



## INVESTIGACIÓN CLÍNICA: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE LA PANDEMIA?

**En Profundidad:**  
Estrés laboral

**Entrevista:**  
José Manuel Ventura Cerdá, Director General  
de Farmacia y Productos Sanitarios de la  
Consellería de Sanidad Universal y Salud  
Pública- Generalitat Valenciana

# 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

## **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

## **Cobo Castro, Tomás**

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

## **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**

Director ejecutivo europeo de Centene

## **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

## **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**

Académica de las Reales Academias Nacional, Catalana Gallega e Iberoamericana de Farmacia

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

Secretario General de la AESEG

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

Consejero en LLORENTE&CUENCA

## **Ruiz 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

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 la Fundación Cofares



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



**Blanca Fernández-Lasquetty,**  
Directora de EnferConsultty 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).



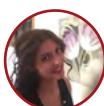
**Fernando Mugarza Borque,**  
Director de Desarrollo Corporativo del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad).



**Ignacio Para Rodríguez-Santana,**  
Presidente de la Fundación Bamberg.



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



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



**Paula Suárez,**  
Fundadora de MKT Salud



## EXPERIENCIA DEL PACIENTE

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



**Carlos Bezos Daleske,**  
CEO Instituto para la Experiencia del Paciente.



**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 #Salud-sinBulos.



## INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

**Antonio Burgueño Jerez,** Director del Proyecto Venturi y Secretario General de la Fundación Economía y Salud



**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 Masimo.



**Juan Carlos Santamaría,** Director de Comunicación de Inithhealth (Grupo Init) y Cofundador de Health 2.0 Basque



## 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 Advocenttur 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 BESideU.





## *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.*

*Bienvenidos a la gestión sanitaria del siglo XXI.*

Descubre más sobre nuestro modelo de salud sostenible en:  
<http://www.riberasalud.com/porta-del-ciudadano/>

[riberasalud.com](http://riberasalud.com)



**ribera salud grupo**



**6**

## Políticas Sanitarias

Accesibilidad, bienestar y sostenibilidad, retos de la Sanidad en 2022

**9**

## El Termómetro

Un planeta globalizado y más sostenible

**14**

## Enfermería

Diseñada ya la estrategia mundial para paliar el déficit de enfermeras y conseguir los ODS, ¿para cuándo su implementación?

**16**

## Salud Digital e Innovación

Dermatología y ciencia ficción

**18**

## En Profundidad

- Estrés laboral
- La digitalización de la prestación farmacéutica, a debate
- La importancia de la atención domiciliaria
- La Estrategia de Salud Respiratoria en Cantabria
- Invertir en salud mental
- El futuro de las pruebas diagnósticas moleculares rápidas, al lado del paciente

**42**

## Cuestión de Justicia

Programa de acción de la UE en el ámbito de la salud (UEproSalud)

**46**

## Salud sin Bulos

Los bulos reducen la confianza en el médico

**48**

## Derecho Sanitario

La necesidad de una nueva Ley de Ordenación Farmacéutica

**50**

## Entrevista

“Necesitamos compartir más el conocimiento y la información”

**58**

## Primera Plana

Investigación clínica: ¿qué hemos aprendido de la pandemia?

**63**

## Las Noticias de la Quincena

**69**

## Nombramientos

**70**

## Economía

**72**

## Sanidad Autonómica

**75**

## Biblioteca



# POLÍTICAS SANITARIAS



## Accesibilidad, bienestar y sostenibilidad, retos de la Sanidad en 2022

Alberto de Rosa Torner

Artículo publicado el 22 de diciembre de 2021 en [albertoderosa.es](http://albertoderosa.es)

**A**caba otro año complejo en el contexto sanitario, social y económico. Un ejercicio 2021 que, sin duda, ha vuelto a estar marcado por la COVID y los picos de contagios, que han tensionado en mayor o menor medida las diferentes regiones de España y del mundo, y también por la vacunación, con buenos índices de inmunización, al menos en los países del primer mundo. Me gustaría acabar este año compartiendo en este blog algunas reflexiones sobre los cambios vividos y percibidos en estos doce meses, pero también sobre los retos que debemos afrontar en un 2022 que llama ya a nuestra puerta, así como en los años venideros.

Llevamos tres meses de reconocimientos al grupo sanitario Ribera y a sus profesionales, que me llenan de satisfacción y orgullo, y que confirman que nuestro modelo de salud responsable no solo funciona bien, sino que pacientes, profesionales y sociedad civil lo valoran como necesario y como un ejemplo a seguir en términos de humanización, tecnología y digitalización, transparencia y *compliance*, investigación y docencia y trayectoria profesional (por ejemplo, el premio de 'Innovación tecnológica por el modelo predictivo COVID, el premio a la 'Transformación digital de la Cámara de Comercio de Valencia', la mención como finalista en los ABB Ability Digital Award

por nuestra psicoterapia digital, el premio de 'Humanización Sanitaria del Club de Marketing' por el acompañamiento de pacientes con mascotas, el diploma como finalista de los Premios Corresponsables por el documental sobre el COVID, o el reconocimiento de *New Medical Economics* a mi trayectoria profesional).

Al mismo tiempo, no puedo dejar de hacer alusión a una de las decisiones más incomprensibles, por injusta e insolidaria con ciudadanos y profesionales, que es la reversión a la gestión pública directa del Hospital Universitario de Torrevieja. No voy a ahondar en la sentencia del Tribunal Supremo que advertía del procedimiento básico para llevar a cabo esta reversión y que no se ha cumplido, de las exigencias de la propia Intervención General de la Generalitat, ni tampoco de la arbitrariedad de una decisión ideológica sobre un recurso sanitario clave en la provincia de Alicante en plena pandemia mundial. Las consecuencias, por desgracia, las están sufriendo ya los trabajadores que llevan meses sin cobrar y los pacientes que son derivados a otros centros o esperan lo nunca visto a ser atendidos. Un caos en toda regla que advertimos al presidente de la Generalitat y que incluye que el jefe de Urgencias de ese hospital haya tenido que llamar a la Guardia Civil para poner orden en Urgencias. Lo nunca visto.



Pero todo lo bueno y lo menos bueno de este año me lleva a reflexionar, una vez más, sobre los retos de nuestro sistema sanitario, que se va a enfrentar a obstáculos de altura y que, por tanto, va a necesitar de líderes valientes, honestos, transparentes, realistas y centrados en lo que de verdad es importante: facilitar el acceso a una asistencia sanitaria de calidad, rápida en la atención, el diagnóstico y el tratamiento, y que asuma la prevención y el cuidado del bienestar físico y emocional de la población como una prioridad en el sistema.

La COVID sigue entre nosotros 22 meses después y la Sanidad de los próximos años, la de la postpandemia, va a necesitar lo mejor de todos los agentes del sector. Pero ¿dónde debemos poner el foco las organizaciones sanitarias?

En mi opinión, la excelencia en Sanidad se medirá en los próximos años en términos de accesibilidad, es decir, en cómo de rápido y de sencillo se lo pongan a los ciudadanos las organizaciones sanitarias para cuidar de cada uno de nosotros cuando estamos sanos, y curarnos cuando estamos enfermos. Es el primer punto clave que quiero abordar hoy.

Los ciudadanos quieren una respuesta rápida cuando tienen un problema de salud. Una persona con problemas graves de visión no puede estar casi dos años para operarse de unas cataratas, ni un ciudadano con dolor permanente y agudo que apenas se mueve, esperar más de nueve meses para una prótesis de cadera. La gente se va a cansar de esperar y va a exigir una atención rápida, que su problema de salud se identifique y se le facilite el acceso a un sistema sanitario que le dé respuestas y soluciones rápidas y efectivas.

Por supuesto, la transformación digital que hemos acometido muchas organizaciones en los últimos años va a favorecer esta accesibilidad, pero también es clave que las compañías y sus modelos de gestión sean flexibles, que se adapten rápido a los cambios y situaciones que, como esta pandemia, tensionan cíclicamente algunos servicios. Será excelente la organización que mejor dé respuesta a esta exigencia ciudadana de mejora de la accesibilidad a los recursos sanitarios.

La segunda idea clave en la que debemos seguir trabajando organizaciones como Ribera es en un concepto aún más amplio de la salud, entendida también como el cuidado del



## Los ciudadanos quieren una respuesta rápida cuando tienen un problema de salud



bienestar del ciudadano. Es decir, tenemos que ganarnos la confianza de la población para que confíen en que les cuidamos cuando están bien, que nos preocupamos por ellos, vigilamos sus factores de riesgo y prevenimos, de forma personalizada, alteraciones o riesgos en su estado de salud. Tenemos que ser proactivos, estar cerca, monitorizar a los “pacientes sanos” y seguir trabajando en modelos predictivos que nos ayudan a adelantarnos a empeoramientos de la salud de nuestros pacientes. Y, por supuesto, que hacemos todo cuanto está en nuestras manos para curarles cuando están enfermos y solucionar su problema.

Estas son dos claves de la Sanidad de esta década: la accesibilidad al sistema y el cuidado de la salud, pero también del bienestar, físico y emocional, con un acompañamiento constante. Sistemas como del modelo de salud poblacional que aplicamos en Ribera hace años y herramientas como Minds, el nuevo programa de bienestar emocional, son un referente en este nuevo panorama asistencial.

La sostenibilidad del sistema sanitario público es esencial. Y dado que se financia vía impuestos a los ciudadanos, el buen uso del sistema y de los servicios que presta debería estar garantizado para conseguir el mejor estado de salud de la población. Si no se hace un uso eficiente de los recursos, se está engañando a los ciudadanos, porque esos costes no están dedicados a solucionar los problemas de salud, sino a otro tipo de gastos de carácter institucional o de gestión (en este caso de mala gestión), que deben ser evitados porque generen mayor lentitud en la atención, burocracia,



menos flexibilidad... y a la larga, empeoran los resultados de salud. Y la sostenibilidad es muy importante en el sistema público, pero también en el privado.

Las compañías de seguros, cuyo papel es fundamental y cada vez tienen un mayor reconocimiento social, también tienen que dar un paso hacia la modernidad, cambiar conceptos y ser más proactivos, porque si no son eficientes, tendrán que subir las primas. Y esto les hará menos atractivos para los ciudadanos, que llevan años poniendo la mirada sobre esta modalidad de atención, ante las carencias y retrasos que está sufriendo el sistema público en general.

Por último, por lo que respecta al sector hospitalario o de provisión sanitaria privada, este tiene que contribuir hacia un modelo de gestión a largo plazo, trabajando conjuntamente con el sector asegurador para ser eficiente en

la respuesta a los ciudadanos, trabajando con una visión compartida con el resto de agentes del sistema, y buscando el modo de conseguir que, con una mejor comunicación haya más personas que apuesten por el sector privado como un sector que va a ser fundamental para colaboración con la administración pública, desde una visión más solidaria, involucrada y con visión de futuro, sobre todo porque garantiza su sostenibilidad futura. Una asistencia más integrada, cooperativa y eficiente en beneficio de los ciudadanos.

Todos somos necesarios y podemos aportar valor al cuidado de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Ojalá el año 2022 sea el de la colaboración, el entendimiento y el gran pacto de la Sanidad. Por todos y para todos.

Director ejecutivo de Centene para Europa





# Un planeta globalizado y más sostenible

Fernando Mugarza Borque

**N**os adentramos en un nuevo año, este 2022 que sin duda nos va a aportar incertidumbres a la vez que retos y oportunidades, de entrada lo comenzamos con la continuidad de la pandemia producida por el SARS CoV2 (COVID-19) en su variante Ómicron; el riesgo de Flurona o lo que es lo mismo la suma del virus de la gripe y de la COVID en un mismo individuo y cómo no, las previsiones relativas al clima que nos pueden llevar a situaciones parecidas a la borrasca profunda “Filomena” o a inundaciones provocadas por las grandes avenidas de agua.

En este contexto es en el que se hace relevante el cumplimiento de la agenda 2030, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas y de todo lo que signifique velar por nuestro planeta y nuestro medioambiente, una vez que, si no, la necesidad de buscar nuevos caladeros en el espacio en los que poder habitar en el futuro se va a hacer realidad incluso antes de lo que imaginamos. Así lo manifestaba Stephen Hawking: “No tenemos futuro si no colonizamos el espacio”, comentó el gran físico teórico, astrofísico, cosmólogo y divulgador científico británico, quien participó en el proyecto *Breakthrough Starshot* cuyo objetivo es desarrollar un sistema de propulsión para viajes interestelares.

En tanto en cuanto esta previsión y sus recomendaciones se hacen o no realidad, lo que sí es cierto es que entre tanto hemos de tratar de dejar el mejor legado de sostenibilidad a las

generaciones futuras y para ello sin duda que es importante persistir con tesón en aquellas materias que pueden permitir desarrollar un mundo globalizado más sostenible, lo más amigable posible con la vida en su más amplia expresión.

En este contexto los criterios e indicadores que emanan de una gestión ética y socialmente responsable se convierten en prioritarios tanto para las organizaciones como para las personas. Fruto de esta aproximación algunas de las áreas sobre las que trabajar se podrían resumir en un decálogo que creo que puede contribuir a construir un planeta más sostenible aprovechando las oportunidades y afrontando los grandes retos que nos ofrece la globalización, un hecho que es ya insoslayable.

### **1. Mejorar la cultura social y la responsabilidad individual como semilla de la responsabilidad social colectiva.**

Es importante impulsar la sensibilización de la sociedad en su conjunto en todas las materias y áreas que implica e impactan en la génesis de un mundo más sostenible para todas las generaciones, presentes y futuras, eliminando las barreras y fomentando las grandes oportunidades que surgen de una actuación adecuada sustentada en valores.

### **2. Protección del medioambiente y de los ecosistemas naturales por encima de toda consideración.**



Impacto medioambiental sobre la salud. Pacto por la sostenibilidad y el clima. Estrategia de biodiversidad. Ciudades y desarrollo rural (España vacía) sostenibles. Todos ellos, forman parte de una estrategia imprescindible de cuidado y protección del medioambiente para evitar las consecuencias de un calentamiento global que tan solo trae consigo desastres, devastación, empobrecimiento y profundización en las asimetrías y desigualdades sociales. La desgravación fiscal de inversiones en materia de sostenibilidad medioambiental y biodiversidad es un elemento clave.

### **3. RR. HH alineados con los principios más exigentes de la RSE una vez que son motor de sostenibilidad y compromiso social.**

Si pensamos en organizaciones y empresas, el área de Recursos Humanos se sitúa en el *core*, en el centro de toda estrategia de gestión ética y socialmente responsable, eje de sostenibilidad una vez que las personas constituyen el principal foco en materia de sostenibilidad, gestión ética y responsabilidad social. No puede haber un compromiso real sostenible si no se tiene muy en cuenta este aspecto en materias como la conciliación de la vida personal y profesional, las políticas y estrategias de inclusión y diversidad, la formación continuada, el desarrollo de carrera profesional, el fomento e impulso del voluntariado corporativo entre

otras. No dejar atrás a nadie en materia de empleo y eliminar barreras en los extremos etarios: jóvenes y mayores es fundamental.

### **4. Buen gobierno corporativo y buenas prácticas de gestión en su relación con las administraciones y con los accionistas.**

Es fundamental que las organizaciones y empresas desarrollen las mejores prácticas en este contexto para evitar situaciones nada deseables de corrupción en su más amplio sentido. Articular una política estricta de transparencia y relaciones honestas con todos los grupos de interés o *stakeholders* es clave y para ello el impulso de los códigos de conducta, buenas prácticas y las unidades de supervisión son esenciales.

### **5. Buenas prácticas comerciales y exigencia de que se cumplan los principios de la RSE.**

La atención hacia clientes, proveedores es clave y en el caso de la cadena de suministro es fundamental implicarlos e involucrarlos en el fomento e impulso de las políticas y estrategias de responsabilidad social, y la mejor forma de hacerlo es exigiendo a la hora de su contratación acreditaciones, reconocimientos y certificaciones que garanticen este aspecto. De la misma forma la transparencia y honesti-





dad en las relaciones con los competidores es también un elemento clave de sostenibilidad y gestión ética y socialmente responsable.

#### **6. Inversión sostenible, impulso, reconocimiento y bonificación a este tipo de inversiones financieras.**

Este aspecto es muy importante, por ello la promoción y reconocimiento de toda inversión sostenible, en empresas que trabajan y velan por la sostenibilidad desde un punto de vista global, desde su gestión interna ética y socialmente responsable acreditada debe ser reconocida por las administraciones en forma de retornos y beneficios fiscales. En este sentido es clave fomentar los índices bursátiles de sostenibilidad como el Dow Jones Sustainability Index, el FTSE4Good Index y otros como el MSCI Global Sustainability Index, el CDP, Euronext Vigeo Index Eurozone y Europe 120, el Ethibel Sustainability Excellence Europe o el Global STOXX Global ESG.

#### **7. Acción social, compromiso con las necesidades más urgentes y perentorias del ser humano.**

Es importante que las organizaciones y empresas sean sensibles a las situaciones y entornos más desfavorecidos, bien sea que estén ubicados en el propio país o en otros periféricos. Es importante recordar que acción social significa actuaciones de largo recorrido, inversiones estratégicas y que al poder ser impliquen también a organizaciones del tercer sector o instituciones nacionales o internacionales de reconocida solvencia y prestigio. Apostar por los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas y por la agenda 2030 es una buena forma de manifestar el compromiso adquirido en esta materia.

Un buen ejemplo de este apartado lo escenifica el Proyecto NAPO, una iniciativa colaborativa multidisciplinar, coparticipada por diferentes instituciones y organismos públicos y

privados que tiene la misión y el objetivo de “acercar la medicina especializada a los habitantes de zonas recónditas de la Amazonía Peruana gracias al trabajo de la Fundación EHAS que ha contado con la tecnología de GMV”. Esta iniciativa permite el acceso a servicios de salud especializada y de calidad a más de 21.000 habitantes mediante la tecnología de medicina no presencial de GMV y gracias a la Red de Salud de Napo (dependiente de la Dirección Regional de Salud de Loreto y del Ministerio de Salud de Perú). La Fundación EHAS es una institución vinculada a la investigación para el desarrollo, entre sus objetivos figura mejorar el sistema público de atención de salud en zonas rurales de países en desarrollo aplicando las tecnologías de la información y las comunicaciones. GMV se ha sumado a este objetivo aportando su plataforma de medicina no presencial *Antari HomeCare*. La Embajada de España en Perú, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Banco de Desarrollo de América Latina, la Universidad Politécnica de Madrid y la Comunidad de Madrid sustentan el citado Proyecto NAPO.

## **8. Fomento e impulso de la Innovación Responsable.**

La innovación responsable es el pilar fundamental sobre el que se sustenta el nuevo modelo de crecimiento económico, constituye un elemento esencial de aquellas organizaciones que tienen como expresión final en sus estrategias y objetivos no solo a la propia sostenibilidad económico-financiera, sino la búsqueda a ultranza de la mejora de su competitividad a través de la transferencia tecnológica e intelectual, gestión del conocimiento en red e internacionalización como base estratégica de su propio desarrollo. El equilibrio entre la esencia y valores del ser humano y los beneficios que aporta la ciencia y la tecnología es clave.

## **9. Acreditación y certificación de las buenas prácticas en materia de sostenibilidad y RSE.**

La única forma de mejorar es medir y para ello además de aplicar los indicadores internacionales de GRI (*Global Reporting Initiative*) en materia de sostenibilidad es muy importante para las organizaciones y empresas de cualquier ámbito, naturaleza y condición el acceder a certificaciones y acreditaciones relacionadas con la sostenibilidad, la responsabilidad social y la gestión ética: SGE-21, ISO 26000, ISO

14000, ISO 45001, AA-1000, SA-8000, United Nations Global Compact, etcétera.

## **10. Comunicación proactiva de las buenas prácticas en materia de RSE en sus diferentes dimensiones: económica, medioambiental y social.**

En este sentido es muy importante la comunicación reglada de las acciones de sostenibilidad acometidas por las organizaciones y empresas, y la mejor forma de hacerlo es a través de las memorias anuales de sostenibilidad en base a indicadores establecidos por GRI (*Global Reporting Initiative*) organización independiente cuya misión es “brindar el más alto nivel de transparencia para los impactos organizacionales en la economía, el medio ambiente y las personas”.

Para finalizar esta reflexión, tras el paso de esta pandemia que comentaba al principio se hace patente de forma nítida la “levedad del ser humano”, estamos en manos de la naturaleza, un entorno medioambiental sobre el que constantemente estamos incidiendo y agrediendo, y como toda acción tiene su respuesta, la que estamos recibiendo llega en forma de desastres naturales que nos afectan de una forma directa bien a nuestra salud, a nuestra propia integridad o al propio entorno y ecosistema en el que vivimos.

Solo a través de una concienciación global del problema mediante el abordaje decidido de las enormes asimetrías sociales y las grandes brechas sociodemográficas que continuamos generando es como podremos revertir una situación que de otra forma puede llegar a un punto de no retorno más o menos lejano. En definitiva, tenemos la obligación de dejar a las generaciones futuras un planeta suficiente, sostenible, viable, garante y capaz de continuar fomentando la vida y cuidando de ella y eso, sin duda, es responsabilidad de todos.

Director de desarrollo corporativo y comunicación (Fundación IDIS)

Socio Fundador del Grupo Soluciones de Comunicación y Reputación SC&R y del Communication Experience Institute (CEI)

Presidente del Instituto ProPatiens

Profesor de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas (ICAI-ICA-DE)

Miembro de la Comisión Mixta de la Cátedra del Paciente de la Universidad de Alicante

Ex-presidente y Miembro de Honor de Forética

fmugarza@fundacionidis.com





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



## Diseñada ya la estrategia mundial para paliar el déficit de enfermeras y conseguir los ODS, ¿para cuándo su implementación?

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

**P**odemos considerar un hito y un tesoro la reciente publicación por parte de la OMS del documento Orientaciones Estratégicas Mundiales para Enfermeras y Matronas 2021-2025 (Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021-2025 (SDNM)<sup>1</sup>. Una hoja de ruta a 4 años, que recoge las prioridades políticas y recomendaciones basadas en evidencias, que realmente van a permitir cumplir con el compromiso de lograr la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Especialmente el Objetivo 3: Salud y Bienestar, aunque no el único ya que la salud es uno de los ámbitos donde impactan prácticamente todos los ODS.

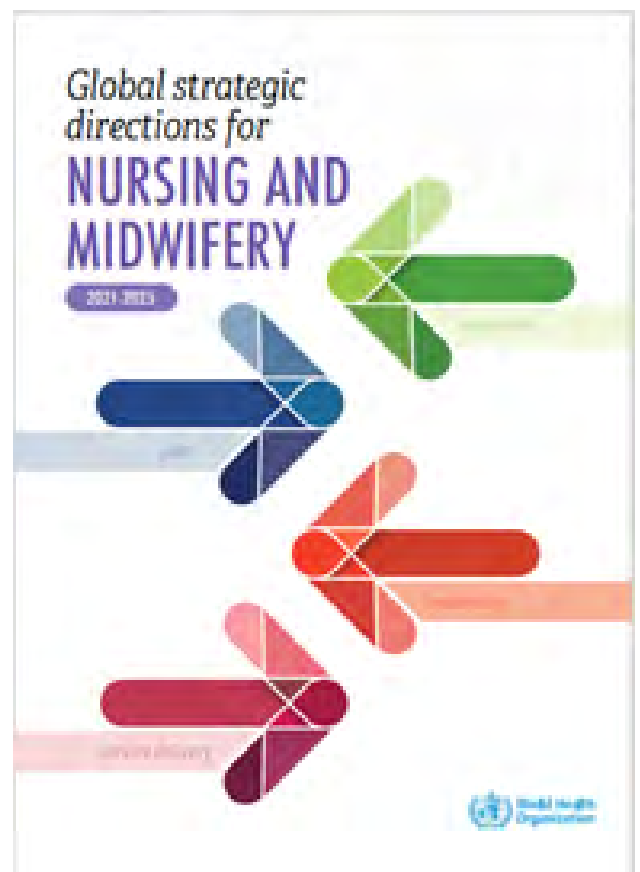
Diseñar esta Estrategia SDNM ha sido posible gracias a la colaboración y la aportación de datos de 191 países y que ha permitido hacer la fotografía real de las enfermeras a nivel global, recogida en el Informe de Situación de la Enfermería en el Mundo 2020<sup>2</sup>.

Este informe pone sobre la mesa datos escalofriante como que la situación actual es de un déficit de 6 millones de enfermeras en el mundo, que en los próximos 10 años se jubilan 4 millones más de enfermeras y que los efectos del COVID llevarán a un abandono de la profesión de otros 2-3 millones de enfermeras también en la próxima década<sup>3</sup>.

¿Y cómo se va a poder garantizar así la promoción, la prevención y la atención a la salud de

la población? ¿Cómo podrá sobrevivir el sistema sanitario?

¿Quién dirigirá, prestará y evaluará los cuidados profesionales? ¿quién tomará las decisiones que afectan al cuidado y a la salud de la



población? En España la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), reconoce a las enfermeras la autonomía y responsabilidad en el ejercicio de la profesión que desempeñan y señala que le corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Los profesionales de enfermería son el grupo más numeroso del sector de la salud, prácticamente el 60% de las profesiones sanitarias<sup>2</sup>, y ya tenemos una escasez importante y un futuro muy negro. ¿Qué vamos a hacer? ¿vamos a esperar a llegar a esta situación o los decisores, los políticos van a poner en marcha alguna estrategia?

