la mayor prevalencia.

Además, se calcula que padecer una de estas patologías en el seno familiar supone dedicar ella hasta el 30 por ciento del presupuesto doméstico. Con la crisis esta situación obliga a algunos casos a elegir entre comer y pagar los tratamientos, fármacos, fisioterapia o tratamiento psicológico, etcétera. La complejidad de estas enfermedades de baja prevalencia crea problemas de muy diversa índole. Para tratar todos estos temas, New Medical Economics a través de su Canal Online organizó una mesa redonda en colaboración con Chiesi titulada "Enfermedades raras: pacientes clínicos y Administración", centrada en Galicia. Participaron en este diálogo: Jorge Aboal Viñas, director general de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS); Isabel Botana Torres, trabajadora social de la Federación Gallega de Enfermedades Raras y Crónicas (FEGERC); Carmen Durán Parrondo, directora general de Salud Pública del SERGAS; Carmen López Rodríguez, directora sociosanitaria y responsable del Servicio de Acogida de FEGEREC; y Francisco Martínez Jiménez, gerente de Relaciones Institucionales de Chiesi España S.A. El encuentro estuvo moderado por José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*.

El primer tema que se trató en la jornada fue la situación actual en el abordaje de las enfermedades raras a nivel gallego, así como los puntos fuertes y mejoras. Aboal contó cómo tomó conciencia de las enfermedades raras hace ya cinco años a través de una reunión con Carmen López. Para él, esa entrevista marcó un punto de inflexión y se pusieron a trabajar en tres pilares importantes: establecer mecanismos ágiles para el acceso a la innovación terapéutica y que en Galicia no hubiera dificultad a la hora de prescribir medicamentos huérfanos; elaborar un registro de enfermedades raras (RERGA); y un Plan Gallego de Enfermedades Raras".

Según Isabel Botana se ha avanzado mucho en la implicación de todos los agentes que intervienen en las enfermedades raras. Como puntos fuertes destacó la ayuda a la profesionalización de las asociaciones, que los profe-

sionales sanitarios y sociosanitarios tienen más interés por adquirir conocimientos y formarse, y el cambio de papel en el paciente, “ahora más activo, exigente y con más conocimiento”. En cuanto a las mejoras, Botana dijo que una necesidad que hay es “la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, tanto en Primaria como en Especializada, pero también entre el ámbito social y sanitario”. La trabajadora social de FEGEREC abogó por crear un espacio sociosanitario donde pueda conjugarse esta necesidad ya que “muchas veces no hay un tratamiento, pero sí que con unas prestaciones puedes darle al paciente una mejor calidad de vida”.

Por su parte, Carmen Durán centró su intervención en tres conceptos: multidisciplinar, trazabilidad y eficiencia del tiempo. “Tenemos que contar con todos los agentes que están implicados en enfermedades raras: rehabilitación, fisioterapia, logopedia, trabajo social, psicología...tenemos un reto importante en cuanto a la coordinación de estos agentes”. Para Durán otro gran reto es tener un gestor de casos que optimice la calidad asistencial y “que sea capaz de aunar el mayor número de citas posibles en el menor número de días u horas posibles”. La trazabilidad es otro de sus retos: “no podemos permitir que el paciente con enfermedad rara se pierda en el sistema sanitario”.

Para Carmen López es un motivo de orgullo el tener a profesionales en el SERGAS trabajando en enfermedades raras, “el RERGA va mucho más allá de los registros que conocemos de otras autonomías”. López matizó en los puntos a mejorar el tema de la coordinación y pidió “que hagan viajar el conocimiento, que se comparta información y se dé una comunicación fluida entre CSUR y los centros sanitarios de seguimiento, sobre todo cuando comparthen pacientes”.

En el lado de la industria farmacéutica, Francisco Martínez indicó que Chiesi hace una apuesta por las enfermedades raras como un elemento de responsabilidad corporativa. Otro aspecto que le preocupa a la compañía es hacer llegar la investigación “tenemos que encontrar vías para llegar al paciente, con una innovación que muchas veces no es comprendida, pero que realmente aporta unas veces en mejora clínica de la enfermedad y otras en mejora de calidad de vida que creo no está debidamente valorada en muchas ocasiones”.

José María Martínez quiso saber cómo se aunaba en Galicia las diferentes disciplinas en el tratamiento de las enfermedades raras. Ante esta pregunta, Carmen Durán explicó que en Galicia tienen modelos diferentes en función del área sanitaria, “tenemos tres hospitales de tercer nivel especializados”. Según la experta se debería hablar de fisioterapia, rehabilitación, terapia ocupacional, logopedia... “En este aspecto se ha trabajado mucho desde el SERGAS, pero nos falta dar el paso de adaptar la rehabilitación a las características de una paciente con una patología minoritaria, lo que implica un conocimiento y una formación muy importante”. Para Durán es complicado dar toda la formación adecuada de cada una de las patologías, “no perdamos de vista que hablamos de enfermedades minoritarias pero el volumen de pacientes es importantísimo”. “Estoy convencida de que con una visión distinta de la rehabilitación vamos a poder llegar a mucho más de donde estamos llegando hoy”, añadió.

En este sentido, Carmen López piensa que en Galicia juegan con ventaja porque el movimiento asociativo se ha profesionalizado mucho, “hay muchísima experiencia, formación de muchos años y además tenemos una colaboración muy fluida y flexible con la Administración autonómica y provincial. Nos permite saber lo que tenemos, de lo que carecemos y sentarnos juntos a intentar mejorar la situación”. La directora sociosanitaria de FEGEREC también pidió un esfuerzo por parte del ámbito civil, “en las asociaciones de pacientes tenemos que ser generosos entre nosotros, contamos además con profesionales con experiencia y podemos en colaboración con la Administración trasladar la experiencia a los profesionales que trabajan en el ámbito público”. Además, dijo que “hay que trabajar en colaboración con el ámbito privado”.

Francisco Martínez recibió los comentarios de sus predecesores como un estímulo, “hemos de ser capaces de encontrar la mejor forma de comercializar las nuevas terapias y en Chiesi estamos decididos a seguir trabajando ahí y a buscar nuevas soluciones”. A Jorge Aboal le parece que todo lo que sea mejorar el servicio a los pacientes “bienvenido sea”. En este punto, Aboal abogó por la priorización, “tenemos que priorizar nuestros recursos porque la demanda es ilimitada, pero los recursos no. También hay que priorizar aquellos tratamientos como logopedia, rehabilitación, fisioterapia...”



en qué colectivos hay evidencia científica que es más efectivo”.

Isabel Botana cree que resultaría muy difícil desde el sistema público dar cobertura a todas esas atenciones, “la mayoría de los pacientes complementan esa atención con centros privados o asociaciones, que estamos para complementar allí donde el sistema sanitario público no llega”.

En esta mesa redonda también se puso de manifiesto el diagnóstico precoz y el diagnóstico genético en enfermedades raras. Carmen Durán afirmó que “vamos a disminuir los tiempos diagnósticos, es uno de los objetivos”. Durán continuó diciendo que “estamos utilizando herramientas de big data y tecnológicas como ayuda a los clínicos para que puedan realizar un diagnóstico antes o que tengan una presunción diagnóstica y que en base a eso puedan realizar las pruebas pertinentes”. La directora general de salud pública del SERGAS añadió que ya están dando cursos de formación a pediatras y médicos de AP para que ante un determinado tipo de pacientes sospechen que puede ser una enfermedad rara”. En cuanto al diagnóstico genético, Durán dijo que son referentes en Galicia junta a dos comunidades, pero les falta dar el paso hacia un consejo Genético. Desde la Dirección General de Salud Pública van a intensificar los cribados en enfermedades raras, siempre y cuando haya evidencia científica detrás, “hemos iniciado un camino imparabile”.

“Los cambios sociosanitarios, innovaciones terapéuticas y diagnóstico han supuesto una mejora significativa”, dijo Carmen López. También señaló que les gustaría que la sensibilización y concienciación en cuanto a enfermedades raras estuviera más generalizada en el personal sociosanitario y ciudadanía, destacando el gran papel de FEDER en la visibilidad y sensibilización de estas enfermedades. Francisco Martínez también quiso opinar en este aspecto: “cuanto más específico sea el diagnóstico y la identificación, más fácil será que

las soluciones que aportamos desde la industria den el máximo beneficio”.

El siguiente tema que se puso de manifiesto fue la labor de los medios de comunicación en las enfermedades raras. Isabel Botana considera que hacen un papel importantísimo en cuanto a sensibilizar y dar difusión, pero les pidió que contrasten mejor la información “a veces puede hacer mucho daño y utilizan estas enfermedades para un bien personal y no lícito”. El gerente de relaciones institucionales de Chiesi cree que el Día de las Enfermedades Raras es cada día, “si somos capaces de magnificar esos pequeños pasos que damos en cada una de las patologías el eco es enorme”. Carmen López insistió en que “lo que no se ve no existe”, además dijo que los periodistas tienen que asumir la responsabilidad de lo que comunican.

Para finalizar este encuentro, José María Martínez quiso hablar sobre la figura del gestor de casos. En este ámbito Durán analizó la ruta asistencial del paciente con enfermedad rara, ante lo que le parece imprescindible un gestor de casos “esta persona guía de la mano al paciente en el hospital y le gestiona las citas en colaboración con el servicio de admisión para aunar el máximo número de citas en el menor número de días posibles. Hay dos hospitales que ya disponen de esta figura en Galicia y la idea es ampliarlo a todo el SERGAS. “Es intentar que los profesionales se mueven en vez de el paciente”, subrayó. A su juicio, existen colaboraciones con otras comunidades autónomas en cuanto a CESUR, pero la experta cree que hay que dar un paso más “trabajar en red y compartir conocimiento, a nivel nacional o europeo”.

Carmen López cree que es fundamental la figura del gestor de casos “mejora la confianza, disminuye los tiempos y sobre todo mejora el ámbito emocional y de salud de las familias, les hace además valorar incluso más el sistema que les atiende”. Tras su experiencia clínica consideran como figuras fundamentales como posibles gestores/as de casos, el/la especialista en medicina interna (dentro de la atención hospitalaria) y el pediatra/médico de primaria (coordinación entre el nivel de atención primaria y especializada).

Francisco Martínez manifestó de nuevo el compromiso de Chiesi en buscar las mejores soluciones en las áreas en las que están trabajando y en permitir el acceso a los nuevos tratamientos.





## RRHH - GESTIÓN DE PERSONAS



### Con “T” de Tontos

Jaime Puente y C.

*“Antes que te des cuenta, la población de abuelos será mayor que la de nietos, las clases medias de Asia y el África subsahariana superarán a las de Occidente, la economía global estará impulsada por consumidores que no serán occidentales, habrá más robots que trabajadores, más monedas que países, más ordenadores que cerebros humanos. Estas tendencias ya están en marcha. Pero en una década convergerán y entonces todo cambiará”. (2030: How today´s Biggest Trends Will Collide and Reshape the Future of Everything. Mauro F. Guillen)*

**S**egún la OMS, en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud, entre los años 2000 y 2050, la población de los habitan-

tes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 al 22 por ciento, es decir, llegará a alcanzar, en valores absolutos, los 2.000 millones de personas. De hecho, en la próxima década la generación más numerosa del planeta será la de personas mayores de 60 años, que por cierto suelen ser las personas más ricas. En Estados Unidos este colectivo posee el 80 por ciento de la riqueza de su país.

