

Neuromarketing en beneficio de los pacientes



Gestión:

Transhumanismo y gestión sanitaria

Entrevista:

Pedro Irigoyen Barja, Director de Gestión
Económico-Financiera y Farmacia del
Servicio Madrileño de Salud

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales.

Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Alfonsel Jaén, Margarita

Secretaria General de FENIN

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

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)

Comas, Juan

Editor-director de Revista Sector Ejecutivo

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 Fundación Española del Corazón (FEC)

Jaén Olasolo, Pedro

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

Lorenzo Garmendia, Andoni

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

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 Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

Navarro Rubio, M^a 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

Pérez-Villacastín, Julián

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

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 Isaías

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

Abogado y Doctor en Ciencias de la Salud

Smith Aldecoa, Borja

Director General de Bio Innova Consulting

Somoza Gimeno, Asunción

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

Truchado Velasco, Luis

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

Vallès Navarro, Roser

Ex Directora General de Ordenación y Regulación del CatSalut

Yermo Fuentes-Pila, Juan

Director General de Farmaindustria

PRESIDENTE

José M^a Martínez García

REDACTORA JEFE

Carmen M^a 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 HC de Cruz Roja de Madrid y Codirectora del Máster de Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias de la UPSA. Campus de Madrid.



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



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



Juan Carlos Merino Sanz,
Farmacéutico Comunitario. Coach nutricional. Proyecto educativo www.esperanzaendabetes.com



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 UIC.



Paula Suárez,
Fundadora de MKT Salud



Francisco Javier Valbuena Ruiz,
Director general sanitario



EXPERIENCIA DEL PACIENTE

José Luis Baquero Úbeda,
Responsable del área de Responsabilidad Social Corporativa de la Fundación Internacional de Artrosis (OAFI) y de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR)



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 #SaludsinBulos.



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Antonio Burgueño Jerez, Director de Enclave Salud y del Proyecto Venturi



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 Inithealth (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 y 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,
Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza.



Julio Sánchez Fierro,
Abogado y Doctor en Ciencias de la Salud.



RRHH

Corpus Gómez Calderón,
Directora de Recursos Humanos en Marina Salud. Denia (Alicante).



Jaime Puente y C.,
Socio Director de BESideU.



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.

REIG  JOFRE

www.reigjofre.com

Conócenos mejor:



- 6 Con Ojo Clínico**
El imprescindible *engagement* del sector
- 10 Gestión**
- Los tópicos de siempre sobre la gestión pública o privada sazonados con palabrería insufrible
 - Transhumanismo y gestión sanitaria
- 18 Enfermería**
El déficit de profesorado a la Universidad: un futuro incierto para los cuidados enfermeros si no se hace algo
- 24 En Profundidad**
- El lado oscuro del ayuno intermitente
 - ¿Cómo puede ayudar al dermatólogo en su consulta la Inteligencia Artificial?
 - A propósito de la Dermatitis Atópica en Madrid
 - Los trasplantes de órganos sólidos en la Comunidad de Madrid, a debate
- 38 RRHH-Gestión de Personas**
Vaya despertar...
- 41 Salud digital e innovación**
¿De qué hablamos cuando hablamos de medicina digital?
- 47 Entrevista**
- Pedro Irigoyen Barja, Director de Gestión Económico-Financiera y Farmacia del Servicio Madrileño de Salud
 - Juan Durán de la Colina, Director Médico del ICQO- Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología (Bilbao) y Catedrático de Oftalmología por la Universidad del País Vasco
- 56 En portada**
Neuromarketing: Fundamentos y aplicaciones con pacientes
- 59 Las noticias de la quincena**
- 67 Nombramientos**
- 68 Economía**
- 70 Sanidad autonómica**
- 74 Biblioteca**



El imprescindible *engagement* del sector

José María Martínez García

Hace unos días un gran amigo mío me dijo que yo, a estas alturas de mi carrera profesional como gestor y consultor sanitario, era un magnífico *forwarded*, con mucha capacidad de *engagement*...

Esto, dicho así, me sonó raro, pero como provenía de un buen amigo (y no era un *headhunter*), je, je, de nuevo el inglés, (o debo escribir *¿again?*), pensé... debe ser un halago y hasta le di las gracias.

Luego corrí a buscar un diccionario, de *Google* por supuesto, a saber, qué era yo.

Claro, como otras veces, me puso en bandeja lo de criticar los anglicismos, como entrada al tema bien interesante que voy a plantear dentro de este mundo de la gestión sanitaria y que, afortunadamente, cada vez "suena" más. Me refiero al compromiso (*engagement*) de los directivos sanitarios.

Puf, ya lo he vuelto a hacer...

Y es que estamos cayendo en los programas de todo tipo de máster, reuniones, jornadas, etcétera, a este nivel, de cierta palurdez o pobreza de principios, donde expresarse así esconde la falta de conocimiento sobre el tema, o un nivel alto de pijería intelectual profesional.

En otros sectores mucho más avanzados en gestión, casi todos, esto ya se superó en gran medida, y

hemos encontrado ricos términos dentro del idioma más poderoso en vocabulario del mundo, el castellano.

Bueno, pues tras esta entrada reivindicativa, y muy repetitiva en mis escritos, paso al tema que ocupa esta columna...el *engagement*.

O sea, lo que toda la vida ha sido el compromiso que los directivos de gestión deben tener hacia la mejora del sistema donde están inmersos, o sea, nuestro Sistema Nacional de Salud. Y, dentro, por supuesto, de la necesidad de reorientar el modelo de salud actual puesta de manifiesto claramente durante la pandemia de la COVID.

El compromiso organizacional en los servicios de salud ha sido objeto de debate en los últimos años; esto se debe a los cambios que impone la globalización económica a nivel mundial que avanza vertiginosamente.

Ese compromiso debe ser formal y alcanzado entre dos o más partes, haciendo concesiones cada una de ellas. O sea, entre todos los componentes de nuestro sistema sanitario, para tener paz dentro de un presupuesto global que aspira a mejorar sus ya de por sí buenos ratios de eficiencia en resultados, que nadie pone en duda.

Y haciendo hueco a las iniciativas novedosas que deberían rentabilizar el sistema.

Esto debe ser lo esencial del compromiso con mayúsculas, porque así ganarían más salud las poblaciones que dependen de nuestra gestión, aún sabedores de que los recursos de que se dispone son limitados y de que se deberá priorizar e impulsar lo que aporte más calidad de vida y salud.

En los países desarrollados está claro que, con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, el principal reto sanitario es cómo mantener la salud de esas edades elevadas y, por tanto, abordar la cronicidad con éxito.

Tenemos, en general, una atención a los problemas de salud agudos muy buena, que hace que la gente viva muchos años, pero los problemas crónicos debemos resolverlos igual de bien y hay que reconocer que, en los últimos años, también se ha avanzado en la atención a la cronicidad y casi todos los servicios de salud tienen planes para su atención. Sin embargo, el gasto sanitario en diferentes ámbitos sigue descompensado, siendo mucho menor en salud pública, atención sociosanitaria, atención primaria y rehabilitación, mientras el gasto en atención especializada no para de crecer. Y es complicado de aceptar, porque son aspectos también vitales sobre todo para esa tercera edad.

Sabemos que necesitamos un giro del sistema de salud en la línea de crecer en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y seguir potenciando la atención primaria de salud haciéndola más resolutoria y reorientando los recursos que ahora se dedican a atención especializada a la atención de pacientes crónicos y a la rehabilitación de los mismos.

Se han hecho recientemente estudios de compromisos muy interesantes sobre este tema, pero quiero destacar en esta ocasión los realizados por la Fundación Economía y Salud, base de este trabajo, orientados a conocer hacia dónde debe evolucionar nuestro sistema de salud desde ya.

Las medidas más citadas y priorizadas en dicho estudio nos dicen hacia dónde debemos los gestores sanitarios dirigir nuestros esfuerzos multidisciplinarios y colaborativos para mejorar el sistema de salud y adquirir el compromiso (*engagement*) de lograrlo.

“

Tenemos, en general, una atención a los problemas de salud agudos muy buena, pero los problemas crónicos debemos resolverlos igual de bien

”

- Facilitar el empoderamiento y los autocuidados de los pacientes. Sobre todo, la introducción de este segundo aspecto sorprende un poco, pero creo que es tremendamente acertado.
- Evaluar exhaustivamente las tecnologías y que no haya desinversión y su consecuencia: la obsolescencia de los equipos.
- Flexibilizar la todavía rigidez de la actual gestión y realizar los cambios legislativos *ad hoc* para ello.
- Profundizar más y más en las políticas de buen gobierno y buena gestión, sobre todo en la transparencia.
- Aumentar el grado de integración sociosanitaria y del trabajo multidisciplinar.



- Evaluar con rigor el desempeño profesional y ajustar los incentivos en función de los resultados.
- Potenciar continuamente el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información en salud.
- Lograr un pacto de Estado sobre la salud y servicios sociales, despolitizándolos. Mis lectores habituales saben bien lo escéptico que soy de este tema, pero soñemos, es gratis.
- Potenciar la atención domiciliaria multidisciplinaria.
- Mejorar los sistemas de financiación sociosanitaria actuales. Sin ello nunca existirá la tan careada equidad.
- Alcanzar una total interoperabilidad entre los sistemas de información sanitarios existentes en nuestro país. De nuevo soy escéptico, pese a los innegables avances alcanzados.
- Realizar prácticas de compartir información entre agentes del sistema (*benchmarking*) y fomentar la competencia interna para mejorar.

Y todo ello cumpliendo cinco exigencias básicas de la sociedad: transparencia, participación ciudadana, participación profesional, inmediatez en la atención y logro de resultados positivos.

Pero en ese compromiso no solo se incluye a los gerentes, que son personas capacitadas, pero limitadas por solo tener una cabeza, unas piernas,

brazos...etc., deben entrar otros personajes fundamentales, los profesionales sanitarios.

Aquí está el problema en cuanto a su cierta falta de motivación y de compromiso, en algunos casos, que es una barrera real para la materialización de un entorno sociosanitario integrado.

Y es que las instituciones prestadoras de salud, al igual que otros sectores económicos, han experimentado transformaciones en sus estructuras, que se han venido reflejando en la multifuncionalidad laboral, el exceso de carga de trabajo, la asignación de horarios extendidos, las contrataciones laborales a corto plazo, el alto índice de rotación y una desigualdad salarial, a las que se enfrentan los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y otros).

Lo anterior ha venido afectando directa e indirectamente a la relación entre la institución sanitaria y los profesionales, condición que se agrava por la falta de alineamiento entre el logro de objetivos de esa organización con los objetivos individuales de su personal.

A esto se le suma la búsqueda obsesiva, voluntaria o forzada por el entorno competitivo, de la calidad por el cumplimiento de estándares reglamentarios que se antepone a la relación entre el profesional y la institución, situación que les exige a los primeros mayores esfuerzos en beneficio de la segunda, quedándose en muchos casos rezagados en planos inferiores sus intereses y objetivos.

Estos desafíos se han convertido en el reto actual de las organizaciones modernas que deberán desarrollar programas de retención para aquellos profesionales, con bajos niveles de fidelidad y con crecientes oportunidades laborales.

De ahí el interés de analizar la percepción y actitudes de los profesionales de la salud con relación al compromiso (*engagement*) que asumen laboralmente con estas instituciones, de manera que se establezcan estrategias de buena relación entre ambos, para alcanzar los objetivos en común.