Por eso al inicio hablaba de hito y tesoro la reciente publicación por parte de la OMS del documento Orientaciones Estratégicas Mundiales para Enfermeras y Matronas 2021-2025 (SDNM), porque el trabajo ya está hecho para todos los países, basado en evidencias, de forma consensuada y ahora toca a cada gobierno implementarlo, monitorizarlo, medirlo y evaluarlo.

El SDNM se basa en 4 líneas estratégica: Educación, Trabajo, Liderazgo y Prestación de servicios. Para cada una de ellas se establecen entre 2 y 4 prioridades políticas necesarias para conseguir el resultado.

1. **Educación.** Es imprescindible que las enfermeras graduadas igualen en número o superen la demanda del sistema de salud y espacios de prestación de cuidados. Además, tienen que haber alcanzado las competencias necesarias para cumplir con las prioridades nacionales de salud.
2. **Trabajo.** Hay que garantizar la disponibilidad de profesionales de la salud, mediante la contratación estable de enfermeras, siendo capaces de fidelizarlos y gestionar de manera ética la movilidad nacional e internacional.
3. **Liderazgo.** Hay que elevar la proporción de enfermeras, su autoridad y capacidad de participar en la toma de decisiones en organismos e instituciones de salud y académicos. Desde los puestos de máximo nivel y en puestos intermedios. Además, hay que capacitar y trabajar con la próxima generación de líderes de enfermería.
4. **Prestación de servicios.** Las enfermeras tienen que poder trabajar al máximo nivel de su capacitación y en cualquier entorno



de prestación de servicios de salud seguros y de apoyo.

A todo esto, le acompañan 12 prioridades políticas, perfectamente definidas y de máxima relevancia para su implementación.

Ahora las naciones de todo el mundo tienen la obligación urgente y el compromiso de adoptar estas medidas y garantizar la Salud y el Bienestar de los ciudadanos del mundo.

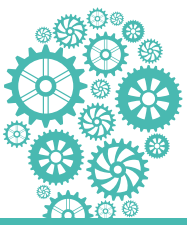
Como recoge el Informe “La salud del mundo requiere el compromiso de todos los países para apoyar a las enfermeras con inversiones. Esperamos que todos ustedes se unan a este llamamiento a la acción”.

#### Bibliografía:

1. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. 2021.
2. OMS & CIE. Situación de la enfermería en el mundo 2020. invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 7]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
3. Buchan J, Howard Catton M, Franklin Shaffer RA. Ageing Well? Policies to support older nurses at work. Int Cent Nurse Migr [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 7]; Available from: [www.intlnursemigration.org](http://www.intlnursemigration.org)

Directora de Enferconsultty y Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)  
blancaf@enferconsultty.es





## Dermatología y ciencia ficción

Juan Carlos Santamaría

**A**lgún lector quizás haya visto la película Elysium, ambientada en 2154 y protagonizada por Matt Damon. La película recrea cómo viven los terrícolas en ese año, o mejor dicho, los terrícolas más adinerados, que sí pueden permitirse vivir en una plataforma espacial en la que hay una especie de cápsula médica capaz de diagnosticar inmediatamente cualquier enfermedad, curarla y hasta reparar las lesiones del cuerpo sin que intervenga ninguna persona. Esto, por supuesto, es ciencia ficción, pero lo cierto es que la medicina es uno de los campos que más y mejor se está

beneficiando de la Inteligencia Artificial (IA), ya que es capaz de aprender y analizar con rapidez enormes cantidades de información de los historiales de pacientes, de las pruebas de imagen y de los avances científicos para ayudar a los profesionales sanitarios a ofrecer mejores diagnósticos y tratamientos.

Pero que esté tranquilo el colectivo médico, que "la Inteligencia Artificial no va a sustituir a los médicos. Es un aliado", tal y como afirma el ingeniero Juan José Cerrolaza, investigador del Laboratorio BioMedIA del Imperial College de Londres.



Dentro del ámbito de la Inteligencia Artificial, encontramos dos disciplinas bien diferenciadas: *machine learning* y *deep learning*.

*Machine learning* es una disciplina científica del ámbito de la Inteligencia Artificial que crea sistemas que aprenden automáticamente. Aprender en este contexto quiere decir identificar patrones complejos en millones de datos. La máquina que realmente aprende es un algoritmo que revisa los datos y es capaz de predecir comportamientos futuros. Automáticamente, también en este contexto, implica que estos sistemas se mejoran de forma autónoma con el tiempo, sin intervención humana.

*Deep learning* (aprendizaje profundo), también conocido como redes neuronales profundas, es un aspecto de la Inteligencia Artificial (AI) que se ocupa de emular el enfoque de aprendizaje que los seres humanos utilizan para obtener ciertos tipos de conocimiento. En su forma más simple, el aprendizaje profundo puede considerarse como una forma de automatizar el análisis predictivo.

Un buen ejemplo de la aplicación de la inteligencia artificial en dermatología es la empresa Legit.Health que aplica algoritmos de *deep learning* y redes neuronales al diagnóstico y la determinación de la gravedad de enfermedades cutáneas.

La revolucionaria herramienta, además de ser capaz de diagnosticar más 232 patologías, ha realizado importantes avances en el campo de la dermatología clínica a la hora de determinar la gravedad de enfermedades comunes como la dermatitis atópica, el acné, la psoriasis, la urticaria, la hidradenitis supurativa o cáncer de piel.

Estos algoritmos, validados en múltiples estudios en los hospitales de Cruces y Basurto, combinan la precisión, objetividad y capacidad de procesamiento de un algoritmo de última generación con la experiencia combinada de docenas de expertos en cada enfermedad.

Cualquier herramienta que requiera que los médicos y los pacientes la usen adecuadamente necesita ser fácil de usar y entender. Y gracias al sencillo diseño de su interfaz, el paciente solo necesita sacarse una foto del área afectada con su smartphone, que es automáticamente enviada a su médico.



Cualquier herramienta que requiera que los médicos y los pacientes la usen adecuadamente necesita ser fácil de usar y entender



Esta imagen es analizada por el algoritmo clínicamente validado y sus resultados son enviados al médico, que se beneficia no solamente de la consistencia de los datos generados por este proceso, sino que convierte el trabajo de monitorizar el desarrollo de una lesión que presenta pre-malignidad en una tarea sencilla.

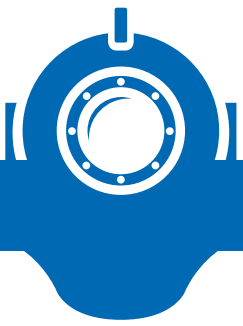
La herramienta analiza las patologías utilizando un sistema de gradación que tiene el MID (*Minimal important Difference*) más bajo y es sensible al menor LDC (*Lowest Detectable Change*), lo que quiere decir que el algoritmo analiza cada imagen con más precisión y atención al detalle de la que sería capaz ningún ser humano.

La principal fortaleza es que clasifica automáticamente las lesiones con solo ver imágenes y pequeñas *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) o medidas de resultado informadas por el paciente. En otras palabras, la herramienta cumplimenta automáticamente la mayoría de los sistemas de calificación médica, como PASI, SCORAD, UAS, GAGS y muchos más sistemas de calificación dermatológica.

Y no estamos hablando de ciencia ficción. Es ciencia del presente.

Director de Comunicación de Inithhealth (Grupo Init)  
y Cofundador de Health 2.0 Basque

[jsantamaria@theinit.com](mailto:jsantamaria@theinit.com)



# Estrés laboral

Rita Rodríguez Fernández

**E**l estrés laboral es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo.

Independientemente de lo que exija el trabajo, hay medidas que se pueden tomar para protegerse de los efectos dañinos del estrés, mejorar su satisfacción laboral y reforzar su bienestar dentro y fuera del trabajo.

### ¿Cuándo es demasiado el estrés laboral?

El estrés no siempre es malo. Un poco de estrés nos puede ayudar a mantenernos enfocados en el trabajo, enérgico y capaz de enfrentar nuevos desafíos laboralmente. Es lo que nos mantiene alerta durante una jornada o alerta para evitar accidentes o errores importantes. Pero en el mundo agitado de hoy, el lugar de trabajo a menudo parece una montaña rusa emocional. Las largas horas, los plazos ajustados y las demandas cada vez mayores pueden hacer que nos sintamos preocupados, agotados y abrumados. Y cuando el estrés supera la capacidad para sobrellevarlo, deja de ser útil y comienza a dañar la mente y el cuerpo, así como la satisfacción laboral.

No podemos controlar todo en el entorno de trabajo, pero eso no significa que seamos impotentes, incluso cuando estemos atrapados en una situación difícil. Si el estrés en el tra-

bajo interfiere con el rendimiento laboral, la salud o la vida personal, es hora de actuar. Independientemente de lo que se haga para ganarse la vida, cuáles sean nuestras ambiciones o cómo sea de estresante el trabajo, hay muchas cosas que se pueden hacer para reducir los niveles generales de estrés y recuperar la sensación de control en el trabajo.

Las causas comunes del estrés en el lugar de trabajo incluyen:

- Miedo a ser despedido.
- Más horas extraordinarias debido a los recortes de personal.
- Presión para cumplir con las expectativas, pero sin aumentar la satisfacción laboral.
- Presión para trabajar a niveles óptimos.
- Falta de control sobre cómo haces tu trabajo.

### ¿Niveles preocupantes de estrés laborales?

Cuando uno se siente abrumado en el trabajo, pierde la confianza y puede volverse enojado, irritable o retraído. Otros signos y síntomas de estrés excesivo en el trabajo incluyen:

- Sentirse ansioso, irritable o deprimido.
- Apatía, pérdida de interés en el trabajo.



- Dificultad para dormir.
- Fatiga.
- Problemas para concentrarse.
- Tensión muscular o dolores de cabeza.
- Problemas estomacales.
- Retiro social.
- Pérdida del deseo sexual.
- Usar alcohol o drogas para hacer frente.

### Superar el estrés en el lugar de trabajo: hablar

A veces, el mejor reductor del estrés es simplemente compartirlo con alguien cercano. El acto de hablar y obtener apoyo y simpatía, especialmente cara a cara, puede ser una forma muy efectiva de desahogarse y recuperar la calma. La otra persona no tiene que “arreglar” nuestros problemas; solo necesita saber escuchar.

#### • Pedir apoyo a tus compañeros de trabajo

Tener un sistema de apoyo sólido en el trabajo puede ayudar a protegerse de los efectos negativos del estrés laboral. Si no se tiene un amigo cercano en el trabajo, debemos tomar medidas para ser más sociables con nuestros

compañeros de trabajo. Cuando tomemos un descanso, por ejemplo, en lugar de dirigir nuestra atención al teléfono, intentar involucrarnos con nuestros compañeros.

#### • Apoyarse en los amigos y familiares

Además de aumentar el contacto social en el trabajo, tener una red sólida de amigos y familiares que nos apoyen es extremadamente importante para controlar el estrés en todas las áreas de nuestra vida. Por otro lado, cuanto más solos y aislados estemos, mayor será la vulnerabilidad al estrés.

#### • Construir nuevas amistades

Si se siente que no se tiene a nadie a quien acudir, en el trabajo o en su tiempo libre, nunca es demasiado tarde para entablar nuevas amistades. Conocer gente nueva con intereses comunes tomando un refresco o uniéndote a un club. Además de expandir tu red social, ayudar a otros, especialmente a aquellos que son agradecidos, brinda un inmenso placer y puede ayudar a reducir significativamente el estrés.

### Ejercicio y nutrición

Cuando estás demasiado concentrado en el trabajo, es fácil que descuides tu salud física. Pero cuando realizamos una buena nutrición y ejercicio, se está más fuerte y resistente al estrés.



Cuidarse a sí mismo requiere una revisión total del estilo de vida. Incluso las cosas pequeñas pueden levantar el estado de ánimo, aumentar la energía y hacer que nos sintamos como nuevos.

- **Hacer tiempo**

El ejercicio aeróbico, es una actividad que aumenta el ritmo cardíaco y nos hace sudar, es una forma muy eficaz de levantar el ánimo, aumentar la energía, agudizar la concentración y relajar tanto la mente como el cuerpo. El movimiento rítmico, como caminar, correr, bailar, tocar el tambor, etc., es especialmente relajante para el sistema nervioso. Para aliviar al máximo el estrés, intentar realizar al menos 30 minutos de actividad la mayoría de los días.

Si es más fácil para encajar en el día a día, dividir la actividad en dos o tres segmentos más cortos.

Y cuando el estrés aumente en el trabajo, tratar de tomar un breve descanso y alejarse de la situación estresante. Dar un paseo fuera del lugar de trabajo si es posible. El movimiento físico puede ayudar a recuperar el equilibrio.

- **Alimentos que eliminen el estrés**

La elección de alimentos puede tener un gran impacto en cómo nos sentimos durante el día de trabajo. Comer comidas pequeñas, frecuentes y saludables, por ejemplo, podemos ayudar a nuestro cuerpo a mantener un nivel uniforme de azúcar en la sangre. Esto mantiene la energía y concentración, y previene los cambios de humor. Un nivel bajo de azúcar en la sangre, por otro lado, puede hacernos sentir ansiosos e irritables, mientras que comer demasiado puede volverte letárgico.

- **Reducir el azúcar y los carbohidratos refinados**

Cuando estemos estresados, deseamos refrescos azucarados, productos horneados o alimentos como pasta o patatas fritas. Pero estos alimentos conducen a un colapso en el estado de ánimo y la energía, lo que empeora los síntomas del estrés, no los mejora.

- **Reducir la ingesta de alimentos que pueden afectar negativamente al estado de ánimo**

Como la cafeína, las grasas y los alimentos con altos niveles de conservantes químicos y hormonas.

- **Comer más ácidos grasos Omega-3 para mejorar el estado de ánimo**

Las mejores fuentes son los pescados grasos (salmón, arenque, caballa, anchoas, sardinas), algas, linaza y nueces.

- **Evitar la nicotina**

Fumar cuando uno se siente estresado puede parecer que nos calma, pero la nicotina es un poderoso estimulante que conduce a niveles más altos, no más bajos, de ansiedad.

- **Beber alcohol con moderación**

Puede parecer que el alcohol reduce temporalmente las preocupaciones, pero demasiada cantidad puede causar ansiedad a medida que desaparece y afectar negativamente el estado de ánimo.

### **Dormir suficiente**

Sentimos que no tenemos tiempo para dormir toda la noche. Pero escatimar horas de sueño interfiere con la productividad diurna, creatividad, habilidades para resolver problemas y capacidad de concentración. Cuanto más descansados estemos, mejor nos encontraremos para hacer frente a las responsabilidades laborales y hacer frente al estrés laboral.

- **Mejorar la calidad del sueño**

Haciendo cambios saludables en las rutinas diurnas y nocturnas. Por ejemplo, acostarse y levantarse a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana, ser inteligente con lo que comemos y bebemos durante el día y hacer ajustes en el sueño. Tratar de dormir 8 horas por noche, es la cantidad de sueño que la mayoría de los adultos necesitan para funcionar de la mejor manera.

Apagar las pantallas una hora antes de acostarse. La luz emitida por la televisión, las tablets, los teléfonos y los ordenadores suprimen la producción de melatonina del cuerpo y puede interrumpir gravemente el sueño.

Evitar la actividad estimulante y las situaciones estresantes antes de acostarse, como ponerse al día con el trabajo. En su lugar, concéntrese en actividades tranquilas y relajantes, como leer o escuchar música suave, mientras se pone luz ambiente.



## Organizar y priorizar

### • Crear un horario equilibrado

Todo trabajo y nada de juego es una receta para agotarnos. Tratar de encontrar un equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, las actividades sociales y las actividades solitarias, las responsabilidades diarias y el tiempo de inactividad.

### • Salir antes por las mañanas

De 10 a 15 minutos pueden marcar la diferencia entre correr frenéticamente y tener tiempo para relajarse. Si siempre se llega tarde, adelantar los relojes para tener más tiempo y disminuir los niveles de estrés.

### • Planificar descansos regularmente

Tomar pequeños descansos a lo largo del día para dar un paseo, charlar con los amigos y distraerse.

### • Establecer límites saludables

Muchos de nosotros nos sentimos presionados al estar disponibles las 24 horas del día u obligados a seguir revisando los teléfonos en busca de mensajes y actualizaciones relacionados con el trabajo. Pero es importante mantener períodos en los que no se esté trabajando o pensando en trabajar. Eso puede

significar no revisar los correos electrónicos o atender llamadas de trabajo en casa por la noche o los fines de semana.

### • Aprender a decir NO

Evitar programarse muchas funciones en el día. Dejar las tareas que no son realmente necesarias al final de la lista o eliminarlas por completo.

- Priorizar tareas.
- Dividir los proyectos en pequeños pasos.
- Delegar responsabilidades.
- Estar dispuesto a ceder.

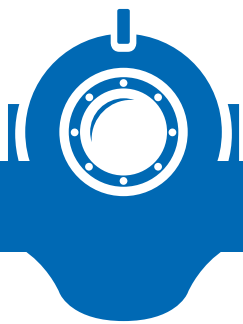
## Romper los malos hábitos que contribuyen al estrés laboral

Muchos de nosotros empeoramos el estrés laboral con pensamientos y comportamientos negativos. Si llegamos a cambiar estos hábitos autodestructivos, encontraremos que el estrés impuesto por el empresario es más fácil de manejar.

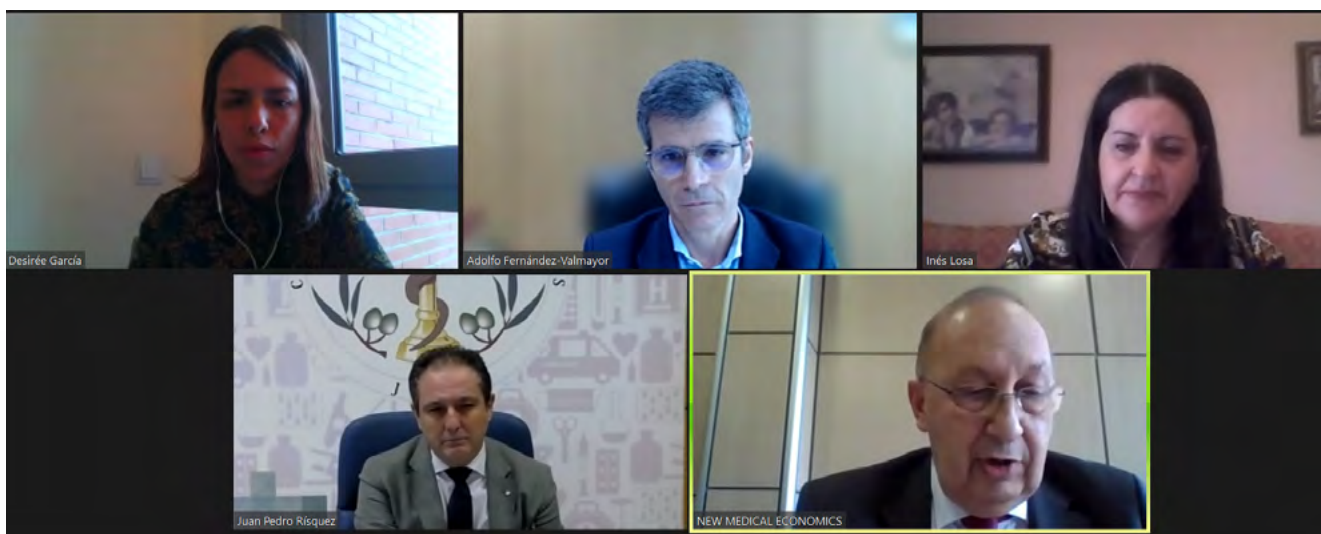
Coordinadora del Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica del Hospital Centro Médico el Carmen (Ourense)

[gestionlaboratorio@centromedicoelcarmen.es](mailto:gestionlaboratorio@centromedicoelcarmen.es)





# La digitalización de la prestación farmacéutica, a debate



Las tendencias tecnológicas de 2022 llegan impulsadas por un año 2021 marcado por la pandemia del COVID. Un año que ha supuesto un punto de inflexión a nivel global en la transformación digital tanto de usuarios individuales como de empresas, que han visto como el mundo tecnológico se convertía en su mejor aliado. De hecho, la Unión Europea ha fijado la transformación digital como una palanca de cambio que debe acelerar la recuperación económica en el mundo postcovid.

A partir de ahora los avances van a ir mucho más allá y la tecnología va a ser un factor clave en el sector sanitario. Afirmación avalada por la Agenda Digital 2025 española y la dotación, por parte del Ministerio de Sanidad, de una Secretaría General de Salud Digital que debe coordinar la transformación digital del conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La transformación digital y la tecnología son los ejes fundamentales para el trabajo del far-

macéutico y de la farmacia del siglo XXI. Es más, la farmacia es un elemento vertebrador fundamental para que ese proceso de transformación digital del SNS sea una realidad cercana y cumpla sus objetivos: fortalecer su capacidad asistencial, garantizar su sostenibilidad e incrementar la salud de los ciudadanos.

La respuesta a este desafío desde la Organización Farmacéutica Colegial es la Agenda Digital de la Profesión Farmacéutica. Una visión integral que se ordena en torno a cinco ejes, que se complementan, y abarcan todos los ámbitos de actuación sanitaria, asistencial y social; siendo el primero de ellos la innovación asistencial, que incluye aspectos como una prescripción y dispensación con gran parte de los procesos digitalizados o herramientas para asegurar la continuidad asistencial.

Para debatir sobre esta y otras cuestiones relacionadas, *New Medical Economics* en colaboración con el Consejo General de Colegios

Farmacéuticos ha organizado una Mesa de Trabajo y Debate a través de su Canal Online titulada “Digitalización de la prestación farmacéutica”. Para ello, ha contado con la participación de: Juan Pedro Rísquez, vicepresidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos; Adolfo Fernández-Valmayor, director de Transformación y Sistemas de QuirónSalud; Inés María Losa, tesorera de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes; y Desirée García, responsable en EFE Verifica. El encuentro estuvo moderado por José María Martínez, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*.

La primera pregunta que se puso sobre la mesa fue sobre lo que se espera del papel de la farmacia en el proceso de digitalización de la Sanidad. Para el vicepresidente del Consejo General de Farmacéuticos es un reto colectivo, por eso han elaborado la Agenda Digital que “afecta a toda esa transformación de Sanidad y a nuestro sistema sanitario público y privado. Debemos de implicar a todas las administraciones, a los profesionales, a todo el colectivo y por supuesto a la sociedad civil”. También quieren aprovechar la tecnología, que puede mejorar todos los aspectos vinculados con la prestación farmacéutica, y “potenciar esa vocación que tenemos los profesionales farmacéuticos de servicio sanitario y social”. Según Rísquez, el proceso de digitalización no deja de ser también un proceso de humanización. “Tenemos una red de más de 22000 farmacias, debemos saber aprovechar esa vertebración para que este proceso de transformación digital del Sistema Nacional de Salud sea una realidad cercana y cumpla todos sus objetivos”, afirmó.

Por su parte, Adolfo Fernández-Valmayor considera que estamos ante una “transformación digital de muchos sectores y negocios”. Para este experto, la oficina de Farmacia es el ejemplo de colaboración público-privada probablemente más antiguo que existe y más tradicional, inmerso dentro el sistema y haciendo una labor social importante”. Desde QuirónSalud entienden que la tecnología tiene que ayudar a personalizar mejor la atención: “creemos que ser más tecnológicos nos ayuda a ser más humanos, cualquier proyecto que lanzamos dentro de la compañía tiene que ser bueno para el paciente, para el profesional y para la organización. Y además en ese orden siempre”.

En la misma línea, la representante de los pacientes, Inés María Losa, cree que la farmacia es el refugio de salud y “más que nunca lo ha

sido en esta pandemia”. Para la tesorera de la Plataforma de Organización de Pacientes, la farmacia está muy infrautilizada, también piensa que hay muchos retos por delante en materia de digitalización y cree que la agenda digital presentada por el Consejo está enfocada a cubrir esos retos en la farmacia. “Creeamos que se deben procurar procesos dirigidos a la equidad, a la seguridad, a la eliminación de barreras asistenciales en el ámbito de la farmacia y seguir trabajando en la interoperabilidad, pero no solo dentro de nuestro país, sino también con la Unión Europea para favorecer la obtención de medicamentos por parte del paciente de la manera más segura y ágil. Consideramos fundamental apoyarnos en las nuevas tecnologías para poder mejorar la prescripción, la dispensación, la seguridad del paciente, la calidad y la comunicación”, indicó.

Según Desirée García los farmacéuticos y las farmacias pueden tener un papel mucho más importante del que tienen en la actualidad. La responsable de EFE Verifica resaltó que la farmacia es referencia para el ciudadano en España, “siempre lo ha sido y durante la pandemia las farmacias han estado abiertas y no solo para comprar medicamentos, sino para hacer preguntas y resolver dudas”. Desde su punto de vista, los farmacéuticos se tienen que convertir en proveedores de información de calidad en lo que atañe a la salud, “la buena información salva vidas y la desinformación puede matarnos”. García señaló que un lugar tan importante en nuestra vida diaria como una farmacia puede ser el primer punto de atención para prevenir y para terminar con los bulos en salud.