El pasado mes de octubre conocíamos la iniciativa del fiscal jefe de Salamanca que planteaba que los conductores mayores de 70 años dispusieran de un distintivo especial con la letra “M” (de mayor) en la parte trasera del coche, para advertir al resto de conductores sobre quién maneja el vehículo, de igual modo



que los noveles deben llevar obligatoriamente la letra “L”.

Es cierto que, a medida que pasa el tiempo, se pierden reflejos, agilidad y se produce una disminución sensible de visión y oído, que aún nos permiten seguir conduciendo tras pasar los exámenes correspondientes que así lo acreditan.

Como casi siempre la generalización es peligrosa. Tener más de 60 o 70 años no debería ser una cualidad temporal que estigmatice a las personas, ya que hay otros muchos colectivos que, con menos edad y sin tener disminuciones básicas para conducir, lo hacen de manera imprudente o inconsciente, poniendo en riesgo al resto de conductores. Posiblemente a estos colectivos, también deberían examinarlos y ponerles una “T” de Tontos, porque teniendo grandes ventajas y condiciones se comportan como tales, incluso propondría que esa “T” de tonto, se le cuelgue en la solapa para poder identificarles cuando van por las calles o en transporte público, y más en estos momentos de pandemia cuando pasean sin mascarilla o se juntan en fiestas clandestinas, para celebrar que son distintos.

He leído también que el líder del ultraconservador partido Ley y Justicia dominante en Polonia desde el año 2015, ha propuesto como medida para salvar la vida de los mayores, que estos dispusieran de dos horas para salir a la calle de 10 a 12 de la mañana y que el resto del día permanecieran en sus casas.

No dudo de la buena voluntad del gobierno polaco en proteger a los mayores, guardándoles en sus casas, y despejar el tráfico urbano en calles, comercios, parques o zonas de recreo en beneficio de otros colectivos que posiblemente también conviene cuidar mucho, pero esto es dar ideas de segmentación de población por cuestión de edad y si funciona bien, por qué no seguir con estos horarios una vez que la pandemia haya pasado. También les pondría otra “T” de tontos si se les ocurre mantener esta medida.

Pero aumenta mi preocupación cuando leo las declaraciones de la jefa de Epidemiología clínica del Centro Médico de la Universidad de Leiden (Países Bajos,) Frits Rosendaal, cuando habla de que el colapso en los hospitales de España e Italia se debe a la “posición cultural” que ocupan los ancianos en nuestras sociedades, a los que se trata de salvar la vida a cualquier precio. Mientras que en los hospitales flamencos y holandeses se les selecciona con lupa, están dando directivas y guías a sus sanitarios para que se piensen dos veces trasladar a un centro médico a los ancianos contagiados por coronavirus para “prevenir su

sufrimiento” y no saturar los hospitales... Posiblemente por eso España se está convirtiendo en el retiro dorado de sus mayores, huyendo del triaje (I) de sus países. Otros que merecen la “T” de tontos.

En España se aplica el triaje como clasificación o priorización de pacientes que llegan a centros médicos generalmente públicos, porque los privados tienen unas clasificaciones distintas. Y aquí volvemos a dar en la diana con las personas mayores de 60 años, que a medida que cumplen años, ven incrementadas sus cuotas médicas en entidades de salud privadas de forma mayúscula, es decir, si usted no quiere tener que someterse al triaje, pague.

En España, 10,3 millones de personas están cubiertos por un seguro de salud privado. De ellos, según la patronal del seguro, 8,4 millones lo contratan como complemento a la sanidad pública y 1,8 millones son asegurados de mutualidades de funcionarios de la Administración Central del Estado. Pagar más por la salud y tener menos rentas por prestaciones de jubilación, hacen que la renta disponible por persona mayor de 60 años se reduzca de manera significativa, así que, entre renunciar a comer y a la sanidad privada, deciden volver a someterse al triaje de la sanidad pública, dedicando otros recursos económicos a mejorar su calidad de vida.

Las empresas y administraciones públicas que no sean sensibles a las necesidades de los llamados “M” de mayores, deberían de identificarse con la “T” de tontos, pero muy tontos, porque no tienen en cuenta el rédito económico y político que pueden dar 2.000 millones de personas, que poseen el mayor mercado singular del planeta, que tienen recursos, que se adaptan a las tecnologías, no solamente en desplazamientos, sino en compras online, en la robotización de las viviendas, en las ayudas y tratamientos que además de producir mas longevidad y salud, hacen de que este colectivo deba ser tenido en cuenta y tratado más como inversión que como un mero gasto amortizable.

1. *El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. Desde que este término comenzó a utilizarse en las batallas napoleónicas persiste como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes.*

Socio director de Besideu

[jpuente@besideu.es](mailto:jpuente@besideu.es)



# Transparencia y coronavirus: dar validez a la transgresión de valores

Elisa Herrera Fernández

**S**i recordamos un pasado, bastante reciente, nos llegó la declaración de estar en Estado de Alarma cuando entró en vigor, a través del Real Decreto 463/2020. Y con este Real Decreto, de técnica legislativa y fondo jurídico más que cuestionable en muchos aspectos, ha llegado la era del oscurantismo de las instituciones y poderes públicos. En definitiva, el Estado de Alarma llevó a dejar suspendida, la “Ley 19/2013 de 9 de diciembre de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno”. Esta norma del 2013, con rango de Ley, y de ámbito nacional tienen un título claro y contundente, que ha quedado “congelado” gracias al COVID-19. Si bien carecía de fundamento jurídico esa suspensión. Estamos en un Estado de Derecho, lo que parece que se ha olvidado, o peor, se usa de forma “sutil”.

Si hacíamos un ejercicio, en el período comprendido entre la declaración del Estado de Alarma y su finalización, como ciudadano o interesado, de mandar una solicitud de acceso a la información, al enviar la solicitud, recibíamos de inmediato este texto:

“Le informamos que, de acuerdo con la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Se suspenden términos y se interrumpen los plazos para la tramitación de los

procedimientos de las entidades del sector público. El cómputo de los plazos se reanudará en el momento en que pierda vigencia el presente real decreto o, en su caso, las prórrogas del mismo”.

Resumen, los plazos: suspendidos. Por tanto, no se va a tramitar esa petición hasta que el país recupere la normalidad, si es que a día de hoy eso está cercano, o quizás con el atasco que hay por procedimientos y expedientes paralizados, nunca se tramite, o tarde, muy tarde. Que es lo que está ocurriendo. Pues lo cierto y verdad es que debemos tener claro que una cosa es la lucha por la salud, la necesidad de una adecuada gestión sanitaria, y la prioridad indudable de la salud, y otra que esta prioridad no tiene justificación ninguna para que afecte a la transparencia, que en definitiva es un ataque al Estado de Derecho.

Olvidemos los plazos que las normas vigentes han establecido hasta ahora, para transparencia o para cualquier otra materia.

Vivimos bajo la opacidad de la información sujeta por el paraguas del llamado, por el Derecho “expediente tramitado bajo necesidad y urgencia”. De modo que las obligaciones legales quedan como los plazos suspendidos.

En un Estado de Derecho como el nuestro, el deber de saber del ciudadano, como derecho fundamental que es, además, para que pueda



adoptar las medidas oportunas y exigir responsabilidades a los políticos, como responsables de la “gestión de lo público y el bien común”, ha desaparecido.

El nuevo estado de alarma ha entrado en vigor en todo el país desde su publicación en el BOE en forma de Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre. El día 25 de octubre a mediodía, el Consejo de Ministros extraordinario había aprobado este segundo estado de alarma del año.

A diferencia del estado de alarma declarado el pasado 14 de marzo, la nueva regulación no otorga el mando único al Ministerio de Sanidad. Tampoco conlleva confinamiento domiciliario ni restricciones específicas para todo el país. Lo que ha querido establecerse en esta nueva declaración es un soporte jurídico para que las comunidades y las ciudades autónomas puedan adoptar las medidas restrictivas para luchar contra la expansión de la pandemia que supongan una limitación de derechos fundamentales. Una limitación de libertades y derechos fundamental que jurídicamente tendría mucho de discutible y si el instrumento jurídico es el apropiado.

Somos muchos los juristas que hemos planteado que más que nunca debe respetarse el principio de transparencia. Contra la suspensión de los plazos administrativos y contra la olvidada obligación de mantener el valor de la transparencia y el derecho de acceso a la información. De hecho, ahora, más que nunca, la transparencia es el momento de la transparencia.

Aún estamos en la marea del nuevo real decreto, y sobre este tema seguramente se dejará la responsabilidad a cada comunidad autónoma. Tocaré esperar para analizar el resultado de todo esto, pero no cabe duda que la transparencia está realmente afectada. No vamos en este artículo hacer análisis jurídico de las nor-

mas pues no es lo que se pretendemos sino simplemente hacer una llamada de atención.

Por supuesto, la declaración del Estado de Alarma nunca puede excluir la obligación del Gobierno de “rendir cuentas” al Consejo de Ministros. Entre otros.

En realidad, ese rendir cuentas es también rendir cuentas ante los ciudadanos, la sociedad.

La interpretación restrictiva, que con la “excusa” del estado de alarma se está haciendo sobre toda normativa vigente que no se ajuste a lo deseado, unida a la decisión, es evidente que trasgrede los principios democráticos y constitucionales y el valor que el Estado de Derecho otorga a la transparencia.

Curiosamente, el propio Consejo de Transparencia no alzó en su momento su voz para atender esta circunstancia.

Actualmente, todo trámite u órganos o entidad que tenga relación con la Administración sea sobre el tema o asunto que sea va con retraso, al gestionado o suspendido. Y no solamente esto afecta a los tribunales de justicia, sino a toda la Administración. Y la transparencia como valor ético ¿dónde está?

No es banal el escenario creado y cómo juegan sus protagonistas. Sí, desde luego, nadie discute la existencia del virus y de la crisis sanitaria, que hay que atender y atajar, y gestionar, pero la declaración del estado de alarma, y solo pretendemos llamar la atención sobre ello, no puede eliminar el ordenamiento jurídico y desde luego menos la transparencia y el deber de información.

Socio Director de APMANGES (Abogacía, psicología, mediación, auditoría, gestión empresarial)

elisa.herreraf@icam.es





## *Especialistas en un modelo de salud sostenible*

*En Ribera Salud queremos garantizar el acceso universal a un servicio de salud integrado y sabemos hacerlo de manera sostenible.*

*En Ribera Salud apostamos por gestionar la sanidad de un modo distinto, aportando valor a la sociedad.*

*Bienvenidos a nuestro modelo de gestión sanitaria responsable.*

Descubre nuestra gestión responsable de los recursos públicos en:  
<http://www.riberasalud.com/portal-del-ciudadano/>

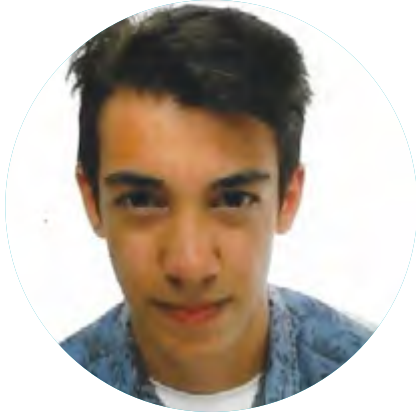
**riberasalud.com**



**ribera salud grupo**



## REFLEXIONES SALUDABLES



### Próxima parada, la vacuna

Carlos Lázaro Madrid

**E**n las últimas semanas hemos tenido más datos sobre la efectividad de algunas de las vacunas desarrolladas contra el COVID-19, y hemos conocido los primeros plazos de vacunación. Todo ello atestigua que estamos más cerca de poder acabar con esta pesadilla, y poder volver a la que era nuestra verdadera normalidad.