Es por ello que, las instituciones públicas y privadas están llamadas a ganarse la confianza de sus pro-

fesionales para conseguir impulsar la evolución del sistema.

Aunque la realidad, el día a día, nos demuestra que no existe ni mucho menos una ausencia total de compromiso, sino de la falta de deseo en los trabajadores de ir “más allá”, de “dar lo máximo” y no solo “cumplir unos mínimos” de desempeño, salvo en casos excepcionales como ha sucedido con la pandemia.

El compromiso de gestión (*work engagement*) de los profesionales del sector salud tiene impacto muy positivo en la consecución de los objetivos de la organización, en la atención de los pacientes y en la búsqueda de la excelencia. Reforzar ese *work engagement* propio contribuye mucho a mejorar los resultados de las organizaciones sanitarias y la salud de la población atendida.

En diferentes estudios, se constata entre otros aspectos relevantes, que los factores confianza y coherencia, autonomía profesional, imagen institucional, formación y desarrollo explican más del 70% del *work engagement* de los directivos intermedios.

El compromiso de gestión debe lograr el de sus profesionales: implicación (componente cognitivo), compromiso afectivo (componente emocional) y compromiso de continuidad (componente conductual).

De los tres, el compromiso afectivo es el más efectivo, y el que conducirá a que los profesionales realicen actividades extra, como ayudar a otros compañeros, trabajar fuera del horario establecido y, en general, cualquier iniciativa en beneficio de la organización.

Queridos lectores y seguidores de esta columna, os deseo mucha felicidad en vuestras vacaciones. Encontrareis continuamente en el día a día nuevas expresiones anglosajonas..., que podremos criticar juntos a nuestra vuelta en septiembre.

Un fuerte abrazo a todos.

Presidente Ejecutivo de *New Medical Economics*

jmmartinezgar@gmail.com



Los tópicos de siempre sobre la gestión pública o privada sazonados con palabrería insufrible

Javier Carnicero
Giménez de Azcárate

El Gobierno ha aprobado el anteproyecto de ley que modifica diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta norma modifica algunos aspectos de la legislación anterior, referidos a la gestión pública y privada de los centros y servicios asistenciales, la universalización de la asistencia y la cartera común de servicios, entre otros. Como es habitual desde hace cierto tiempo en las disposiciones legales, se aprecia el empleo indiscriminado de latiguillos, tópicos, lugares comunes, y redundancias, sin mencionar errores de concordancia de género y número. Se emplean expresiones como “maximizar” (dos veces); “minimizar” (ocho veces); “sin dejar a nadie atrás” (siete veces); “apuesta” (tres veces); “esta modificación se acuna (sic) en los principios que la Ley...”; “... el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo y troceándolo (sic) en 5 artículos...” (dos veces); “co-pagaban” (sic, dos veces); “priorización” (sic, dos veces); “desafíos y retos”; o “resiliencia” (16 veces). Se repite cuatro veces “en base a”; y dos veces “de acuerdo con”. Por otra parte, un aspecto importante y que además es muy positivo, es que esta norma quiere poner fin a las excepciones a la universalidad de la cobertura sanitaria que todavía persisten. Sin

embargo, para aquellos que no dominen los aspectos legales en esta materia, la nueva redacción continúa siendo un galimatías casi incomprensible.

Las disposiciones que desarrollan la “apuesta (sic) firme por el fortalecimiento del SNS”, son las más discutibles. La norma dispone que “la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público. El recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto (sic, falta de concordancia en número) de vista sanitario social (la coma falta en el original) y económico la necesidad de acudir a ellas, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley”. Esta memoria ha sido y continúa siendo obligatoria conforme con el art. 63.3 de la ley de contratos del sector público, lo que quiere decir que se repite de manera innecesaria legislación ya vigente. Ya en tiempos del INP para concertar un centro privado era imprescindible justificar con datos su necesidad. Resulta pintoresco que la manera de “fortalecer” el SNS sea dificultar la contratación de centros privados en vez de mejorar los públicos.

La autarquía del SNS, que se estableció por los ministros falangistas desde los orígenes de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, tanto entonces como ahora se fundamenta exclusivamente en criterios de carácter político. Se basa exclusivamente en criterios de carácter político, porque, salvo error, no se dispone de estudios rigurosos que apoyen la preferencia por los centros de gestión pública con datos de su superior calidad, eficiencia y efectividad, que al fin al cabo es lo que interesa a los pacientes y también a los contribuyentes. Por ejemplo, no se conocen los informes que evaluaron la calidad y la eficiencia del contrato con la Universidad de Navarra que permitió que durante años esta entidad, a través de la Clínica Universidad de Navarra, asumiera la atención sanitaria de sus empleados. En esta ocasión no se conocen puesto que no los hubo, porque se canceló el contrato sin informe técnico y sin evaluar la situación en que quedaban los pacientes, crónicos o agudos, que estaban siendo atendidos entonces por esta entidad. Tampoco se conocen los informes técnicos sobre la calidad y el coste de los hospitales o áreas de salud que eran concesiones administrativas antes de asumir su gestión directa. Todo ello cuando no parece que éste sea un problema primordial del Sistema Nacional de Salud (SNS), porque en 2019 solo el 24% de los ingresos en hospitales que financia con su presupuesto tuvieron lugar en hospitales privados con y sin ánimo de lucro. El gasto en conciertos ese año fue el 10,8% del total, que no parece una cifra para preocupar, y se debe tener en cuenta que en esta partida se incluyen también los conciertos con ambulancias y otros servicios como las terapias respiratorias a domicilio. Mientras tanto, se da la paradoja de que se tranquiliza a los funcionarios porque se afirma de manera explícita que se mantiene, también sin evaluación, el sistema de salud privado para los del Estado, Poder Judicial y Fuerzas Armadas. Este sistema es el que permite, por ejemplo, que la exvicepresidenta socialista del gobierno, cuando ocupaba ese cargo, ingresara por COVID en un centro privado durante la primera oleada de la pandemia. A modo de explicación de esa incoherencia nos informó más tarde que ese era el centro que le correspondía por su mutua.

“

El SNS presenta dos signos de sus graves problemas: las listas de espera y la situación de la Atención Primaria

”

El SNS presenta dos síntomas, mejor dicho, signos, de sus graves problemas, que son las listas de espera y la situación de la Atención Primaria. La lista de espera quirúrgica en 2015 era de 549.424 pacientes, con un tiempo medio de espera de 89 días. El 10,6% de los pacientes tenían un tiempo medio de espera que superaba los 6 meses. En 2019 -antes del COVID- esa lista de esperaba ascendía a 709.997 pacientes que esperaban un promedio de 121 días y en un 20% de ellos el tiempo de espera superaba los 6 meses. El gasto del SNS durante estos años creció un 14,11%. Si se compara la lista de espera de consultas externas entre esos dos años, se obtienen resultados parecidos. No parece razonable que en el conjunto del SNS en el año 2021 se tenga que esperar 132 días para una artroscopia, 123 para una cirugía de prótesis de cadera o 120 para una intervención de varices de extremidades inferiores. Al menos seguro que a los pacientes no les parece razonable. Como durante todos estos años esta situación no solo no ha mejorado, sino que ha empeorado, se podría afirmar que el SNS no tiene la eficacia necesaria para mantener sus listas de espera en una situación tolerable a pesar de que sus recursos aumenten.



No hace falta insistir en la pésima situación de la atención primaria, cuya falta de atractivo para los médicos provoca que se queden 200 plazas de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria vacantes y que todas las comunidades autónomas sean incapaces de cubrir sus plazas en los centros de salud. A pesar de repetir 16 veces la palabra resiliencia, que para los que nos expresamos en castellano corriente quiere decir “capacidad de adaptación”, no se observa ni una sola disposición que se dirija a mejorar ni la atención primaria ni la incapacidad del SNS para reducir las listas de espera a unos niveles aceptables. Seis páginas de palabrería insufrible y mal escrita, y ni una mención a estos dos problemas que son los que de verdad interesan a los ciudadanos, sin demérito

de la importancia de confirmar la universalidad de la cobertura asistencial, unificar todos los servicios en la cartera común básica, o fomentar la participación de todos en la definición de políticas de salud.

Por desgracia se repiten los tópicos, los lugares comunes y la primacía de los criterios políticos sobre el interés de los pacientes, de los contribuyentes y de todos los ciudadanos. Cambiarlo todo sin cambiar nada, para que todo siga igual.

Consultor de servicios y sistemas de salud
javercarnicero@cognitiosalud.es



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 





Transhumanismo y gestión sanitaria

Francisco Javier Valbuena Ruiz

A diario en los hospitales de todo el mundo se escuchan llantos de vida, llantos de despedida, risas cómplices y gritos de dolor; a diario en nuestros hospitales se vive, se goza, se siente, todo ello intensamente. Vida en estado puro, sin distractores, sin filtros ni retoques. La O.M.S.¹ define la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social; y no la mera ausencia de enfermedad” y es este concepto de salud integral el que nos encontramos en nuestros centros sanitarios. Porque las personas que a ellos acuden no solo han visto mermada su salud en la dimensión física, caer en ese reduccionismo sería extremadamente peligroso y ciego a la realidad.

Son personas, las que se acercan con un deterioro en su salud y también son personas, las que se enfrentan a ese deterioro a través de sus conocimientos, de la tecnología disponible y de los cuidados. Es en estos tres parámetros en los que como consecuencia de la evolución del conocimiento científico y tecnológico el transhumanismo hace su aparición en la década de los 60 de la mano de profesor Fereidoum M. Esfandiary.

Transhumanismo

El transhumanismo es un movimiento científico, cultural e intelectual que considera un deber ético

transformar la condición humana mejorando sus capacidades tanto físicamente como psicológica e intelectualmente². No solo desean un hombre sin condicionantes o con capacidades potenciadas, sino que admiten la posibilidad de nuevos seres diferentes que trascenderían al propio ser humano³.

El sector sanitario es una actividad de alta tecnología y la nanotecnología, biotecnología, tecnología de la información, ciencia cognitiva⁴, realidad virtual, inteligencia artificial, *big data*, transferencia mental y criónica; están ya aquí, son una realidad en el día de hoy y han venido para quedarse. Máxime cuando hay muchos ámbitos de aplicación de las mismas; el Departamento de Defensa de los Estados Unidos están invirtiendo fuertes cantidades de dinero en las investigaciones que entienden les podrían dar grandes ventajas en sus operaciones tácticas con “super-soldados”⁵.

En 1999 la Asociación Mundial Transhumanista escribe el Manifiesto Transhumanista colándose en nuestras vidas de forma prácticamente constante a través de los video juegos, las películas, la literatura y el arte. Sin cuestionar los principios morales, los valores y la visión del mundo que se sostiene desde las propuestas transhumanistas. Las tecnologías de perfeccionamiento humano estarían desproporciona-

damente al alcance de los que más tienen, incrementándose la desigualdad y llegando a crear incluso una “brecha genética”⁶.

¿Cuál es la situación hoy?

El futuro es hoy, los aspectos más futuristas del transhumanismo están mucho más cerca de lo que pensamos. Ya existen personas que han sido reconocidas legalmente como *ciborgs*⁷ como es el caso de Neil Harbisson; muchos de nosotros llevamos implantes de titanio y otros materiales, lentes intraoculares, implantes, etc. elementos todos ellos que mejoran nuestras capacidades, nuestra calidad de vida o resuelven en gran medida nuestras patologías.