“¿Qué ha hecho la farmacia hasta hoy para adaptarse a la realidad digital?”, preguntó el moderador a Juan Pedro Rísquez. Según el vicepresidente del Consejo, la farmacia en estas cuatro últimas décadas ha avanzado tremendamente y de manera muy positiva en todo el proceso de digitalización y de innovación, “ha sido un tiempo en que nosotros como organización farmacéutica colegial hemos liderado mucho la implantación de estas nuevas tecnologías en toda nuestra red de farmacias”. Este experto también contó que ya han conseguido que la receta electrónica pública sea interoperable en toda España y la validación de la receta privada en papel, “para conseguir que sean recetas fiables y que den seguridad a los pacientes”. Otro sistema que han desarrollado es FarmaHelph, una herramienta que facilita el acceso del paciente a su medicación gra-





cias a que las farmacias adheridas “están en continua comunicación y pueden saber cuál de ellas dispone del medicamento que necesitan”.

En cuanto a la receta electrónica privada, Adolfo Fernández-Valmayor cree que es un ejemplo claro de un proyecto de éxito y de colaboración dentro del sector. “Ha sido una respuesta a la pandemia, pero ya estábamos preparados. Si no hubiéramos tenido preparada la receta electrónica privada, no habiéramos podido responder a la pandemia como teníamos que hacerlo”, contó. Según explicó el experto, fue un proyecto en el que daban garantía de seguridad a los pacientes “hicimos que aquellos elementos prescriptores de la receta siguieran custodiando los datos”. Al principio de la pandemia desarrollaron un procedimiento de certificación de contingencia que aceleró la certificación de diversos operadores para que pudieran ponerse en marcha cuanto antes. En muy poco tiempo pudieron dispensar las recetas, “ha sido un ejemplo claro de colaboración, de cooperación y un proyecto de éxito. Tenemos el reto de extenderlo a todas las farmacias, estamos trabajando en ello y está bastante avanzado”.

Con respecto a la experiencia del paciente en el proceso de digitalización de la farmacia, Inés María Losa destacó la escuela de pacien-

tes del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, con la que colaboran. “Esta escuela va a contribuir a fomentar la alfabetización en salud, puede revertir en concienciación, en el cuidado de la salud y por supuesto, en corresponsabilidad”. Losa considera que hay muchos temas apasionantes donde se puede profundizar como la adherencia al tratamiento, el reporte de los efectos secundarios o el correcto uso de los medicamentos entre otras cuestiones.

Ante el peligro de Internet y las redes sociales. “¿cómo lo puede combatir el farmacéutico desde el mostrador y más allá?”, cuestionó Martínez en esta ocasión a Desirée García. Esta experta subrayó que Internet y las redes sociales no siempre son los “malos de la película. También nos han ayudado, pues han democratizado la información”. La responsable de EFE Verifica explicó que la desinformación si existe tal cual la conocemos hoy es precisamente por la aparición de Internet y sobre todo de las redes sociales, pero las mentiras siempre han existido. “Ahora, casi cualquier persona que tiene una cuenta en una red social y una idea de qué estrategia seguir, puede difundir mentiras y tener un éxito razonable. España es uno de los países que más utiliza WhatsApp, pero no estamos acostumbrados a ponerle filtro”. En este aspecto es donde entra en juego el farmacéutico, EFE Verifica tie-



ne un canal de WhatsApp donde los usuarios pueden enviar todas sus dudas, hablan con profesionales sanitarios expertos que les ayudan a responder esas consultas, “el farmacéutico es la persona indicada para dirigir a sus pacientes hacia estos canales y enseñarles a utilizarlos”, señaló.

La transformación de la farmacia y la profesión farmacéutica en los próximos tiempos fue otro de los puntos clave del encuentro. Juan Pedro Rísquez contó que la Agenda Digital que han elaborado desde el Consejo “es una hoja de ruta en la que queremos reevolucionar la profesión, la prestación farmacéutica y el propio concepto de farmacia comunitaria”. Esta Agenda Digital consta de 5 ejes: innovación asistencial, seguridad del paciente, compromiso con la cohesión social y territorial, catalizar y acelerar la transición ecológica, y comunicación. “Es una Agenda Digital muy ambiciosa, lo afrontamos con muchísima ilusión y con ganas de seguir mejorando y transformando digitalmente la farmacia y por ende la sociedad”, concluyó.

Para potenciar todavía más el papel de la farmacia, Adolfo Fernández-Valmayor considera que hay que hablar también de personalización “tenemos que ser capaces de conseguir esa interoperabilidad, de darle un único sitio al ciudadano con toda la información, con todas sus prescripciones, tanto públicas como privadas, y de favorecer la comunicación. Esa cercanía a la farmacia con los ciudadanos les permite saber cómo le está yendo esa medicación, ese tratamiento o esa terapia concreta”.

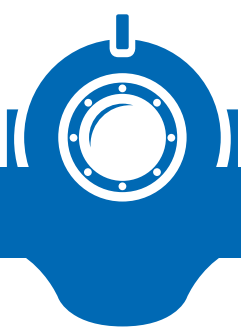
En este sentido, Inés María Losa cree que ahora se abre un nuevo horizonte con la digitalización “nos va a permitir una comunicación electrónica bidireccional que va a contribuir a mejorar el servicio”. Además, considera que la personalización es importantísima y que hay que buscar “flexibilidad, esa adaptación a la persona en cosas tan sencillas como los plazos para retirar la medicación en circunstancias concretas, como unas vacaciones o un viaje”.

Por su parte, para que los farmacéuticos puedan luchar contra los bulos desde las redes sociales, Desirée García puso el ejemplo de Vacunacheck que surgió a raíz de la pandemia tras una avalancha de dudas en la población y sobre todo con la campaña de inmunización que empezaron a recibir mensajes de antiva-

cunas. Vacunacheck consiste en incorporar en los espacios de la farmacia unos vinilos en los que preguntan “¿tienes algún bulo? ¿tienes algún mensaje o alguna duda sobre vacunas que nos quieras consultar? Escanea este QR”. En el portal de farmacéuticos, en el apartado de vacunacheck, los farmacéuticos que no lo hayan descargado o que no tengan ese vinilo lo pueden descargar y colocar en sus farmacias. “Es muy sencillo, se trata de que el paciente escanee ese QR e inmediatamente accede al número de WhatsApp de EFE Verifica al que nos puede enviar un mensaje, una foto o un vídeo sobre un tema que considera que es falso. Nosotros si ya hemos comprobado esa información y tenemos la respuesta se la enviamos y si no, nos ponemos a investigarlo para comprobar que efectivamente es falso. Y cuando tenemos la respuesta se la enviamos a su número”, indicó. Desirée García dijo que había tenido muy buena acogida por parte de las farmacias, pero desea que este número aumente “la farmacia es un espacio en el que el mundo digital y el mundo offline pueden converger. Esta es una forma muy sencilla de que converjan para mejorar en prevención y en calidad de información y para que nuestras dudas sean resueltas lo más rápido posible”.

Para finalizar con el encuentro, Martínez preguntó “¿cómo afecta la digitalización al acceso al medicamento a través de internet? ¿cómo nos podemos proteger de que la información que llegue a los ordenadores de la farmacia caiga en manos de no profesionales?”. Ante esta cuestión, Juan Pedro Rísquez pidió que los farmacéuticos extremen la precaución a la hora de ver hacia dónde van los datos, “tenemos que denunciar aquello que entendamos que no es bueno para la farmacia. Los farmacéuticos tenemos que seguir siendo garantes de que el medicamento, la prestación farmacéutica y el consumo de nuestros pacientes esté rodeado de calidad, seguridad y eficacia. Eso lo mantendremos si seguimos manteniendo un marco legal y vigilante a este respecto”.

Como tesorera de la Plataforma de Organización de Pacientes, Inés María Losa busca que los pacientes se informen y se formen, “es muy accesible acceder a medicamentos fuera de farmacias y esto no se debe hacer porque son medicamentos inseguros. Creo que ahí sí que las asociaciones de pacientes tenemos una labor de formación e información a los nuestros”.



## La importancia de la atención domiciliaria

**E**l envejecimiento creciente de la población y el incremento del número de pacientes crónicos y pluripatológicos que aspiran a disfrutar de una buena calidad de vida, hacen fundamental una revisión y adaptación del actual modelo de prestación sanitaria con el fin de dar respuesta a las necesidades de este tipo de pacientes con necesidades complejas. Con esta premisa como punto de partida, la Fundación Tecnología y Salud y la Fundación Edad & Vida se han unido para poner en marcha el Proyecto HomeCare, y han elaborado un informe denominado **'Modelo de futuro: tecnología domiciliaria para el apoyo de la atención**

**social y sanitaria'**. El objetivo de este informe es poner de manifiesto la importancia de la atención domiciliaria y plantear soluciones que mejoren el acceso y conocimiento acerca de las tecnologías sanitarias vinculadas a este ámbito, incidiendo en el control, bienestar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, a través de este proyecto, ambas fundaciones pretenden sensibilizar a los agentes sanitarios y sociales y a la población en general sobre la importancia de la Tecnología Sanitaria en el ámbito domiciliario.

En las últimas décadas, se han producido importantes avances que han favorecido que los



### PROYECTO HOMECARE

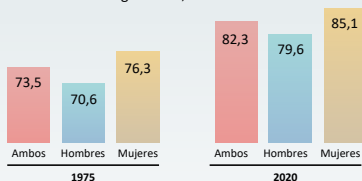
"MODELO DE FUTURO: TECNOLOGÍA DOMICILIARIA PARA EL APOYO DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA"



#### 1. APUNTES DEMOGRÁFICOS

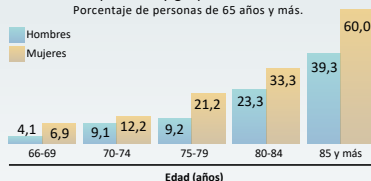
##### AUMENTO DE LA LONGEVIDAD.

Esperanza de vida al nacimiento (años), según sexo, 1975-2020<sup>1</sup>



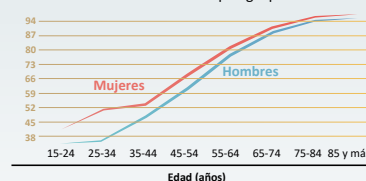
##### AUMENTO DE DEPENDENCIA.

Dificultad en la realización de actividades básicas de la vida diaria por sexo y grupo de edad. Año 2020<sup>2</sup>



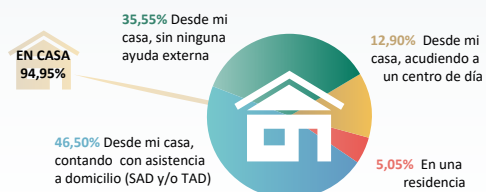
##### AUMENTO DE LA CRONICIDAD.

Porcentaje de personas con, al menos, una enfermedad crónica por grupos de edad<sup>3</sup>



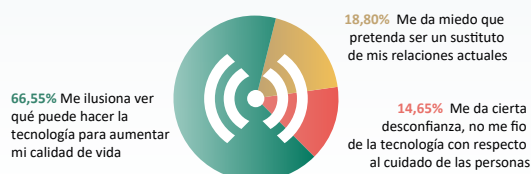
##### DESEO DE PERMANECER EN EL DOMICILIO EL MAYOR TIEMPO POSIBLE.

¿Dónde les gustaría pasar la vejez?<sup>4</sup>



##### ACEPTACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SI CONTRIBUYE A LA CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR.

¿Qué papel crees que tendrá la tecnología en tus cuidados?<sup>4</sup>



<sup>1</sup>Afi, indicadores de mortalidad (INE)

<sup>2</sup>La Encuesta Europea de Salud en España (EESE). INE, 2020

<sup>3</sup>INE, Encuesta Nacional de Salud, 2017

<sup>4</sup>El futuro de los cuidados. Clece, 2021.





## PROYECTO HOMECARE

"MODELO DE FUTURO: TECNOLOGÍA DOMICILIARIA PARA EL APOYO DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA"



### 2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

**ATENCIÓN DOMICILIARIA:** AQUEL CONJUNTO DE INTERVENCIONES QUE, CENTRÁNDOSE EN LA VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS, SU ENTORNO AFECTIVO MÁS PRÓXIMO Y SU VIVIENDA, TIENE UN PAPEL IMPORTANTE EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SU SALUD Y QUE SE PROVEE EN SU PROPIO ENTORNO HABITUAL, ESTO ES, EN SU DOMICILIO



#### LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD

- PAPEL PRIVILEGIADO: Proximidad, satisfacción de necesidades, derechos y preferencias de la persona.
- NULA O ESCASA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA y desarrollo de indicadores, objetivos y metas.
- SIN INTEGRACIÓN SOCIAL Y SANITARIA.

#### ESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN

- OBJETIVO: Optimización de los recursos disponibles.
- FALTA: Gobernanza compartida y coordinada, descentralizada y flexible con marcos estables de colaboración y acreditación de la calidad.

#### NIVELES ASISTENCIALES

- Presente EN TODOS LOS NIVELES en forma de diferentes servicios.
- HETEROGENEIDAD en su desarrollo e implantación.
- FRAGMENTACIÓN.
- FALTA DE MECANISMOS y acuerdos de relación (roles, responsabilidades) y comunicación.

#### PAPEL DE LOS USUARIOS

- Tendencia a la CORRESPONSABILIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO.

#### SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA DIGITAL Y SANITARIA

- DIFICULTAD PARA COMPARTIR información.
- Sistemas NO SIEMPRE INTEROPERABLES.
- RIESGOS CON LA PRIVACIDAD y protección de datos sensibles.
- POTENCIAL SIN EXPLOTAR de servicios actualmente desarrollados como la TELEASISTENCIA.
- FALTA DE CONOCIMIENTO de las tecnologías disponibles.



cuidados a las personas mayores y pacientes crónicos no estén tan ligados al hospital y que se avance hacia un sistema sanitario más centrado en el ámbito comunitario. A este respecto, el profesor Fernando Bandrés, presidente de la Fundación Tecnología y Salud, recalca la preferencia de los ciudadanos de manera mayoritaria por vivir en sus domicilios el máximo tiempo posible y ser tratados en él. "Las continuas innovaciones tecnológicas y las soluciones de salud digital han permitido la aparición y la evolución de nuevas formas de atención hospitalaria no presenciales que dan preferencia a la asistencia ambulatoria y en el domicilio" señala. Así como ha resaltado "el papel imprescindible de las tecnologías sanitarias como modulador entre las necesidades y preferencias de las personas y los recursos del sistema".

Por su parte, el presidente de la Fundación Edad y Vida, Joaquim Borrás explica cómo estos avances han impactado significativamente en la vida de los pacientes "esto se produce en un contexto como el actual, con un aumento significativo de la longevidad, en el que se ha conseguido cronificar enfermedades que hasta hace poco eran mortales y, además, se ha logrado retrasar la aparición de las limita-

ciones en la autonomía personal asociadas a estas enfermedades. Por otro lado, se ha reconocido la importancia de atender y responder de manera conjunta a las necesidades integrales de las personas, teniendo en cuenta sus deseos, preferencias y valores personales".

Para la secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud, Margarita Alfonsel, "la importancia de este tipo de atención es máxima, porque compatibiliza un adecuado control de la enfermedad con la integración de la misma en la vida diaria de los pacientes y de su entorno social y familiar, ya que, de la mano de la Tecnología Sanitaria, hoy en día es posible que los pacientes estén muy lejos y al mismo tiempo muy cerca de sus hospitales". Y también recalca el potencial de la atención domiciliaria para aliviar la carga asistencial de un sistema especialmente tensionado tras la pandemia, "ventajas y oportunidades que deberían ser exploradas desde la visión compartida con los Servicios de Salud, los profesionales sanitarios, los pacientes y las empresas de Tecnología Sanitaria".

Joaquim Borrás también pone en valor la aportación de este trabajo: "Con el informe analizamos el modelo ideal de atención do-





## PROYECTO HOMECARE

"MODELO DE FUTURO: TECNOLOGÍA DOMICILIARIA PARA EL APOYO DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA"



### 3. PAPEL DE LA TECNOLOGÍA (CASOS)

JAVIER,  
43 AÑOS.



LA TECNOLOGÍA SOCIAL Y SANITARIA ACTUANDO COMO UN MODULADOR ENTRE LAS NECESIDADES CONCRETAS DE LAS PERSONAS Y LOS RECURSOS DEL ENTORNO, BUSCANDO QUE ÉSTE SEA EL ADECUADO PARA PERMITIR QUE LA PERSONA VIVA EN ÉL SIN RECURRIR A OTROS RECURSOS ASISTENCIALES COMO UN CENTRO RESIDENCIAL O A CAMBIAR DE DOMICILIO.

- Vive en entorno urbano. Divorciado y actualmente vive con su madre de 75 años.
- Es una persona obesa, con hipercolesterolemia, hipertensión y dolores crónicos (espalda, cervicales y migrañas). Sospecha de apnea obstructiva del sueño. Además, es un paciente de riesgo por haber sufrido un infarto que ha precisado intervención quirúrgica y que podría ser candidato a ser usuario del servicio de hospitalización domiciliar si los facultativos así lo decidieran. Polimedicado, con buena adherencia terapéutica. Presenta conductas de riesgos, especialmente de adicción a sustancias tóxicas (alcohol y tabaco). Vida sedentaria.
- A nivel social posee una red de apoyo pequeña pero con lazos muy estrechos, especialmente con sus amigos. Su nivel socioeconómico es bajo, presentando algunas dificultades económicas, especialmente tras su separación. Utiliza los recursos de su madre.

ÁNGELES,  
63 AÑOS.



- Vive en entorno urbano con su cónyuge del que es su cuidadora principal (demencia tipo alzheimer). Recién diagnosticada de deterioro cognitivo compatible con un proceso neurodegenerativo (demencia) pero en fases muy iniciales. Tiene una hija y un hijo que viven en ciudades diferentes y alejadas.
- Presenta enfermedad renal crónica. Sintomatología depresiva en varios momentos de su vida por lo que está habituada a consumir este tipo de medicamentos.
- Tiene estudios de formación profesional. Amplia red social de amigos con los que comparte intereses (viajes, excursiones, senderismo). No domina el uso de las tecnologías, limitándose a la utilización del teléfono móvil para llamar o realizar videollamadas.



miciliaria social y sanitaria y, por supuesto, el papel que desempeña la Tecnología Sanitaria al actuar como un modulador entre las necesidades concretas de las personas y los recursos del entorno, buscando que este sea el adecuado para permitir que la persona viva en él sin recurrir a otros recursos asistenciales como un centro residencial o a cambiar de domicilio", declara.

Tal como describe el documento, la atención domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y hacer un seguimiento de la persona con problemas de salud y de su familia, potenciando su autonomía y calidad de vida. El objetivo es que esta asistencia domiciliaria responda a las necesidades integrales del paciente, que se anticipe al deterioro físico, psicológico y social de las personas, manteniendo un estilo de envejecimiento activo y saludable.

#### Recomendaciones para el futuro de la atención domiciliaria

Tras analizar la situación actual de la atención domiciliaria en nuestro país, el informe realiza unas recomendaciones para la evolución y mejora del modelo actual de prestación sani-

taria con el fin de adaptarlo a las personas con necesidades complejas:

- Una de ellas es que se apueste por políticas públicas de atención social y sanitaria, con una mejora de la organización, formación, distribución y dotación de recursos.
- También se ve necesaria una mayor coordinación entre los ámbitos social y sanitario. Los servicios sanitarios a domicilio en estos momentos sufren una fragmentación excesiva, y para evitarla se apuesta por estructuras de gobernanza compartida donde participan representantes del ámbito social y el sanitario, para tratar de generar una visión y estrategia comunes y compartidas en el abordaje de las necesidades de la población. En este punto, el informe propone la realización de un mapa de recursos.
- La transformación digital es otra de las piezas clave en el futuro de la atención domiciliaria. Tal como se ha puesto de manifiesto durante la pandemia de la COVID-19, las soluciones digitales pueden ser una ayuda fundamental en la asistencia a las personas mayores o con enfermedades crónicas. En este entorno, según se apunta en el informe, el uso y tratamiento de los datos de los ciudadanos es un reto al que hay que dar respues-



## PROYECTO HOMECARE

"MODELO DE FUTURO: TECNOLOGÍA DOMICILIARIA PARA EL APOYO DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA"



### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### ATENCIÓN DOMICILIARIA: COORDINACIÓN DE LOS ÁMBITOS SOCIAL Y SANITARIO.

- Integración y coordinación de servicios para evitar la fragmentación.
- Realización de un mapa de recursos en un entorno concreto.
- Gobernanza compartida.
- Inversión generadora de riqueza, empleos y contribuye a la optimización de recursos.

#### ASEGURAR UN MODELO SOSTENIBLE DE BIENESTAR PARA EL FUTURO:

- Apuesta de las administraciones públicas por los sistemas de innovación sanitaria y social.
- Iniciar o potenciar procesos de análisis y evaluación de las estrategias de atención domiciliaria existentes con participación de todos los agentes de un determinado territorio.
- Apostar por nuevos modelos de asistencia y establecer planes de financiación acordes asociados.
- Explotación de todo el potencial de los servicios actuales desarrollados y que estén dando buenos resultados.

#### TRANSFORMACIÓN DIGITAL:

- Obtener el máximo partido de los datos de los ciudadanos.
- Formación a profesionales
- Desarrollo de las infraestructuras suficientes y sistemas compartidos e interoperables con cuadros de mandos integrales.
- Liderazgo compartido y marcos estables de colaboración.

#### PROGRAMAS INTEGRALES DE ACTUACIÓN EN EL DOMICILIO:

- Actuación y seguimiento a usuarios en prevención, promoción o apoyo con programas integrados y centrados en la persona.
- Establecimiento de protocolos y procedimientos estandarizados y claros para analizar la idoneidad de cada solución.

#### EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS:

- Inclusión de las personas en el desarrollo de los modelos de atención integral, en los procesos de toma de decisión, en el desarrollo de su plan individualizado de atención y en la evaluación de los resultados y experiencia subjetiva de los cuidados.

#### MARCO EVALUATIVO Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD:

- Valoración del cuádruple objetivo: mejora en la salud o bienestar de la persona, optimización de costes y mejora de la experiencia del profesional y del usuario.
- Procesos transparentes y públicos con indicadores compartidos.
- Valoración de la calidad de todas las estrategias, políticas y servicios de atención social y sanitaria en el domicilio.
- Selección y difusión de las mejores prácticas.



ta, así como el desarrollo de infraestructuras suficientes y sistemas compartidos e interoperables con cuadros de mando integrales y la necesidad de formación en tecnologías, tanto de pacientes como de profesionales.

-Compartir la información generada es otro de los desafíos que plantea la digitalización de la Sanidad, en el que tienen que implicarse los diferentes agentes sanitarios y administraciones sea cual sea su nivel. Del mismo modo, facilitar la incorporación de tecnologías digitales emergentes es otra de las necesidades a las que dar respuesta para un modelo de atención domiciliaria eficiente.

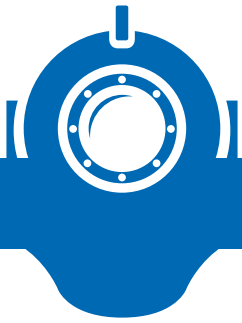
-El diseño de programas integrales de actuación y seguimiento para pacientes con necesidades específicas - como la telemonitorización de pacientes crónicos o programas de prevención y detección del deterioro cognitivo - se contempla como otro de los elementos clave de la atención domiciliaria del futuro. Asimismo, el documento resalta la importancia de contar con la Tecnología Sanitaria y formación necesarias para atender a los pacientes en su domicilio con productos como material de cura de heridas, absorbentes y soluciones de incontinencia de orina, terapias respiratorias, equipos para la diálisis domiciliaria, solucio-

nes para la administración de medicamentos, programas de nutrición clínica domiciliaria y aplicaciones o softwares para el control y seguimiento remoto de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios.

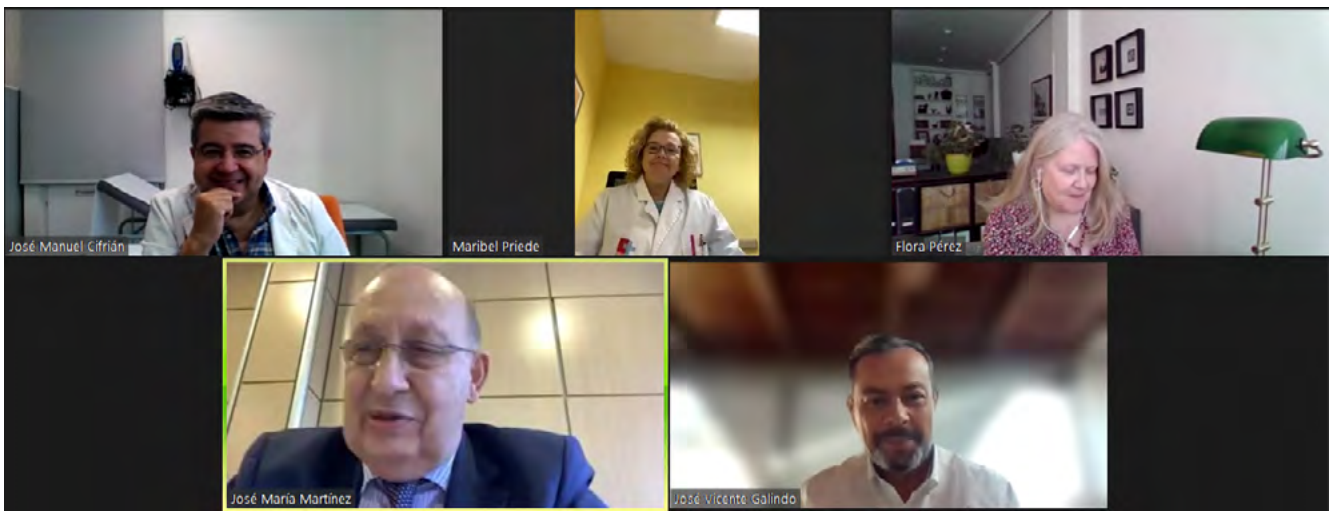
-Entre las recomendaciones que se realizan en el informe, también se encuentra la dirigida a implicar a los pacientes en el cuidado de su propia salud y potenciar su participación en la toma de decisiones que les afectan. Asimismo, se considera esencial contar con procesos transparentes y públicos de evaluación de las estrategias y servicios de atención social y sanitaria en el domicilio, en el marco de un proceso de mejora continua.