La primera en anunciarlo fue la farmacéutica Pfizer asegurando una efectividad del 90%, y poco después se unió la farmacéutica Moderna elevando un poco más el umbral de eficacia, situándose en el 94,5%. Pero estas no son las únicas vacunas que existen, otras siguen desarrollándose en los laboratorios de distintos países, incluido el nuestro.

De seguir así el año 2021 podría ser el preludio del fin del coronavirus. Pero mientras tanto hay que seguir cautos, y seguir apostando por lo que el gobierno de España llamó las regla de la "M": lavado de Manos, Mantener las distancias, y hacer uso de la Mascarilla.

Pero con lo nuevo ocurre siempre una cosa, o atrae o asusta. Un ejemplo de esto fue la llegada del ferrocarril a los Estados Unidos, que causó una ola de alarmismo, muchas voces señalaron que este medio nuevo de transporte podría provocar daños en la retina y problemas en la respiración por su alta velocidad, que en aquel entonces rondaba los escasos 30 kilómetros por hora. Con las vacunas ocurre lo mismo, mientras unos confían firmemente en

la ciencia y se la administrarían cuando fuesen llamados a vacunarse (el 32,5% según la última encuesta del CIS), otros se muestran reacios a está.

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) un 55,2% prefiere esperar un tiempo a ponérsela, y un preocupante 8,4% no se la pondría nunca. Pero los datos llaman rotundamente la atención, pues en la última encuesta del 12 de noviembre, un 36,8% de los encuestados estaba dispuesto a vacunarse inmediatamente cuando saliese la vacuna, con un 47% optaba por esperar un poco. A medida que se conocen más detalles de los posibles plazos de una vacunación en masa y de su eficiencia, parece que la ciudadanía no tiene tan claro lo de vacunarse.

Los motivos son de todo tipo, desde ciudadanos que apelan a la prudencia; a todo tipo de teorías dispares con tintes conspiranoicos que señalan que en esa vacuna se introduciría un supuesto chip para controlar el comportamiento humano, u otras aún más variopintas que dicen que las vacunas han sido creadas con tejidos de fetos abortados.

Reino Unido ha comenzado la vacunación masiva entre su población, y en España todo parece indicar que esta comenzará en enero.

Ante este panorama cabe la duda de si en el Estado existen mecanismos que puedan hacer obligatoria una vacunación en masa para

toda la población, o si esto colisionaría con derechos fundamentales de las personas.

Con respecto a esta cuestión hay un dilema jurídico interesante, donde entran en conflicto los derechos a la integridad física y moral de las personas, el derecho a la libertad ideológica y religiosa, y el derecho a la intimidad y privacidad, que colisionan con el derecho a la protección de la salud y el derecho a la vida.

Pero hay un resquicio legal donde podría entrar una vacunación obligatoria, y es el ya antiguo y desfasado Decreto de 26 de julio de 1945 por el que se aprueba el Reglamento para la lucha contra las Enfermedades Infecciosas, Desinfección y Desinsectación, aún vigente, que en su artículo 22 en términos genéricos contempla que “Cuando las circunstancias lo aconsejaren, y con ocasión de estado endémico o epidémico o peligro del mismo, los Jefes Provinciales de Sanidad podrán imponer la obligatoriedad de determinadas vacunas sancionadas por la ciencia”.

Que de usarse se podría aplicar bajo el paraguas del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, que establece en supuestos de crisis sanitaria “la Autoridad competente podrá adoptar por sí, según los casos, además de las medidas previstas en los artículos anteriores, las establecidas en las normas para la lucha contra las enfermedades infecciosas (...)”.

Otra opción, y con rango de Ley, sería la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que en su artículo 2 señala que “Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas (...)”. En obligada conexión con el artículo 3 del mismo cuerpo normativo, que haría que “Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, (...) [pudiera] adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible”. Esto unido a que la vacunación no consistiría en “(...)un trato inhumano o degradante” (Auto del Juzgado de lo Contencioso Administra-

“

Cabe la duda de si en el Estado existen mecanismos que puedan hacer obligatoria una vacunación en masa para toda la población, o si esto colisionaría con derechos fundamentales de las personas

”

tivo nº5 de Granada, del 24 de noviembre de 2010) haría legal la vacunación obligatoria para aquellos que se negasen a realizarla. Además, en el país existe jurisprudencia en este sentido, el conocido caso de 35 niños de Granada cuyos padres se negaron a que fuesen vacunados con la vacuna triple vírica ante un preocupante brote de Sarampión.

Aunque exista tal posibilidad, hay profesionales de salud que creen que la obligatoriedad de la vacunación podría tener “efectos contra-productivos”, cómo asevera la jefa de epidemiología del Vall d'Hebron, Magda Campins, o el propio ministro de Sanidad Salvador Illa, aunque esta posibilidad no se descarta en un futuro según avance la situación sanitaria.

Si queremos acabar con esta situación habrá que confiar otra vez en la ciencia, la cual nos salva día a día de distintos apuros y ha salvado millones de vidas. La viruela acabó gracias a una vacuna, y el fin del coronavirus será gracias a ella.

Estudiante de Derecho por la Universidad de Zaragoza  
clazaro926@gmail.com



## ENTREVISTA

**José F. Soto Bonel, Presidente de SEDISA  
(Sociedad Española de Directivos de la Salud)**

**“En estos cuatro años podemos dar un  
impulso definitivo a la profesión”**



*Tras ganar las elecciones de SEDISA, José F. Soto Bonel está muy ilusionado y con muchas ganas de trabajar en este nuevo proyecto profesional. En esta entrevista online que ha concedido a New Medical Economics hemos podido conocer un poco más sobre él y los proyectos que quiere llevar a cabo con la Sociedad.*



## ¿Qué le motivó a presentarse a los comicios de SEDISA?

Yo era vicepresidente de la Agrupación Territorial de SEDISA en Madrid con un compañero, Felix Bravo, que murió, él era el presidente. Cuando en la agrupación se nos dice que Joaquín Estévez ya no va a seguir más por mandato estatutario y tiene que dejar su presidencia, Félix planteó a los miembros: “¿y si nosotros proponemos a alguien a la junta directiva SEDISA?”, pensando que como en otras ocasiones pasaba, solo iba a haber una candidatura. Cuando plantearon a alguien dijeron mi nombre, Felix Bravo habló con Joaquín y de ahí surgió aquello. Más adelante, apareció otro candidato que mostró interés, Modoaldo. Nos juntamos los dos e intentamos hacer una única candidatura que no salió adelante. Entonces, ahí yo empiezo a plantearme dejar fluir solo a Modoaldo y empezaron a venirme apoyos de la propia Junta Directiva y lo llevé adelante.

## ¿Cómo afronta esta nueva etapa como nuevo presidente de SEDISA?

Primero con ilusión porque yo he participado en la Junta Directiva de SEDISA en esta última etapa durante cuatro años y yo sé que en la Junta Directiva de SEDISA hemos hecho muchas cosas, muchas, hemos duplicado el número de socios, hemos definido un plan estratégico que lo hemos seguido y evaluado con indicadores, hemos introducido formas de gestionar profesionales en la propia sociedad y le hemos dado un impulso al conocimiento que el sector tiene de lo que son los directivos. Y la ilusión es que esto pueda seguir así y eso depende de que en la Junta Directiva sigamos comportándonos con profesionalidad en la gestión de la propia sociedad. Esto tiene que dar sus frutos. Yo creo que en estos cuatro años podemos dar un impulso definitivo a la profesión. Y también sabiendo que tenemos muchísimo de los que nos han votado y no los podemos defraudar. Y si no los podemos defraudar, hay que hacer las cosas bien. Hacer las cosas bien de cara a los socios, promoviendo la participación de los socios, en la transparencia de las decisiones, que no significa que no hayamos tenido participación, transparencia, etcétera. Pero potenciando más eso, haciéndolo ostensible y buscando más socios con nosotros. Buscando más comunicación entre nosotros y los socios, aprovechándonos de las tecnologías. En definitiva, afronto esta nueva etapa con ilusión y responsabilidad.

## ¿Cuál va a ser la primera medida al frente de SEDISA?

Tres días después de haber sido elegido presidente de SEDISA anuncié ya un punto que me parece importante, que es la creación de

un grado en gestión sanitaria por parte de una universidad española. En este caso se ha apuntado rápidamente la Universidad Europea. Ya he iniciado el trámite para hacerlo y nosotros estamos trabajando en ello.

Lo más probable es que este próximo año estemos en trámites y ya lo empecemos en el 2022, ese es el plazo serio que barajamos. Esa es la primera medida. La segunda medida es que vamos a articular SEDISA en todas las comunidades autónomas. Es decir, van a aparecer 19 SEDISAS en cuestión de un par de meses. 17 en comunidades autónomas y dos en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Hay un potencial importante en que los socios que estén en comunidades autónomas agrupados en los mismos equipos, en la misma responsabilidad, trabajen juntos para que SEDISA avance. Y SEDISA avanzará al ritmo que la Junta Directiva impulsemos y al que impulsen todas las juntas directivas de las agrupaciones territoriales. Y después tendrán absoluta libertad para plantearnos a la Junta Directiva alianzas estratégicas, incluso entre ellos. Ahora está pasando con la Agrupación de Asturias y la de Cantabria han decidido ir juntos para tener un tamaño adecuado. Independientemente de que haya en Asturias una y en Cantabria otra, pueden actuar juntos. Pero habría 19 interlocuciones con las autoridades y con las empresas implantadas en las diferentes comunidades autónomas del sector y con otra para dar más vitalidad y movimiento a SEDISA. Esas dos son las dos primeras medidas que vamos a llevar a cabo.

## ¿Y su principal objetivo?

El principal objetivo y el leit motiv de SEDISA es la profesionalización y por tanto es la mayor capacitación de los directivos a cualquier nivel: macro, meso y micro. Es el mayor dominio de las competencias requeridas en cada puesto. Eso y el reconocimiento inherente a las condiciones que cada uno demuestra y cada uno tiene el reconocimiento de nuestras autoridades y de nuestros “contratadores” públicos a esta profesionalidad. Y, por tanto, un esquema de acreditación de directivos para que cada uno sepa qué nivel de complejidad tiene el puesto que convoca y qué requerimiento tiene en cuanto a nivel de manejo o de competencias adquiridas ahí.

Añadido a otras cosas, a que tenemos que buscar cantera, tenemos que promocionar esta profesión, promocionarla entre los jóvenes para que sepan que entrar a trabajar en esta profesión merece la pena porque es gratificante: estás mejorando la salud y estás mejorando el mundo y, por tanto, también tiene un sentido de trascendencia importante.

## **¿Qué planes tiene inmediatos para la mejora en la formación de los gestores españoles?**

Seguimos con la formación posgrado de todo tipo: cursos pequeños, máster, seminarios, ... Para ello tenemos una herramienta nuestra importante en ese sentido, que es la Fundación SEDISA cuyo fin fundacional es el de organizar, promover, desarrollar la formación de los directivos, formación especializada, específica, posgrado...Este es otro pilar importantísimo.