Hay importantes compañías sanitarias que ya están utilizando *bots* como asistentes en psicología, o para realizar el triaje en los hospitales. La Inteligencia Artificial ya se está utilizando para el diagnóstico de determinadas patologías, especialmente en radiodiagnóstico. Las limitaciones para que, utilizando un sistema robótico de apoyo a la cirugía, se realice la



“

Combinar desarrollo tecnológico y experiencia de paciente es el reto de la sanidad contemporánea y futura

”

misma con el paciente en un extremo del planeta y el cirujano en el otro, son estrictamente de índole legal ante la “caída” fortuita de Internet. Los avances en telemedicina y telemonitorización son trepidantes, prácticamente a diario se producen revolucionarias mejoras en los mismos. Las nanomoléculas y la genómica ya están siendo utilizadas en las denominadas terapias avanzadas y de precisión, con un costo elevadísimo.

Los avances tecnológicos son una ola difícil de contener, la velocidad a la que todo se produce hace que los Estados sean incapaces de legislar al ritmo que marcan los tecnólogos, y la sociedad en su conjunto se limita a ser mero consumidor; pues la reflexión y la valoración del alcance de los cambios, se realiza en la mayoría de las ocasiones a posteriori.

¿Qué sucede con los conocimientos? Las facultades de medicina y enfermería en nuestro entorno cultural no se están adaptando a la realidad actual, la IA⁸ supondrá un cambio absoluto en la práctica asistencial. Por otra parte, la práctica quirúrgica se ve constantemente mejorada con las nuevas tecnologías, redu-

ciendo sustancialmente los tiempos quirúrgicos, los tiempos de ingreso y las complicaciones perquirúrgicas.

Por otra parte, bastante tiene nuestro maltrecho sistema sanitario para sacar adelante las cada vez más exigentes demandas asistenciales de las poblaciones a las que atiende, como para pensar en la “potenciación o mejora” de capacidades. Cosa muy distinta es qué sucede fuera del sistema, qué sucede en entornos donde exclusivamente tenga cabida lo legal y económicamente rentable.

Los Cuidados y la Experiencia de Paciente

El fundador de Amazon, Jeff Bezos afirma que la cuestión no es saber qué va a cambiar en los próximos diez años, sino conocer qué va a permanecer constante.

Los cuidados son un elemento que ha permanecido constante a lo largo de los siglos en el sector sanitario. No siempre podemos curar, pero siempre podemos cuidar. Por consiguiente, una de las cuestiones clave para el futuro es la prestación de cuidados, pero unos cuidados donde la humanización sea el elemento diferenciador de la experiencia que vivan las personas a las que tratamos de mejorar la salud, física, mental y social.

Hablar de transhumanismo y alta tecnología en un planeta donde aún el 50% de la población mundial carece de una instalación sanitaria adecuada, según la O.M.S., o donde el lugar de nacimiento (incluido dentro de un mismo país) determina de forma tan importante tu esperanza de vida⁹. Requiere de una reflexión en la que nos planteemos algunos aspectos de base. En una realidad sistémica solo la búsqueda de la equidad como paradigma de las relaciones humanas, que no se vea reducida a la asistencia social, sino que envuelva las relaciones políticas, económicas y científicas, tiene sentido. Solo un desarrollo científico y tecnológico al servicio de la “revolución de la ternura” podrá ser una pieza clave en la felicidad de las personas, una felicidad que solo se experimenta como don de armonía entre las personas. Si los avances tecnológicos generan desigualdad, inequidad y exclusión, nos encontramos ante una nueva estructura de poder y genocidio intolerable. La

tecnología puede llegar a ser una herramienta exterminadora de primer nivel, desplegando planetariamente una mucho mayor inequidad.

El mayor “descarte” social se puede producir en el escenario tecno-económico que no tiene en el centro a la persona, sino los “subproductos del ser humano” (como puede ser a través del *big data*).

La solidaridad, la fraternidad, la equidad, no es una respuesta automática y espontánea, sino que parte de la decisión del ser humano. Hay que actuar, el movimiento, la decisión y la acción son inequívocamente



voluntarios y libres; por lo que, si no se reflexiona, se planifica y se actúa, jamás surgirán de forma súbita.

Combinar desarrollo tecnológico, y experiencia de paciente es el reto de la sanidad contemporánea y futura. Donde los profesionales hiper-especializados, unos equipos tecnológicos de alta complejidad y unas realidades tecnológicas tan potentes e imparables como la biotecnología, la nanotecnología, la ciencia cognitiva, la realidad virtual o la inteligencia artificial; no impidan, sino que potencien la prestación de cuidados desde la perspectiva de la Experiencia de Paciente.

En 2017 el Parlamento Europeo realizó un informe sobre robótica llamado “Código Ético de Conducta” y recientemente, en diciembre de 2018 ha publicado el primer borrador de la “Guía Ética para el uso responsable de la Inteligencia Artificial”. Es pues un paso para tratar de no dejar exclusivamente en manos de las empresas el desarrollo ético de una tecnología que puede cambiar totalmente el mundo, como es la IA. De hecho, en un estudio realizado en 2017 el 92% de las empresas tecnológicas considera prioritario capacitar a sus tecnólogos en ética y muchas ya cuentan con comités en estos aspectos. Una vez más la realidad empresarial va muy por delante de la política y normativa; y es imprescindible e imperioso que estas cuestiones no queden al albur de las grandes compañías tecnológicas de nuestro planeta; pues resulta intrínseco a su razón de ser la maximización de beneficios económicos, no son en absoluto un referente moral para el futuro de la humanidad.

Cuando pensamos en las inequidades del transhumanismo es fácil que nuestras mentes se vayan a entornos lejanos, pero lo cierto es que la situación se produciría aquí, en nuestra propia realidad. La selección genética en manos de quien pueda costeársela, o las capacidades potenciadas no cubiertas por el Sistema Nacional de Salud y al alcance de unos pocos; que sin ningún género de duda incrementarían de forma exponencial las desigualdades y la injusticia social.

La gestión sanitaria tiene un papel preponderante de forma directa y a través de la consolidación de los comités de bioética, en el deber de preservar la equidad. La sociedad científica y los gestores debe-

mos abordar las mejoras tecnológicas sin prejuicios y como lo que son, importantísimas para la ciudadanía; pero siempre con parámetros éticos bien definidos que garanticen que sean elementos que mejoren la prestación asistencial para todas las personas.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud.
2. Bostrom, Nick (2005) “A history of transhumanist thought” *Journal of Evolution and Technology*.
3. L. M. Pastor; J. A. García Cuadrado (2014) “Modernidad y Postmodernidad en la génesis del transhumanismo-posthumanismo” *Cuadernos de Bioética XXV 2014/3^a*.
4. NBIC.
5. Moreno, Jonathan D. (2006) *Mind Wars: Brain Research and National Defense*. Dana Press.
6. McKibben, Bill (2003) “Enough: Staying Human in an Engineered Age”.
7. Ciborg o cyborg (del acrónimo en inglés cyborg: de cyber [cibernético] y organism [organismo], organismo cibernético) es una criatura compuesta de elementos orgánicos y dispositivos cibernéticos generalmente con la intención de mejorar las capacidades de la parte orgánica mediante el uso de tecnología.
8. Inteligencia Artificial.
9. En los países europeos por encima de los 80 años y en algunos países de África por debajo de los 50.

Director general sanitario
jvalbuena@valbuena.org



El déficit de profesorado a la Universidad: un futuro incierto para los cuidados enfermeros si no se hace algo

Carmen Ferrer Arnedo

Según la publicación del informe relativo a la evolución del número de profesores permanentes de medicina en el período del 2017 al 2026, publicado por la CN-DFME (Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas), el número de profesores permanentes vinculados en la facultad promedio española para formar a 173 alumnos por promoción, pasará de 36 profesores vinculados en el 2017 a tan solo 16 en el 2026.

En ese mismo informe se señala que el 55% de dichos profesores se jubilará en la próxima década, lo que hace más que evidente la apremiante necesidad disponer de plazas para dicho profesorado y de profesionales dispuestos a ocuparlas.

Esto, que sucede en las facultades de medicina, con tradición docente muy arraigada y donde los médicos han encontrado una salida laboral interesante, ocurre también, pero de una manera mucho más grave, en las facultades de enfermería. Ante nosotros existe un problema la falta de profesores enfermeros para formar a los grados.

La realidad es que, si no se encuentra pronto una solución, esto afectará directamente a la formación de los grados de enfermería y sin duda, a la prestación de cuidados profesionales en el sistema sanitario y social.

Desde luego afectará al modelo de cuidados seguros, basados en evidencia y en formación para la participación de los pacientes, implantado desde la reforma sanitaria y más aún, desde el abordaje de la cronicidad. Este modelo, cuyo principal bastión lo constituye trabajar desde la capacidad del autocuidado, competencia de las enfermeras españolas, se verá afectado para su desarrollo futuro.

En España, en la actualidad existen 325.000 enfermeras y el día 18 de junio, se manifestaron poniendo sobre la mesa aquello que les preocupaba. Uno de los elementos de la preocupación es el déficit de enfermeras que existe nuestro país y que cuenta con una ratio de 5,6 enfermeras/os por 1.000 habitantes, cuando la media europea es de casi 9 enfermeras o enfermeros por 1.000 habitantes, pero eso siendo algo importante, hoy quiero poner el acento y el foco en la necesidad de aquellos que las forman.

¿De dónde van a salir estas enfermeras graduadas en España, con los problemas estructurales de la formación de los grados y las dificultades por las que atraviesa la Universidad Española en lo que a la formación reglada de los grados de enfermería se refiere?

Este es un tema del que se habla muy poco, no se nombran las dificultades para la formación específica de las enfermeras, la necesidad de disponer de pro-

fesores de nuestras áreas disciplinares para que los alumnos consigan la adquisición de sus competencias en la responsabilidad de la gestión y ejecución de cuidados.

Sin duda, como reconocen los organismos internacionales, profesionales muy necesarios en una sociedad cada vez más dependiente de cuidados profesionales, más vulnerable, más frágil y con necesidades de cuidados de alta complejidad que solo se pueden abordar desde sus áreas de conocimiento.

El día 8 de junio, tuve el honor de participar en una Jornada y en un debate, donde la vicerrectora de la Universidad de Ferrol UDC, la Dra. M^a Jesús Movilla Fernández, puso encima de la mesa que si en la actualidad hay déficit de enfermeras, con una formación como grados, en el futuro le preocupaba que se agravase por la falta de profesores enfermeros.

Remarcaba en la mesa su preocupación por quien va a relevar en el futuro nuestra generación de profesores, dado que las enfermeras y enfermeros en la actualidad no ven atractivo el desarrollo de una carrera profesional en el mundo académico, donde además es complejo pertenecer a la disciplina enfermera.

Su preocupación era notable en la mesa, y esta también la manifestaba el Dr. Isidoro Rodríguez Pérez, presidente de Academia de Enfermería de Galicia y otros profesionales de tanta relevancia como la directora del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, la Dra. Eva García Perea, todos plantean en sus diferentes intervenciones públicas su preocupación sobre, ¿quién formará a los grados enfermeros en su especificidad, si las enfermeras no contemplan el mundo académico como un alternativa laboral? Los enfermeros plantean que les parece algo imposible, compatibilizar este rol con la vida cotidiana y consideran que es de un acceso casi imposible de recorrer para los profesionales clínicos

Este es el debate y la reflexión que me gustaría traer hoy a nuestra columna.

¿Qué sucede con quiénes deben de formar enfermeras para que aborden realmente las necesidades de la complejidad del cuidado de los ciudadanos si no

hay enfermeras que quieran dedicarse al mundo docente?