"La atención domiciliaria debe ser considerada también como una importante inversión generadora de riqueza que fomenta la creación de puestos de trabajo de calidad, así como en el aumento del consumo de las personas atendidas como consecuencia de la promoción de su salud, bienestar y calidad de vida", concluye el documento.

Fundación Tecnología y Salud con el apoyo de FENIN



# La Estrategia de Salud Respiratoria en Cantabria



Las enfermedades respiratorias representan la tercera causa de muerte en hombres y mujeres en España. Entre las de mayor prevalencia se encuentran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma y el cáncer de pulmón. En territorio nacional cerca de tres millones de personas padecen EPOC y alrededor de 30 mil muertes al año se producen por esta patología, lo que la convierte en la cuarta causa de mortalidad en nuestro país. Asimismo, la incidencia de EPOC ha crecido en los últimos diez años y es especialmente destacable su incremento entre las mujeres. A pesar de estos datos, se estima que el 80 por ciento de pacientes con EPOC no está diagnosticado. La estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud representa un esfuerzo consensuado entre las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad y Política Social, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes para conseguir la mejor eficacia y calidad en el abordaje y tratamiento de esta patología en todos los servicios de salud que integran del sistema sanitario público. De esta forma,

la estrategia contribuye a la cohesión social, lo que sin duda redundará en beneficio de los ciudadanos, con independencia del lugar donde reside.

Pero cabe recordar que la Estrategia Nacional de EPOC no se actualiza desde el año 2014, habiendo cambiado de forma considerable desde entonces, tanto el perfil del paciente como el paradigma de tratamiento para esta patología. Además, la atención a la EPOC en España supone un gasto anual para el sistema sanitario de 750.000 millones de euros, siendo este de 1500 millones anuales en el caso del asma.

Para debatir estas y otras cuestiones, *New Medical Economics*, a través de su canal online y en colaboración con Chiesi ha organizado un grupo de trabajo y debate titulado “Estrategia de salud respiratoria”, en esta ocasión centrado en Cantabria y para ello se ha contado con expertos de primer nivel: José Manuel Cifrián Martínez, jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Valdecilla y vocal de SOCALPAR; Flora Pérez Hernández, jefe de Servicio de Gestión Farmacéutica de



la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad de Cantabria; Maribel Priede Díaz, vocal de SEMG Cantabria y perteneciente al grupo de Trabajo en Gestión Clínica de la SEMG; y José Vicente Galindo, head of Market Access de Chiesi España. El encuentro estuvo moderado por el presidente ejecutivo de *New Medical Economics*, José María Martínez.

La primera pregunta que el moderador hizo a los expertos fue que si Cantabria cuenta con una estrategia de salud respiratoria o de alguna patología concreta como la EPOC. Todos los ponentes coincidieron en que no la tienen como tal, “está adherida a la estrategia nacional de EPOC y existen protocolos de actuación en Atención Primaria para las distintas enfermedades”, contó Flora. En el mismo sentido, a José Manuel Cifrián le consta que en Cantabria se puso en marcha una ruta asistencial de EPOC, “desde Atención Primaria existen protocolos, por encima de las estrategias autonómicas está lo que sucede en el día a día y el día a día ha sucedido que pese a tener una pandemia como la que hemos tenido en los dos últimos años, el Servicio ha seguido funcionando como buenamente ha podido. En Valdecilla hemos mantenido la consulta diaria de los pacientes con EPOC”.

El representante de Chiesi cree que no es necesario que haya un plan específico para cada estrategia, “en Cantabria lo tienen bien atado con los procesos asistenciales en cada patología”. Por su parte, Maribel Priede indicó que en 2014 se inició un protocolo de EPOC entre Primaria y los especialistas, “está dentro de nuestro paquete informático, es una ruta asistencial que está muy trabajada en nuestra comunidad”.

“¿Qué aspectos consideraréis que deberían abordar un buen plan de tratamiento de la EPOC, por ejemplo?”, cuestionó José María Martínez. Para José Manuel Cifrián lo fundamental es tener claro que el tratamiento de la EPOC no solamente es un tratamiento farmacológico, “también debemos tener en cuenta a los pacientes, a sus asociaciones, tenemos que darle mucha importancia a la educación y sobre todo a los aspectos de rehabilitación que son fundamentales”. Flora añadió la evaluación de resultados, “sin evaluación de resultados al final no sabemos lo que estamos haciendo ni qué estamos consiguiendo, sobre todo si necesitamos mejorar algo”.

En el ámbito la prevención de enfermedades respiratorias, en concreto la EPOC, desde

Atención Primaria, Maribel Priede, explicó que “muchas veces se nos escapa, damos más prioridad a la actividad asistencial que a la prevención y educación sanitaria. Lo que hacemos desde nuestro pequeño centro de salud es ir a los colegios para hablar de educación sanitaria en cuanto al consumo del tabaco, de la enfermedad de la EPOC, de la repercusión que lleva en la calidad de vida. También hacemos grupos de deshabituación tabáquica. Aquí lo hacemos, pero la pandemia nos obligó a quitar los grupos, esperemos que en estos meses que vengan podamos volver a retomar las visitas a los colegios y los grupos de educación de deshabituación tabáquica”.

Para la jefa de Servicio de Gestión Farmacéutica de la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad de Cantabria, en prevención “tenemos una gran oportunidad ahora con la Estrategia Nacional de Vacunación, la ventaja que tenemos es que hemos integrado en la tarjeta sanitaria del servicio de salud a toda la población sana y enferma, es una oportunidad de oro para poder hacer campañas de prevención, sea en el área respiratoria o en otras áreas”. Cifrián también considera que el ámbito multidisciplinar es clave, “todos los resultados en salud y en calidad de salud son fundamentales”.

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada con respecto a la historia clínica y los resultados en salud fue otro de los puntos que se trataron en este encuentro. Según Flora están en una situación perfecta para explotar datos, acaban de terminar la informatización con un único programa de toda Atención Primaria, “desde hace cuatro meses tenemos una historia única en todos los centros de salud. Ya han terminado la migración, ahora tenemos toda la Atención Primaria centralizada para explotar los datos, que al final es donde tenemos que ir para hacer evaluación de resultados, es bastante más fácil. Por parte del hospital tenemos también una historia clínica y ambas están comunicadas”.

Maribel Priede corroboró las palabras de Flora “con un simple clic entramos también a la historia del hospital, vemos también los evolutivos y todas las pruebas que los especialistas realizan”. Para José Manuel Cifrián se abre una ventana de futuro impresionante, “estamos trabajando en obtener información estructurada de datos estructurados, va a dar una perspectiva no solo de atender a los pacientes que vienen a la consulta, sino en coordinación



con Primaria, buscar a quienes están viniendo y que están utilizando tratamientos seguramente inadecuados”.

Galindo también cree que los resultados en salud son muy importantes, “muchas veces nos hacen falta datos para poder tener certidumbre de dónde vamos a estar y cuál es el impacto presupuestario que vamos a crear al sistema”.

En cuanto al lento decremento de los fumadores y crecimiento en algunos estratos de edad del consumo de tabaco a pesar de las campañas antitabaco existentes, los expertos tampoco tienen una respuesta clara. “Cuesta mucho abandonar el hábito de tabaco y concienciar bien a toda la población, tenemos que apostar claramente por la gente joven, también hay gente que ha fumado 20 o 30 años y que no tiene una repercusión todavía muy clara sobre su estado de salud, es donde yo creo que más nos va a costar llegar”. Para Flora es curioso que la apuesta de financiar determinados fármacos para dejar de fumar no haya dado el resultado esperado. En su experiencia, Maribel contó que a raíz de la financiación ha aparecido gente más espontánea en la consulta solicitando y queriendo participar en ese proceso de deshabituación tabáquica. Y según José Vicente, el tabaquismo es más un tema social, “creo que debería haber un impuesto finalista en el tabaco, que una parte del impuesto del tabaco vaya directamente a los servicios de salud para hacer este tipo de prevención contra el tabaco”.

Otro punto importante del encuentro fue el acceso que tienen los pacientes a programas de fisioterapia y de entrenamiento respiratorio, así como a la oxigenoterapia domiciliaria. En su centro de salud, Maribel explicó que ahora mismo no tienen capa-

cidad para ello, “pero en nuestra ruta existe la derivación a fisioterapia y están claros los criterios de cuándo hay que derivarlos”. “En el hospital de Liencres, que depende del Hospital de Valdecilla, hay una unidad que cuenta con un programa de rehabilitación y de fisioterapia respiratoria”, cuenta Cifrián y continúa: “en cuanto a la oxigenoterapia respiratoria, en Cantabria estamos con unas 1.200 pautas y casi con 8000 ventilaciones no invasivas, estos sistemas se han incorporado en telemedicina”. El experto también indicó que la oxigenoterapia en Cantabria se cumple bastante bien porque hay un programa y hay una consulta que está encima para que se haga un correcto uso de esta.

El tema de la adherencia terapéutica no podía faltar en una reunión de este calado.

Flora aclaró que en Cantabria hay bastante variación con respecto a la adherencia, “varía de una zona a otra, varía en función del hospital que el usuario tenga de referencia e incluso varía en función del profesional concreto que lleva el paciente. No estamos por debajo de la media, estamos más o menos en la media de las comunidades”. Maribel destacó que en su cupo “los pacientes EPOC han sido muy rigurosos y han seguido sacando la medicación”. El hecho de que resulte muy complejo el tratamiento farmacológico no es significativo en la adherencia terapéutica salvo en el asma, explicó Maribel. “Estos últimos años han mejorado mucho los inhaladores, los sistemas son mucho más fáciles de usar que lo que teníamos anteriormente y esto también le facilita a su adherencia”, añadió la experta.

Por su parte, José Manuel Cifrián quiso subrayar el papel de enfermería y el de la receta electrónica que ha sido un avance importantísimo “nos queda mucho por andar, pero es



verdad que los pasos que se han dado eran impensables". "Desde el punto de vista de la industria farmacéutica también somos los primeros interesados en que haya una buena adherencia", comentó José Vicente.

El tema de la personalización de los tratamientos también se puso sobre la mesa. José Vicente Galindo considera que Chiesi siempre intenta cubrir algunas de las necesidades que no hay cubiertas, como por ejemplo su última innovación de una triple terapia. El jefe de Servicio de Neumología del Hospital Marqués de Valdecilla narró que se pueden personalizar buscando fenotipos celulares. "Las diferentes variedades que hay en las distintas patologías permiten moldear tratamientos en los que se necesitan unos inhaladores u otros...", cuenta el experto. En este sentido, la representante de la Administración está muy orgullosa "es un lujo contar con los clínicos que tenemos, siempre están intentando buscar el mejor tratamiento para cada paciente".

"¿Por qué se infravalora la prevalencia de la EPOC y se producen los infra diagnósticos cuando existe una prevalencia creciente de la enfermedad?", quiso saber el presidente de *New Medical Economics*. Maribel opina que muchos pacientes no se creen el diagnóstico cuando se lo transmiten, "les cuesta asumir, sobre todo a los fumadores, que por esa responsabilidad que ellos han tenido a raíz del tabaco ahora tienen una enfermedad que es EPOC". Para José Manuel Cifrián otro reto importante es el diagnóstico precoz de la EPOC, "para ello necesitamos una espirometría y ahora mismo tenemos en los centros de salud los espirómetros parados, vamos a intentar poner en la medida de lo posible en marcha los espirómetros en los centros de salud con nuestra ayuda".

Sin duda, el paciente es el centro de todo el proceso asistencial, pero "¿cómo se vive con una enfermedad respiratoria? ¿cuál es su calidad de vida?", preguntó el moderador. En el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla trabajan de manera muy cercana con asociaciones de pacientes como FENAER, "los vemos al final del camino, muchos son candidatos a trasplante de pulmón y su calidad de vida está muy mermada desde hace mucho tiempo, 'se han acostumbrado' a vivir y respirar así. También están tremendamente afectados psicológicamente y en su interacción social, sus relaciones sexuales, son cosas que abiertamente no somos

capaces de preguntar, pero que cuando pasas tiempo con los pacientes te cuentan".

En cuanto al primer estadio, Maribel insistió en que los pacientes al principio no se creen el diagnóstico, pero a medida que la enfermedad avanza ven que su calidad de vida va empeorando. La experta contó que "en la ruta del EPOC que tenemos en Atención Primaria tenemos un cuestionario de calidad de vida para ver la percepción del paciente. José Manuel Cifrián comentó el apoyo de Atención Primaria, "están haciendo un esfuerzo increíble, hay un grupo de médicos de Atención Primaria que conforman una asociación que tiene sus miras puestas en la investigación en patología respiratoria, yo solo solo puedo hablar de una forma positiva de una sociedad que está formada fundamentalmente por médicos de Primaria que quieren ahondar en la patología respiratoria y cómo favorecer a que sus pacientes estén bien tratados".

El papel de la industria farmacéutica es fundamental en la investigación clínica. En este sentido José Vicente confirmó que la situación no es fácil y que en el área respiratorio Chiesi está volcado en la I+D, "es una de nuestras áreas terapéuticas fundamentales". "Estamos inventando un propelente que no tenga huella de carbono, pero que los pacientes que lo necesitan puedan seguir utilizando un inhalador con propelente". Desde la Consejería, dijo Flora, "también nos importa muchísimo la huella ambiental, en todos nuestros pliegos de compra centralizada y compra agregada, ya tenemos incluido las cláusulas medioambientales, es decir, a la hora de que podáis acceder a una compra pública o un procedimiento, sí que tenemos en cuenta eso como un criterio a valorar en los productos. Es una forma de reconocer desde la Administración el esfuerzo que ha hecho Chiesi".

Por su parte, José Manuel Cifrián considera que la investigación es fundamental para avanzar y que se puede hacer buena investigación clínica con nuestros departamentos médicos de la mano de Atención Primaria también cuando queramos investigar en aspectos relacionados con la prevención o diagnóstico precoz o la demencia, lo tenemos que hacer con ellos". Para este experto también hay una gran oportunidad con los ensayos clínicos, que tienen que estar vinculados a grupos de trabajo o a servicios.

Su Servicio se ha especializado fundamentalmente en ensayos clínicos de enfermedades raras, han trabajado fibrosis pulmonar, hiper-



tensión pulmonar, fibrosis quística, trasplantedos pulmonares...con el objetivo de mejorar la vida de los pacientes. “En este momento, en Neumología tenemos unos 12 ensayos en marcha”, afirmó.

En la misma línea, Flora indicó que “hay que aprovechar que somos una comunidad pequeña para intentar que todos los pacientes puedan acceder al ensayo clínico y hacer una especie de red para que cualquier paciente, independientemente de cuál sea su localidad dentro de la comunidad, pueda acceder al ensayo. Para ella, en la investigación hay que tener en cuenta el acceso al ensayo clínico, “al que todo el mundo tiene derecho a participar”. En este sentido, desde Chiesi tienen varios ensayos clínicos en España, “el problema para algunas investigaciones ultra raras es de dónde sacamos a los pacientes”.

“En Cantabria, ¿se está prestando suficiente atención de forma específica a las enfermedades respiratorias que son minoritarias, de cara a asegurar su diagnóstico en tiempo y en forma adecuado?”, cuestionó José María Martínez.

“Las enfermedades minoritarias respiratorias son un gran objetivo para mí estamos dando toda nuestra atención”, así de tajante respondió José Manuel Cifrián, “el Servicio de Neumología del Hospital de Valdecilla es referencia en fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, trasplante pulmonar y en fibrosis quística compartimos pacientes. Creo que hemos hecho todo lo posible y hemos optado a ser parte de la red europea de estas enfermedades. Estamos pendientes ya tan solo de trámites burocráticos para conformarnos como red europea de enfermedades raras respiratorias, para dar la mejor atención a los pacientes de nuestro entorno de Cantabria y de las comunidades de alrededor de Cantabria, y también para poder atender en un futuro o ser cuestionados por ciudadanos del ámbito europeo”, detalló.

La penúltima pregunta que se puso de manifiesto fue sobre los medios de comunicación “¿podemos hacer mucho más a nivel de sensibilización sobre las enfermedades respiratorias o creen que general estamos haciéndolo bien?”.

Para Flora hay que hacer sensibilización desde todos los ámbitos y utilizar las redes sociales y los medios informales, “ahora es clave”. “El trabajo que han hecho los medios de comunicación ha sido muy bueno en líneas generales

y en esta comunidad yo también me siento especialmente orgulloso de cómo nos han tratado los medios de comunicación en momentos muy complicados y han sabido guardar la calma”, contó Cifrián. Para Galindo, los medios de comunicación también tienen sus riesgos, “tiene que ser información contrastada, independiente y de calidad, porque también hay toneladas de desinformación”. La opinión de Maribel fue la misma que la de sus predecesores, “los medios de comunicación tenéis una labor muy importante a la que os podéis sumar y ayudarnos”.

Para finalizar con el encuentro, José María Martínez quiso que cada uno de los expertos comentara un par de cosas que se han hecho bien y qué son mejorables durante este tiempo de pandemia referente al área respiratorio.

Flora considera que han trabajado muy bien en equipo, se ha trabajado en red prácticamente durante toda la pandemia, “me gustaría que no se perdiera, también hemos aprendido a tener más previsibilidad para lo que pueda pasar”. Y en cuanto a lo mejorable, la experta destaca “el tener mayor capacidad de respuesta y estar preparados como sistema sanitario”. En la misma línea, Maribel cree que lo que mejor se ha hecho ha sido el trabajo en equipo, “no podemos trabajar en organizaciones cuadrículadas y cerradas, tenemos que estar dispuestos a cambiar nuestra forma de trabajar en el menor tiempo posible para adaptarnos a la situación. Esperemos que esta armonía de trabajo se mantenga en el tiempo”.

También José Manuel piensa que lo mejor fue el trabajo en equipo, destaca que incluso fueron el primer hospital en realizar un trasplante pulmonar después de la primera ola en España. Otra lectura positiva que saca el experto de la pandemia es la campaña de vacunación y la visibilidad que se le ha dado a la patología respiratoria. Lo que no le ha gustado ha sido la lucha política, “la unidad política en esos momentos de crisis hubiera sido fundamental”.

Para finalizar con el turno de intervenciones, José Vicente Galindo cree que el sentimiento de agradecimiento a los profesionales sanitarios es infinito. “Desde el punto de vista de la industria farmacéutica nosotros hemos intentado estar ahí, me encantaría que cuando habláis de equipo nosotros estemos también como parte del mismo, que nos veáis como un socio que os va a ayudar a dar respuesta cuando vengan situaciones como esta o en situaciones normales”, concluyó el experto.

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



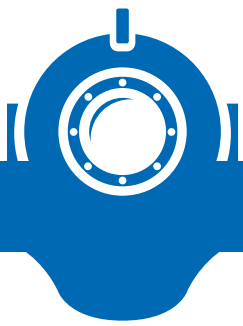
Desde 1929 en Reig Jofre centramos nuestro mejor saber hacer en la investigación, el desarrollo, la producción y la comercialización de medicamentos y complementos nutricionales con el deseo de mejorar la salud y promover el bienestar de las personas en los cinco continentes.

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.







# Invertir en salud mental



Alfonso Ramírez de Arellano<sup>1</sup>



Víctor Sarmiento<sup>2</sup>

**R**ecientemente Íñigo Errejón se ha destacado por su intervención en las Cortes entre los políticos y personalidades que vienen señalando la necesidad de aumentar los recursos económicos destinados a mejorar la salud mental de la población española.

Generalmente estos señalamientos tienen que ver con el aumento de sufrimiento humano que viene constatándose con el curso de la pandemia por coronavirus Sars-Cov2, bien directamente por los padecimientos propios o de allegados a causa de la infección, bien indirectamente, por las pérdidas de negocios, de empleos o de ingresos, por los encierros y aislamientos, por los proyectos vitales interrumpidos o rotos. Cualquier persona interesada por la salud mental de la población puede alegrarse de que se despierte este interés y de que finalmente estos señalamientos se traduzcan, algún día, en un aumento de recursos para mejorar la salud mental de la población española y, a poder ser, mundial. Pero siendo personas que miramos de cerca la salud mental en nuestra práctica profesional diaria, nos parece importante hacer unas puntualizacio-

nes, que podrían ser urgentes si efectivamente se estuviesen movilizando esos recursos.

La confusión entre la salud mental y la recuperación de la salud mental es fácil, frecuente y comprensible, ocurriendo casi siempre que nos referimos a esta última o pensamos en ella cuando decimos “salud mental”. Podrá haberse iniciado esta costumbre en un ahorro de palabras o en la tendencia al eufemismo para no decir “atención a la enfermedad mental”, pero el caso es que el cambio de significados se da tanto que nos parece muy importante intentar evitarlo.

Primero. La salud mental es una idea muy cercana a la salud en general que nos habla del bienestar de la persona consigo misma y con la vida que lleva. Promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales no requiere dedicar recursos a los servicios de atención a los trastornos mentales, requiere que la inversión se haga en buenos cuidados infantiles, buen sistema educativo, un medio social seguro, sin agresiones y unas condiciones de trabajo no extenuantes, dando por hecho que la comida, el agua, la higiene y el techo están asegurados en un estado de bienestar mínimo. Podríamos



extendernos aquí, pero creemos que la idea se comprende y sería deseable que estuviese presente en los discursos políticos sobre la salud (mental incluida).

Una vez que la salud mental está francamente perdida es cuando está claro que los servicios destinados a ayudar a recuperarla pueden intervenir y aquí, sí gracias, sin duda se necesita mayor inversión si se quiere que estos servicios realicen unas prácticas efectivas. Aquí es donde encajan también las quejas por los tiempos de espera o por la escasez de profesionales que hacen imposible o muy difícil que personas que lo requieren reciban, por ejemplo, psicoterapia reglada de forma intensiva. Confiamos en que esto haya sido visto con claridad por las personas que tienen que tomar las decisiones políticas. Hay argumentos abundantes en términos de morbilidad, prevalencia, o años vividos libres de discapacidad para multiplicar la inversión en justa respuesta a la necesidad de una parte sufriente de la población.

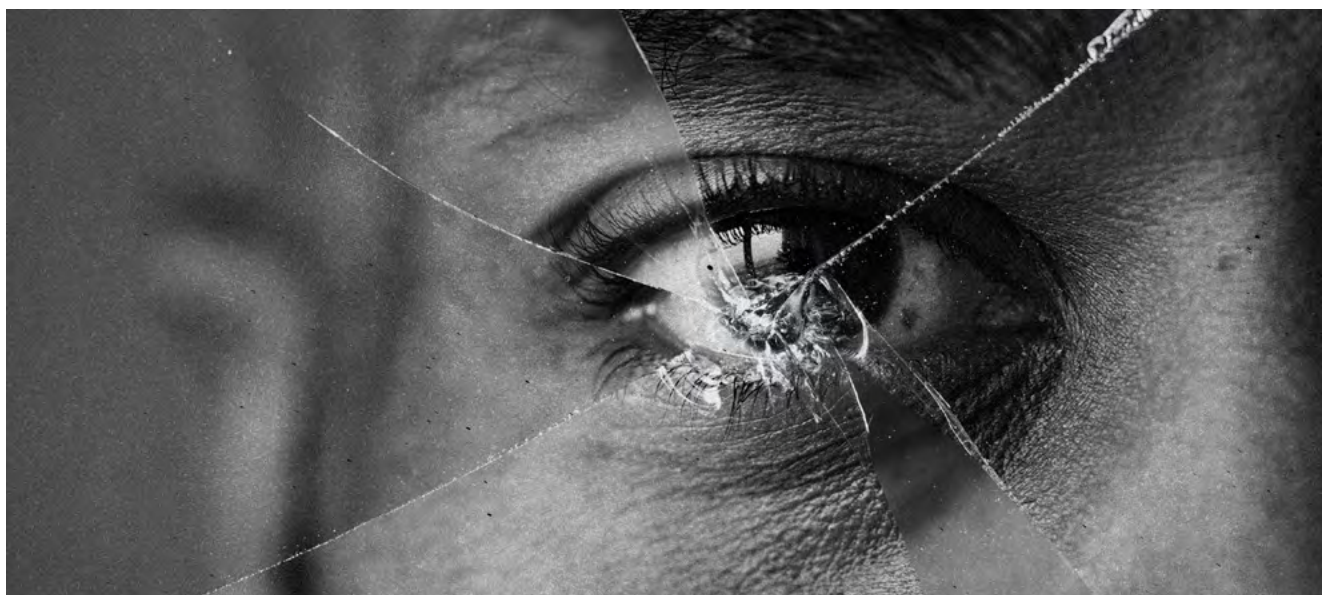
Entre tener o perder la salud hay una franja de sufrimiento de la que es especialmente importante hablar en este momento, es la población en riesgo, es la población que ahora se está visibilizando más a cuenta de la pandemia y de sus consecuencias. Es una población que requiere un análisis más preciso para atender sus necesidades sin cometer errores en la asignación de recursos. Es una población en riesgo que, en menor número, ya existía antes de la pandemia y a la que no se ha estado prestado suficiente atención, son las personas víctimas de explotación o de una u otra forma de maltrato a las que hay que añadir las perso-

“

La salud mental es una idea muy cercana a la salud en general que nos habla del bienestar de la persona consigo misma y con la vida que lleva

”

nas que carecen de los recursos, económicos, familiares, personales o sociales para soportar una situación de crisis. Parte de las personas que componen esta población pueden pasar a necesitar de la intervención de los servicios de atención a los trastornos mentales, pero muchas de ellas, la mayoría, no es esto lo que necesitan y además no se perciben, afortunadamente, como que tienen un trastorno mental. Lo que necesitan es que el sufrimiento cese, tener seguridad en que ellas y las personas que dependen de ellas van a comer, van a tener casa.... esto que ya sabemos y además un “extra” de apoyo para recuperar su equilibrio





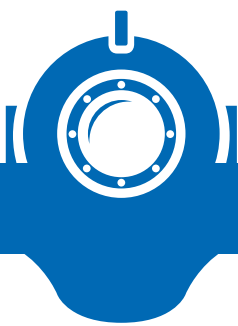
perdido. Este extra de apoyo idealmente debe de existir en el medio social habitual, familia, vecindario, barrio por personas de una trama relacional que da soporte. Aquí es donde hace falta la inversión. Estando la Atención Primaria de salud dentro de la trama de relaciones humanas, son los profesionales de la Atención Primaria los que en cercanía pueden ayudar, adoptando un enfoque mucho más psicosocial, no exclusivamente sanitario, para lo que sería muy necesaria la incorporación de profesionales de la psicología y el refuerzo de profesionales de trabajo social, que se dediquen a reparar y a hacer efectiva la respuesta del entorno inmediato a las personas en crisis y a promover la salud y a prevenir la enfermedad. Los servicios de atención a los trastornos mentales tienen ya una importante carga, pueden ser agentes de salud tanto como pueda ser cualquier persona, pero si se les encarga la tarea de hacer frente al sufrimiento social serán ineficaces y la tarea que les corresponde se quedará sin hacer, condenados a estar siempre desbordados. Un último énfasis: las variadas causas que llevan a las personas a perder su equilibrio emocional y estar en riesgo de tener un trastorno mental ya estaban presentes antes de la pandemia. A nadie se le escapa el daño que puede producir una situación de desempleo prolongado, la explotación laboral en condiciones de legalidad o el riesgo psicosocial que implica el retraso de la emancipación juvenil que prolonga la situación de dependencia familiar de toda una genera-

ción de jóvenes en edad de ser autónomos y productivos.