## **¿Cómo abordará la transparencia en esta nueva etapa de SEDISA?**

Vamos a reforzar, insisto, utilizando las nuevas tecnologías de la información y comunicación, vamos a estar más frecuentemente organizando cosas, duplicando actividades para que el socio pueda estar más en SEDISA dentro de SEDISA. También está en nuestro programa desarrollar comités, comisiones, grupos de participación y no solo participación en las actividades, sino de decisión estratégica, de participación en las decisiones, también de la Junta Directiva y de las correspondientes Juntas Directivas. Un lema nuestro ha sido 200 socios con la Junta. También vamos a tener nuestra newsletter más activa. Y en la parte de los socios restringida a los socios en la web vamos a poner todas las actas de las juntas directivas, todas las cuentas, todas las líneas estratégicas aprobadas.... Está en nuestro programa la transparencia total.

## **Además, ¿qué cambios estructurales llevará a cabo dentro de la Sociedad?**

Vamos a hacer un cambio estructural que nos ha parecido importante a la Junta Directiva. Hasta ahora la presidencia de SEDISA, de la Junta Directiva y la del Patronato de la Fundación SEDISA eran el mismo, no por obligación estatutaria, sino porque se había decidido así para establecer un control más cercano de la Fundación. Y nosotros pensamos que al presidente de la Fundación lo elija el Patronato de la Fundación, a quién les parezca oportuno, entre los patronos evidentemente como en cualquier Fundación. Y nosotros pondremos un consejo asesor en la Fundación y un consejo asesor de la Junta Directiva de la Sociedad, que se lo ofreceremos a los mismos miembros. Es decir, tendremos personas que no vamos a ser mayoritariamente de la Junta, personas que van a estar trabajando en los dos ámbitos y de esta manera pretenderemos unir los trabajos. Ese es el cambio organizacional más importante, y todo esto lo vamos a hacer junto a las agrupaciones territoriales y junto a las ciudades autónomas. Ese es el segundo cambio de gran relevancia que vamos a hacer estructuralmente.

## **¿Qué puede aportar SEDISA a los gestores para un mejor manejo de la COVID-19?**

Primero aportamos una obligación que nos imponemos desde nuestro papel de gestores, aunque no estuviéramos en SEDISA, pero estando en SEDISA nos lo autoimponemos más, que es trasladar a los compañeros gestores y directivos nuestras reflexiones sobre lo que está ocurriendo en esta pandemia, nuestras propuestas de mejora y analizar seriamente las posibilidades que hay de que salgamos fortalecidos, si es que se puede, o lo menos dañados posibles de una manera o de otra de esta pandemia. Segundo, que estas reflexiones sean acompañadas de debates serios, de estudios serios, propuestas estudiadas, trabajadas con seriedad, etcétera. Es decir, de lanzar al sector nuestras reflexiones y propuestas. Y que estas reflexiones y propuestas lleguen a todos los decisores en el sector y a todas las partes influyentes del sector. Es lo que en planificación llamamos las partes interesadas a todos. Es una obligación ética nuestra, estamos ya ahí y lo vamos a seguir estando a través de encuentros virtuales, webinars, videoconferencias de gente especialmente relevante en el sector, etcétera, solos o en sociedad.

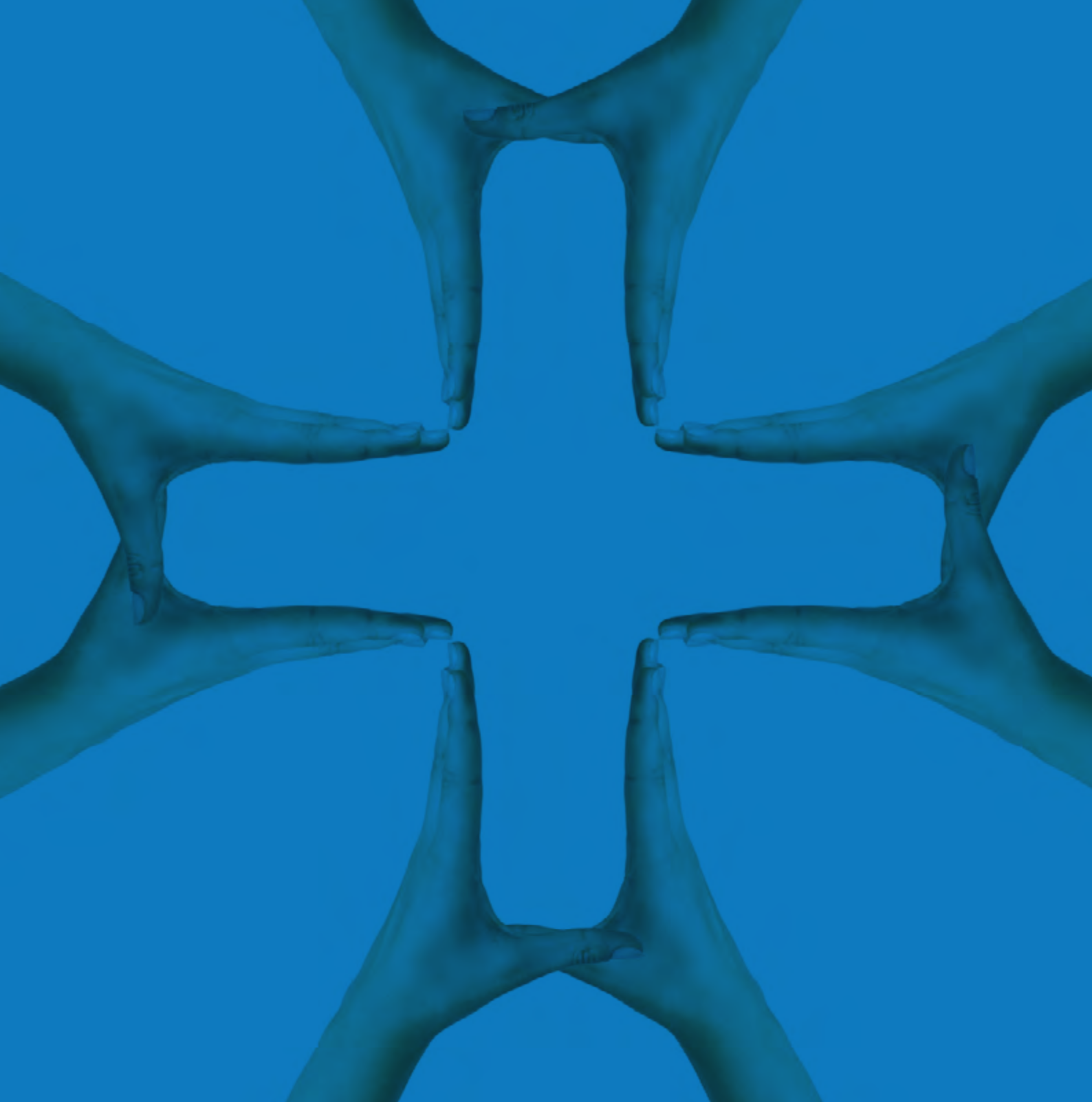
## **¿Qué destacaría de los profesionales que le acompañan en la Junta Directiva?**

Son líderes, cada uno en su campo han demostrado liderazgo. Unos me dicen que qué difícil es unir a tantos líderes en sus campos y yo digo que qué gozada trabajar con tantos líderes y qué fácil es que fluyan las ideas, propuestas, la voluntad, los trabajos.... En mi candidatura son todos respetados, conocidos en el sector, son unos auténticos cracs.

## **¿En qué foros profesionales en los que antes no participaba SEDISA va a tener presencia a partir de ahora?**

Un ejemplo, recientemente acudí yo en calidad de presidente de SEDISA a un foro que no habíamos ido nunca, que es al de la Fundación Economía y Salud. Este es solo un ejemplo, pero estaremos en más. Nosotros creemos que tenemos que estar en toda organización y en todos los foros que se piense en nosotros y nosotros además buscaremos alianzas estables.

Otro foro es el Círculo de la Sanidad, con ellos hemos tenido nuestros más y nuestros menos, y queremos trabajar con ellos, abrimos todas las posibilidades para trabajar juntos. Otro foro, en la Fundación Signo tampoco estábamos. Queremos estar en todos sitios y queremos ofrecer a cualquier ente trabajar juntos porque si vamos juntos todos influimos más en la consecución de nuestros fines.



## Sanidad privada.

Avanzar con la contribución de todos es más fácil. Sabiendo lo que tenemos que hacer. Cumpliendo. Desde las entidades privadas investigamos, proveemos de materiales, productos sanitarios y servicios más allá de los estrictamente sanitarios. Tratamos, curamos, cuidamos. En el sector sanitario privado seguimos sumando.

#TodosSumamos  
[coronavirus.fundacionididis.com](https://coronavirus.fundacionididis.com)



# Ceremonia de entrega de los

# PREMIOS

NEW MEDICAL ECONOMICS

# 2020

**El Hospital Universitario Son Espases, Mesa del Castillo, Povisa y la Fundación Jiménez Díaz, reconocidos como los mejores hospitales de 2020 en los Premios New Medical Economics**



Mesa presidencial de los Premios NME 2020. De Izda. a Dcha.: José María Antón, José María Martínez y Eusebio Azorín.

**E**l Hospital Universitario Son Espases, el Hospital Mesa del Castillo, el Hospital Povisa y la Fundación Jiménez Díaz han sido distinguidos como los mejores hospitales de 2020 en las categorías de 'Hospital público con mejor gestión', 'Hospital privado con mejor gestión' e 'Institución sanitaria con mejor colaboración público-privada' respectivamente,

en la VI Edición de los Premios *New Medical Economics*, que se han entregado este miércoles en la Fundación ONCE. El acto conducido por Jesús González Bonilla y Carmen M<sup>a</sup> Tornero Fernández, periodistas de *New Medical Economics*, congregó a más de 50 representantes de la administración sanitaria, organizaciones profesionales y sociedades científicas, y altos ejecutivos de la industria



farmacéutica. Un total de 18 hospitales procedentes de diez comunidades autónomas han sido finalistas en estas categorías.

La publicación digital especializada en el mundo de la gestión sanitaria y la experiencia del paciente *New Medical Economics* entrega estos premios anuales para reconocer la labor de profesionales, Administración y todas aquellas entidades que hayan contribuido de manera significativa al desarrollo de la Biomedicina y las Ciencias de la Salud en España, y mantengan una actividad innovadora, investigadora, de gestión y de atención al paciente en el año 2020. Además, este año *New Medical Economics* ha querido reconocer a 9 entidades con Premios de Honor, por su intensa contribución durante el momento álgido de la crisis sanitaria provocada por el coronavirus.

Durante la ceremonia, José María Martínez García, director de *New Medical Economics*, agradeció a los asistentes su presencia, así como a los que compartían la mesa presidencial con él, además destacó que “los premiados de hoy han hecho posible, con su actividad ejemplar, que la situación esté teniendo un impacto menor, que los pacientes encuentren aliento en su

dolor, que se encuentren con creatividad recursos y medios aparentemente inexistentes”.

En su intervención virtual, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, dijo que: “Los Premios *New Medical Economics* 2020 son un referente ya que se premian iniciativas de instituciones, organizaciones sanitarias, entidades públicas y privadas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes para avanzar en innovación, humanización, calidad y atención a los pacientes”.