En España, 53 universidades imparten estudios del grado en Enfermería, de las cuales 44 forman parte del Ranking CYD 2021, lo que supone más del 83% de la representatividad. Existen unas 130 facultades en las universidades españolas, públicas y privadas, donde se estudia el grado.

Estos estudios del grado enfermero son universitarios y por tanto, regulados por la ANECA para su acreditación y esto supone cumplir con una serie de condicionantes por parte del profesorado como no puede ser de otra manera.

En grandes números, anualmente de las universidades españolas gradúan unas 23.000 enfermeras que o bien se pueden incorporar al mundo asistencial o bien pueden decidir continuar preparándose para acceder a la especialización EIR o pueden continuar estudiando un master de urgencias, de herramientas de investigación en poblaciones vulnerables o de dirección y gestión de instituciones sanitarias, un largo etcétera, dado que la oferta formativa de master, no tiene fin y de estos, algunos de ellos, los de la denominación “ oficial” llevan a las enfermeras graduadas a su tesis doctoral. Significa que existe cantera.

Para conseguir que estas 23.000 enfermeras salgan con las competencias adquiridas que propuso Bolonia, al menos cada universidad debería de disponer como mínimo, dos profesores por asignatura, esto multiplicado por los cuatro años de carrera más la supervisión del prácticum que supone esa formación por modelamiento en el ámbito asistencial, requiere de unas condiciones de compromiso y alineamiento entre las instituciones tanto del ámbito asistencial como del ámbito académico para tener algún éxito.

La realidad es que las universidades disponen, por ejemplo, fijándonos en una, de unos 50 profesores, pero de los cuales son fijos unos 20 y el resto, son asociados, con la inseguridad que este tipo de relación lleva para directores de departamento, como nos relata la Dra. Eva García Perea, quien afirma que es preciso resolver esta situación cuanto antes, siendo una alternativa viable la consolidación de los profesores vinculados.



Además, existe una problemática multifactorial, según un análisis DAFO que hemos realizado recientemente, como Debilidades más relevantes se identifican:

- Los enfermeros no pueden compaginar su carrera docente con su carrera asistencial.
- El esfuerzo que supone la carrera académica, frente a un escaso beneficio y por tanto poco atractivo.
- La falta de reconocimiento del esfuerzo académico en las bolsas de empleo.
- La dificultad de acceso que desmotiva el intentarlo.
- El acceso a plazas de profesor contratado para las enfermeras.
- Invisibilidad del conocimiento enfermero en el mundo académico.
- Cambio generación. Falta de relevos de los profesores titulares.
- El intento de ocupación del espacio de cuidados por otras disciplinas tanto en el mundo académico como en el clínico.

Como Fortalezas:

- Las enfermeras han descubierto el valor de la generación de conocimiento propio.
- La especificidad enfermera del ámbito competencial.
- Enfermeras bien preparadas y con ganas de estudiar.

- La llegada de enfermeras líderes para formar parte de la dirección académica ocupando algunos puestos de decisión en la Universidad.

Como Amenazas:

- La incorporación de otras disciplinas por su accesibilidad a las plazas de titulares en el grado de enfermera.
- La falta de enfermeras graduadas, de doctoras y la puesta en marcha de una formación de técnicos que el contratador pretende que las suplan, usurpando su área competencial y destruyendo los equipos de trabajo.

Como Oportunidades:

- La consideración de centro/hospital excelente aquel vinculado a la Universidad.
- La complejidad de los cuidados que tienen los ciudadanos y que han de ser abordados desde la seguridad por enfermeras.

A la vista del DAFO, sin duda alguna, se requiere de un Plan de Acción coordinado y compartido para conseguir el objetivo de que la docencia realmente sea atractiva como campo profesional y sirva como promotor de prestigio y valor para las organizaciones por el hecho de incorporar a sus profesionales al ámbito de la Universidad.

Esto supone, colaborar planteando algún tipo negociación para promover el apoyo interinstitucional y crear elementos de motivación para las propias enfermeras.

Recordemos que La Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (LOU) establece, en su artículo 48.1, que «las universidades podrán contratar personal docente e investigador en régimen laboral, a través de las modalidades de contratación laboral específicas del ámbito universitario que se regulan en esta Ley o mediante las modalidades previstas en el estatuto de los trabajadores para la sustitución de trabajadores con derecho a reserva del puesto de trabajo.

La LOU establece en su disposición adicional séptima, en relación con el régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. Los conciertos establecerán, asimismo, el número de plazas de ayudante, profesor ayudante doctor y profesor contratado doctor, en las relaciones de puestos de trabajo de las universidades públicas, que deberán cubrirse mediante concursos públicos entre profesionales sanitarios que hubieran obtenido el título de especialista en los tres años anteriores a la convocatoria del concurso».

Dicho esto, en resumen, para una enfermera asistencial que tiene una jornada que va a turnos, que le es difícil acceder a las modalidades existentes por sus escasas retribuciones, inferiores a las retribuciones asistenciales, las dificultades de la acreditación de la ANECA y las limitaciones en el retorno a los centros asistenciales de origen, esta línea laboral, no es atractiva.

Estos son aspectos que dificultan el hecho de que las enfermeras motivadas puedan contemplar esta opción en su carrera, dado que mundo académico tiene así poco atractivo.

De aquí que se deba de trabajar en un Plan que incorpore elementos como:

- Por un lado, facilitar a los enfermeros, potencialmente candidatos, para que consigan apoyo a nivel institucional en su desarrollo académico y en su perfil investigador.
- La organización debería de contemplar que las plazas y figuras de profesor universitario traen prestigio y crecimiento a la organización asistencial. Su denominación de centro docente, debería de contemplar a las enfermeras investigadoras y docentes como un valor real para la institución.
- La creación de plazas de profesores vinculados: la figura del profesor contratado doctor vinculado cumple con el objetivo de facilitar el posible acceso de los profesionales enfermeros a los cuerpos docentes universitarios con unos requisitos notablemente inferiores a los que se exigen para un profesor titular acreditado por la ANECA.

- La figura del profesor contratado doctor vinculado es muy adecuada para ilusionar con la carrera docente a los jóvenes profesionales con el objetivo de que pueda alcanzarse la oportuna acreditación en unos seis o siete años y poco ofertada a los enfermeros.
- Las plazas convocadas para la participación de enfermeros junior que hubieran obtenido el de doctor o el título de especialista en los tres años anteriores a la convocatoria del concurso sería interesante y trabajar en que se les facilitase el acceso a la posesión de la acreditación correspondiente de profesor contratado doctor certificada por la ANECA o por el órgano de evaluación externo que determine la norma de la comunidad autónoma correspondiente. En este caso, valdría la pena reflexionar porque las enfermeras encuentran más dificultades y limitaciones de acceso a este tipo de plaza y valorar si se realiza una oferta adecuada para el perfil de las enfermeras o se copian otros perfiles y ellas no pueden cumplirlos.
- Dentro del Plan, otro elemento es el de la negociación interinstitucional para asegurar, desde un punto de vista legislativo, las condiciones de retorno a la plaza original si el profesor decide renunciar a la plaza docente tiempo después de conseguirla, para volver al puesto asistencial del que disponía inicialmente.
- La plaza de profesor contratado doctor vinculado, exige una dedicación a tiempo completo (LOU 4/2007), algo que no es obligado para los titulares ni para los catedráticos de universidad.
- Sería importante revisar, modular y negociar sobre esta exigencia para hacer más atractivo su acceso. Así este tipo de plaza podría resultar más atractivas para determinadas enfermeras asistenciales, garantizándoles que la retribución de estos profesores sea similar a la que recibe un titular de universidad y por supuesto revisar la dedicación en ambos campos.
- Es necesario diseñar rutas que den la posibilidad de planificar una «carrera docente y asistencial» con una perspectiva de cinco o seis años por delante creando la oportunidad de acreditarse en

esta figura docente para continuar el camino académico.

Sin duda, se requiere un Plan que contemple una alianza con la Universidad y la institución sanitaria y que facilite a las enfermeras clínicas su incorporación en el cuerpo docente.

Desde las direcciones de enfermería parece necesario trabajar de manera proactiva, facilitando a las enfermeras que quieran emprender el camino docente, apoyarles en su desarrollo creando la posibilidad de comenzar y animando para que se vea que esta incorporación lleve ventajas visibles tanto para las personas, como para las organizaciones, porque es necesario crear y reforzar estrategias de beneficio mutua y, por tanto, un beneficio positivo que repercutirá en los ciudadanos.

Esto tiene mucho que ver con la visibilidad del beneficio y la voluntad de generar cambios. Soy optimista y confío en los líderes de ambos organismos.

Bibliografía:

1. Documento aprobado en la Asamblea General de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España celebrada en la Facultad de Medicina de Oviedo del 17 al 19 de mayo del 2018 y actualizado en marzo del 2020.
2. José Pablo Lara, Antonio Compañá, Antonio Vargas, Francesc Cardellach, Secundino Fernández, Alfonso López-Muñiz, Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España. La figura docente del profesor contratado doctor vinculado: situación actual en España y la experiencia de Andalucía. *Educación Médica*, Volume 21, Issue 6, November–December 2020, Pages 397-348

Enfermera. Jefe del Servicio de Información y Atención al Paciente del HC de Cruz Roja de Madrid y Codirectora del Máster de Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias de la UPSA. Campus de Madrid.

crmnferrer@gmail.com



MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE INSTITUCIONES SANITARIAS



3ª Edición del Máster Oficial de la UPSA

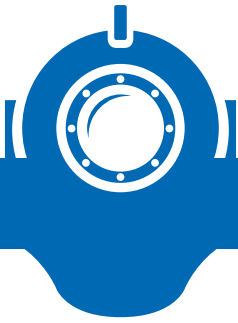
En el Campus de Madrid de la Universidad Pontificia de Salamanca, la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum, consciente de la necesidad de formar gestores sanitarios y la obligación de profesionalizar la gestión de los servicios sanitarios en el momento actual, oferta un nuevo Máster Universitario en Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias, concebido para dotar de estas competencias a profesionales que ya están trabajando o interesados en estas materias, a través de una experiencia teórico práctica adecuadamente supervisada.

UNIVERSIDAD
PONTIFICIA DE
SALAMANCA
CAMPUS DE MADRID

FACULTAD DE
ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA SALUS
INFIRMORUM

NEW MEDICAL
ECONOMICS

60 ECTS
Semipresencial teórico-práctica
5.250 €



El lado oscuro del ayuno intermitente

Rita Rodríguez Fernández

El ayuno intermitente es un término que las personas usan para describir patrones de alimentación que incluyen períodos regulares de ayuno en los que consumen muy pocas calorías o ninguna.

Se ha vuelto muy popular entre las dietas para mejorar la salud general y la pérdida de peso.

Los estudios lo han relacionado con una serie de beneficios para la salud, que incluyen:

- Pérdida de peso.
- Disminución de los factores de riesgo de enfermedades del corazón.
- Tensión arterial baja.
- Mejor sensibilidad a la insulina.
- Reducción de marcadores de estrés oxidativo.
- Mejor control del azúcar en la sangre.
- Posible prevención de la caída del cabello.
- Estos hallazgos han llevado a una mayor popularidad de los regímenes de ayuno intermitente como:

- Alimentación restringida en el tiempo.
- Ayuno en días alternos.
- Ayuno periódico.

¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes de esta práctica?

Los efectos negativos del ayuno intermitente se dividen en dos categorías principales: a corto y largo plazo.