Segundo. Los destinos de las inversiones son muy diferentes en relación con las partidas presupuestarias del Estado. La protección de la infancia, la prevención de riesgos laborales, incluyendo el acoso, la calidad de la enseñanza, incluyendo la prevención del *bullying*, la igualdad de oportunidades, los comedores escolares, las viviendas dignas y la emancipación juvenil no van a recibir inversiones a través del sistema sanitario público. Pero, si acercamos la lupa, veremos que tampoco llegarán a la Atención Primaria, que es donde deberían llegar, las inversiones en prevención del deterioro de la salud mental de las personas en riesgo ya que la financiación de los servicios de la atención a los trastornos mentales llega a la atención especializada, es decir hospitalaria, la que está organizada para resolver los problemas de salud mental una vez ya declarados. Insistiendo, la atención primaria es la que está más cerca de la población sana y en riesgo, además de la ya enferma, y es la que podría contribuir a que la atención a la salud mental sea eso que expresa la frase.

<sup>1</sup>Psicólogo, Jefe de la Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva

<sup>2</sup>Psiquiatra, USMC (Unidad de Salud Mental Comunitaria) Oriente. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)



# El futuro de las pruebas diagnósticas moleculares rápidas, al lado del paciente

**A**l igual que las consultas clínicas, los laboratorios de Microbiología de los centros sanitarios han vivido una auténtica revolución desde que apareció la pandemia de la COVID-19. Falta de suministros, retrasos en el diagnóstico, riesgo para los técnicos... Sin embargo, la incertidumbre inicial ha dado paso a la seguridad que ofrecen las nuevas técnicas de diagnóstico molecular, más rápidas, seguras y visuales, con lo que no solo se ha logrado agilizar el proceso de diagnóstico, sino mejorar todo el circuito sanitario, para los pacientes y para los profesionales.

Miguel Ochando, director corporativo de los laboratorios de Health Diagnostic (Grupo Quirón), señala que “en los comienzos de la pandemia escaseaban las pruebas para el diagnóstico de COVID-19. Al principio llegaron las primeras pruebas rápidas (inmunocromatografía) que nos ayudaron al diagnóstico de la

infección con sus limitaciones de sensibilidad y especificidad. A continuación, se comercializaron las primeras pruebas automatizadas de serología y de biología molecular. Rápidamente surgieron en el mercado reactivos para pruebas rápidas de biología molecular en varios tipos de equipos POCT [*Point-of-Care Testing*, pruebas in situ] de bajo volumen, pero esenciales para un diagnóstico rápido”.

Ahora, la llegada de los nuevos dispositivos NAAT como, entre otros, ID NOW™ de Abbott, ofrecen resultados en pocos minutos con una sensibilidad analítica y clínica cercana a la de los sistemas de PCR<sup>1,2</sup>. Así, ID NOW™ cuenta con una exclusiva tecnología de amplificación isotérmica de ácidos nucleicos; todo dentro de un cartucho. En lugar de ciclos térmicos, el sistema utiliza enzimas para impulsar rápidamente el proceso de amplificación. De esta forma se acorta el tiempo del diagnóstico y resultado.







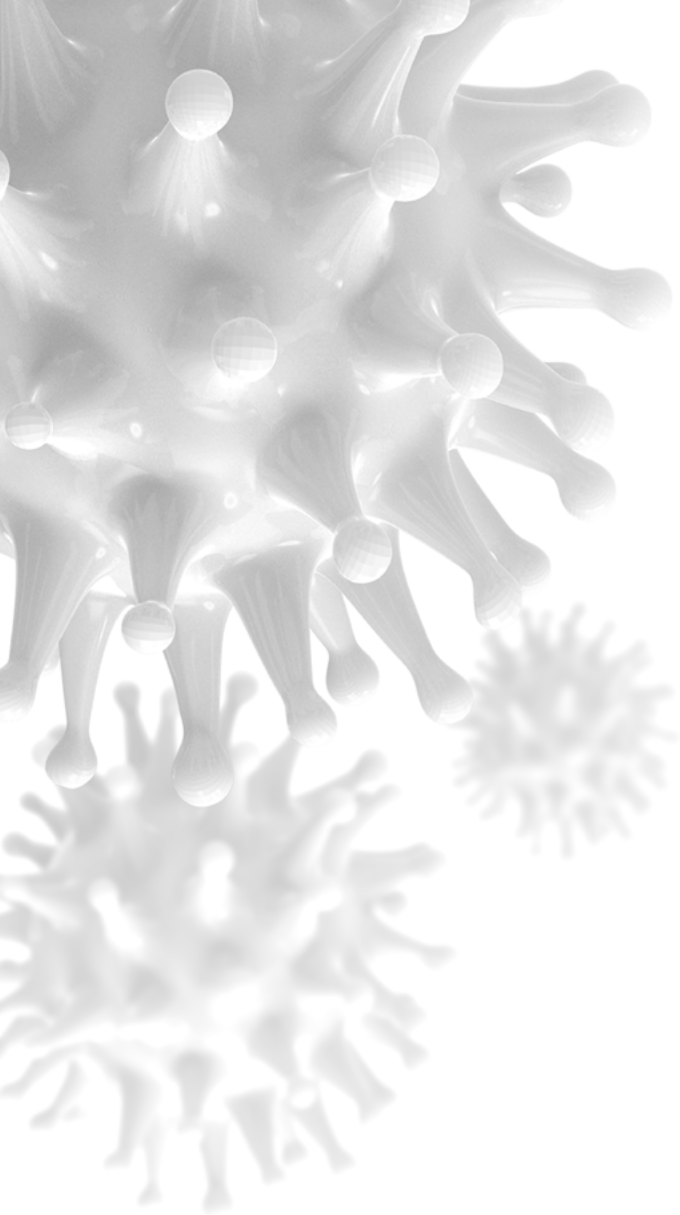
Además, el reducido tamaño, el almacenamiento a temperatura ambiente de los reactivos y la facilidad de uso de este tipo de dispositivos permite que las pruebas se realicen fuera del laboratorio, en el punto de atención al paciente, reduciendo las cargas de los servicios de Microbiología.

“En la actualidad podemos tener en minutos un resultado de COVID, si el diagnóstico se requiere de manera inmediata, con los nuevos dispositivos. El diagnóstico rápido ha agilizado los circuitos hospitalarios, ha proporcionado seguridad al personal, en las instalaciones sanitarias y ha sido una herramienta diagnóstica básica en el manejo de la infección y enfermedad provocada por el SARS-CoV-2”, explica Ochando en referencia a estos tipos de equipos.

### **Gripe y virus respiratorio sincitial (VRS): un nuevo desafío**

Pese a que el pasado año apenas se detectó el virus de la gripe, probablemente debido al uso de la mascarilla y a las medidas de distancia social, los profesionales sanitarios ya se están preparando para esta temporada. La flexibilización de las medidas antiCOVID puede suponer un aumento en la circulación de otros virus respiratorios como la gripe común o el virus respiratorio sincitial (VRS), cuyo diagnóstico diferencial va a suponer un desafío.

“Muchos pacientes presentarán una sintomatología respiratoria similar, independientemente del microorganismo causante, pero es muy importante el disponer de un diagnóstico diferencial porque el tratamiento puede diferir



en función del agente causal de la enfermedad”, señala el director de los laboratorios.

En este sentido, el Dr. José María Eiros, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega y director del Centro de Gripe de la OMS de Valladolid apunta que “sabemos que la actividad de la gripe ha sido baja y moderada en el hemisferio austral, pero ello no nos exime de mantener una actitud de diagnóstico proactivo en el entorno asistencial que tenemos encomendado”.

La prueba ID NOW™ COVID-19 produce resultados positivos en 13 minutos o menos<sup>1</sup>, el dispositivo ID NOW™ Influenza A & B 2 proporciona resultados positivos en tan solo 5 minutos, con un 95% detectado en 7 minutos<sup>3</sup> y resultados negativos en 13 minutos<sup>4</sup>; ID NOW™ Strep A 2 (para la detección del *Streptococcus*

*pyogenes*, principal agente bacteriano en la faringitis) ofrece resultados positivos detectados en tan solo 2 minutos<sup>5</sup> y resultados negativos en 6 minutos<sup>6</sup>, e ID NOW™ RSV ofrece resultados en 13 minutos o menos.

A la espera de conocer la evolución de la pandemia y de los virus respiratorios lo que está claro es que la pandemia ha cambiado la forma de trabajo de los laboratorios. “El SARS-CoV-2 ha acelerado el uso de equipos de biología molecular en los laboratorios. Se han instalado multitud de dispositivos en los laboratorios en función de su carga de trabajo. Es una tecnología que ya existía en algunos laboratorios, pero hoy en día tenemos dispositivos en urgencias en todos ellos. Son equipos que han venido para quedarse y poder realizar diagnóstico diferencial de múltiples enfermedades infecciosas”, comenta el director corporativo de los laboratorios de Health Diagnostic, algo que también reconoce el jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega: “Nuestra pretensión es disponer de métodos de diagnóstico específicos que permitan etiquetar los cuadros respiratorios desde el punto de vista etiológico. Sin duda las plataformas moleculares representan un gran avance”.

#### Referencias:

1. Nguyen Van et al., 2021. Prospective evaluation of ID NOW COVID-19 assay used as point-of-care test in an Emergency Department. medRxiv doi.org/10.1101/2021.03.29.21253909.
2. Krause et al., 2021. Sensitive on-site detection of SARS-CoV-2 by ID NOW™ COVID-19. medRxiv. doi.org/10.1101/2021.04.18.21255688.
3. Moore N, et al. Evaluation of the Alere™ i Influenza A & B 2 Assay. 2018 ASM Clinical Virology Symposium, West Palm Beach, FL. Poster.
4. Prospecto del producto ID NOW™ Influenza A & B 2
5. Datos en archivo del ensayo clínico de ID NOW™ Strep A 2
6. Prospecto del producto ID NOW™ Strep A 2



## CUESTIÓN DE JUSTICIA



### Programa de acción de la UE en el ámbito de la salud (UEproSalud)

Álvaro Lavandeira Hermoso

**U**EproSalud es la respuesta sanitaria de la Unión Europea a la COVID-19. UEproSalud es el programa de acción de la UE que tiene por objeto mejorar y fomentar la salud en la Unión; proteger a la población de la Unión frente a las amenazas transfronterizas graves para la salud; mejorar la disponibilidad de los medicamentos, los productos sanitarios y los productos pertinentes para las crisis, y hacerlos más accesibles y asequibles; así como reforzar los sistemas sanitarios, su resiliencia y la eficiencia de los recursos.

Este programa de acción de la Unión, en el ámbito de la salud, establece objetivos en un marco plurianual con horizonte 2027. El Programa complementa las políticas de los Estados miembro, que, si bien son los responsables de sus respectivas políticas sanitarias, deben proteger la salud pública en un espíritu de solidaridad europea, con el fin de mejorar la salud humana y garantizar un nivel elevado de protección de la salud en todas las políticas y acciones de la Unión.

La experiencia adquirida con la actual crisis de la COVID-19 ha demostrado que es necesario seguir actuando a nivel de la Unión para apoyar la cooperación y la coordinación entre los Estados miembro. Esa cooperación debe mejorar la preparación ante la propagación transfronteriza de infecciones y enfermedades humanas graves, así como la prevención y el control de dicha propagación, a fin de luchar contra otras amenazas transfronterizas para la

salud y mejorar la salud y el bienestar de toda la población de la Unión.

En este sentido, el Programa UEproSalud persigue los siguientes objetivos generales en consonancia con el enfoque “Una salud”:

- Mejorar y fomentar la salud en la Unión con el fin de reducir la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles apoyando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, reduciendo las desigualdades en materia de salud, fomentando estilos de vida saludables y promoviendo el acceso a la asistencia sanitaria.
- Proteger a la población de la Unión frente a las amenazas transfronterizas graves para la salud y reforzar la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios y la coordinación entre los Estados miembros para hacer frente a estas amenazas.
- Mejorar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad en la Unión de medicamentos y productos sanitarios, así como de productos pertinentes en caso de crisis, y apoyar la innovación en relación con dichos productos.
- Reforzar los sistemas sanitarios mejorando su resiliencia y eficiencia en el uso de los recursos, en particular:
  - Apoyando el trabajo integrado y coordinado entre los Estados miembros.



- Fomentando la aplicación de las mejores prácticas y el intercambio de datos.
- Reforzando el personal sanitario.
- Abordando las implicaciones de los retos demográficos.
- Impulsando la transformación digital.

Estos objetivos generales se persiguen mediante los siguientes objetivos específicos:

- Apoyar acciones de prevención de enfermedades, promoción de la salud y que aborden los factores determinantes de la misma.
- Reforzar la capacidad de la Unión para prevenir las amenazas transfronterizas graves para la salud.
- Fomentar acciones destinadas a mejorar la disponibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de los medicamentos, productos sanitarios y productos pertinentes en caso de crisis, fomentando cadenas de producción y suministro sostenibles.
- Apoyar acciones que complementen el almacenamiento nacional de productos esenciales pertinentes en caso de crisis, a escala de la Unión, cuando sea necesario.
- Establecer una estructura y recursos de formación para una reserva de personal médico, sanitario y de apoyo asignado voluntariamente por los Estados miembros para su movilización en caso de crisis sanitaria.
- Reforzar la utilización y la reutilización de datos sanitarios para la prestación de asistencia sanitaria y para la investigación y la innovación, promover la adopción de herramientas y servicios digitales, así como la transformación digital de los sistemas sanitarios.

- Mejorar el acceso a una asistencia sanitaria de calidad, centrada en el paciente y basada en los resultados, y a servicios de asistencia conexos, con el objetivo de lograr una cobertura sanitaria universal.
- Apoyar el desarrollo, la aplicación y ejecución y la revisión de legislación de la Unión en materia sanitaria.
- Fomentar el trabajo integrado entre los Estados miembros, y en particular entre sus sistemas sanitarios.
- Apoyar los compromisos y las iniciativas sanitarias mundiales reforzando el apoyo de la Unión a las acciones de las organizaciones internacionales.

El Programa establece la necesidad de asegurar que haya coherencia entre las políticas sanitarias de los Estados miembro y entre el Programa y otras políticas de la Unión, así como de realizar un seguimiento de la aplicación del Programa y de los ajustes necesarios sobre la base de evaluaciones.

En definitiva, el Programa UeproSalud pretende promover acciones en ámbitos en los que pueda demostrarse la existencia de un valor añadido de la Unión Europea. Estas acciones persiguen, entre otros fines, reforzar el intercambio de las mejores prácticas entre los Estados miembros, apoyar redes para el intercambio de conocimientos o el aprendizaje mutuo, hacer frente a las amenazas transfronterizas para la salud y así reducir los riesgos de tales amenazas y mitigar sus consecuencias, abordar determinadas cuestiones relacionadas con el mercado interior, respecto del cual la Unión puede lograr soluciones de calidad a escala de la UE, liberando así el potencial de innovación en el ámbito de la salud, y mejorando la eficiencia al evitar duplicidades en las actividades y al optimizar el uso de los recursos financieros.



El Programa también apoya acciones de desarrollo de capacidades para reforzar la planificación estratégica, el acceso a financiación procedente de fuentes múltiples y la capacidad de invertir en acciones del Programa y ejecutarlas. A este respecto, el Programa debe prestar ayuda, adaptado individualmente a los Estados miembros o grupos de Estados miembros con mayores necesidades.

La UE considera que la salud es una inversión y esta idea debe ser un elemento esencial del Programa. Considera la Unión que mantener a las personas sanas y activas durante más tiempo y darles la capacidad de participar activamente en la gestión de su salud mediante la mejora de su educación en salud, tendrá efectos positivos en la salud, la reducción de las desigualdades e inequidades en este ámbito, el acceso a la atención sanitaria sexual y reproductiva, la calidad de vida, la salud de los trabajadores, la productividad, la competitividad y la inclusión, al tiempo que reducirá la presión ejercida en los sistemas sanitarios y los presupuestos nacionales.

Con el fin de proteger a las personas en situación de vulnerabilidad, incluidas las que padecen enfermedades mentales, las que padecen enfermedades transmisibles o no transmisibles o crónicas y las que se ven más afectadas por estas, el Programa pretende la promoción de acciones que aborden y prevengan las repercusiones colaterales de las crisis sanitarias para las personas pertenecientes a dichos grupos vulnerables y acciones que mejoren la salud de los grupos más desfavorecidos.

En este sentido, además el Programa también pretende apoyar las acciones dirigidas a reducir las desigualdades en la prestación de asistencia sanitaria, en particular en las zonas rurales y remotas, incluidas las regiones ultraperiféricas, con el fin de lograr un crecimiento en salud integrador.

### **Programa UEproSalud en el ámbito de las enfermedades raras**

En lo que refiere a las enfermedades raras, el programa refiere las redes europeas de referencia, creadas en virtud de la legislación europea, como aquellas redes virtuales prestadoras de asistencia sanitaria de toda Europa. Tienen como finalidad la de facilitar el debate sobre afecciones y enfermedades complejas o raras que requieren un tratamiento muy especializado y una concentración de conocimientos y recursos. Se considera en el Programa que las redes europeas de referencia pueden mejorar el acceso al diagnóstico y la prestación de asistencia sanitaria de calidad

a los pacientes con enfermedades minoritarias, y pueden ser puntos de contacto para la formación y la investigación médicas y la difusión de información. Es por ello que se considera que el Programa debe contribuir a aumentar el trabajo en red a través de las redes europeas de referencia y otras redes transnacionales.

En este sentido, uno de los objetivos del Programa consiste en apoyar el trabajo integrado entre los Estados miembro, y en particular entre sus sistemas sanitarios, incluida la aplicación de prácticas de prevención de gran impacto, apoyar el trabajo de las evaluaciones de tecnologías sanitarias y fortalecer y ampliar el trabajo en red a través de las redes europeas de referencia y otras redes transnacionales, en el ámbito entre otras de las enfermedades de baja prevalencia.

Por otro lado, el Reglamento establece como prioritarias y, por tanto, financiadas una serie de actividades, entre las que figuran las siguientes relacionadas con las enfermedades poco frecuentes. A saber:

- Apoyar acciones preventivas para proteger a los grupos vulnerables frente a las amenazas para la salud y acciones para adaptar la respuesta y la gestión de crisis sanitarias a las necesidades de esos grupos desfavorecidos, como acciones dirigidas a garantizar asistencia sanitaria básica a los pacientes con enfermedades crónicas o raras.
- Apoyar la creación de nuevas redes europeas de referencia para atender enfermedades raras, complejas y de baja prevalencia, cuando sea oportuno, y apoyar la colaboración entre las redes europeas de referencia para abordar las necesidades multisistémicas derivadas de las enfermedades de baja prevalencia y las enfermedades raras y facilitar la creación de redes transversales entre distintas especialidades y disciplinas;

El Reglamento considera, como uno de los indicadores para la evaluación del Programa por ser un aspecto fundamental, el acceso a medicamentos autorizados de manera centralizada, entre otras, las autorizaciones de medicamentos huérfanos ya sean nuevos o ya existentes para necesidades no satisfechas.

Abogado. Presidente Instituto de Investigación y Formación en Salud (IFSASALUD)

alvaro.lavandeira@ifsasalud.com

## Disfruta de un renting completo y flexible con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar, con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | **900 82 20 82**  
en: | **www.amaseguros.com**

*Servicio prestado por ALD Automotive*



**A.M.A. MADRID** Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com  
**A.M.A. MADRID (Hilarión)** Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com  
**A.M.A. MADRID (Leganés)** Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes, 16 Tel. 911 75 03 33 leganes@amaseguros.com  
**A.M.A. MADRID (Villanueva)** Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**



www.amaseguros.com 900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en  y en nuestra APP 





## Los bulos reducen la confianza en el médico

Carlos Mateos Bustos

**L**a mayoría de los médicos, ocho de cada diez, creen que el exceso de información (infoxicación) sobre la COVID-19 lleva al paciente a dudar de ellos, lo que supone un crecimiento de 6 puntos con respecto al año anterior. Así se desprende del IV Estudio de Bulos en Salud-COVID-19, realizado por el Instituto #SaludsinBulos y Doctoralia y que en esta edición ha contado con la colabo-

ración de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Entre las consecuencias de poner en duda las recomendaciones de los médicos se encuentran el abandono de los tratamientos, la automedicación y una mayor vulnerabilidad hacia teorías conspiratorias y pseudo-terapias, que han crecido exponencialmente durante la pandemia. Así, el número de



profesionales sanitarios que asegura haber atendido consultas acerca de tratamientos para COVID-19 sin evidencia científica ha aumentado del 64 al 73 en un año.

Esta desinformación a la que están expuestos los pacientes satura aún más las ya sobrecargadas agendas de los médicos de Primaria y motiva un círculo vicioso de difícil resolución: al ser más difícil acceder al médico, las personas con dudas sobre su salud acuden con más frecuencia a Doctor Google o Doctora YouTube, donde pueden encontrar más información falsa que veraz. Un hecho que preocupa a los profesionales sanitarios consultados es que los pacientes acuden a consulta tras haber mirado sus síntomas en Internet, y la gran mayoría de ellos considera que la Red no es una fuente segura de información en salud y menos aún con el avance de la pandemia (81% así lo piensan frente al 75% del año anterior).

En cuanto a los vídeos sobre salud, a pesar de que YouTube ha eliminado muchos contenidos considerados falsos, sigue siendo un canal de difusión de bulos de salud. Cerca de la mitad de los videos de YouTube sobre vacunas incluyen información falsa difundida por negacionistas, según un trabajo de fin de máster realizado por especialistas en informática e Inteligencia Artificial que participan en el recientemente constituido Hub eSalud sin Bulos, con el que pretendemos impulsar soluciones tecnológicas contra los bulos.

En el estudio se han analizado alrededor de 1.000 videos con información sobre vacunas basado en el análisis de grafos, dibujos o imágenes que permiten representar relaciones y que pueden constituir una herramienta muy útil para identificar información antivacunas en las redes sociales. El 46% de los mismos incluían información contra las vacunas, el 40% a favor y el 18% se trataba de contenido de carácter neutro.

¿Por qué los contenidos provacunas no tienen tanto éxito? Porque no emocionan tanto, no intrigan con teorías de la conspiración, no apelan al miedo sus mensajes están repetidos, los podemos encontrar en todas partes. Los de los antivacunas, al ser inventados, pueden permitirse ser originales.

La pandemia ha acelerado tanto la velocidad de propagación de este contenido fal-



La pandemia ha acelerado tanto la velocidad de propagación de este contenido falso como su cantidad



so como su cantidad. Para el 93% de los encuestados una de las consecuencias de la pandemia ha sido el incremento de los bulos de salud en el último año. Su facilidad de transmisión es un factor que, aseguran, influye de forma decisiva en este incremento, con las redes sociales (45%) y las aplicaciones de mensajería como WhatsApp como principales canales de difusión de bulos. Según los especialistas encuestados, las *fake news* circulan, principalmente, a través de artículos de Internet (40%), y le siguen los bulos en formato de vídeo (19%) y tertulias o programas de televisión (13%).