## Más premiados

Además de centros hospitalarios, estos premios también han reconocido la labor de compañías farmacéuticas y fundaciones innovadoras y comprometidas con la responsabilidad social corporativa, así como a la mejor política de transparencia a la sociedad, y la internacionalización sanitaria. De este modo, el premio a la ‘Mejor política de RSC’ ha sido para Chiesi España por el ‘Proyecto BCorp’ y para el Hospital de Denia por el ‘Proyecto CuidArt’; el de ‘Desarrollo de la investigación’ se entregó a la Fundación Gadea y MSD España; y Asisa Internacional se



Foto de familia de los Premiados en la VI Edición de los Premios NME 2020.

alzó con el premio de 'Internacionalización de la actividad sanitaria española'.

En el ámbito asegurador, el galardón a la mejor 'Aseguradora de servicios sanitarios' fue para Vivaz Seguros. También se distinguió la 'Mejor labor de humanización sanitaria', premio que fue a parar a 'Coordinación y dinamización Nursing Now España', Adelaida Zabalegui y a 'Desde dentro humanizando la salud' de la Fundación Instituto San José, y el de 'Promoción de la innovación' que recayó sobre Astellas Pharma España.

Asimismo, Castilla-La Mancha ha conseguido el premio a la 'Comunidad Autónoma más innovadora', y la 'Campaña para informar sobre la atención sobre los centros de salud', de la Consejería de Sanidad de Madrid en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid el de 'Mejor campaña de divulgación sociosanitaria'.

El premio a la 'Mejor iniciativa en transformación asistencial' ha sido para el 'Instituto de Psiquiatría y Salud Mental' del Hospital

Universitario Gregorio Marañón; y la Fundación IDIS se ha alzado con el premio 'Promoción de resultados en salud y experiencia del paciente'.

También se entregaron premios a la 'Mejor personalidad sanitaria', premio concedido al D. Manuel Bretón, presidente de Cáritas Española; el de 'Mejor trayectoria profesional sanitaria' que ha ido D. Diego Murillo, presidente de la Fundación A.M.A.; y el premio otorgado por un tribunal experto en periodismo sanitario al 'Mejor artículo publicado en NME 2020' ha sido para Clara Grau Corral por su artículo "Gestionar y trabajar en la Sanidad de las pandemias".

Como novedad y con motivo de la pandemia provocada por el coronavirus, este año se han entregado 9 Premios de Honor a: Ilunion, a la Unidad Militar de Emergencias, a ASPE, a FENIN, al Ayuntamiento de Madrid, a la Organización Médica Colegial, al Consejo General de Enfermería, a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y al Consejo General de Colegios Farmacéuticos.



Foto de familia de los Premiados de honor.



# GALERÍA DE FOTOS



De izda. a dcha: Eusebio Azorín, José María Antón y José María Martínez.



Instantánea del momento en el que Clara Grau Corral entra telefónicamente para agradecer el Premio recibido al “Mejor artículo publicado en NME 2020”.



Pep Pomar, director gerente del Hospital Universitario Son Espases, durante su discurso tras recoger el Premio al “Hospital público con mejor gestión”.



Luis Mesa del Castillo, director general del Hospital Mesa del Castillo, recogiendo el premio al “Hospital privado con mejor gestión” de la mano de José María Antón.





José María Antón entregando a Rafael Cabadas, director médico del Hospital Povisa, el premio al "Hospital privado con mejor gestión".



El director adjunto de la Fundación Jiménez Díaz, Jesús María Rodríguez, recogiendo el Premio a la "Institución sanitaria con mejor gestión público-privada" de manos de José María Antón.



Carmen Basolas, directora de relaciones institucionales de Chiesi durante su discurso virtual tras recibir el premio a la "Mejor política de RSC".



Alicia Ventura, responsable del programa de arte del Grupo DKV, durante su discurso tras recoger el premio del Hospital de Denia, por el 'Proyecto CuidArt' a la "Mejor política de RSC".



El presidente ejecutivo de New Medical Economics entregando el premio a David Pérez Renovales, director general de Vivaz por su galardón a la "Mejor aseguradora de servicios sanitarios".





José María Antón, viceconsejero de Humanización de la Consejería de Sanidad de Madrid, tras recoger el premio a la “Mejor campaña de divulgación sociosanitaria”.



Luis González Díez, presidente del COFM recogiendo el Premio a la “Mejor campaña de divulgación sociosanitaria” en manos de José María Martínez.



El presidente de la Fundación Gadea, Juan Luis Arsuaga tras recoger el premio al “Desarrollo de la investigación”.



Ana Argelich, presidenta y directora general de MSD España durante su discurso tras recoger el premio al “Desarrollo de la investigación”.





Eusebio Azorín entregando el premio “Promoción de la innovación” a Asunción Somoza Gimeno, directora de Government Affairs y Market Access de Astellas Pharma.



Adelaida Zabalegui, representante en Europa de Nursing Now tras recoger el Premio a la “Mejor labor de humanización sanitaria”.



Natalia Paz, directora económica-financiera de la Fundación Instituto San José recogiendo el premio a la “Mejor labor de humanización sanitaria” de manos del presidente de New Medical Economics.



Luis Mayero, consejero de ASISA, recogiendo el premio “Internacionalización de la actividad sanitaria española” de manos de José María Antón.



La directora general de la Fundación IDIS, Marta Villanueva, durante su discurso tras recibir el premio a la “Promoción de resultados en salud y experiencia del paciente”.



José María Antón entregando el premio a Celso Arango, director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por la “Mejor iniciativa de transformación asistencial”.





Regina Leal, directora gerente del SESCAM durante su discurso tras recibir el premio a la “Comunidad Autónoma con actividad sanitaria más innovadora”.



Manuel Bretón Romero recogiendo el premio “Mejor personalidad sanitaria del año” de manos de José María Martínez.



La directora general adjunta de AMA, Raquel Murillo, durante su discurso tras recoger el premio “Mejor trayectoria profesional sanitaria” otorgado a Diego Murillo Murilla



Eusebio Azorín, director del sector sanitario y sociosanitario de Ilunion, recibiendo un Premio de Honor de manos de José María Antón.



José María Martínez entregando a la Unidad Militar de Emergencias representada por el Coronel Espinosa uno de los Premios de Honor.



Carlos Rus, presidente de la Alianza Española de la Sanidad Privada (ASPE), durante su discurso por haber recibido un Premio de Honor.





Margarita Alfonsel, secretaria general de FENIN, recojiendo el Premio de Honor entregado por José María Antón.



Enrique López Ventura, director general de Emergencias del Ayuntamiento de Madrid recojiendo el Premio de Honor de manos de José María Martínez.



José María Martínez entregando el Premio de Honor al presidente de la OMC, Serafín Romero.



El secretario general del Consejo General de Enfermería en su discurso de agradecimiento tras recibir uno de los Premios de Honor.



Cecilia Martínez, secretaria de la SEFH, recojiendo el Premio de Honor entregado por Eusebio Azorín.



Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, durante su discurso de agradecimiento tras haber recibido un Premio de Honor.





De izda. a dcha: Carmen M<sup>a</sup> Tornero, redactora jefa de New Medical Economics; María Alonso y Natalia Paz, ambas de la Fundación Instituto San José.



Margarita Alfonsel y Luis Mayero



Representantes de la Unidad Militar de Emergencias junto a José María Martínez.



De izda. a dcha: Luis Mayero, Margarita Alfonsel, Ana López, Jesús Aguilar y Marta Villanueva.



José María Martínez y Carlos Rus.



Luis Rosado junto a Manuel Bretón y esposa.





José María Martínez junto a Raquel Murillo y Álvaro Basilio, de A.M.A.



José María Martínez y Serafín Romero



De izda. a dcha.: José María Martínez, Carlos Rus, José María Antón y Fernando Mugarza.



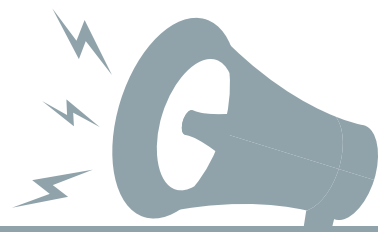
El presidente de New Medical Economics junto a Regina Leal.



Jesús González y Carmen M<sup>o</sup> Tornero, de New Medical Economics, durante la presentación de la Ceremonia de Entrega de Premios.



Momento de la clausura de la Entrega de Premios NME 2020 por parte del Consejero de Sanidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero.



## LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

### IEXP y Admedicum firman un acuerdo para hacer los ensayos más seguros y reducir sus costes

**E**l 40% de los costes de los ensayos clínicos se originan en la fase de reclutamiento de pacientes. Sin embargo, en esta fase tan costosa, el 30% de pacientes no firma los consentimientos informados necesarios para el ensayo porque no los entiende. El 80% de los ensayos tiene que suspenderse porque no se recluta a suficientes pacientes, el 23% de los mismos está insatisfecho con las webs de reclutamiento y el 30% de los pacientes abandona los ensayos, teniendo que iniciarse el proceso de captación de pacientes de nuevo.

Gran parte de estos problemas es evitable cuando involucramos a los pacientes en el diseño de los ensayos clínicos y de sus procedimientos (como el reclutamiento y otros). Numerosos estudios aportan evidencia según la cual, incluir a los pacientes en el diseño de los ensayos reduce el abandono porque las preguntas de investigación que los pacientes plantean son más relevantes, las opciones son mejores y se reduce el riesgo de los ensayos significativamente. Además, hay un impacto económico significativo por cuanto no es necesario rediseñar los protocolos, se mejora el reclutamiento y se reducen las tasas de abandono.

Pero ¿cómo se involucra a los pacientes en los ensayos? y, sobre todo, ¿cómo lograr que su conocimiento redunde en protocolos más seguros, mejor comunicación, mejores tasas de reclutamiento y menor tasa de abandono?

Para lograr este objetivo el Instituto para la Experiencia del Paciente (IEXP) y la compañía alemana Admedicum han unido esfuerzo recientemente. La finalidad es contribuir a hacer los ensayos clínicos más seguros y eficientes en España y Latinoamérica.

IEXP dispone de una amplia experiencia de involucración de pacientes en mejoras de adherencia, prescripción centrada en paciente y lanzamiento de producto. Como resultado, puede demostrar con evidencia el impacto de una terapia en la vida real de los pacientes, más allá del mero impacto funcional o clínico; es decir, si mejora su adherencia, si se producen cambios de hábitos, si se da mayor calidad de vida, si mejoran las relaciones familiares, si se produce integración laboral... IEXP trabaja en España, Brasil y Colombia.

Admedicum por su parte tiene mucha experiencia en Europa con ensayos clínicos centrados en paciente. Ha aportado resultados concluyentes tanto en mejores reclutamientos como en la co-creación y co-diseño desde las landing de reclutamiento a los materiales informativos, pasando por reducir la carga de los pacientes en cuanto a viajes, logística, etc. y mejorar claramente la comunicación.

Esta unión complementa la alianza de IEXP con HumanITcare firmada en octubre de este año para mejorar el bienestar de los pacientes, combinando la potencia de datos de la plataforma tecnológica con la alta calidad de insights y thick data de IEXP.

“La alianza con Admedicum aporta un conocimiento experto que permite ofrecer a pacientes, laboratorios y CROs un ciclo completo desde el ensayo hasta la prescripción y adherencia de las terapias que reduce significativamente los costes de los ensayos clínicos y mejora claramente la calidad de los datos del ensayo”, afirma Carlos Bezos, CEO de IEXP.