Los factores de riesgo a corto plazo ocurren casi inmediatamente después de que uno comienza a alternar períodos de ayuno y alimentación. Estos efectos suelen ser problemas de salud leves, pero podrían empeorar si no se abordan adecuadamente. La forma más eficaz de frenar estos efectos secundarios a corto plazo es dejar de ayunar y reanudar su plan de alimentación habitual hasta que se pueda identificar la causa.

Los efectos adversos a largo plazo ocurren después de varias semanas de ayuno. Estos efectos secundarios pueden persistir después de períodos prolongados y, por lo general, requieren más tiempo que el necesario para detener el ayuno.

¿Cuáles son los efectos secundarios a corto plazo?

1. Los dolores de cabeza

Son un efecto secundario común del ayuno intermitente. Suelen ocurrir durante los primeros días del plan de ayuno.

Curiosamente, los investigadores han descubierto que los "dolores de cabeza en ayunas" generalmente se encuentran en la región frontal del cerebro y que el dolor suele ser de intensidad leve o moderada.

Además, las personas que suelen tener dolores de cabeza tienen más probabilidad de que se les potencie durante el ayuno.

Las investigaciones añaden que los niveles bajos de azúcar en sangre y la abstinencia de cafeína también provocan dolores de cabeza durante el ayuno.

2. Baja energía y cansancio

La baja energía durante el período de ayuno, percibida casi de inmediato, es otro efecto secundario común.

Durante el ayuno, es posible sentirse cansado y agotado debido al bajo nivel de azúcar en la sangre.

Además, puede producir trastornos del sueño en ciertas personas, lo que da como resultado fatiga y cansancio generalizado.

3. Hambre

Al alternar los períodos de ayuno y alimentación se tiene una sensación de hambre descontrolada, ya que el estómago pasa largos períodos de tiempo vacío.

Y uno de los efectos secundarios al hambre son los antojos alimenticios y dolores punzantes, el cuerpo busca reponer su suministro de energía y pueden surgir atracones incontrolables.

Sin embargo, es probable que tales dolores de hambre desaparezcan a medida que su cuerpo se adapte a los períodos regulares de ayuno.

4. Mal aliento

El mal aliento o halitosis, es un efecto secundario molesto que algunas personas que siguen este





tipo de ayuno pueden experimentar después de algunas semanas. La disminución del flujo salival y el aumento de acetona en la boca provocan un mal aliento.

El ayuno alienta al cuerpo a quemar grasa como fuente de energía, lo que impulsa la cetosis. Debido a que la acetona es un producto de desecho del metabolismo de las grasas, se acumula en el torrente sanguíneo y se puede percibir en la respiración cuando ayuna.

¿Cuáles son los efectos secundarios a largo plazo?

1. Cambios de humor

Las personas que practican el ayuno intermitente pueden experimentar irritación y otros cambios de humor debido a los elevados niveles de

estrés corporal. Cuando sus niveles de glucosa en sangre son bajos pueden volverse irritables.

La hipoglucemia, o bajo nivel de azúcar en la sangre, puede desarrollarse durante los períodos de restricción calórica o ayuno. La irritabilidad, la ansiedad y la falta de concentración son otros posibles resultados relacionados con la hipoglucemia.

2. Desnutrición

El ayuno intermitente que no está correctamente equilibrado o bien planificado puede causar desnutrición.

La desnutrición puede ocurrir cuando una persona ayuna durante largos períodos y no repone a su cuerpo los nutrientes necesarios.

A pesar de las limitaciones, ventana de alimentación y tiempo ayuno, se deberá tener una dieta equilibrada con grasas saludables, proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

Sin embargo, si no se planifica correctamente, o se prolonga demasiado en el tiempo, corre el riesgo de restringir excesivamente el aporte calórico al cuerpo, desencadenando el riesgo de desnutrición.

En cualquier tipo de dieta es necesario llevar una dieta saludable y bien equilibrada.

3. Problemas digestivos

Después de un tiempo con un plan de alimentación intermitente, se puede notar algunos cambios en la salud intestinal.

Algunos positivos, mientras que otros no tan agradables.

Algunos de los efectos secundarios desagradables son la diarrea, estreñimiento, náuseas e hinchazón.

Las bacterias intestinales trabajan para navegar por la nutrición recibida, y cuando hay un cambio repentino en lo que se come o cuánto come, el microbiota intestinal no tiene tiempo

para adaptarse. Como tal, las modificaciones dietéticas relacionadas con los regímenes de ayuno intermitente pueden provocar hinchazón y diarrea.

La deshidratación puede exacerbar el estreñimiento, otro efecto secundario temprano típico del ayuno intermitente. Como resultado, es fundamental mantenerse adecuadamente hidratado mientras se ayuna. Puede evitar el estreñimiento comiendo alimentos ricos en fibra y ricos en nutrientes e hidratándose a lo largo del día.

¿Cómo se reduce los efectos secundarios del ayuno intermitente?

1. Antes de comenzar cualquier plan de alimentación es necesario consultar a su médico para que valore su estado de salud y los beneficios o efectos secundarios que pueda aportarle este tipo de dietas.

2. Una dieta saludable estricta. Lo segundo más importante después de la consulta médica cuando se realiza cualquier tipo de dieta. Lo que se consume impacta en el cuerpo cada vez que se está en la ventana para comer.

Debiendo alejarnos de los alimentos envasados y procesados con alto contenido de azúcar, sal y grasas no saludables.

Cuando se disfruta de comidas saludables, se complementa al cuerpo con suficiente suministro de energía para llevarlo a través de la ventana de ayuno.

Debemos evitar posibles desnutriciones por trastornos alimentarios poco saludables.

3. Detener un efecto secundario

Cuando se note un efecto secundario adverso y recurrente, se debe detener el plan de alimentación.

Si nota que la salud mental se está deteriorando o la barriga se siente incómoda, suspender la dieta de inmediato. Este es el sistema de advertencia del cuerpo que dice que algo anda mal.

Luego consultar al médico o dietista para ver el camino a seguir. Pueden ayudar a reconstruir la dieta o aconsejarle que la suspenda. Llegando al fondo del problema.

Detener la dieta en el momento en que notas que algo anda mal es evitar que el efecto secundario se vuelva severo.

¿Qué personas deben evitar este tipo de ayuno?

- Madres embarazadas o lactantes.
- Personas que toman ciertos medicamentos.
- Personas con trastornos alimentarios actuales o pasados.
- Adolescentes y niños.
- Personas con demencia.
- Personas con carencias nutricionales.

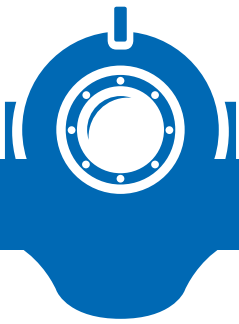
Conclusión

El ayuno intermitente es beneficioso con su parte justa de beneficios para la salud, como aumentar el ajuste al estrés, reducir los riesgos para la salud cardiovascular y promover la pérdida de peso.

Pero no podemos estar completamente ciegos y tomar los aspectos positivos sin reconocer que también tiene aspectos negativos.

Esto subraya la importancia de que este tipo de dietas sean guiadas por un médico especializado y capacitado; realizando un seguimiento exhaustivo del paciente durante este periodo para manejar, prevenir y tratar cualquier efecto secundario que se pueda detectar.

Coordinadora del Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica del Hospital Centro Médico el Carmen (Ourense)
ritarf86@gmail.com



¿Cómo puede ayudar al dermatólogo en su consulta la Inteligencia Artificial?



De izda. a dcha: Antonio Urda, vicepresidente de Hospitales en Savana; José María Martínez, presidente de *New Medical Economics* y Lorena Pérez, investigadora de la Cátedra de Genoma Humano y Derecho de la Universidad del País Vasco.

La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) reunió del 1 al 4 de junio en el Palacio de Congresos de Málaga a los profesionales más destacados en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la piel en su 49 Congreso Nacional. Más de 150 sesiones, muchas de ellas prácticas y participativas, que han proporcionado una completa actualización, desde la ciencia básica hasta el impacto en la salud global y la práctica clínica.

Uno de los seminarios destacados que tuvo lugar el sábado, 4 de junio, y titulado “¿Cómo puede ayudar

al dermatólogo en su consulta la Inteligencia Artificial?”, estuvo presentado por José María Martínez, presidente de *New Medical Economics*. En este seminario participaron los expertos: Antonio Urda, vicepresidente de Hospitales en Savana y Lorena Pérez, investigadora de la Cátedra de Genoma Humano y Derecho de la Universidad del País Vasco.

En su introducción José María Martínez habló de la gestión económica y de los recursos “es imprescindible”. También dijo que “nunca un dermatólogo será superado por un robot, pero si lo será por otro der-

matólogo que aplique la inteligencia artificial si él no lo hace”.

Por su parte, Antonio Urda centró su exposición en lo que “la inteligencia es capaz de hacer por nosotros”. Puso el ejemplo de una radiografía de tórax, “tan solo una imagen nos puede dar infinidad de datos”. Urda considera que “ninguna actividad humana genera tantos datos a diario como un servicio de salud. La información sanitaria se duplica cada 5 años”.

Este experto, habló de los beneficios de la inteligencia artificial y todo lo que se puede explotar: “Se utilizan sensores para recopilar datos, se puede tener monitorización constante de los recién nacidos y esto ya es una realidad. La IA puede simplificar los datos de nuestro ordenador mientras vemos a un paciente. Los datos son la materia prima y tenemos que saber utilizarlos”.

También explicó el funcionamiento del machine learning y de las herramientas con aprendizaje profundo, “la IA es capaz de resolver problemas, analizar toda esa información que se está generando de una cosa, en definitiva, nos permite explotar toda esa información”.

Desde Savana, contó Urda: “generamos conocimiento gracias a la Historia Clínica Electrónica, transformamos el texto libre en big data aplicando inteligencia artificial”, y puso de relieve su “método”, que reconoce conceptos para descartar, prevenir, y diagnosticar enfermedades.

En cuanto a dermatología, el vicepresidente de Hospitales en Savana cree que la Inteligencia artificial para la monitorización de esta especialidad está bastante avanzado, “la imagen da mucha información”. En este sentido, otro aspecto que consideró fundamental es la “transparencia y credibilidad”.

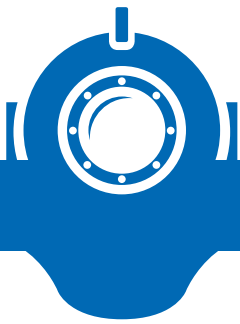
Por otro lado, la presentación de Lorena Pérez versó sobre el valor de los datos masivos. Comenzó su speech con algunas cuestiones ético-legales importantes y con unas premisas previas de cara al futuro. “Cada vez se desarrollan más iniciativas de datos abiertos y proyectos de código abierto, que facilitan el acceso a los datos de las investigaciones y las publicaciones científicas”. OpenCovid y Deep Mind son ejemplos de aplicaciones de código abierto a disposición de los investigadores.



Para la experta, los datos son el petróleo del S.XX, “IA en Dermatología necesita de datos, de muchos y buenos datos”. Seguidamente, pasó a hablar de regulación y del nuevo espacio europeo de datos sanitarios, “no existe una gobernanza global de los datos sanitarios a nivel de la UE, una estrategia europea tendría que incluir: definición de los procesos mínimos de preservación de la privacidad y la ciberseguridad, definición de los estándares mínimos de interoperabilidad y control de calidad de los datos sanitarios, definición de las áreas y fuentes de datos, incluyendo los datos del sector no sanitario, establecimiento de la confianza interorganizacional y entre niveles para el intercambio de datos, garantizar la responsabilidad ante los ciudadanos y asegurar su participación y apoyo y una Ley de Gobernanza de Datos (DGA)”, explicó.