Esta batalla contra la desinformación no la pueden librar los profesionales sanitarios solos. Deben contar con el apoyo de sus sociedades científicas, colegios profesionales, centros de salud y autoridades sanitarias para enseñarles a orientar a los pacientes dentro y fuera de la consulta. Desde el Instituto #SaludsinBulos colaboramos con muchas de estas organizaciones en esta labor formativa para conseguir que los pacientes vuelvan a confiar en su profesional sanitario para consultar sobre su salud.

Coordinador del Instituto #SaludsinBulos y director de COM Salud  
cmateos@comsalud.es



## La necesidad de una nueva Ley de Ordenación Farmacéutica

Mariano Avilés Muñoz

**V**iene de largo el tema, nada más que de 1998, hace veintitrés años que se publicó la Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, veintitrés años en los que los farmacéuticos madrileños no se tendrían que haber cambiado la bata blanca, ni reformado la farmacia, ni asumido más funciones; plazo este en el que el tiempo no se ha parado en los aspectos de la vida cotidiana que se vive en la farmacia, todo menos precisamente la norma legal que regula y ordena su actividad que quedó varada en la arena mi-

rando la extraordinaria demanda de servicios del proceloso mar social.

Ya en la anterior legislatura de Madrid la Consejería de Sanidad junto al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid estuvieron trabajando duro para poner al día todo lo que se refiere a la actividad en la farmacia comunitaria, por ello, y en reconocimiento, ASEDEF entregó entonces una de nuestras distinciones al consejero Enrique Ruiz Escudero, aunque finalmente la Asamblea de Madrid terminó por no aprobar la norma y trasladar el quehacer a la





siguiente legislatura en la que también tanto Consejería como Colegio han “esperado andando”, y en ello continúan, y ahora pisando el acelerador.

La extraordinaria necesidad que en la aprobación de la nueva Ley de Ordenación Farmacéutica ven las instituciones directamente afectadas y los profesionales del sector, se traduce en el anuncio de la “Memoria justificativa para la tramitación urgente del Anteproyecto de Ley” esperando que este camino sea el definitivo para sacar del ostracismo regulador una actividad sanitaria que ha demostrado en los momentos duros que aún padecemos por la pandemia, su profesionalidad y sacrificio por todos.

La farmacia comunitaria, o lo que es lo mismo, la farmacia que nos encontramos en cada barrio, en nuestras calles, en las que basta con empujar la puerta para estar ante un profesional responsable de los medicamentos necesitan que se le quiten “las telarañas y una mano de pintura” legislativa urgente, modernizadora y que recoja la realidad del quehacer diario de estos establecimientos sanitarios.

El farmacéutico moderno no se limita a dispensar los medicamentos fabricados industrialmente como antaño; la atención farmacéutica irrumpió en su actividad como una tabla de salvamento de una labor profesional tan necesaria como responsable y no somos pocos los ciudadanos que acudimos a la oficina de farmacia para recabar la opinión profesional del boticario ante la más mínima dolencia para que recomiende el camino que proceda para recuperar la salud, y de verdad que su consejo siempre tranquiliza.

Son muchas las obligaciones de quienes día a día tienen que abrir sus puertas “a riesgo”, una actividad que desde el punto de vista jurídico no lo pone fácil al definir lo que es la oficina de farmacia, a saber, “un establecimiento privado de uso público”; esta definición es una mezcla jurídica que ya indica que no solo le afecta la Ley de Ordenación Farmacéutica y con ello el derecho administrativo sino que le afectan todas las normas civiles, mercantiles y penales de nuestro ordenamiento jurídico.

Las responsabilidades que emanan de la actividad del farmacéutico con oficina de farmacia son muchas y vivir en el “limbo administrativo” no es tarea sencilla y esto lo debe ver y apreciar la Asamblea de Madrid con el nuevo trámite que anunció el Consejero de Sanidad para que definitivamente salga a la luz y que

“

El farmacéutico moderno no se limita a dispensar los medicamentos fabricados industrialmente como antaño

”

los profesionales se vean reflejados en la nueva regulación con sus tareas, sus necesidades y reconocimientos que demandan nuevos tiempos después del transcurso de casi un cuarto de siglo.

Tanto el consejero Ruiz Escudero como el presidente del Colegio, González Díez han apostado por la modernidad de la farmacia comunitaria de la región de Madrid y de la responsabilidad de quienes forman parte de la Asamblea de Madrid ahora se espera que estén a la altura de las circunstancias que les demandan actualizar derechos y deberes de los profesionales farmacéuticos; es necesario incorporar a su quehacer diario de forma reglada la labor asistencial que desempeñan y que han demostrado sobradamente en los últimos años.

ASEDEF como institución científico-jurídica se encuentra, una vez más, en la obligación de apoyar esta urgente necesidad y en este sentido estamos seguros que cerraremos, producto de las conversaciones que mantenemos con Comunidad y Colegio, una sesión informativa/divulgativa de la nueva norma que deberá regular la actividad de la farmacia comunitaria y sus profesionales en Madrid a comienzo del próximo año.

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

marianoaviles@asedef.org



## ENTREVISTA

**José Manuel Ventura Cerdá, Director General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública- Generalitat Valenciana**

**"Necesitamos compartir más el conocimiento y la información"**



*En esta entrevista para New Medical Economics, José Manuel Ventura ha contado cuáles son sus líneas estratégicas para liderar la Dirección General de Farmacia de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat. También ha hablado del nivel de automatización en los hospitales valencianos, de las políticas de compra de medicamentos, de ensayos clínicos y los retos a los que se enfrenta, entre otras cuestiones*

## ¿Cuáles son sus líneas estratégicas para liderar la Dirección General de Farmacia de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat?

Las líneas que nos hemos marcado vienen del año 2018, coincidiendo con mi llegada a la Dirección. Son líneas continuistas, consisten en alinearnos con el plan de salud porque esta es la Dirección General no de Farmacia y Productos Sanitarios, sino de los ciudadanos que requieren prestación farmacéutica. Por ello, la orientación es clara para los ciudadanos. Somos el gestor administrativo y político que vela por los intereses de los ciudadanos y para ello, dentro de nuestro alineamiento con el plan de salud, con la normativa básica del Estado, la Ley de Garantías, que nos obliga a ser eficientes, a tener políticas de sostenibilidad, etc., el objetivo es cada uno de los pacientes en el ámbito del medicamento, también los productos sanitarios, los implantes, que todo esté lo mejor tratado posible dentro del contexto de recursos públicos y de manejo, en cuestiones de equidad, igualdad y seguridad.

Todos esos son los principios que compartimos, pero nuestras líneas concretas son seis. La primera va orientada a aumentar la eficiencia, quizá sea la línea más prolija; la segunda va orientada a incrementar la seguridad de los medicamentos y los productos sanitarios en general. La tercera va orientada a obtener resultados en salud; la cuarta a la integración de los procesos, pero también de las estructuras farmacéuticas. La quinta línea está orientada a las personas/ciudadanos, pero también a las personas que trabajan en la propia organización. Y la última línea está orientada a la investigación. En este sentido, tenemos las competencias sobre los ensayos clínicos de medicamentos, que no de la gestión de los ensayos ni de los investigadores.

Realmente son unas líneas de un plan estratégico de la Dirección General de Farmacia que están imbricadas dentro de un plan global de la Sanidad. Pero ahora nuestro proyecto de engarzar todo eso es longitudinalmente con el programa de optimización e integración terapéutica que acabamos de publicar, lo hemos ido desarrollando a lo largo de este último año, COVID mediante, es un programa que realmente lo que pretende es unificar y bebe de todas las líneas estratégicas comentadas. Es decir, va hacia la efectividad, hacia la seguridad y a la eficiencia, pero también hacia las personas y esa interconexión, es nuestro programa.

Queremos que se utilicen los productos con más efectividad, con más seguridad, con más eficiencia, que tengamos más resultados, que tengamos más capacidad de análisis y valoración de lo que vamos a usar y cómo lo ponemos a disposición de los profesionales y los profesionales a su vez cómo lo gestionan y cómo revierten hacia ellos.

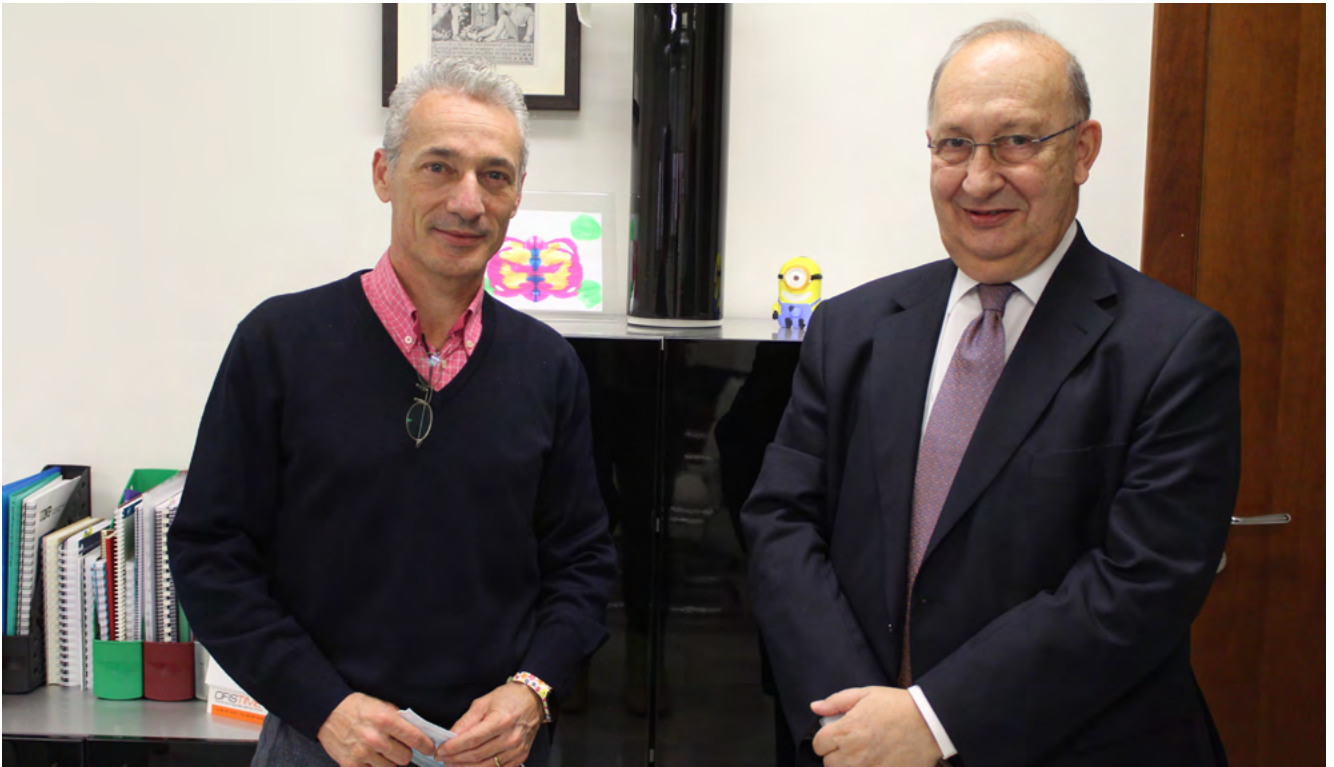
El reto de trabajar en red, de ser solidarios en ese conocimiento de que lo que uno hace sirva para todos los demás. Que sea un sistema participativo en el sentido de que los problemas que tienen los hospitales o los departamentos de salud se puedan trasladar a los órganos que a su vez van a decidir sobre esos problemas. Y esos que decidan son los que luego lo tienen que desarrollar dentro del propio sistema. Es una integración de recursos y buscar la optimización del trabajo propio y del resultado.

## ¿Podría describirnos la estructura de la Dirección General Farmacia (número de profesionales, secciones, especialización por áreas, etc.)?

Estamos siempre en continuo cambio. Es una dirección muy básica y tradicional. Está el director, que en este caso soy yo, también hay una subdirección única de la cual dependen los tres servicios que dispongo: el servicio de prestación farmacéutica, el servicio de prestación ortoprotésica que controla tanto la parte de implantes como la parte de ortesis y prótesis, es decir, toda la ortopedia también. Y luego tenemos un servicio que en otras comunidades lo más habitual es que esté fuera de esta Dirección, es el servicio de ordenación, de control y vigilancia de productos sanitarios, tenemos todas las competencias sobre establecimientos sanitarios, sobre industria, sobre fabricación, etc. La farmacovigilancia depende de este servicio en el centro autonómico, los productos sanitarios y las industrias farmacéuticas y cosméticas.

La ordenación farmacéutica tiene competencia sobre las farmacias, pero también sobre los hospitales. Es decir, de entrada, los registros administrativos de apertura de un servicio de farmacia hospitalaria son a través de este servicio. Por ejemplo, en estos años hemos tenido una gran actividad en este servicio con los medicamentos peligrosos, las condiciones de elaboración, las normas de buena práctica. Básicamente este es el servicio que se ancla a la Agencia Española del Medica-





José Manuel Ventura Cerdá y José María Martínez.

mento en lo que se refiere a la legislación y a las normas para su aplicación.

Para los aspectos no del producto y de su resultado en el paciente, sino los aspectos estructurales que tenemos que garantizar para tener una calidad en la manipulación y en el producto y en las instalaciones que tengamos. La distribución farmacéutica también se incluye aquí, cualquier ámbito farmacéutico, la estructura base y la calidad que debe tener cualquier proceso tiene que estar sometido a las normas que pone la Agencia y el Ministerio que fuera y nosotros tenemos el deber de inspeccionar.

### **¿Cuál es el nivel de automatización, relativo a medicamentos y productos sanitarios, en los distintos hospitales de la Comunidad Valenciana?**

No somos ni la peor comunidad ni la mejor, ni mucho menos. El nivel de automatización en este sentido es bastante heterogéneo. En la Comunidad Valenciana contamos con 34 hospitales, de estos, entre un hospital comarcal a un hospital como La Fe hay una diferencia muy importante, incluso en hospitales de primer nivel, como el Clínico, el Hospital General de Valencia, el de Alicante, comparado con La Fe. También ha habido épocas en las cuales

se ha invertido para ello y se han cometido los grandes cambios, La Fe es un hospital nuevo, de hace pocos años.

Hay hospitales que tienen alta tecnificación o automatización de casi toda la logística y medicamentos como es el Hospital La Fe. Y hay otros que, siendo importantes, no gozan de tanta automatización. Un reto que tenemos para los próximos años, y sí que es un compromiso de la Dirección General, que de hecho ya tenemos presupuestado y vamos a acometer, es tratar de igualar la automatización en muchos de los hospitales. De hecho, de las inversiones que ahora mismo tenemos previstas a La Fe va muy poquito. Sin embargo, a otros hospitales va mucha inversión. Todo esto hay que hacerlo respetando la idiosincrasia de cada hospital. En definitiva, la automatización es muy heterogénea todavía, pero vamos a tratar de igualarla en los próximos años, es un reto inmediato.

### **¿Cuáles son las políticas de compra de medicamentos en la Consellería? ¿Y la implicación de los gerentes de hospitales en este ámbito?**

Ahora tenemos una política clara que apuesta por la compra pública centralizada sobre todos los procedimientos de adquisición cen-

tralizada. Obviamente, el cumplimiento de la Ley de Contratos permitiría que los hospitales emitieran sus propios contratos. Pero con la Subsecretaría ahora sí que tenemos el pacto del objetivo de incluir todo lo que podamos y cuanto más mejor en compra pública centralizada a través de la central de compras. Esa es la política clara y estamos movilizando recursos exclusivos de la Dirección General para fomentar esos contratos y acuerdos.

En cuanto a los gerentes de hospitales con respecto a la adquisición centralizada para ellos supone un gran alivio porque ellos ya compran contra contrato, con procedimientos de adquisición más simples, sobre todo que además gestiona se y genera una facturación predecible y directa. Las empresas también cobran antes, es decir, ventajas para todos.

Para medicamentos huérfanos o de precisión es más complicado gestionar desde la central de compras porque aquí hay poco margen de negociación. Al ser tan exclusivos, lo que se negocia fundamentalmente en nuestro grado de participación, obviamente, es en las instituciones del Estado. En la comisión de Precios o la Permanente de Farmacia son donde tratamos de acotar lo mejor posible el marco en el cual se utilizará en el Estado español. Y luego habitualmente los laboratorios en estos casos suelen ser respetuosos. Es decir, que las condiciones de una Car-T no son diferentes en las comunidades autónomas, sino que vamos todas a las mismas condiciones porque ya las hemos fijado en las condiciones de financiación y aquí, de momento no hemos encontrado que nadie tenga una capacidad de negociación propia e independiente del resto del Estado, con lo cual es siempre complicado en estos productos. En muchas ocasiones sale a la luz un acuerdo marco, es complicado, son medicamentos exclusivos, están poco maduros en el mercado. Las compañías tienen unas políticas de cierta opacidad en los precios y en las condiciones. De hecho, siempre es una de las cosas que no quieren hacer públicas. Y en estos casos es complicado negociar de manera independiente.

La distribución de estos medicamentos huérfanos entre los hospitales de la Comunidad está dirigida por cómo esté la organización asistencial, las unidades de referencia, etc. Aún dependemos de un modelo sanitario que es muy egocéntrico en servicios hospitalarios concretos, nosotros tenemos dos centros acreditados para las Car-T (el Clínico y La Fe), esto

implica que necesariamente todos los pacientes de la Comunidad Valenciana y de otras comunidades, cuando se tienen que tratar o van al Clínico van a La Fe, no pueden ir a otro lado. Ese mismo concepto implica que los hematólogos del Clínico y de La Fe cada vez vayan cogiendo mayor expertise, mayor conocimiento, pero implica que hematólogos de otros hospitales probablemente no compartan ese expertise, al final se crea una súper especialización, una referencia y una dependencia de unos centros.

En otras patologías, los grandes centros o unidades de referencia, sobre todo en enfermedades muy poco frecuentes, las ultra raras o muy particulares crean ese mismo centro de gravedad que luego a nuestra propia organización asistencial le cuesta mucho compartirlo. Y eso les pasa a hospitales porque están más alejados o no disponen de esas unidades al no tener el equipo médico, pero esto que vamos a cambiarlo radicalmente. Yo soy un farmacéutico, ahora casualmente director general, pero no deja de ser una cosa transitoria, y mi visión sí que la tengo que aplicar. Mi visión es que cuando te sientas en el despacho al fin y al cabo tú tienes unas competencias a nivel autonómico, con unos recursos a nivel autonómico y para mí son igual de válidos los recursos en el Hospital La Fe con una unidad de referencia que en el Hospital de Orihuela que está allí, con lo cual los recursos que disponemos estructurales, físicos, están a disposición de los pacientes allá donde esté el paciente. Y claramente esa tendencia es a evitar los silos de que los hospitales empiezan y acaban en su propio hospital, eso tenemos que vencerlo. De hecho, los pasos que hemos dado en telefarmacia o las estrategias que estamos haciendo para la proximidad de los pacientes lo van demostrando. Los pacientes tienen unos derechos y unas necesidades que a nivel estructural los servicios de farmacia o los hospitales tienen que satisfacer allá donde esté el paciente, no haciendo de foco de concentración para que todo el mundo vaya. Y es algo que nos costará porque es una cultura extendida en nuestra organización asistencial, pero hay que cambiarlo.

Nuestras estructuras tienen que ser capaces de solucionar o facilitar la prestación que el paciente requiere. Y no solo farmacéuticas, sino de políticas de controles y seguimientos de otro tipo de especialistas, no hace falta que todo absolutamente se controle en un silo opaco, en una unidad de referencia que sin duda

serán estupendos, pero necesitamos compartir más el conocimiento y la información.

### **En su opinión, ¿cuál es el mayor reto farmacéutico al que se enfrenta la Consellería de Sanidad Valenciana?**

La digitalización es uno de ellos, pero excede el ámbito farmacéutico, porque la digitalización es un reto básicamente estratégico. Desde la farmacia estamos en una postura un poco adelantada respecto a otros ámbitos, porque para bien o para mal, siempre nos ha interesado la receta electrónica en el ámbito ambulatorio, en los hospitales los sistemas de oncología, pero no por una cuestión de controles, es una cuestión básicamente de seguridad, los farmacéuticos allá donde estuvieran, siempre han tenido una tendencia hacia la digitalización. Cuando los hospitales todavía no estaban muy automatizados y las historias clínicas eran a mano, los farmacéuticos ya hacíamos dosis electrónicas o ya hacíamos dispensación en unidosis. La digitalización es un reto de sistema estructural, los servicios farmacéuticos tenemos partes buenas o ya ganadas, pero todavía tenemos partes que tenemos que resolver, sobre todo en el ámbito de interacción con el paciente y de resultados. Nos hemos dedicado a medir cosas muy concretas, de proceso, de utilización, pero nunca de resultados.

Tenemos grandes retos con algunos perfiles profesionales como genetistas, biólogos, moleculares, informáticos de la salud. Saber manejar datos es un reto importantísimo que corresponde a recursos humanos, a planificación. Y en el ámbito concreto de la Comunidad Valenciana, de que está todo imbricado, es poner en marcha el programa de optimización e integración terapéutica que he comentado, también tiene una parte de evaluación que hay que organizarlo y darle cobertura orgánica, y una parte asistencial, las decisiones que aquí se toman cómo llegan al médico que está en su consulta, cómo se ejecuta eso. Este es un reto muy importante, es de gestión y depende más de nosotros y no tanto de otras cosas, pues la digitalización depende de muchas personas a la vez.

### **¿Cómo cree que se puede mejorar la Atención Farmacéutica Hospitalaria?**

Básica y fundamentalmente tenemos que darle una visión y un alcance un poquito más arriba del hospital. Las competencias de la farma-

cia hospital se mantienen como hace 10 años, pero los pacientes ya no están dentro del hospital. Por lo tanto, aunque tú tienes las mismas competencias, vienen otros medicamentos para otras patologías, etc. Los farmacéuticos tienen que formarse en lo que viene, pero eso ha pasado siempre, ese reto de aprender ya lo llevan un poco en su ADN. El reto importante es que la visión y el alcance de la farmacia hospital ya no sea el hospital, sino los pacientes que en un departamento de salud que puede ser un área de 200000 personas, requieren medicamentos cuya competencia recae sobre ti. Y esos pacientes ya no están todos ingresados. Tienes muchísimos en hospitales de día o en centros sin ingreso y tienes muchísimos que son ambulatorios y son competencia de la farmacia hospital. Entonces el reto es que esa actividad se integre en un contexto de todo el departamento.

En la Dirección General en prácticamente dos meses hicimos casi 30 mil entregas en domicilio, las tuvimos que organizar prácticamente de un día para otro. Lo hicimos con una visión totalmente distinta que otras comunidades, se hizo para todos los hospitales, toda la comunidad, todos los pacientes. La pandemia nos ha obligado a tener que hacer esas estrategias de emergencia y cuando las tienes implementadas, te das cuenta de que te has montado en la bici y ahora no hay que parar de pedalear, porque si no te caes. Los pacientes lo reclaman. Estás dando una mejor calidad asistencial, nos obliga a reorientarnos y a cambiar. Es decir, que tienen muchas esclavitudes y dependencias, pero también da una visión y unos resultados y unas expectativas de lo que es la prestación completamente diferente.

Dentro del programa de optimización acabamos de publicar el Plan de Asistencia Farmacéutica Telemática para pacientes que requieren medicamentos de uso hospitalario, concretamente de las unidades de pacientes externos. Aprobar ese plan de telefarmacia implica que se haga en todos los hospitales, hemos establecido dicho convenios y colaboración con colegios de farmacéuticos y con la distribución para que esto esté dentro del canal farmacéutico. Es la apuesta y el modelo que hemos llevado a cabo, también en los centros sanitarios, obviamente, porque es estructura propia. Lo que implica este programa son dos aspectos fundamentales: la entrega en proximidad al paciente y el contacto del farmacéutico de hospital o la farmacia del hospital con el paciente por medios telemáticos.





José Manuel Ventura Cerdá y José María Martínez.

Es decir, que ya no es solo el producto que el paciente recoge en un sitio concreto, sino además también es la posibilidad para preguntar dudas...

El primer factor que influye sobre la adherencia es la relación que tiene el paciente con el sistema sanitario. Cuando esa relación se basa en la confianza y en la satisfacción de los servicios que damos, generalmente los pacientes son más adherentes con las recomendaciones que les hacemos. Cuando el paciente está cabreado habitualmente no es así. Entonces, satisfacer las necesidades de los pacientes que a veces son logísticas o terapéuticas es fundamental. Esa relación con el sistema sanitario les da tranquilidad y en general, aumenta mucho la satisfacción, y eso sin duda aumenta no solo la adherencia, sino los resultados, la percepción de seguridad...

### **¿Cuál es su visión sobre la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios?**

Yo tengo una visión muy positiva y en creciente positivismo. La Comisión de Precios ahora mismo la entiendo como un sistema "federado de decisión". Afortunadamente desde el año aproximadamente 2015, con los diferentes directores que han habido, ha habido un fenómeno de no solo de apertura, sino también de transparencia y sobre todo de participación.

Ahora mismo entiendo que es un órgano que con todas las mejoras que podamos hacer metodológicas, estructurales, etc. tenemos una gran virtud. Hemos conseguido un grado alto de cohesión y de gobernanza compartida, de compartir objetivos y problemas comunes e intentar darle soluciones comunes. Y ahora mismo creo que hay que felicitar al ministerio, a la cartera, porque está logrando esta cohesión.