“Además” – prosigue Bezos- “podemos demostrar la eficacia y el valor social del medicamento, es decir, el impacto en la vida real que tiene más allá de su valor funcional”.



## Encuentros de expertos “Hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con Cáncer de Próstata”



Participantes del Encuentro de Expertos del Hospital de San Juan de Alicante.

El abordaje terapéutico del cáncer de próstata presenta un elemento clave para el éxito terapéutico. Se trata del diagnóstico precoz y la correcta derivación, con el objetivo de iniciar en el momento oportuno el tratamiento adecuado para el paciente.

En este aspecto tiene una especial relevancia también el papel de los profesionales de Atención Primaria, así como los especialistas en Urología, profesionales que, además, disponen ya de importantes herramientas terapéuticas para dirigir el tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata.

El objetivo fundamental de estos encuentros que ha organizado *New Medical Economics* ha sido analizar y debatir sobre cómo avanzar, desde el punto en el que estamos actualmente, hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con cáncer de próstata.

Los participantes del encuentro celebrado en el Hospital San Juan de Alicante fueron: Beatriz Massa Domínguez, gerente del Departamento de Salud; Carmen Calzado Sán-

chez, directora médica; Inmaculada Ávalos Meseguer, directora de enfermería; Ramón de Juan Francés, director médico de Atención Primaria; Manuel Ángel Ortíz Gorraiz, del Servicio de Urología; Antonio López Jiménez, del Servicio de Oncología Médica; Marina Deppiaggi, del Servicio de Oncología Radioterápica; M<sup>a</sup> Ángeles Bernabéu Martínez, del Servicio de Farmacia; y José Antonio Valera, de Atención Primaria.

Los participantes del encuentro que acogió el Hospital Regional Universitario de Málaga fueron: María del Mar Vázquez, directora gerente; Ismael Herruzo, director médico; Carmen Bustamante, directora de enfermería; Emilio García, jefe del Servicio de Urología; Álvaro Montesa, de oncología médica; María Espinosa, del Servicio de Farmacia; Antonio Gutiérrez, de medicina nuclear; Jorge Garín, de radiodiagnóstico; Elena Castro, del grupo de Investigación CNIO-IBIMA; Bárbara Torres, de subdirección médica; Soledad Jiménez, de la subdirección enfermería; y Antonio Hormigo, de Atención Primaria. Ambas reuniones fueron moderadas por José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*.





Participantes del Encuentro de Expertos en el Hospital Universitario de Málaga.

Entre los principales temas tratados fueron la detección y abordaje asistencial del paciente con Cáncer de Próstata (CaP). Otro de los temas sugeridos durante la reunión por el moderador fue la definición de los procesos

asistenciales en general y en CaP en particular. También cabe destacar que una de las cuestiones que más debate generó fue la del seguimiento y registro de los tratamientos.



## Value-based Healthcare: datos y resultados al servicio de los pacientes

**V**alue-based Healthcare (VBHC) es una herramienta para medir el valor de los resultados en salud y tiene aplicaciones diferentes para pacientes, proveedores, pagadores, profesionales sanitarios y para la sociedad en general. Según Sofiat Akino-la, que dentro del Foro Económico Mundial (WEF) dirige las iniciativas para mejorar el acceso a la salud, el envejecimiento y la longevidad, el VBHC incrementa la satisfacción de los pacientes, ya que cuantifica la valoración de estas mejoras. El WEF desarrolla iniciativas sobre VBHC desde 2015, en que, con la colaboración de Boston Consulting Group y del profesor Michael Porter, desarrollaron un plan de implantación internacional, trabajando también con ICHOM.

Sofiat ha participado en una mesa redonda online sobre VBHC, que ha sido moderada por Luis Truchado 'ExMBA 90 y organizada por el

Club de Antiguos Alumnos Life Sciences del IE Business School, a finales de noviembre.

También intervino David Castro, senior consultant de Quodem, que destacó que en la implementación del VBHC existen una serie de retos (la actitud frente a la transparencia, la seguridad y la privacidad de los datos, toda la infraestructura para recogerlos y las herramientas para explotarlos) que, para afrontarlos, no hay que considerar a la tecnología como una barrera, sino como un facilitador del cambio para hacer realidad la medicina basada en los resultados. David comentó experiencias concretas en Europa como las de Martini Klinik, Sateon o ICHOM en cataratas, que despertaron gran interés entre los asistentes.

Seguidamente, el Dr. Alfonso Arias, que es el representante español en el Board de la Euro-

pean Society of Ophthalmology pudo bajar al detalle sobre el caso concreto de las cataratas, ya que es una patología muy frecuente y además, la visión se asocia directamente con calidad de vida. La operación de cataratas aporta un valor medible y desde su puesto en la Universidad Rey Juan Carlos, el Dr. Arias ha liderado estudios incluyendo a diversos hospitales, lo que ha sido posible gracias a los standards comparables de ICHOM.

El cuarto ponente ha sido Máximo Gómez, director para el sur de Europa de Johnson&

Johnson Vision, quien comenzó destacando la diferencia fundamental entre valor y precio, que en salud se refiere a orientar el gasto hacia los resultados y el valor, no hacia el coste en bruto. Dentro de los resultados que se obtienen, propuso destacar aquellos que importan a los pacientes y que son los que, a la larga, optimizan los sistemas de salud.

El debate con los cerca de 100 antiguos alumnos participantes se desarrolló íntegramente en inglés y tuvo un gran nivel, por el conocimiento que demostraron los ponentes y la calidad de las preguntas formuladas.



## El primer test de autodiagnóstico COVID-19 aprobado por la Unión Europea para venta en farmacias

La empresa española de origen valenciano, Elix Pharma, en colaboración con el fabricante suizo, PRIMA Lab, distribuirá en las farmacias el primer test europeo autodiagnóstico COVID-19, PRIMACOVID. El test, que estará disponible en los próximos días en las farmacias españolas, tiene una respuesta inmediata de diez minutos, gracias a la cual los ciudadanos podrán conocer si han estado expuestos al SARSCoV-2. Los consumidores podrán realizar la prueba para determinar si han generado anticuerpos de infección o inmunidad al COVID-19, pues este tipo de test detectan la respuesta inmune del organismo a la exposición al virus.

La evaluación por varios hospitales públicos europeos avala que el primer test europeo de autodiagnóstico del COVID-19 tiene una sensibilidad de hasta el 95,7% de éxito.

Este dato permitirá conocer a los ciudadanos si han estado expuestos al virus y podrán dar constancia de ello a las autoridades sanitarias.

El funcionamiento de PRIMACOVID Test es similar al de otro tipo de test rápidos como el de embarazo o colesterol. "Se trata de un test sencillo para realizar en hogares, en este caso solo es preciso una muestra de sangre, como

la extraída en una prueba de glucemia", explica Fernando Díez, director general de ELIX Pharma.

PRIMA Lab ha recibido para su producto PRIMACOVID HOME TEST la certificación CE para autodiagnóstico, lo que autoriza su comercialización a través de las farmacias españolas. Tras ser comunicada dicha Certificación a la Agencia Española del Medicamento, es posible la distribución a las farmacias españolas, quienes empezarán a realizar los primeros pedidos en los próximos días. Según las previsiones de ELIX Pharma se espera que se distribuyan 500.000 test en los primeros 3 meses.

Acercar a los ciudadanos la posibilidad de conocer si son inmunes al SARSCoV-2 es uno de los objetivos de la alianza entre ELIX Pharma y PRIMA Lab, quienes afirman que este test unido a otras pruebas podrá ayudar a las autoridades sanitarias a tener mayor control de la enfermedad. "Las farmacias españolas acercarán a los ciudadanos la posibilidad de conocer si han sido expuestos al SARS-CoV-2 y con ello supondrían una vez más un apoyo al sistema sanitario para la detección y seguimiento de la enfermedad", ha señalado el director general de ELIX Pharma.



## AMA América mejora el rating en Ecuador por su “solidez y fuerte récord financiero”

**A**MA América, presidida por Diego Murillo Carrasco, se consolida como una compañía sólida en Ecuador y líder en su sector, “con fuerte récord financiero y bien recibida en sus mercados naturales”. La agencia de calificación de riesgos SummaRatings ha certificado su activa presencia y ha elevado el rating de AMA a A desde A- por su “estructura financiera” y por su “sólida capacidad para cumplir con los asegurados y sus obligaciones contractuales”.

Esta excelente certificación reconoce el esfuerzo y el trabajo desarrollado por AMA América en Ecuador, que ha consolidado fuertes crecimientos en sus cinco años de implantación en el país. El objetivo inmediato de la entidad es cerrar este ejercicio con un importante crecimiento del 60 por ciento frente a las primas emitidas el año anterior y abrir nuevas oficinas, junto a las actuales de Quito, Guayaquil y Portoviejo.

A.M.A. es la única aseguradora especializada en dar servicio de forma exclusiva a las organizaciones y profesionales de la salud en España y también en Ecuador. Su mayor ventaja competitiva está, según la agencia SummaRatings, “en su especialización en el nicho de mercado de los profesionales de la salud”. En este sentido, AMA América pretende tener asegurados al 50 por ciento de los profesionales sanitarios de Ecuador en los próximos 10 años.

La Agencia de Calificación de Riesgos también destaca que AMA “cuenta con un Código de Gobierno Corporativo cuyo objetivo es compilar las mejores prácticas que oriente a la aseguradora hacia la eficiencia” y subraya “la estabilidad y solidez que se evidencia en el gobierno de la empresa”. Según pone de relieve SummaRatings en su informe a los mercados financieros, “al ser AMA América subsidiaria de A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora existe un respaldo institucional importante frente a escenarios adversos”.



## Amazon lanza su farmacia *online* para la venta de medicamentos con receta

**E**l gigante del comercio electrónico Amazon ha anunciado el lanzamiento de Amazon Pharmacy, su servicio para la venta y entrega a domicilio de medicamentos con receta, según ha anunciado la multinacional.

A través de Amazon Pharmacy, los clientes podrán completar la compra de los medicamentos recetados y gestionar sus perfiles, incorporando información del seguro, administrar las recetas y elegir los métodos de pago. Además, los usuarios 'Prime' de Amazon tendrán acceso sin límite a envío gratuito en dos días de los pedidos realizados en Amazon Pharmacy.

Asimismo, los usuarios 'Prime' podrán obtener descuentos en el precio de sus medicinas a través de Amazon Pharmacy al realizar sus compras al margen del seguro, lo que puede

ahorrar hasta un 80% en medicamentos genéricos y del 40% en medicinas de marca.

El lanzamiento de Amazon Pharmacy se produce apenas dos años después de que la compañía fundada por Jeff Bezos comprase PillPack, una de las mayores farmacias 'online' de Estados Unidos.

"Cualquier persona que necesite una receta puede comprender sus opciones, hacer su pedido al precio más bajo disponible y recibir su medicamento rápidamente", destacó TJ Parker, vicepresidente de Amazon Pharmacy.

"Entendemos la importancia del acceso a medicamentos asequibles y creemos que los miembros de 'Prime' encontrarán un gran valor con el nuevo ahorro en medicamentos recetados de Amazon Prime", dijo Jamil Ghani, vicepresidente de Amazon Prime.