Según contó Pérez, un caso de éxito en este sentido es Aragón, que “quiere impulsar su capacidad de analítica de datos siguiendo la estrategia nacional, y también integrar aquellos datos que provienen de telesalud, telemonitorización y cuidados integrados en su historia clínica electrónica”.

Para finalizar, la jurista e investigadora analizó los riesgos y desafíos en materia de protección de datos personales y privacidad como el “mercado negro de datos en salud, hackeo, falsificación de datos...”. También explicó detalladamente las garantías que deben cumplirse a la hora de proteger los datos, del principio de transparencia y legal design, y del principio de minimización de datos y la anonimización en investigación biomédica, que “será obligatorio cuando se trate de datos sensibles, de datos de salud, cuando se trate de datos de control de acceso público a gran escala y siempre que pueda afectar a los efectos jurídicos de las personas”.



A propósito de la Dermatitis Atópica en Madrid



De izda. a dcha.: María José Calvo, subdirectora general de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de Madrid; Belén Delgado, vicepresidenta de AADA; José María Martínez, presidente de *New Medical Economics*; M^a Ángeles Gómez, jefa de Área de Coordinación de Proyectos de Humanización de la DG de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de Madrid; Pedro Herranz, jefe de Servicio de Dermatología del HU de La Paz; y Francisco J. Rebollo, *senior medical manager* Inflamación e Inmunología - Área de Dermatología en Pfizer Spain.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que suele cursar en forma de brotes. Se puede presentar en sujetos de todas las edades, pero es mucho más frecuente en la edad pediátrica.

La calidad de vida de estos pacientes suele verse afectada por la enfermedad, como consecuencia de síntomas como el picor, la interrupción crónica del sueño y los problemas psicológicos, a lo que se suma el estigma que supone su padecimiento, especialmente en sus formas más graves

El diagnóstico de la DA suele ser clínico, a través de un examen completo de la piel, además de interrogar a los pacientes por antecedentes personales y familiares sobre atopia y otros posibles síntomas acompañantes.

Pero al no existir pruebas específicas para determinar si una persona tiene o no dermatitis atópica, las pruebas están encaminadas a descartar otras enfermedades.

Para debatir sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con dermatitis atópica, así como la colaboración con la Administración y las entidades de pacientes, contando con la participación de todos los agentes implicados y para conocer las perspectivas de las diferentes comunidades autónomas en este ámbito, *New Medical Economics* en colaboración con Pfizer ha organizado este ciclo de reuniones, esta vez centrada en Madrid.

ILUNION-Grupo Social ONCE acogió esta jornada que tuvo lugar el pasado 15 de junio de 2022, los expertos con los que se contaron fueron: María José



Calvo Alcántara, subdirectora general de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de Madrid; Belén Delgado Díez, vicepresidenta de AADA (Asociación de Afectados por la Dermatitis Atópica); M^a Ángeles Gómez Mateos, jefa de Área de Coordinación de Proyectos de Humanización de la DG de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de Madrid; Pedro Herranz Pinto, jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de La Paz; y Francisco J. Rebollo Laserna, *senior medical manager* Inflamación e Inmunología - Área de Dermatología en Pfizer Spain. El encuentro estuvo moderado por José María Martínez García, presidente de *New Medical Economics*.

La primera pregunta que el moderador lanzó a los ponentes fue sobre la situación de Madrid en relación con los pacientes con dermatitis atópica. En este sentido, María José Calvo subrayó que desde el ámbito de la gestión de la farmacia “las líneas fundamentales de nuestra estrategia son la información y la formación a todos los médicos, tanto de Atención Primaria como de hospital. En dermatitis tenemos la suerte de contar con nuevos medicamentos que hasta ahora no teníamos y esto nos facilita alternativas de tratamiento”. Por su parte, M^a Ángeles Gómez dijo que: “en Madrid se acaba de presentar el segundo plan de humanización. Se trata de planes ambiciosos, transversales y en los que han participado, tanto en el primero como en el segundo: pacientes, familiares, asociaciones de pacientes, además de profesionales y directivos. Esto le da una visión muy importante de todos los actores implicados”. En la misma línea, Belén Delgado comentó que “es cierto que en los últimos tiempos hemos ido mejorando en la implicación que tenemos los pacientes en la elaboración de los planes de humanización”.

“¿Cómo está evolucionando la financiación de los medicamentos?”, cuestionó el moderador a los expertos. En este punto María José Calvo indicó que los medicamentos que hay concretamente en dermatitis atópica grave están dando buenos resultados, sin embargo, “es verdad que el coste por paciente es alto, pero este es el precio de la innovación. Si el valor que aportan realmente cubre ese coste, habrá que asumirlo”. “Madrid, en cuanto a accesibilidad a la innovación estaría entre las comunidades más punteras”, añadió María José.

Pedro Herranz Pinto se mostró ilusionado por los avances que se están cumpliendo en el tratamiento de la enfermedad, pero detalló que “queda un enorme camino porque estamos hablando de una enfermedad tan clásica en dermatología como desconocida”. Como bien explicó este experto “es vital disponer de fármacos avanzados, que son capaces de cambiar la vida a la gente, pero tenemos la responsabilidad de gestionarlo entre todos”. Sin embargo, Belén Delgado lamentó que no exista financiación para las cremas y los emolientes, “que son un producto básico para los pacientes con dermatitis leve, moderada o grave y que terminan suponiendo un gran gasto”. Por su parte, Francisco J. Rebollo señaló que “desde el punto de vista de la industria, se está trabajando en dos líneas: una a nivel de los tratamientos y otra a nivel de dar a conocer más información sobre la patología, sobre la propia enfermedad”.

José María Martínez preguntó sobre un estudio cuyas conclusiones muestran un bajo consenso entre los diagnósticos que realizan los profesionales. Pedro Herranz explicó que los dermatólogos se encuentran ante un gran desafío puesto que “estamos aprendiendo que el paciente con dermatitis atópica es un paciente que tiene tantas manifestaciones clínicas asociadas y tan polimorfo que posiblemente estamos hablando de más enfermedades”. “Puede aparecer la enfermedad en una edad temprana, pero también encontramos a pacientes adultos que sin ninguna comorbilidad atópica debutan de una forma terrible y es difícil asociar estos pacientes a un diagnóstico diferencial común porque cada uno tiene sus peculiaridades”, añadió el jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz.

La siguiente cuestión que formuló el moderador fue sobre si el médico de Atención Primaria está preparado para diagnosticar cuando hay una dermatitis atópica. Pedro Herranz señaló que “tenemos los mejores especialistas de Primaria y que están trabajando diez veces más, al límite de su capacidad. Están interesadísimo en la formación en dermatitis atópica porque ellos ven el problema y para los especialistas son un apoyo fundamental. Además, el flujo de pacientes es bidireccional entre la Especializada y Atención Primaria”. En la misma línea, María José Calvo añadió que “la relación y la continuidad asistencial para el paciente es fundamental y disponemos de grandes



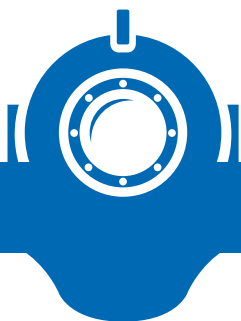
Participantes expertos durante la jornada de debate 'A propósito de la Dermatitis Atópica'.

mejoras, porque ahora tenemos e-consulta, en la que un médico de familia puede hacer una consulta telemática al especialista, le puede adjuntar una foto y el especialista le puede responder”. “Es verdad que hay que poner estas herramientas telemáticas en manos de los pacientes y formarles en las mismas, porque no toda la población puede acceder a ellas”, añadió Calvo.

La cuestión sobre la realización de pruebas genéticas fue otro de los puntos álgidos de este encuentro de expertos. Pedro Herranz confirmó su realización, pero señaló que “los pacientes no pueden esperar a la prueba genética. Debemos centrarnos en la piedra filosofal que es categorizar a los pacientes y biomarcarnos de forma que lo que cada paciente requiera podamos ofrecérselo desde el minuto cero”. En cuanto a la sensibilización por parte de la sociedad con esta enfermedad, Belén Delgado explicó que se

trata de uno de los pilares básicos de la asociación: “Nos enfocamos en informar al paciente, apoyarlo y sensibilizar a la población porque es una enfermedad frecuente en términos leves de la que todo el mundo tiene alguna opinión y muchas veces se banaliza”.

Como conclusión, M^a Ángeles Gómez Mateos subrayó que “dentro del plan estratégico de humanización le estamos dando mucha importancia a demostrar que hay evidencia científica detrás del concepto de humanización. Cada vez hay más vivencia de que todo esto es importante, que la calidad de vida es importante y cómo este tipo de medidas que tienen que ver con la humanización, con este trato individualizado al paciente, con una atención holística, con los equipos multidisciplinares, en entornos adecuados, con accesibilidad, con información, tiene mucho sentido. Para nosotros es fundamental demostrar que repercute en la emoción del paciente y produce al final un resultado en su salud”.



Los trasplantes de órganos sólidos en la Comunidad de Madrid, a debate



De izda. a dcha.: Francisco del Río Gallego, Coordinador Autonómico de la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de la Comunidad de Madrid; Daniel Gallego, presidente de ALCER y de la Asociación Europea de Pacientes Trasplantados Renales; Dolores Querol Manzano, directora médica de Chiesi España; José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*; y César Gómez, gerente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Un trasplante consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente procedente de un donante fallecido o en vida. Hoy en día constituye una técnica médica muy desarrollada que logra magníficos resultados para los receptores. No obstante, necesita obligatoriamente la existencia de donantes: sin la solidaridad de los donantes no hay trasplantes.

España es el país con mayor tasa de donación de todo el mundo, por ello el modelo español de funcionamiento de los trasplantes es considerado mundialmente un ejemplo a imitar y de hecho se está implantando en gran parte del mundo.

Cada día en torno a 900 personas en la Comunidad de Madrid están esperando poder ser trasplantadas para seguir viviendo o mejorar la calidad de su vida.



De izda. a dcha.: Daniel Gallego, presidente de ALCER y de la Asociación Europea de Pacientes Trasplantados Renales; Dolors Querol Manzano, directora médica de Chiesi España; José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*; y Francisco del Río Gallego, Coordinador Autonómico de la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de la Comunidad de Madrid.

Las elevadas tasas de donación en esta región posibilitan realizar anualmente alrededor de 750 trasplantes de órganos; sin embargo, no son suficientes para paliar las necesidades de todos los pacientes a los que se les indica el trasplante como mejor alternativa de tratamiento. Además, la Comunidad de Madrid es pionera en el desarrollo de un programa de colaboración interhospitalaria en trasplantes de hígado, con recuperación de órganos con poca viabilidad a través de una novedosa técnica exvivo (dispositivo que valida las condiciones del órgano y recupera su funcionalidad). Esto no podría ser posible sin la

Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de la Comunidad de Madrid, donde trabajan en la formación de equipos itinerantes que se desplazan a cualquier hospital de la región o incluso de España, bajo la coordinación de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Todos los hospitales de la Red Pública de la Comunidad de Madrid están acreditados como centros extractores de órganos y cada uno cuenta con su coordinador. Una vez es autorizada la donación por la familia se pone en marcha el dispositivo.