### **¿Cuál es la participación de los hospitales vascos en la realización de ensayos clínicos?**

Es razonable. Me gustaría que fuera más, de 198 ensayos clínicos que tenemos activos, 180 prácticamente se ejecutan en hospitales públicos. Hay hospitales como el Clínico y La Fe que desarrollan muchos ensayos clínicos simultáneamente. Y luego, por otra parte, sobre todo fundaciones, sobre todo La Fe, que incluso es centro de referencia. Tenemos que intentar ser competitivos en este sentido.

Tenemos una estructura muy atomizada. Hay comunidades como Cataluña que se han profesionalizado mucho, de manera que centra mucho la estructura administrativa para captar el ensayo clínico. Nosotros somos una comunidad que nuestro negocio va más a realizar el ensayo que a ser competitivos en los comités, porque en definitiva nuestros comités no tienen colaboración público-privada, son comités

públicos que no tienen ánimo de lucro. Entonces, se desarrollan muchos ensayos clínicos en muchos hospitales, fundamentalmente en La Fe y en el Clínico son los que más, el Hospital General de Alicante y el de Valencia también tienen muchos. Pero todo esto estamos hablando de Fase III, promovido por la industria. Lo que quizá nos falta y debemos plantearnos es el establecimiento de unidades de investigación dentro de la clínica que fomenten fases II, ajenos a la industria, por el propio impulso del investigador.

Hace falta que la gobernanza entre las fundaciones de investigación y las gerencias de los hospitales esté un poco menos separada. Ahora mismo tenemos esos problemas, hay que intentar nuevamente integrarlos porque está dentro del entorno.

### **¿Cómo se ha adaptado la Farmacia a la nueva situación que ha provocado la COVID-19?**

Las oficinas de farmacia más que se han adaptado, decir que han sido de los pocos establecimientos junto a los supermercados que han mantenido su ritmo habitual. Es uno de los muy pocos sectores que no ha modificado su oferta, ni su estructura, ni sus atribuciones. Es decir, que hasta ahora no se han mantenido fuera de ella y han mantenido su actividad. Las farmacias de la Comunidad Valenciana se han considerado servicios esenciales y han mantenido su actividad como los supermercados, hay muy pocos sectores que han mantenido la actividad con los riesgos y las incertidumbres que tenía. Con lo cual la adaptación de las farmacias como de otros sectores estratégicos en España ha sido loable, pero por el esfuerzo que han hecho, en las peores circunstancias se han mantenido ahí.

En el ámbito de las estructuras propias como farmacias de hospital, en la Comunidad Valenciana sí que es verdad que la adaptación ha sido mucho más revolucionaria porque ha implicado tener que cambiar muchísimos de los procesos internos y externos, estábamos con hospitales saturados, con unidades de cuidados intensivos saturadas y con prácticamente toda la hospitalización dedicada a COVID, con problemas que hemos tenido que gestionar nosotros personalmente, de desabastecimiento, de algunos productos para sedación, eso implica que cuando tú estás trabajando en el hospital tienes que dar cobertura a los pacientes que tienes. Entonces la adaptación de la farmacia de hospital, pero no solo la farmacia, sino de todos los servicios clínicos del hospital han tenido que adaptarse a una velocidad tremenda. No ha sido una adaptación planificada, sino que en muchos casos ha sido ir al compás de lo que iba ocurriendo. Y eso ha significado un gran esfuerzo. Los profesionales sanitarios se han tenido que adaptar a algo no planificado, algo que el

que les ha sobrevenido y que han sacado con cierto éxito.

Bien es cierto que ahora el post implica repensar qué procesos, qué procedimientos han venido para quedarse y cuáles son realmente adecuados. Y, sobre todo, lo que deberíamos de reflexionar todos los sectores sanitarios es ¿en qué podemos soltar lastre? Porque quizá ahora pensemos que había muchas cosas que hacíamos que no sirven para demasiado y en Sanidad nos pasa.

Estamos en una crisis que nos obliga a cambiar a veces sobre la marcha y otras no. Una cosa es el cambio que afrontas para satisfacer la crisis, pero otra cosa es cuando va pasando el tiempo y tú tienes capacidad de reflexionar sobre lo que has hecho, sobre lo que hacías o lo que tienes que hacer, sobre las necesidades y soltar lastre es muy importante. España además es un país muy burocrático, los mismos papeles pasan por 20 sitios, van y vienen y al final no sabes exactamente cuál es la utilidad.

### **¿Cómo se puede equilibrar la incorporación de la innovación en medicamentos y la sostenibilidad del sistema sanitario?**

Esto es un debate en sí mismo, porque de esto hay mesas y mesas que se dedican solo al acceso y a las barreras. Tenemos que cambiar el foco de los de los pseudo intereses derivados del uso de un producto al interés real de la población. ¿Qué repercusión sobre la salud real tienen los productos? Ahora estamos en una fase en que los productos son cada vez para más personas, porque hay diagnósticos nuevos y cada día aparecen tres marcadores genéticos que determinan una enfermedad que no existía. Y cada vez vienen productos más específicos de un impacto económico mayor y con una evidencia, digamos, de un marcador subrogado. Debemos saber qué ganancia en salud vamos a reportar a los ciudadanos en base al consumo que se haga de esta innovación, esto tendría que ser uno de los puntos clave.

Hay que incrementar el presupuesto sanitario. Obviamente el presupuesto sanitario en España sigue estando por debajo de la media europea, pero no para gastárnoslo en más medicamentos. A lo mejor hay que gastarse más en prevención, en salud pública, en atención primaria, porque esos son determinantes de salud que dan mucha más salud que a lo mejor un fármaco nuevo que acaba de llegar y nos gastamos más en el fármaco nuevo. Eso es lo que hay que ver. Y luego, obviamente, el tercer punto es la evaluación de las tecnologías y los productos. Necesitamos saber si está cumpliendo las expectativas, habrá que medir, la evaluación es otro factor clave, bajo mi punto de vista.

# ¡NOVEDAD!

José María Martínez García  
Lorena Pérez Campillo

## La transformación del **marketing sanitario**

**Cómo los datos son el petróleo  
del siglo XXI**



**LIBROS PROFESIONALES  
DE EMPRESA**

**ESIC**  
BUSINESS & MARKETING SCHOOL

**CLICK PARA ADQUIRIR EL LIBRO**

**NUEVO LIBRO DE JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA**





# Investigación clínica: ¿qué hemos aprendido de la pandemia?

**C**on el objetivo de analizar la situación de la investigación clínica en España a la luz de la experiencia de la pandemia y del marco que genera el Reglamento Europeo y con el fin de identificar los ámbitos de mejora para que sigamos avanzando en nuestra posición de referencia internacional, *New Medical Economics* a través de su *Canal Online* ha organizado una Mesa Redonda en colaboración con Farmaindustria, titulada: “Investigación clínica: ¿qué hemos aprendido de la pandemia?”. Para llevar a cabo dicha reunión se contó con los siguientes expertos: Juan Estévez Álamo, jefe de Servicio en el Área de Ensayos Clínicos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); Andoni Lorenzo Garmendia, presidente del Foro Español de Pacientes (FEP); Amelia Martín Uranga, directora asociada de Investigación Clínica y Traslacional de Farmaindustria; Francisco José Tinahones Madueño, director científico e investigador principal y responsable en el Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA); y Juan Carlos Valenzuela Gámez, coordinador regional de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). El encuentro estuvo moderado por José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*.

La primera cuestión que se puso de manifiesto fue: “¿por qué España es una potencia mundial en el desarrollo de los ensayos clínicos?”. Para Juan Estévez existen diversos factores a tener en cuenta “como la infraestructura sanitaria que tenemos, el valor de los profesionales tanto a nivel asistencial como de comités de ética, y el valor que aportan los pacientes”. Por otra parte, Estévez puso en relieve la actitud

pionera de la Agencia Española del Medicamento, “con una regulación que ya va a entrar en aplicación en el 2022, en España nos fuimos adaptando en el 2016, con lo cual, partimos de una casilla de salida con cierta ventaja respecto al resto de países”. En cuanto a las debilidades, este experto considera que la fragmentación de la investigación es una de ellas, “en la primera ola de la pandemia hubo una oleada de ensayos clínicos no comerciales, quizá estuvieron demasiado atomizados. Ahí la Agencia tuvo que efectuar un papel coordinador”.

En la misma línea, el presidente del Foro Español de Pacientes cree que somos un país en el que entendemos el valor que tiene la investigación, “hay un convencimiento por parte de todas las organizaciones de pacientes de la importancia del papel de los ensayos y de la investigación”. Según Lorenzo, las asociaciones de pacientes siempre participan en los ensayos cuando las llaman y las invitan a hacerlo. Desde el punto de vista de debilidades habló de la complejidad y la conexión: “entender bien en qué consiste el ensayo clínico y el tener la información de los resultados”.

Amelia Martín Uranga piensa que la posición de España en ensayos clínicos de COVID, primer país de Europa y cuarto del mundo, no es fruto de la casualidad, “es fruto del trabajo realizado de manera colaborativa en los últimos años”. Esta experta indicó que el papel de la Agencia, el de las asociaciones de pacientes, el alto nivel científico de los profesionales sanitarios y el compromiso de la industria farmacéutica ha sido fundamental para atraer ensayos clínicos a nuestro país. Uranga también ve debilidades, “tiene que haber estructuras que den soporte a los investigadores como ofici-



nas de apoyo para resolver cuestiones de carácter más administrativo, que permitan reducir la carga burocrática a la que se enfrentan los investigadores para que ellos puedan centrarse en resolver cuestiones de carácter científico-técnico. Además tenemos que trabajar para que haya más investigación clínica fuera de comunidades como Madrid o Cataluña. Es muy importante que como país trabajemos en cohesión territorial y social”.

Francisco José Tinahones también tiene una visión optimista de cómo ha cambiado nuestro país y el posicionamiento que tiene en cuanto a los ensayos clínicos. “Prácticamente en todos los hospitales públicos el que hacía investigación clínica era el raro. Ahora todas las gerencias de los hospitales están empezando a mimar los ensayos clínicos porque aportan innovación y retorno económico”, contó. Para Tinahones se ha dado un salto de gigante en la

profesionalización, “nos hemos adaptado a la competición, pero hay una desigualdad absoluta entre la distribución poblacional que tiene nuestro país y la distribución de ensayos clínicos”. Además, el responsable del IBIMA dijo que los institutos de investigación biomédicos son muy importantes, “permiten realizar ensayos en fases muy tempranas”.

Juan Carlos Valenzuela quiso añadir como fortaleza de la investigación en nuestro país, “la existencia de planes de salud que hay a nivel autonómico para orientar las necesidades de investigación e innovación que tenemos en las comunidades autónomas”. Puso el ejemplo de Castilla-La Mancha y su Plan de Salud 20-25, “contiene un plan específico de investigación y de innovación, con el objetivo de reforzar estructuras, reforzar personal e inversiones y entre otras acciones la creación de un Instituto de Investigación en Castilla-La Mancha”. Las

debilidades que Valenzuela señaló fueron la dificultad de acceso para conseguir ayuda en los proyectos, “faltan las convocatorias regionales, necesitamos que sigan estando y que aumenten tanto en número como en cuantía. También necesitamos tener claras las líneas sobre las cuales vamos a investigar”, explicó.

“Hemos sido también un país de referencia durante la pandemia frente al mundo, ¿ha hecho España algo más específico que haya podido favorecer e incorporar la investigación en la pandemia?”, quiso saber el moderador. En este sentido, Juan Estévez se centró en el ámbito regulatorio, “hemos conseguido una flexibilización un tanto mayor que otros países de nuestro entorno, hemos facilitado el máximo posible todas las gestiones derivadas de la realización de un ensayo. Y también hemos tenido un papel de asesoría científica desde los primeros inicios de la pandemia”. Además, Estévez, habló del proceso acelerado de evaluación de ensayos clínicos que se llevó a cabo en la primera ola, “en cuestión de 24-48 horas estábamos en comunicación directa con los comités de ética y los promotores”.

Para Francisco José Tinahones había estructuras preparadas, “sin una estructura preparada no habiéramos podido dar respuesta a los ensayos clínicos que se proponían”. Por su parte, Amelia Martín Uranga añadió que las medidas de la Agencia fueron fundamentales para poner en marcha esos nuevos ensayos clínicos de COVID, pero también para mantener la investigación clínica en otras áreas terapéuticas más allá de la COVID. “España ha sido un país excelente por calidad, por costes, por legislación... El que se innova en modelos operativos para ejecutar la investigación va a ser otro elemento que las compañías tengan en cuenta a la hora de llevar ensayos clínicos. Y aquí la digitalización va a ser fundamental”. Desde Farmaindustria están trabajando en un grupo de ensayos clínicos descentralizados. En este sentido, “la Agencia también nos ha animado a trabajar hacia modelos de consentimiento informado electrónicos, llevar la medicación a casa del paciente, home nursing o prestar servicios de enfermería en casa del paciente, utilizar plataformas de reclutamiento digital, etc... Hemos adquirido cierta experiencia durante la pandemia y ahora hay que perfilar estos elementos de protección de datos y de nivel regulatorio”, afirmó Martín Uranga.

El siguiente punto del encuentro fue “¿estamos, por fin, consiguiendo que España sea un país que trabaja en equipo?”. Juan Estévez cree que el trabajo colaborativo durante la pandemia se ha visto, “nos hemos ayudado unos a otros, posiblemente esa colaboración se haya reforzado”. “¿Cómo seguir manteniendo esa excelencia o incluso fortalecer esa excelencia?”, se pregunta el experto y continúa “la función principal del nuevo reglamento es buscar agilidad a la hora de autorizar ensayos clínicos en muchos países a la vez. Esa es la principal ventaja que tiene. Pero esto va a dificultar mantener esa posición de liderazgo, dado que ahora va a ser un procedimiento coordinado con muchos países a la vez, tenemos que seguir manteniendo ciertas medidas y flexibilizaciones para estar en cabeza”. En cuanto a la digitalización, Estévez considera que es muy importante que trabajemos en esos posibles factores problemáticos que puedan surgir durante la investigación y tenerlos muy bien controlados.

Para Andoni Lorenzo esto viene de un trabajo anterior, “veníamos de un ámbito donde no había mucha participación y de repente los pacientes estamos viendo que se nos está explicando y estamos queriendo participar y colaborar con la Agencia”. Sin embargo, al presidente del Foro Español de Pacientes le preocupa el tema de los informes de posicionamiento terapéutico (IPT), “entenderlos es complicado y es muy importante la participación de los pacientes”.

En este ámbito, Amelia Martín Uranga sí cree que hemos vivido un cambio importante en España desde 2015, “las asociaciones de pacientes no sabían ni qué era ni qué papel jugaban el Comité de Ética o la Agencia Española de Medicamentos. Aún tenemos asignaturas pendientes, pero es que partíamos de un nivel de información y formación muy bajo”. Desde Farmaindustria han realizado dos guías para mejorar la participación del paciente en la investigación clínica, una para adultos: [https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2020/05/Recomendaciones\\_pacientes\\_ID\\_farmacéutica\\_ESP-1-2.pdf](https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2020/05/Recomendaciones_pacientes_ID_farmacéutica_ESP-1-2.pdf) y otra para pacientes pediátricos: [https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/Doc\\_pacientes\\_pediatricos-6.pdf](https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/Doc_pacientes_pediatricos-6.pdf). Ahí explican cómo hay que contar con las asociaciones de pacientes desde que se diseña el protocolo y se redactan los





consentimientos informados hasta cuál debe ser la estrategia de reclutamiento.

Un problema que surge con la investigación de los nuevos medicamentos como las terapias avanzadas son los plazos de autorización. Ante esta cuestión, Amelia Martín Uranga contó que hay una parte de los ensayos clínicos con organismos modificados genéticamente que no solo depende de la autorización de la Agencia, sino que es una autorización adicional del Ministerio de Transición Ecológica. “Cada vez hay más ensayos clínicos con organismos modificados genéticamente. El Ministerio de Transición Ecológica ha entendido esta necesidad y hoy por hoy el procedimiento está mucho mejor organizado y los tiempos de autorización han mejorado bastante”, señaló.

“Realmente estamos hablando de oportunidades históricas, ¿cómo van a repercutir los fondos europeos en la investigación?”, preguntó el presidente de *New Medical Economics*. Para Francisco José Tinahones el éxito de que vengan los ensayos clínicos a nuestro país depende de los investigadores. Durante su in-

tervención, este experto puso el ejemplo del Instituto de Investigación que dirige, el cual tiene una Fundación, “casi un 40 por ciento del presupuesto de la Fundación de Investigación viene del retorno de los ensayos clínicos, pero también hay que cuidar a los investigadores”, que estén en continua actualización y que sean dotados de las estructuras necesarias para que puedan realizar bien su trabajo.

Las preguntas ante la nueva normativa sobre ensayos clínicos que entrará en vigor en el 2022 no podían faltar, “¿cómo va a afectar? ¿cuáles son las ventajas sobre el sistema que había actual?”. En este caso, Juan Estévez habló sobre la mejora de la transparencia “ya se han dado pasos, con esta regulación va a haber un portal de información donde se recogen nuevas partes del ensayo clínico, muchos documentos, protocolos, aclaraciones del proceso... que va a ser público. Por otra parte, tras la finalización del estudio tiene que haber una publicación de resultados, tanto si son buenos como si son malos. Y además tiene que haber un resumen en lenguaje comprensible para que cualquier persona que acceda pueda te-



ner esa información. Con lo cual, en ese nivel nacional y en ese nivel de mejora destacaría la transparencia por encima de todo”.

Amelia Martín Uranga añadió que el Reglamento tiene una parte de cooperación entre Estados que es muy importante. Según la experta, también tiene una parte de aspectos locales de país donde tenemos oportunidades de mejora: “El consentimiento informado es un aspecto que tienen que evaluar los comités, pero la firma del contrato de ensayos clínicos entre promotor y centro es un aspecto a nivel local/nacional en el que podemos ganar en agilidad, por ejemplo, a través de la firma en plataformas digitales como ya lo están realizando en diferentes centros hospitalarios”. La representante de Farmaindustria también subrayó que la participación de varios Estados miembros puede incrementar la tasa de reclutamiento en nuestros ensayos clínicos, con diseños más adaptativos. “Para muchos pacientes puede ser una oportunidad participar en determinados ensayos clínicos en los que ahora mismo no estamos”.

En la misma línea, Francisco José Tinahones cree que el nuevo Reglamento va a permitir agilizar los plazos al iniciar un ensayo clínico además de facilitar el reclutamiento para la investigación. Por su parte, Andoni Lorenzo, el hecho de que los IPT se hagan públicos y entendibles “va a romper esa brecha que detecto dentro de las organizaciones de pacientes”.

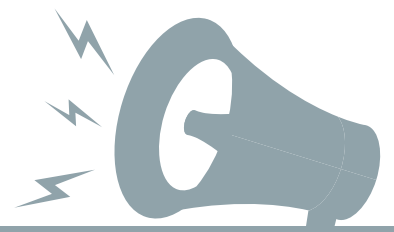
En este sentido, Juan Carlos Valenzuela recalcó la importancia en los procesos de gestión porque según él va a depender de la competencia que haya de otros países. “Tenemos que hacerlo de la mejor manera posible, la

publicación de resultados y el resumen va a ser también muy importante”. Para Valenzuela además de mejorar la formación de los pacientes abogó por mejorar la de los profesionales.

Para poner el broche final al encuentro se habló de la descentralización en España, “¿cómo afecta para la aplicación del nuevo Reglamento?”. Para Juan Carlos Valenzuela la descentralización tiene sus cosas buenas y sus cosas menos buenas. “Cuando hay unas directrices claras con un Reglamento vamos todas las comunidades en la misma línea”, señaló. Por otro lado, Juan Estévez considera que “esa inversión que provenga de comunidades autónomas, gerencias, etc. para apoyar esa investigación y apoyar a los investigadores directamente es lo que puede determinar que los ensayos clínicos no se hagan solo en determinados sitios, sino que cada vez haya en más sitios”.

En este sentido, Amelia Martín Uranga comentó que por eso Farmaindustria ha constituido un grupo de trabajo para analizar los elementos que persiguen una mayor descentralización de ensayos. “En este sentido, puede ser importante considerar la existencia de un centro coordinador y unos centros satélites del ensayo, que, sin duda, permitirán dar más oportunidades a un mayor número de pacientes”.

Para finalizar, Francisco José Tinahones resumió la experiencia en la que están trabajando en Andalucía. “Hemos creado una red de ensayos clínicos en determinadas áreas, convirtiendo a la comunidad en un reclutador, en un nodo que sea el que tiene el ensayo, pero donde hay nodos satélites que de alguna forma se puedan beneficiar de esa innovación”, narró.



## LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

### La Fundación Signo publica el primer informe de “Competencias digitales de los directivos sanitarios en España”

**E**l informe, publicado recientemente por la Fundación Signo, expone los resultados de un estudio realizado con el objetivo de obtener un primer diagnóstico de la situación de las competencias digitales de los directivos de la salud en nuestro país.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han tenido un desarrollo vertiginoso en las últimas décadas, cambiando por completo el escenario de la salud al permitir una mejora en el autocuidado, la calidad asistencial y la optimización de la eficiencia del sistema. En este contexto, las organizaciones sanitarias están viviendo un proceso de transformación digital que se ha convertido en una prioridad (especialmente tras la pandemia de COVID-19), y en el que la salud digital se hace imprescindible para hacer frente al continuo cambio que experimenta la atención sanitaria.

Para lograr la transformación digital de las organizaciones de salud, los líderes sanitarios han de convertirse en los motores de un cambio que permita evolucionar de las herramientas y los procesos analógicos hacia entornos digitales eficaces. Por tanto, el desarrollo de sus competencias digitales se hace indispensable.

En este entorno, la Fundación Signo plantea un estudio para obtener un primer diagnósti-

co de la situación de las competencias digitales de los directivos sanitarios en España, con el objetivo de realizar un análisis para identificar áreas de mejora en el perfil de competencia digital profesional y elaborar recomendaciones que ayuden a avanzar hacia un nuevo modelo digital más eficaz.

El estudio ha sido elaborado a partir de un cuestionario online integrado en la plataforma Ikanos del Gobierno Vasco, una iniciativa que proporciona una metodología para el diseño de perfiles digitales y una prueba online de autoevaluación de la competencia digital, utilizando como base teórica el Marco Europeo de Competencias Digitales DigComp de la Comisión Europea.

Se obtuvieron un total de 361 respuestas de directivos de las 17 comunidades autónomas, el 54 % hombres y el 46 % mujeres, procedentes en su mayoría de centros de titularidad pública (75 % frente al 14 % concertada y el 11 % privada), y que desempeñan su labor en las siguientes áreas de dirección: Gerencia (37 %), Médica (33 %), Enfermería (12 %), Servicios Generales (7 %), Gestión Económica (7 %) y Recursos Humanos (4 %).

Para conocer los resultados detallados y las recomendaciones derivadas del informe, visita nuestra página web y descarga el documento completo a través de [este enlace](#).





# El Colegio Oficial de Ingenieros en Informática de Castilla-La Mancha premia al Instituto ProPatiens en la categoría de “Proyecto sin ánimo de lucro más destacado”



## Premios de Informática COIICLM 2021

EL COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS EN INFORMÁTICA DE CASTILLA LA MANCHA PREMIA AL INSTITUTO PROPATIENS en la categoría de “Proyecto sin ánimo de lucro más destacado” por su “Software de Gestión para Asociaciones de pacientes” cuyo objetivo es facilitar y optimizar la labor de las asociaciones de pacientes.

El Instituto ProPatiens ha recibido el premio al “Proyecto sin ánimo de lucro más destacado” otorgado por el Colegio Oficial de Ingenieros en Informática de Castilla-La Mancha (COIICLM) por su “Software de Gestión para Asociaciones de pacientes” cuyo objetivo es facilitar y optimizar la labor de las asociaciones de pacientes. Para ello, se han analizado los procesos y procedimientos más importantes a través de un grupo de organizaciones que han participado en el desarrollo de la herramienta con el objetivo de ser una aplicación de y para ellas. El resultado es una aplicación que permite gestionar a los socios y la comunicación con ellos, las actividades de la asociación, la gestión económica y el acceso a recursos de interés para las mismas.

En representación del Instituto ProPatiens el galardón ha sido recogido por Jesús Díaz Olmo, vicepresidente ejecutivo del Instituto ProPatiens, de la mano de la alcaldesa de Talavera de la Reina, Tita García Élez. Díaz ha manifestado que “las tecnologías de la información y la comunicación y la transformación digital son fundamentales, especialmente para el tercer sector y en concreto para el desarrollo e impulso de las

organizaciones de pacientes, las cuales plantean necesidades esenciales para su desarrollo como son la implantación de la tecnología digital en su quehacer diario, especialmente en los ámbitos de gestión, apoyo asistencial sanitario y sociosanitario y formación que permitan un impulso a su extraordinaria labor a la vez que facilite y favorezca su sostenibilidad y proyección de futuro”. Ha añadido que “para ello es fundamental que organizaciones como el Instituto ProPatiens de la mano de Deltanet (empresa joven formada por profesionales con amplia experiencia en el desarrollo de sistemas de información, consultoría, auditoría y peritajes informáticos que cuenta con importantes referencias en la administración pública y en el sector sanitario e industrial) favorezcan el acceso a dichas tecnologías, herramientas y canales de comunicación digital mediante elementos como el software específico de gestión galardonado en esta convocatoria o la inclusión de materia formativa en el curso de especialización de gestión de asociaciones de pacientes organizado conjuntamente con la Universidad de Alicante y la Universidad Miguel Hernández a través de la Cátedra del Paciente”.