## La Fundación A.M.A. ha donado el monumento inaugurado por SS.MM. los Reyes en homenaje a todos los profesionales sanitarios



Sus Majestades los Reyes han presidido en Madrid la inauguración de la magnífica escultura “El árbol de la vida”, en reconocimiento permanente a todos los profesionales sanitarios que han luchado contra el coronavirus. La iniciativa de erigir este importante monumento partió de la presidencia de la Organización Médica Colegial (OMC) y de los Consejos Generales de Colegios de Farmacia, Odontología, Veterinaria, Enfermería y Fisioterapia; y ha sido donado por la Fundación A.M.A., que preside el Dr. Diego Murillo.

La obra, levantada en la plaza de los Sagrados Corazones del madrileño distrito de Chamartín, ha sido descubierta durante un acto en el que también han estado presentes la presidenta de la Comunidad de Madrid, el ministro de Sanidad, el alcalde de la capital y representantes de todas las instituciones públicas y privadas que han hecho posible esta loable iniciativa.

“El árbol de la vida” (de acero inoxidable, con más de 7 metros y medio de altura y 6 toneladas de peso) presenta un corazón situado en lo alto de una columna formada por letras de diferentes alfabetos, y es una propuesta solidaria del internacionalmente reconocido Jaume Plensa que ha donado su idea creativa de forma altruista.

Tras un minuto de silencio en recuerdo de las víctimas, el presidente de honor de A.M.A. y presidente de su Fundación, Dr. Diego Murillo, ha resaltado durante su discurso que a los profesionales sanitarios les debemos “su abnegado compromiso con la sociedad, sin duda alguna merecedor del mayor de los reconocimientos”

Con los aledaños de la plaza de los Sagrados Corazones llenos de ilustres invitados y con numerosos vecinos de la zona congregados detrás de las vallas de seguridad, el Dr. Murillo también ha agradecido a los Reyes “la inauguración de esta magnífica obra de Jaume Plensa” y ha afirmado que “donamos este gran monumento al Ayuntamiento de Madrid para que las generaciones venideras sean conscientes de lo que significó esta pandemia en nuestro país”.

Igualmente Serafín Romero, presidente de la OMC, ha tenido palabras de reconocimiento y admiración para los profesionales sanitarios que han luchado en primera línea, en ocasiones sin los equipos de protección adecuados.

Tras estos discursos, el carisma natural de Luz Casal -una de las trayectorias musicales más sólidas del panorama nacional-, puso su momento sensible y conmovedor al interpretar “Entre mis recuerdos”, uno de sus éxitos imprescindibles.



# CANAL ONLINE NME

## New Medical Economics

### **Mesas Redondas**

Duración: 1:30 horas  
Tipo de grupo: cerrado  
Participantes: 3 – 4

### **Grupo de Expertos**

Duración: 2 horas  
Tipo de grupo: cerrado  
Participantes: 5 – 6

### **Conferencias**

Duración: 45'  
Tipo de grupo: abierto  
Participante: 1

### **Jornadas**

Duración: 2/2:30 horas  
Tipo de grupo: abierto  
Participantes: 4 – 6

En todos los eventos NME será, además del organizador, el moderador - dinamizador del mismo.

**Plataforma:** contamos con un sistema de comunicación que nos permite trabajar en un entorno seguro tanto para los participantes como para los invitados al evento.

**Difusión:** con las conclusiones e ideas principales que se obtengan a partir de cada sesión se redactará un artículo que, posteriormente, se publicará en nuestra revista y se difundirá en los distintos medios en los que NME tiene presencia.



# NOMBRAMIENTOS

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ya ha dado a conocer los nombres de los cinco hospitales que estaban sin gerente. Estos son:

- **Julio García Pondal.** Gerente del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Gema Sarmiento Beltrán.** Gerente del Hospital de Fuenlabrada.
- **María Dolores Rubio Leonart.** Gerente del Hospital Príncipe de Asturias.
- **Guillermo Ceñal Pérez.** Gerente del Hospital Santa Cristina.
- **Javier Rodríguez Hernández.** Gerente del Hospital de La Fuenfría.

En esta misma comunidad, **Fernando Prados** ha sido nombrado Coordinador del nuevo Hospital Isabel Zendal.

Y en el ámbito de las sociedades científicas, la doctora **Pilar Garrido** ha sido elegida Presidenta de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME); y **Jesús Díez Manglano**, nuevo Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).



## Reig Jofre anuncia la transferencia tecnológica para la producción a gran escala en España de una candidata a vacuna COVID-19

**R**eig Jofre ha llegado a un acuerdo con Janssen Pharmaceutical Companies de Johnson & Johnson (Janssen), para la transferencia tecnológica de la producción de su candidata a vacuna COVID-19 Ad26.COVS2 en investigación.

La amplia y reconocida experiencia de Reig Jofre en la fabricación de productos inyectables estériles, junto con la disponibilidad de una nueva planta de última generación en Barcelona, cuya puesta en marcha tendrá lugar en el primer trimestre de 2021, crean una oportunidad única para contribuir a las necesidades de suministro rápido y seguro de la candidata a vacuna COVID-19.

Tras meses de evaluación y trabajo técnico de los equipos de transferencia de tecnología, producción y operaciones, la firma del acuerdo permitirá la producción de los primeros lotes de esta candidata a vacuna, una vez recibidas las aprobaciones por parte de las autoridades sanitarias correspondientes.

En 2018 Reig Jofre inició un proyecto de inversión de 30 millones de euros para la construcción de una nueva planta de productos inyectables en Barcelona, con la que triplicar su capacidad existente y aumentar la eficiencia energética y de producción. La integración de tecnología de aisladores de última generación y de procesos altamente automatizados garantiza la calidad y seguridad de la producción

aséptica a su máximo nivel. Este esfuerzo inversor fue diseñado para aportar a Reig Jofre la capacidad adicional con la que satisfacer la creciente demanda de sus productos, desarrollar nuevos mercados a nivel internacional e incrementar los servicios de fabricación a terceros.

El proyecto implica una inversión adicional, ya iniciada, que garantizará el cumplimiento en las nuevas instalaciones de los niveles de bioseguridad y requerimientos de la candidata a vacuna Ad26.COVS2.

Según los términos del acuerdo, Reig Jofre será responsable de la formulación, llenado y envasado de la candidata a vacuna, que será distribuida por Janssen.

Ignasi Biosca, CEO de Reig Jofre, destaca: "Estamos orgullosos de ver que el esfuerzo continuado de Reig Jofre por invertir en tecnología y capacidades industriales contribuirá en estos momentos a poder disponer de la vacuna COVID-19 en un gran número de países. El hecho de haber sido elegidos por Janssen como uno de sus socios para la producción de su candidata a vacuna Ad26.COVS2 dará a Reig Jofre la oportunidad de demostrar el valor estratégico que supone disponer de una industria sólida, competitiva y tecnológicamente avanzada en la superación de una situación crítica como la actual".



## Laminar, la Fundación Rioja Salud y la Universidad de las Islas Baleares recibirán un millón de euros para estudiar biomarcadores de tumores cerebrales



Desde la izquierda, arriba: Adrian McNicholl, Gema Malet, Pablo V. Escribá, Ignacio Larrayoz, Paula Fernández y Roberto Beteta. Sentados: Emilce Cano, Rafael Peláez, Catalina Rosselló, Raquel Rodríguez y Manuel Torres.

El gobierno español ha anunciado las ayudas públicas correspondientes a la convocatoria del Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación, orientada a los retos de la sociedad y denominada “Retos de colaboración del año 2019”. Son instrumentos para ayudar a cubrir las necesidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación y sus principales agentes.

Una de las propuestas aprobadas ha sido el proyecto GLIOPROG561 (RTC2019-007399-1) liderado por la empresa Laminar Pharmaceuticals en colaboración con el CIBIR-Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (Fundación Rioja Salud) y la Universidad de las Islas Baleares (UIB), cuyo objetivo es la “Identificación y validación de biomarcadores de respuesta pronóstico en el tratamiento con la molécula LAM561 en pacientes con glioma y evaluación de la actividad farmacológica de su principal metabolito”.

Se trata de un proyecto interdisciplinar en el que se combinan química lipídica, proteómica,

bioinformática, genómica y biología molecular para maximizar las posibilidades de encontrar biomarcadores eficaces. La participación del CIBIR en este consorcio garantiza, gracias a su dilatada experiencia, análisis bioinformáticos de alta calidad y gran fiabilidad en la validación de los biomarcadores identificados.

Este proyecto responde a uno de los objetivos de la convocatoria, que es la consolidación de las capacidades de I + D + i y de innovación, así como la generación de conocimiento y equipos de investigación que desarrollan su actividad en universidades, organismos públicos de investigación y otros organismos de investigación. En total, la subvención asciende a 1.058.759 euros con cargo al presupuesto del Ministerio de Ciencia y al de la Agencia Estatal de Investigación para 2020.

Los proyectos financiados tienen una duración de varios años: habrán iniciado su ejecución a lo largo del presente año 2020 y finalizarán en la fecha indicada en la solicitud de subvención, entre mediados y finales de 2023.

Las subvenciones públicas Retos-Colaboración corresponden al Estado Programa de Generación de Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I + D + i e Innovación, en el marco del Programa Estatal de I + D e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, perteneciente al Plan Estatal de Investigación e Innovación Científica y Técnica 2017-2020. El mencionado Plan de Estado es el principal instrumento de la Administra-

ción General del Estado para el desarrollo y consecución de los objetivos de la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología e Innovación 2013-2020 y la Estrategia Europea 2020. Incluye ayudas estatales para I + D e innovación, que se conceden preferentemente mediante convocatorias competitivas. Estos proyectos son evaluados por expertos de los campos de la ciencia básica, la ciencia clínica, la economía y las finanzas.

## Microsoft se une con Illumina, Twist y Western para mejorar el almacenamiento de datos en el ADN

**T**wist Bioscience Corporation, Illumina, y Western Digital han anunciado la formación de una alianza con Microsoft para avanzar en el campo del almacenamiento de datos de ADN. Estas empresas fundadoras, junto con las organizaciones miembros, trabajarán juntas para crear una hoja de ruta integral de la industria que ayudará a la industria a lograr la interoperabilidad entre las soluciones y ayudará a establecer las bases para un ecosistema de almacenamiento de archivos comercial rentable para el crecimiento explosivo de los datos digitales.

"El ADN es una molécula increíble que, por su propia naturaleza, proporciona almacenamiento de densidad ultra alta durante miles de años", ha señalado Emily M. Leproust, CEO y cofundadora de Twist Bioscience, quien ha añadido que "al unirnos a otros líderes tecnológicos para desarrollar un marco común para la implementación comercial, impulsamos una visión compartida para construir esta nueva solución de mercado para el almacenamiento digital".

El almacenamiento de datos de ADN tiene el potencial de ofrecer una verdadera solución de almacenamiento de datos de archivo de bajo costo. Si bien las tecnologías de almacenamiento actuales tienen una longevidad limitada y requieren la migración de datos

para el almacenamiento de datos a largo plazo, DNA proporciona un medio de almacenamiento de formato estable que es duradero durante miles de años cuando se almacena correctamente.

Además, el ADN permite una duplicación rápida y rentable. Es importante destacar que es increíblemente denso, con 10 películas digitales de larga duración que caben en un volumen del tamaño de un solo grano de sal. Los datos digitales almacenados en el ADN se pueden almacenar en una variedad de contenedores que incluyen cápsulas, gránulos o encapsulados en perlas de vidrio.