Para analizar y debatir sobre los puntos básicos que definen el modelo de trasplantes de órganos sólidos en la Comunidad de Madrid, *New Medical Economics*, con el patrocinio de Chiesi, ha organizado este encuentro de expertos que tuvo lugar en el Hospital Universitario Infantil Niño Jesús y que contó con ponentes de primer nivel, entre ellos: Daniel Gallego Zurro, presidente de ALCER y de la Asociación Europea de Pacientes Trasplantados Renales; Enrique Morales, médico adjunto del Servicio de Nefrología del Hospital 12 de Octubre de Madrid; Eva Pérez Bech, presidenta de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH); Dolors Querol Manzano, directora médica de Chiesi España; y Francisco del Río Gallego, coordinador autonómico de la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de la Comunidad de Madrid. Este encuentro estuvo moderado por José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*.

Previo al acto, César Gómez, gerente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús dio la bienvenida a la mesa de debate 'Trasplantes de Órganos Sólidos: Organización y Coordinación' agradeciendo a cada uno de los ponentes expertos.

La primera pregunta que el moderador realizó a todos los ponentes fue sobre la descripción general del funcionamiento de trasplantes de órganos de la Comunidad de Madrid. Francisco del Río afirmó que la Comunidad de Madrid tiene una de las tasas de trasplantes más altas del mundo, "está por encima de todos los países de la Unión Europea". En cuanto a la donación, el experto contó que Madrid también es muy potente, pero hay ciertas áreas de mejora "tenemos que incrementar todavía más la tasa de donación".

En la misma línea, Daniel Gallego subrayó que "hay áreas de mejora porque buscamos la excelencia. Ojalá lleguemos un día a que no haya listas de espera". La función de FNETH en este sentido es de acompañamiento, "ayudamos a esas familias que vienen de fuera para empezar su proceso de trasplante en Madrid", indicó Eva Pérez. Según Enrique Morales hay que unificar criterios de qué pacientes pueden optar realmente a un trasplante, "también tenemos que conseguir reducir el tiempo de espera hasta el trasplante". Y Dolors Querol afirmó que dentro del



César Gómez, gerente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús durante la bienvenida a la mesa de debate.

ADN de Chiesi está el dar apoyo a todos los pacientes "intentamos sumar en este proyecto de mejora continua".

"¿Se da prioridad a los trasplantes en los Planes de Salud de la Comunidad de Madrid?", cuestionó Martínez a los expertos. Francisco del Río considera que sí, "pero se echan en falta recursos", también reconoció el papel tan importante que tienen las asociaciones de pacientes. Por su parte, Enrique Morales dijo que hay hospitales en Madrid donde la tasa de donación es muy baja, "hay que trabajar más en ello, dotar de incentivos a los profesionales sanitarios y mejorar la bidireccionalidad entre los hospitales en los que hay trasplantes y los que no". Desde ALCER reivindican que todas las pruebas se realicen en menos de 3 meses "el trasplante es una orquesta sinfónica que tiene que estar muy bien dirigida". Además, Daniel Gallego contó que desde las asociaciones fomentan la donación de órganos a pie de calle, "se pueden

salvar 8 vidas con una sola persona”. Para Eva Pérez el coordinador de trasplantes es “una figura esencial que vela por el donante durante todo el proceso e incluso cumpliendo las peticiones de la familia si las hubiera”.

La coordinación entre niveles asistenciales a la hora de realizar un trasplante fue otro de los puntos de este encuentro. Para Dolors Querol es una asignatura pendiente, no solo en trasplantes sino para muchas áreas, “cuanto mejor estemos alineando estos niveles asistenciales será mejor para todos”. Enrique Morales considera que hay que fomentar la donación: “debería formar parte de la vida de uno”. Desde ALCER van al colegio, su campaña se llama ‘Gen donante actívalo’, “son futuros donantes, hay que fomentar todos estos procesos de donación y de solidaridad porque todo el mundo seremos pacientes”. Para Eva Pérez, lo importante es hablarlo y concienciar, al igual que ALCER desde FNETH se realizan unas 850 charlas anuales donde además de la información se destaca la necesidad de hablar de la donación en casa para que desde ese momento ya haya concienciación sobre la donación de órganos. Desde Madrid, según contó Francisco del Río, han empezado una campaña desde los ayuntamientos, “empezaremos después del verano”.

En cuanto al seguimiento de los tratamientos, según Francisco del Río, los equipos responsables de cada programa de trasplantes son los encargados de realizarlos “en Madrid tenemos un registro de enfermos renales, no solo para hacer un seguimiento clínico sino también de resultados, parar ver si estamos en estándares internacionales... de la adherencia también se ocupan estos mismos profesionales”, señaló. Por su parte, Dolors Querol compartió que “desde Chiesi trabajamos en proyectos que ayuden a mejorar la adherencia terapéutica y como consecuencia el control de las patologías de los pacientes y además colaboramos con la comunidad médica fomentando encuentros con expertos internacionales, como es el ‘Transplant Care’”. Según Daniel Gallego lo que importa al paciente es la percepción de la realidad, “desde el punto de vista humano nos preocupa la calidad de vida y si podremos mantener la vida normal después del trasplante”. “Los pacientes nos solicitan información, apoyo y ayuda, hay que ver el trasplante desde un punto de vista holístico incluyendo todos los

aspectos que un trasplante impacta en la vida del paciente, un trasplantado es más que una analítica, a veces las jóvenes trasplantadas pueden llegar a tener o sentir un estigma por la cicatriz que puede llegar hasta tener una baja autoestima”, piden ayuda y formación, muchas chicas jóvenes trasplantadas tienen falta de autoestima”, comentó Eva. En este sentido, Enrique Morales afirmó que hay que trabajar más en el paciente experto y le gustaría ver avances en los tratamientos, “que haya un tratamiento personalizado para cada paciente”.

La Atención Primaria en materia de trasplantes de órganos es el primer escalón, pero “están lejos de este tipo de soluciones”, contó Francisco del Río. Según Daniel Gallego “tenemos que concienciar a AP para que pueda derivar a tiempo y así no llegar al trasplante”.

“Para ser donante no hay ninguna edad cronológica”, dijo Francisco del Río, y continuó: “hay pacientes que a los 85 años tienen muy buena condición, pero hay que valorar cada órgano y cada paciente”.

Con respecto a la colaboración público-privada, Daniel Gallego y Francisco del Río, indicaron que la ONT ya tiene un acuerdo con la sanidad privada desde el año pasado para ampliar el número de centros. “De momento se va a hacer en el ámbito de la donación, la medicina privada debe participar”, contó Francisco del Río. Dolors Querol señaló que “con el fin de mejorar la asistencia sanitaria resulta esencial desarrollar los instrumentos necesarios para la colaboración público-privada”.

Para finalizar la jornada Martínez puso sobre la mesa el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes. “En España no existe el tráfico de órganos porque tenemos una legislación durísima, pero en otros países sí.”, contó del Río. Para Daniel Gallego, con esto viene un tema bioético importante, “la ONT quiere poner 2 años de residencia legal en España para poder recibir un trasplante”.

Este encuentro ha servido para poder crear un espacio común entre profesionales de la salud, asociaciones de pacientes y organismos de la administración para avanzar de manera conjunta en el manejo del trasplante desde diferentes perspectivas, visiones y expectativas.

Enfermedades Raras: Presente y Futuro

Grupo de Trabajo y Debate

6

Julio

16:00-17:30h

OBJETIVO

Debatir y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con patologías poco frecuentes, contando con la participación de todos los agentes implicados, desde la perspectiva nacional y autonómica, concretando en Cataluña.

PARTICIPANTES

María Camprodón Gómez, Especialista del Servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario Vall d'Hebron

Jorge Francisco Gómez Cerezo, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Sofía y miembro del Grupo de Enfermedades Minoritarias de la SEMI

Caridad Pontes García, Gerente del Medicamento del Servei Català de la Salut

Assumpta Ricart Conesa, Gerente de Procesos Integrados de Salud, del Servei Català de la Salut

Ana Ripoll i Navarro, Delegada de FEDER Cataluña

Josep Torrent-Farnell, Coordinador de Enfermedades Minoritarias y Medicamentos Huérfanos en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Moderador: **José María Martínez García**, Presidente de *New Medical Economics*

INSCRIPCIÓN

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#EERRNME

Organiza:



Colabora:





RRHH - GESTIÓN DE PERSONAS



Vaya despertar...

Jaime Puente C.

Me despierto y ¡es de día! hay mucha luz en la habitación y no entiendo por qué no ha sonado la alarma.

Cojo el móvil para cerciorarme y está apagado ¿por qué? ... le pregunto a Alexa qué hora es... Alexa no me contesta...

Una buena ducha seguro que me despierta del todo...

El calentador inteligente no funciona, está bloqueado.

Preparo un café y pongo la televisión para ver las noticias... que, de una manera extraña, rara, con rayas como, la televisión de los años 80, el presentador con colores difuminados anuncia que Internet no funciona en el mundo, que hay un problema en los servidores de no sé qué.

Bueno, esto será cosa de poco tiempo porque algo tan importante no puede dejar de funcionar.

Cojo la moto y me voy a trabajar.

La calle es un caos; los semáforos no funcionan, los coches se pitan, se gritan las personas y amenazan con tirarse los teléfonos unos a otros, teléfonos sin conexión y que obsesivamente todo el mundo no deja de mirar.

Sorteando vehículos, peatones, semáforos y calles llego a la oficina y mi móvil, sigue sin funcionar.

Tengo mucho trabajo por hacer, llamadas, (solo recuerdo mi número de teléfono), correos, citas, videoconferencias, lecturas...uf, empiezo a agobiarme porque no puedo hacer nada, mi ordenador está en blanco.

Salgo a la calle de nuevo para tratar de relajarme de tanto estrés y me encuentro con algunas personas que discuten con los tenderos del barrio, porque no tiene mercancía, ni alimentos, porque los pedidos no han llegado y los suministros se han cortado, con lo cual están intentando gestionar el stock que tienen o cerrar las tiendas.



Surgen noticias en la calle de manera espontánea sobre el crack financiero mundial, hospitales colapsados, transportes inoperativos, empresas bloqueadas...buf...qué angustia.

Un golpe en el hombro con cierta violencia me hace abrir los ojos de una manera brusca de par en par, es mi perro y me doy cuenta de que estaba dormido, que había tenido un sueño o una alucinación. Mi corazón late con más fuerza ante el susto y el agobio...

- "Alexa, ¿qué hora es?"

- "Son las siete y diecinueve minutos"

Respiro, miro el teléfono y tengo varios correos pendientes... ¡Qué susto! No podría vivir sin Internet.

Mientras desayuno escucho una noticia que me vuelve a intranquilizar:

"La Administración de Johnson alcanzó un acuerdo por 120 millones de libras esterlinas, alrededor de 148 millones de dólares, con Ruanda para enviar a algunos inmigrantes, que llegaron a suelo británico de forma irregular, al cruzar el Canal de la Mancha en pequeños botes desde otros puntos de Europa y tras partir de naciones de África y Oriente Medio". "Las organizaciones civiles destacan que la lista incluye

a ciudadanos que huyeron de países con una cruda situación en materia de derechos humanos como Afganistán, Siria, Irán e Irak”.

¿Y los mandan a Ruanda? Entre Hutus, Tutsis y a un país con uno de los índices más bajos de supervivencia, estando en el número 137 entre 190 países.

Me pregunto, dejando entrever una sonrisa socarrona ¿quién va a recibir los 140 millones de dólares? Casi con seguridad que van a ser los repatriados.