El objetivo de estos premios en palabras de los convocantes es el de “convertirse en un referente regional de evento digital, este evento regional aspira a congregarse a todos los agentes tecnológicos y convertirse así en una cita anual con la intención de celebrar el desarrollo tecnológico de la región, para ello el COIICLM premia a diferentes profesionales y empresas del sector tecnológico cuyos proyectos pueden servir como referencia”. En esta ocasión el COIICLM ha destacado “la importante labor social que tanto los profesionales como las organizaciones y empresas han desarrollado en los difíciles meses de la pandemia”.

El acto coincidente con el Día Mundial de la Informática, celebrado el día 9 de diciembre en Talavera de la Reina, en el Centro Cultural El Salvador, ha acogido a las personalidades y expertos más destacados en el ámbito tecnológico digital de Castilla-La Mancha, lo que le hace una de las iniciativas más relevantes desarrolladas en este ámbito en el concierto de las diferentes Comunidades Autónomas.

Durante el acto se entregaron diez reconocimientos a los proyectos más relevantes de organizaciones públicas y privadas que están impulsando la transformación digital en la región. El evento ha contado con la asistencia del viceconsejero de Administración Local y Coordinación Administrativa, José Miguel Camacho; el director general de Cohesión Territorial, Alipio García; del vicerrector de Posgrado y Formación Permanente de la UCLM, Santiago Gutiérrez; el diputado provincial de Fomento de Empleo y Desarrollo Económico, Jaime David Corregidor; el vicepresidente del Consejo General de Colegios de Ingenieros en Informática, Juan Pablo Peñarubia; el decano del Colegio Oficial de Ingenieros en Informática de Castilla-La Mancha, Ambrosio Rodríguez; y la alcaldesa de Talavera, Tita García Élez.

La jornada contó con la organización de Unitel y el patrocinio de operadores asentados en Talavera de la Reina, como Telefónica, Palo Alto Networks, HPE, Red Hat, Taisa, Tecon, Sercaman, entre otros



## La Fundación A.M.A. convoca un año más 124 becas para la formación de los profesionales sanitarios

La Fundación A.M.A. ha convocado 124 becas para ayudar a los nuevos profesionales sanitarios en la preparación de sus respectivas especialidades en el marco de la XVI Convocatoria de estas ayudas que la Fundación concede cada año.

En concreto, se asignarán 50 becas de hasta 3.000 euros cada una para subvencionar cursos de preparación al examen de médicos residentes; 20 becas para enfermeros de hasta 1.600 euros; 15 para farmacéuticos de 2.000 euros; para la formación de los psicólogos se concederán hasta 10 becas de 1.000 euros y lo mismo recibirán los 6 estudiantes becados en cada una de las siguientes especialidades: Química, Biología y Física.

Se ha abierto también el plazo para la convocatoria de 11 becas para los estudiantes de Veterinaria, que recibirán hasta un máximo de 1.000 euros.

Pueden acceder a las ayudas todos los licenciados/graduados en Medicina, Farmacia, Enfermería, Psicología, Química, Biología y Física, así como los estudiantes de último año que vayan a finalizar sus estudios con anterioridad a la fecha del sorteo, que se va a celebrar el 24 de febrero de 2022 y no hayan sido beneficiarios de estas becas en ediciones anteriores. Se podrán presentar solicitudes hasta el 18 de febrero.

La convocatoria de estas ayudas a la formación se enmarca en el Plan de Actuación 2022 de la Fundación A.M.A., que está presidida por el Dr. Diego Murillo y está integrada por sanitarios con dilatada experiencia profesional y de mayor prestigio. Entre sus objetivos se encuentra impulsar la investigación y la formación, así como la realización de otras actividades que puedan contribuir al desarrollo de la sociedad.

Desde la primera edición de estas becas se han beneficiado ya más de 1.000 jóvenes profesionales sanitarios de toda España.



## Fenin presenta una actualización del informe “Perfil Tecnológico Hospitalario en España”

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, ha actualizado y ampliado el informe “Perfil Tecnológico Hospitalario en España” en el que se analiza el nivel de obsolescencia de un grupo de tecnologías sanitarias en el conjunto de hospitales y centros de salud y de diagnóstico, públicos y privados en España con datos a 31 de diciembre de 2020.

Este informe pone de manifiesto la necesidad de renovar prioritariamente el equipamiento tecnológico sanitario instalado en nuestro país, un aspecto en la que el Gobierno ya trabaja a través del Plan de Inversiones en Equipos de

Alta Tecnología (Plan INVEAT), impulsado por el ejecutivo en el marco de financiación de los Fondos Europeos Next Generation EU, y que prevé renovar parte del equipamiento de alta tecnología hasta el año 2023. Se trata de un plan que la Federación valora positivamente, si bien insiste en la necesidad de continuar avanzando en la actualización del parque tecnológico, contemplando a medio plazo otras tecnologías no cubiertas por el plan INVEAT que también requieren ser renovadas, todo ello con el triple fin de facilitar un acceso equitativo de los pacientes a la tecnología innovadora, preservar e incrementar la calidad del Sistema Nacional de



Salud en España, y garantizar una renovación y mantenimiento planificados del parque tecnológico sanitario de nuestro país.

Como ha indicado David García, presidente del sector de Tecnologías y Sistemas de Información Clínica de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, “necesitamos avanzar de manera urgente en una renovación del parque tecnológico sanitario instalado, ya que aun contamos con un elevado número de equipos médicos de 10 o más años de antigüedad, contraviniendo las recomendaciones internacionales de COCIR”. Asimismo, García ha recordado “la importancia de mantener un parque tecnológico actualizado en nuestro sistema sanitario para garantizar diagnósticos más precisos y tratamientos más eficaces, preservando la seguridad de los pacientes y los profesionales que manejan los equipos y asegurando una atención sanitaria de calidad”.

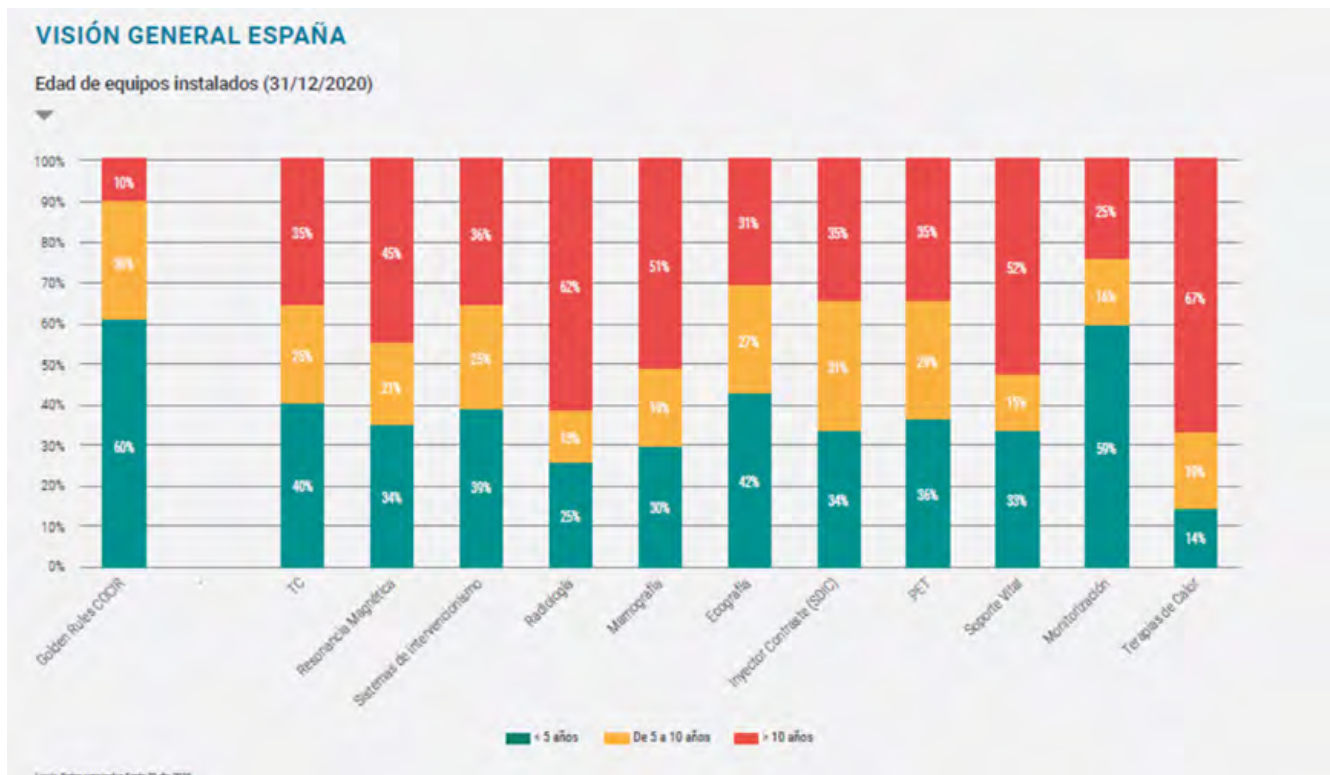
Desde el año 2009, con todas las garantías de confidencialidad y agregación de la información, Fenin actualiza los datos de obsolescencia de los equipos médicos en España. En este informe se incluye la información del nivel de obsolescencia de 11 tecnologías sanitarias, con los datos facilitados por las empresas a diciembre de 2020 y comparados con los distintos estándares de renovación-Golden Rules establecidas por el Comité de Coordinación Europeo del sector de Radiología, Electromedicina y Tecnologías

Sanitarias (COCIR)-además de información del informe COCIR 2021 que muestra la posición de España respecto a los países europeos, así como el nivel de obsolescencia de estas tecnologías según las distintas CC.AA de nuestro país.

Concretamente, las tecnologías analizadas son: TAC (Tomografía Axial Computarizada), RM (Resonancia Magnética), Sistemas de Intervencionismo, (HEM, Sala de Hemodinámica y ASD, Angiografía vascular intervencionista), RCO (Radiología Convencional), MAMO (Mamógrafos), ECO (Ecógrafos), SDIC (Sistemas Digitales de Inyección de Contraste), PET (Tomografía por emisión de positrones), SVI (Soporte Vital), MON (Monitorización de pacientes críticos) y TEC (Terapias de Calor).

Debido a la pandemia por la COVID-19, los equipos de soporte vital y monitorización de pacientes se encuentran en una situación de obsolescencia menos negativa frente a tecnologías como las terapias de calor o la radiología, con más del 60% de los equipos instalados con edad superior a 10 años.

En comparación con la UE, el nivel de obsolescencia de estas tecnologías en España ha mejorado poco en los últimos años. En el caso de los equipos instalados de RM, España se sitúa en el último puesto, en el segmento del porcentaje de equipos de 5 años o menos de antigüedad, detrás de Francia, Portugal, Italia o Alemania.



A background image showing a person's profile as they look at a laptop. The laptop screen displays a grid of video thumbnails, suggesting an online conference or webinar. The image is overlaid with a semi-transparent white and red geometric shape.

# Canal Online

*New Medical Economics*

## Mesas Redondas

Duración: 1:30h

Participantes: 3-4

## Grupos de Expertos

Duración: 2h

Participantes: 5-6

## Conferencias

Duración: 45'

Participantes: 1

## Jornadas

Duración: 2:30h

Participantes: 4-6

**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.

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



# NOMBRAMIENTOS

En Castilla y León, **Alejandro Vázquez Ramos** ha sido nombrado nuevo Consejero de Sanidad.

En La Rioja, **María Somalo** sustituirá a Sara Alba como Consejera de Salud.

Y en la Comunidad Valenciana, **Guillermo Sanz Santillana** ha sido nombrado Director científico del Instituto de Investigación Sanitaria de La Fe; y **Javier Palau** nuevo Director Gerente del Departamento de Salud de Denia.





# ECONOMÍA



## Centene Corporation anuncia sus directrices para 2022 y detalla su Plan de creación de valor

Centene Corporation celebró recientemente su día del inversor virtualmente y describió su orientación financiera para 2022, además de proporcionar detalles de su Plan de creación de valor, diseñado para ofrecer un mejor crecimiento de las ganancias y crear valor para los accionistas a largo plazo.

“Centene ha obtenido sólidos resultados durante 2021, ya que hemos ampliado nuestra posición como empresa líder en el sector de la salud, comprometida con la transformación de la salud de la comunidad, persona a persona. Nuestros productos de Medicaid, Medicare y Marketplace están bien posicionados en un panorama sanitario dinámico y en evolución. El fuerte liderazgo de nuestros equipos ejecutivos y la dedicación de nuestros empleados para apoyar a nuestros valiosos miembros nos han permitido aumentar nuestras capacidades para atender ahora las necesidades de atención médica de casi 1 de cada 15 estadounidenses en los 50 estado”, dijo Michael

Neidorff, presidente y director ejecutivo de Centene. “Vemos importantes oportunidades por delante para nuestra empresa a medida que nos alineamos en torno a nuestro Plan de Creación de Valor, centrando los esfuerzos en aprovechar nuestra escala actual para mejorar la experiencia sanitaria de nuestros miembros, desbloquear el valor para los accionistas e impulsar un crecimiento sostenible y rentable de los beneficios.

Además de la guía para el año 2022 completa, Centene destacó detalles adicionales con respecto a su Plan de Creación de Valor, que está dirigido por la Oficina de Creación de Valor. Los tres pilares del Plan de Creación de Valor incluyen ahorros de gastos de venta, generales y administrativos, mejora del margen bruto y asignación estratégica de capital.

La perspectiva de Centene refleja el significativo crecimiento de las ganancias que la compañía espera lograr a largo plazo.

## El Hospital Universitario HM Madrid pone en marcha una nueva planta de hospitalización y digitaliza el 100% de las pruebas diagnósticas

**E**l Hospital Universitario HM Madrid acaba de culminar la primera fase del proceso de renovación y modernización de instalaciones y de procesos, que ha derivado en la puesta en marcha de una nueva planta de hospitalización y la digitalización del 100% de las pruebas diagnósticas radiológicas del centro.

Para esta acometida HM Hospitales ha destinado una inversión de más de un millón de euros, siendo el principal objetivo de la misma ofrecer una mejor asistencia y seguridad a los pacientes y sus familiares. “Esta reforma se engloba dentro de un plan general de transformación integral de las instalaciones de HM Madrid enfocada a convertirnos en un hospital más seguro y moderno para los pacientes y el personal que trabajamos en él. También, y en una segunda fase, estamos trabajando distintos aspectos para hacerlo más accesible, ya que, como edificio antiguo e histórico protegido por Patrimonio, teníamos algunas dificultades en algunas entradas, que estamos solucionando”, señala la directora médica del Hospital Universitario HM Madrid, Dra. Maribel Sánchez Galindo.

La renovación de la planta de hospitalización cuenta con un diseño específico que genera espacios con una distribución más eficiente e interconectada, que facilita una respuesta asistencial inmediata. Incorpora también una renovación total de equipamientos (camas,

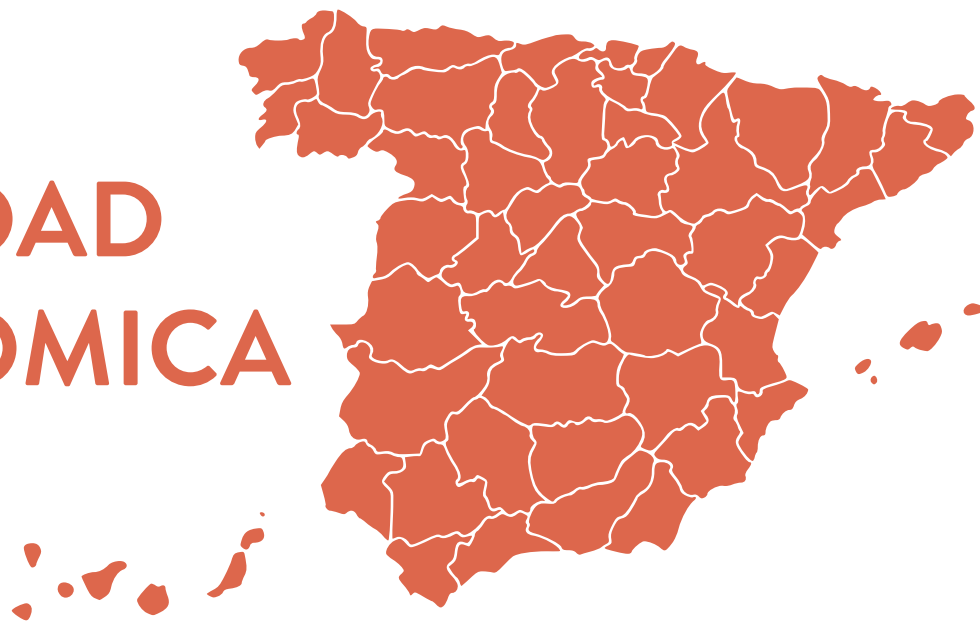
equipos de soporte vital, oxigenación, fungibles...), puertas y duchas adaptadas y todos los requerimientos de seguridad. Del mismo modo, la planta cuenta con una decoración que aprovecha y aporta luminosidad, además de todas las mejoras en la protección contra incendios, que se están renovando de forma global en el centro.

La segunda parte de esta primera fase de renovación se ha orientado hacia la digitalización de las pruebas diagnósticas. Esto ha convertido a HM Madrid en una instalación sanitaria más sostenible y eficiente y respetuosa con el medio ambiente. “Son muchas las ventajas internas y externas, que la digitalización de las pruebas diagnósticas nos brinda. Destacaríamos la optimización diagnóstica a través de la posibilidad de mejorar y compartir las imágenes radiológicas entre la red asistencial de HM Hospitales, los distintos servicios y unidades y centros externos. La digitalización también ha hecho que los servicios de radiología sean más sostenibles y generen menos residuos”, asegura la Dra. Sánchez Galindo.

Otro aspecto sustancial de la digitalización de las pruebas diagnósticas reside en que mejoran el desempeño de los profesionales sanitarios de HM Madrid, ya que “facilita la gestión de la imagen, el control de los procesos y hace nuestro entorno de trabajo más limpio”, concluye la Dra. Sánchez Galindo.



# SANIDAD AUTONÓMICA



## País Vasco crea su Comité de Ética de la Investigación con medicamentos

**P**aís Vasco ha anunciado la creación de su Comité de Ética de la Investigación con medicamentos, que reemplaza al Comité Ético de Investigación Clínica. Este ente estará adscrito a la Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

El ámbito de actuación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos es la evaluación de los ensayos clínicos con medicamentos e investigación clínica con productos sanitarios, que se desarrollen total o parcialmente en centros sanitarios de País Vasco, en los casos en los que tenga la función de la emisión del dictamen único y vinculante, según consta en el Boletín Oficial del País Vasco (BOPV).

También la evaluación de los proyectos de investigación biomédica de carácter multicéntrico que impliquen intervenciones en seres humanos, utilización de muestras biológicas

de origen humano o de datos de carácter personal, y la evaluación de los estudios observacionales con medicamentos que vayan a realizarse tanto en los centros de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, como en los centros de titularidad privada del País Vasco.

Las funciones del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos son: evaluar aspectos metodológicos, éticos y legales y emitir el dictamen/informe correspondiente, evaluar las modificaciones sustanciales de los estudios aprobados y emitir el dictamen correspondiente y realizar un seguimiento del estudio, desde su inicio hasta la recepción del informe final.

Además, deberá evaluar la cualificación de la persona investigadora principal y la del equipo investigador, así como la factibilidad de proyecto, ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación, ponderar el balance de riesgos y be-



neficios anticipados dimanantes del estudio y velar por el cumplimiento de procedimientos que permitan asegurar la trazabilidad de las muestras de origen humano, sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación de protección de datos de carácter personal.

El Comité de Ética de la Investigación con medicamentos coordinará la actividad de los Comités de Ética de la Investigación locales acreditados y estará compuesto por un mínimo de doce personas, que serán designados por el viceconsejero de Salud, José Luis Quintas.



## Extremadura sensibiliza a los centros sanitarios en políticas de accesibilidad universal

La Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura ha desarrollado una campaña de sensibilización y formación en políticas de accesibilidad universal para centros sanitarios, la cual está recogida en el Plan de Salud regional 2021-2028, que es una herramienta para la mejora de los mismos, "públicos y privados".

Así, la cartera sanitaria del Gobierno de esta comunidad autónoma muestra su "apuesta por la formación a los profesionales sanitarios y no sanitarios en esta disciplina, clave en la integración de todas las personas en la mejora de la salud". "La difusión y concienciación en

materia de accesibilidad es uno de los pilares básicos en los que se basa la estrategia".

"Las Direcciones Generales de Accesibilidad Universal y Centros, y de Planificación, Formación y Calidad Sanitaria y Sociosanitarias de la Vicepresidencia Segunda de la Junta de Extremadura han desarrollado un protocolo de exigencias y criterios en accesibilidad universal de aplicación a los centros sanitarios, a través del cual se asesora y se da apoyo técnico a los expedientes de nueva creación, para garantizar el acceso y uso de las instalaciones", concluye esta Administración sanitaria.





## El Idival contará con un presupuesto de 12,5 millones de euros en 2022

La Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla (Idival) ha dado cuenta este miércoles del presupuesto para el próximo año, cuando contará con una cantidad aproximada de 12,5 millones de euros.

Asimismo, se ha aprobado el Plan de Actuación de Innovación en Salud de 2022 y el Plan Estratégico 2022-2027, informa el Gobierno de Cantabria.

El Patronato, presidido por el consejero de Sanidad, Miguel Rodríguez, ha desglosado la inversión para 2022, de la que se estima que 2,1 millones los aportará el Ejecutivo, mientras que el montante restante vendrá de fondos privados, que incluyen ensayos clínicos, además de subvenciones nacionales e internacionales.

De esta manera, el Idival adelanta que la proyección de actividad es de crecimiento con un incremento de la producción científica que se espera que llegue a los 3.800 puntos.

Se prevé que se superen las 25.000 citaciones y se abran más de 100 nuevos ensayos clínicos, de los cuales ya hay algunos que están en fase de proceso. También, el Instituto de Investigación pretende conseguir financiación para 10 proyectos internacionales competitivos.

Por otro lado, durante la reunión se ha informado sobre el informe de seguimiento del Plan de Acción de Innovación en Salud en el que se han presentado las actuaciones desarrolladas o en ejecución en este ámbito, planificadas en el último Patronato.

Dentro de este plan se ha incluido la próxima puesta en marcha del Laboratorio de Innovación y Usabilidad, la convocatoria de proyectos de desarrollo tecnológico, además del despliegue de un programa nacional de formación en gestión de proyectos de desarrollo tecnológico, y otro de gestión y dirección de la innovación en salud liderado por Idival.

Asimismo, se incluye en este plan la preparación de la puesta en marcha del Consejo empresarial y de la Unidad de Soporte a la Innovación y Procesos.

Otro de los planes que se ha presentado es el Plan Estratégico 2022-27, que marcará las bases de actividad para los próximos 5 años y que hace especial énfasis en el talento, la innovación, la medicina de precisión y la internacionalización como bases para desplegar una actividad que tenga impacto en la salud de los pacientes.

# BIBLIOTECA



## Experiencias en gestión de la innovación en salud

Galo Peralta Fernández

Las experiencias aquí recogidas, vividas, revisadas y escritas por los propios gestores de diferentes Unidades de Apoyo a la Innovación de nuestro país se han organizado en cinco apartados tratando de ayudar al lector en su lectura y su consulta. Cada uno de estos bloques de experiencias cuenta con uno o más capítulos previos escritos por autores de referencia en las diferentes materias. Estos capítulos hacen una primera aproximación al ámbito al que se refieren las experiencias a modo de reflexión general. Con ellos, con una visión de expertos, sus autores aportan un valor clave en el resultado final de esta obra, dando perspectivas originales, cada una de ellas basadas en un nivel de conocimiento de calidad en el ámbito al que se refiere su contribución y que en su conjunto trascienden esta obra.



INCLUYE LIBRO ELECTRÓNICO  
THOMSON REUTERS PROVIEW™

THOMSON REUTERS  
ARANZADI

## Una mente con mucho cuerpo

Dra. Rosa Molina

¿Sabías que notar mariposas en el estómago, tener un nudo en la garganta o que sientas que te va a estallar la cabeza no son solo frases hechas? Se trata de sensaciones reales que se desencadenan en diferentes partes de nuestro cuerpo cada vez que experimentamos una emoción, ya sea enfado, tristeza o alegría, y son tan reales como el dolor de una pancreatitis.

Según la doctora Rosa Molina, todas nuestras experiencias, emociones y sentimientos se producen antes que nada en el cuerpo, y el sufrimiento psíquico en muchas ocasiones solo se libera a través del dolor físico, de ahí que existan trastornos como la anorexia o la autolesión. Asimismo, el cuerpo puede ser el vehículo a través del cual incidir positivamente en nuestra mente mediante la actividad física y el deporte, la práctica del mindfulness e, incluso, un abrazo o una caricia en el momento adecuado.

*Una mente con mucho cuerpo* es una guía que te enseñará a entender tus emociones a través de lo que expresa tu cuerpo, al tiempo que ofrece las claves para regular tus estados de ánimo, potenciar tu creatividad, tomar mejores decisiones o hacer frente a la adversidad y, de este modo, cuidar de tu salud mental.







# SUSCRÍBETE GRATIS

**suscribirse >**