"En Microsoft Research, abordamos de manera proactiva los desafíos futuros de la tecnología, con la sostenibilidad en mente", ha subrayado Karin Strauss, director senior de investigación principal de Microsoft. "En colaboración con la Universidad de Washington, hemos demostrado un sistema de extremo a extremo totalmente automatizado capaz de almacenar y recuperar datos del ADN, y hemos almacenado por separado 1 GB de datos en el ADN sintetizado por Twist y recuperado los datos de él. Nos alienta el potencial de un almacenamiento de datos más sostenible con ADN y esperamos colaborar con otros en la industria para explorar la comercialización temprana de esta tecnología", ha manifestado.

# SANIDAD AUTONÓMICA



## Madrid implantará la consulta *online* en los centros de salud a principios de 2021

**E**l consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, ha presentado recientemente en la Asamblea de Madrid una batería de medidas tendentes a la digitalización en la asistencia, presencia y trámites burocráticos de los centros de salud de la región.

El objetivo es ofrecer a los ciudadanos nuevas herramientas telemáticas que les faciliten y agilicen la asistencia en Atención Primaria y reducir, al mismo tiempo, los trámites burocráticos en las consultas y unidades administrativas de los profesionales de centros de salud y consultorios locales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Del conjunto de estas medidas, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria dará cuenta a los profesionales de todos sus centros previamente a su implantación, con el objeto de que conozcan al detalle las características de cada iniciativa y las mismas se implanten con el conocimiento de toda la organización.

Entre las propuestas de acción se encuentra la implantación de la consulta *online* en el primer trimestre del próximo año en el entorno digital de la Carpeta de Salud, a la que se accede, previo registro en la web de la Comunidad de Madrid. Con este sistema los ciudadanos podrán comunicarse con su médico o enfermera de Atención

Primaria, y obtener una respuesta en un plazo no superior a 72 horas y para el caso de situaciones que no requieran atención presencial.

Además, se avanza en la telemedicina con la dotación de nuevas funcionalidades al canal telemático Tarjeta Sanitaria Virtual, que la Comunidad de Madrid puso en marcha el pasado mes de junio, con la incorporación de la videoconsulta con los profesionales sanitarios tanto de Atención Primaria como Hospitalaria.

Bajo el marco del plan de telemedicina, la Consejería de Sanidad ha distribuido 3.300 equipos (conjunto de herramientas para la videoconsulta) en las consultas del SERMAS, de los que 1.000 se han entregado en Atención Primaria, 2.100 en Hospitalaria y 200 en Salud Mental.

Además, con objeto de fortalecer la autonomía del personal de Enfermería, la Comunidad de Madrid tiene previsto incorporar a principios del próximo año a las enfermeras como prescriptores firmantes en el Módulo Único de Prescripción del SERMAS (MUP).

Este colectivo podrá prescribir a sus pacientes las medicinas o productos relacionados en el ámbito de su actividad de cuidados o en base a los protocolos de actuación y seguimiento del paciente crónico que se vayan desarrollando.





## La Universidad de Barcelona crea la 'Cátedra de Salud Respiratoria'

La Universidad de Barcelona (UB) ha presentado recientemente la nueva 'Cátedra de Salud Respiratoria' en colaboración con AstraZeneca, Chiesi y GSK.

El objetivo de esta nueva Cátedra es promover actividades de docencia y formación continuada para profesionales interesados en la salud y enfermedades respiratorias (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) así como para pacientes respiratorios y población general. También impulsará proyectos de investigación sobre la promoción de la salud respiratoria desde la infancia y adolescencia, y el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades respiratorias. Igualmente, evaluará proyectos sobre la experiencia del paciente respiratorio en su tránsito por el sistema de salud (grupo JANUS del Colegio de Médicos de Barcelona; "value-based health care").

El catedrático de neumología de la UB y director de la cátedra, Dr. Àlvar Agustí García-Navarro, ha señalado que "Investigaciones recientes dirigidas por investigadores de la UB han demostrado que las circunstancias de una persona al comienzo de la vida (embarazo, infancia, adolescencia) influyen en el desarrollo de los pulmones (y otros órganos y sistemas del cuerpo humano), lo que favorece el desarrollo de enfermedades crónicas del adulto, como la EPOC o el Asma, entre otras. Por esta razón, uno de los objetivos de la cátedra es promover el cuidado de la salud respiratoria desde el principio de la vida para conseguir un envejecimiento saludable".

Esta cátedra cuenta como miembros de la comisión de seguimiento con el Dr. Joan Ramon Badia Jobal, profesor asociado médico adscrito al Departamento de Medicina; y el Dr. Oriol Sibila Vidal, profesor asociado médico adscrito al Departamento de Biomedicina, ambos de la UB, y plantea crear un Comité Científico asesor multidisciplinario, nacional e internacional, para debatir todos estos aspectos y priorizar acciones específicas sobre ellos.

Rick R. Suarez, presidente de AstraZeneca España destaca que el nacimiento de esta cátedra es "el mejor ejemplo de colaboración entre la industria farmacéutica, con el apoyo de tres compañías, y una institución puntera en investigación y docencia como la Universidad de Barcelona. Nuestro compromiso con la salud respiratoria, que forma parte del ADN de nuestra compañía, está hoy más presente que nunca y se refuerza con el nacimiento de esta cátedra", indica. "En este compromiso no estamos solos. Contamos con excelentes profesionales de la salud a quienes brindamos toda nuestra capacidad de formación e innovación, siempre con la mirada puesta en un objetivo común: proteger y mejorar la vida de las millones de personas que padecen enfermedades respiratorias y, al mismo tiempo, contribuir a la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud", destaca.

Por su lado, Giuseppe Chiericatti, director general de Chiesi España destaca "que es un honor poder realizar esta Cátedra junto a la prestigiosa Universidad de Barcelona bajo la dirección del Dr. Àlvar Agustí y junto a las compañías GSK y Astrazeneca, que junto a Chiesi, trabajamos con el mismo objetivo; mejorar la calidad de vida de los pacientes respiratorios". Así mismo añade que "este acuerdo encaja perfectamente en nuestro modelo de negocio basado en el Valor Compartido fruto de habernos convertido en la mayor compañía farmacéutica en ser B Corp". Chiericatti, explica que "este modelo está basado en impactar positivamente tanto en nuestra compañía como en la sociedad y en los pacientes, y por ello esta cátedra es un paso más para nosotros hacia la sostenibilidad pues incrementa el conocimiento de las patologías respiratorias".

Por su parte, Cristina Henríquez de Luna, presidenta y Consejera Delegada de GSK España, ha hecho especial hincapié en la importancia de que exista una colaboración estrecha entre la empresa y la universidad "nuestro objetivo es contribuir a la puesta en marcha de pro-

gramas de formación y de difusión de conocimientos en medicina respiratoria para un mejor cuidado del paciente”, y añade, “GSK está comprometida con la innovación en el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio desde hace más de 50 años, formando a los profesionales sanitarios en beneficio de

los pacientes, ofreciendo soluciones personalizadas que permitan la mejora de su calidad de vida mediante el control de la enfermedad. La actividad de esta Cátedra es consistente con la misión y el quehacer diario de GSK, conseguir que las personas puedan hacer más, sentirse mejor y vivir más tiempo”.



## Andalucía analiza el potencial de las células CAR-T y sus retos de futuro

**E**specialistas del sistema sanitario público de Andalucía se han dado cita en una jornada virtual para analizar el potencial de las células CAR-T y debatir sobre los retos presentes y futuros, en un seminario organizado por la Red Andaluza de Diseño y Traslación de Terapias Avanzadas de la Fundación Progreso y Salud y la Red Andaluza de Terapias CAR, que fue seguido de forma online por más de un centenar de participantes.

Inaugurada por el secretario general de I+D+i de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, Isaac Túnez, esta cita se centró en analizar cómo se está implantando la terapia con estas células desde una perspectiva global y sin perder de vista el foco principal de toda investigación y aplicación clínica: el paciente.

En este sentido, intervino la presidenta de la asociación de pacientes Marco Luna, Eva Luna, un colectivo sin ánimo de lucro constituido para apoyar a pacientes y familiares que sufren enfermedades de la sangre. “La perspectiva del paciente es muy valiosa en la aplicación clínica de todas las investigaciones que se desarrollan en salud”, destacó.

Durante este encuentro, se analizaron las perspectivas de estas terapias en Andalucía, de la mano del jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, el doctor José Antonio Pérez. Además, se habló de la experiencia de la aplicación de estas terapias en este hospital hispalense, el único centro referente en Andalucía para las terapias con células CAR-T.

Los científicos Francisco Martín Molina, que es miembro del Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (Genyo); y Estefanía García Guerrero, que es integrante del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), abordaron la edición genómica para mejorar la eficacia y seguridad de este tipo de células y cómo generarlas en el laboratorio.

Por último, tuvo cabida el papel de la Farmacia Hospitalaria en la gestión de los medicamentos CAR-T, una intervención que vino de la mano de Sandra Flores, que es miembro de la unidad de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

# BIBLIOTECA



## *COVID-19. Nuestra guerra*

**A**lipio Gutiérrez, que es periodista especializado en comunicación científica y sanitaria, ha presentado el libro COVID-19. Nuestra guerra, en el que, a través de 36 relatos emocionales, describe, por un lado, cómo vivieron y sintieron la pandemia los profesionales sanitarios, y, por otro, cómo contaron los periodistas esta situación extraordinaria.

Además, esta obra incluye 12 pinturas de este autor que ilustran los sentimientos que le provocaron los testimonios. Este libro se centra en los profesionales sanitarios como unos de los principales protagonistas, junto a las víctimas, de la pandemia causada por el SARS-CoV-2. “Ellos han sido los únicos que han visto y han sentido en primera persona el horror de lo que coinciden en señalar como una guerra. Su guerra contra un nuevo virus desconocido hasta ahora, un enemigo invisible que les ha puesto a prueba”, explicó Alipio Gutiérrez. Asimismo, denunció la “imposibilidad que han tenido los medios de ser testigos en el campo de batalla. Si hubiéramos podido estar y mostrar imágenes, posiblemente, hubiéramos sido más pedagógicos para concienciar a los ciudadanos”.







## *Tecnología sanitaria en el entorno COVID-19: puesta en valor de un sector esencial*

Este documento analiza las empresas de Tecnología Sanitaria con productos esenciales para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la COVID-19. Otro de los objetivos de este trabajo ha sido la identificación de los factores para fortalecer este sector y evitar situaciones sanitarias críticas en el futuro como las que se han producido este año, incluyendo una Hoja de Ruta con recomendaciones a desarrollar en España por los distintos *stakeholders* sanitarios.



## *Cuento de Navidad (en pandemia)*

*Cuento: Teresa Cenarro Guerrero*

*Ilustraciones: Esther Ruiz Chércoles*

*Fotografía: Carla Ruiz Ruiz*

*Maquetación y montaje: Primi Mendoza*

Una pediatra de Leganés, Esther Ruiz Chércoles ha ilustrado este cuento de una niña preocupada por el coronavirus. Se trata de un cuento navideño, reciclado y que refleja que los niños también están preocupados por la pandemia.



# SUSCRÍBETE GRATIS

[suscribirse >](#)