Vaya mañana....

Sigo escuchando noticias y me doy cuenta de que vivo en un país desarrollado, con empresas sólidas y en crecimiento, con startups de jóvenes con futuro, con más estudiantes universitarios que nunca, con una oferta de empleo como por ejemplo en “la Comunidad de Madrid 8.000 funcionarios para colegios públicos e institutos, 9.600 para instituciones sanitarias, 44.788 para AGR, Policía Nacional, Justicia, etcétera, 7.757 de contratos indefinidos en Correos...”, esto es lo que hay.

Y sigo leyendo el libro blanco sobre *Formación Profesional de la Comunidad de Madrid* donde, “este Libro Blanco establece siete ejes estratégicos ambiciosos, desarrollados a su vez en 30 estrategias específicas, que se concretan en más de 200 acciones que, a medio plazo, pretenden garantizar que las personas adquieran, consoliden y actualicen las competencias que precisan para insertarse y prosperar en el mercado laboral, en particular, y en la sociedad, en general”.

¡Genial! Desde luego hoy no me voy a quejar del calor sofocante de Madrid, del precio de la gasolina, de la electricidad, del endeudamiento o de los políticos que se hacen oposición a sí mismos, etc.

A nosotros lo que nos interesa es que podamos seguir teniendo Internet, coche, dinero para sobrevivir y salir a la calle como si no hubiera un virus por ahí rondando y por supuesto, este verano que vamos a tomar las playas y sus chiringuitos como si nunca hubiera un mañana y llenarnos de besos y abrazos con cualquier persona que se deje y aunque no

se dejen mucho, también. Hay que celebrar... algo, siempre hay que celebrar en este país.

Las ventas de migrantes solo nos preocupan el tiempo en el que leemos la noticias. Las desigualdades sociales son de otros países. Los problemas económicos dicen los políticos que son coyunturales, con lo cual no hay que preocuparse, que otros están peor. Los virus que siguen produciendo cientos de muertos, hay que tomarlos como un simple resfriado y por favor que no publiquen las cifras que alguien se pone nervioso. Los Pegasus y los espías es como ver una película de John Le Carre en tiempo real, qué divertido. La violencia de género dura lo mismo que una manifestación con flores en la puerta de las víctimas, porque luego hablamos y recordamos estos hechos deleznable (para mí), tomando unas cañas.

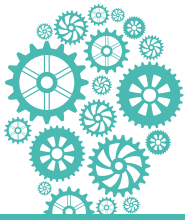
Existen sueños distópicos que se pueden hacer realidad y a los que nunca sabremos cómo enfrentarnos porque no estamos preparados para ello y existen desigualdades en el mundo con las personas que aun teniendo un valor económico nunca lo tendrán en el ámbito social y humano.

Por eso, debemos decidir dónde y cómo queremos vivir y mientras nos dejen hagamos todo lo posible por crear un mundo y una sociedad equilibrada, dialogante, sostenible y donde los poderes dominantes no interrumpan nuestro sueño.

Y desde luego que lejos está Ruanda ¿no? y por supuesto el que no quiera trabajar no será por falta de recursos o de ofertas... hay tantísimas... será porque no quieren, estos jóvenes cada día son más vagos.

Vaya despertar...

Socio director de Besideu
jpunte@besideu.es



¿De qué hablamos cuando hablamos de medicina digital?

Verónica Pilotti de Siracusa

Hablamos de recopilación de datos clínicos

Con el mayor uso de nuevas tecnologías digitales, ha aumentado la cantidad de datos clínicos que se recopilan. La gestión de los datos de médicos, su análisis y las conclusiones a las que conducen, brindan muchas oportunidades para dar soporte a las decisiones clínicas y para la gestión de programas de salud aplicables a la población.

Algunos ejemplos de los esfuerzos de los gobiernos por digitalizar la salud y explotar los datos recogidos son:

- “Internet Plus” es un concepto en el sistema de salud chino que se basa en el análisis de datos del mundo real de los hospitales para ayudar a respaldar el desarrollo de nuevas políticas/reformas de atención médica.
- El “National Digital Health Blueprint (NDHB)” se creó como un plan detallado para la transición de India hacia la salud digital.
- La ley “Digitale Versorgung Gesetz” en Alemania proporciona una base para brindar una mejor atención médica con el apoyo de herramientas digitales innovadoras.

¿Cuáles son los retos a los que nos enfrentamos en cuanto al uso de los datos clínicos?:

- Hay que deshacerse de las plataformas digitales antiguas y menos eficientes y reemplazarlas por tecnologías innovadoras, reduciendo el costo y complejidad actual.
- Se debe mejorar el entorno regulatorio en torno a la ciberseguridad y la privacidad de los datos.
- La adaptación del personal sanitario a las tecnologías digitales es un proceso lento.
- La aparición de nuevos actores dentro del mercado de la salud, proveedores de servicios y soluciones, relacionados con las tecnologías digitales.

Hablamos de Inteligencia Artificial aplicada a la medicina

La IA tiene muchas aplicaciones diversas en el cuidado de la salud y tiene poder real para transformar la industria. Estas aplicaciones van desde el diagnóstico y la gestión de la atención del paciente, incluido el apoyo en la toma de decisiones clínicas y los equipos médicos robóticos, hasta el desarrollo de fármacos y los ensayos clínicos. Los beneficios de las herra-

mientas basadas en IA se verán impulsados por un aumento en la disponibilidad de infraestructura tecnológica.

Se espera que la IA aplicada en la salud se convierta en una industria de 11.4 mil millones de dólares para 2024.

La inteligencia aumentada, que es un patrón de diseño mixto de personas e inteligencia artificial (IA) para un modelo centrado en las personas, mejorará el rendimiento cognitivo, incluido el aprendizaje, la toma de decisiones y nuevas experiencias.

Hay ejemplos de los avances realizados en este campo:

- Us2.ai: Herramienta para automatizar la lucha contra las enfermedades del corazón con software de IA que simplifica y hace accesible la ecografía del corazón, el método diagnóstico más utilizado para la detección del riesgo cardiovascular.
- Companion: un asistente virtual empático para los pacientes, desarrollado para mejorar la participación del paciente en los ensayos clínicos y la práctica estándar a través de la IA empática.
- Proyecto de IA para diagnóstico de retinopatía diabética de Hospital Universitario Nuestra Sra. De la Candelaria que, mediante la aplicación de inteligencia artificial, que permite identificar diferentes grados de retinopatía diabética con un alto porcentaje de acierto y de esta manera, ayudar al diagnóstico de los pacientes y en consecuencia optimizar el tratamiento.
- CHICA: es el sistema de apoyo a la toma de decisiones pediátricas más estudiado del mundo. Múltiples ensayos controlados aleatorios han demostrado su eficacia clínica.

Algunas de las dificultades que nos encontramos:

- La disponibilidad de infraestructura que permita la implementación de programas de IA en los sistemas de salud.

- La desigual capacidad de almacenamiento y uso seguro de datos, que está creciendo exponencialmente.
- La necesidad de que directivos de alto nivel, en la asistencia sanitaria, asuman el reto de incorporar IA en sus planes estratégicos.
- Falta de financiación de proyectos de inteligencia aumentada (patrones de diseño mixto de personas e inteligencia artificial para un modelo centrado en las personas).
- Escasa integración (de todos los datos clínicos), implementación (intra y extrahospitalario) y herramientas legales (salvaguardar la privacidad del paciente).
- Posibles cambios en el mercado de la salud debido a los cambios en las soluciones desarrolladas y en los prestadores de servicios.

Hablamos de Ética aplicada a los datos digitales

Es responsabilidad de los gestores de salud pre-ocuparse y ocuparse del manejo adecuado de los datos confidenciales de los pacientes, incluida su recogida, almacenamiento, uso y uso compartido.

El valor económico de los datos está aumentando rápidamente y esta situación enfrenta a los directivos de salud con las obligaciones éticas, las responsabilidades sociales y los valores organizacionales como guías para hacer un uso apropiado de los datos cuando encaran nuevos proyectos digitales.

Las distintas administraciones se están focalizando en regulaciones y restricciones de la privacidad de los datos clínicos y ha obligado a los prestadores de servicios digitales a analizar y replantearse la forma en que manejan los datos de sus consumidores e implementan las medidas de seguridad. Las empresas que sean transparentes con la forma en que utilizan los datos clínicos tendrán una ventaja comercial competitiva.

Para 2023, se espera que el 65 % de los datos del mundo estén protegidos por regulaciones.



Ejemplos de la implementación de regulaciones con respecto a la privacidad de datos son:

- En 2018, la Oficina de Derechos Penales (OCR) de EEUU resolvió 10 casos de privacidad de datos y obtuvo una sentencia, por un total de 28,7 millones de dólares.
- El Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en Europa establece que para que el procesamiento de datos personales sea justo y legal, debe ser transparente. En la práctica, esto significa que se debe especificar en la declaración de privacidad el "cómo, por qué, dónde y qué" harán con los datos recogidos.

¿Cuáles son los retos a los que nos enfrentamos con respecto al manejo de la privacidad de los datos?:

- Riesgos incurridos debido a violaciones de la privacidad (multas, pérdidas de reputación, interrupción operativa, acciones legales y pérdida de datos).
- Problemas relacionados con la invisibilidad del rastreo de datos (huella digital).
- La acumulación de datos a lo largo del tiempo.
- La utilización comercial de los datos.
- Las dificultades que entraña garantizar el anonimato de los datos.

Hablamos de ciberseguridad

La ciberseguridad se define como los conceptos y las medidas que se toman para proteger los datos de

las amenazas en línea y prevenir las filtraciones de datos. Dentro del ámbito de los sistemas de salud, la ciberseguridad se ha vuelto cada vez más importante debido al aumento del almacenamiento y procesamiento digital.

Con el aumento del uso de soluciones basadas en nubes existe un mayor riesgo conocido de posibles ataques cibernéticos. Por lo tanto, es imperativo que las organizaciones tengan recursos sólidos para respaldar su tecnología y también políticas y procedimientos establecidos para garantizar la seguridad de los datos.

En términos económicos, los huecos en los sistemas de seguridad y la filtración de información sanitaria suponen un coste mundial de 6,5 millones de dólares, aproximadamente 5,5 millones de euros, de media en los últimos 5 años.

Algunos ejemplos de incidentes en ciberseguridad que nos recuerdan que aún el sistema es vulnerable son:

- Dos incidentes separados en dos importantes organizaciones de atención médica de EE. UU. dieron como resultado que los datos personales de más de 190 000 pacientes se vieran comprometidos luego de un ataque cibernético contra un proveedor de software en la nube externo.
- En diciembre de 2020, se lanzó un ciberataque a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) que resultó en el robo de documentos relacionados con la vacuna BioNTech COVID-19. Los detalles completos relacionados con lo que fue robado nunca se publicaron.
- En julio del 2021 se produjo un fallo de programación en el portal del certificado COVID de la Comunidad de Madrid que provocó que los datos personales de miles de ciudadanos quedaran al descubierto. La incidencia no afectaba a datos clínicos y por supuesto no comprometía la alteración alguna de información en las bases de datos, y se debió a la subida de una actualización que pasó los protocolos de pruebas, pero que duran-

te el proceso de puesta en marcha generó una brecha.

Pero quedan pendientes de encontrar soluciones sólidas e los riesgos que existen:

- Secuestro de datos.
- Violaciones de datos.
- Sabotaje interno.
- Ciberataques.
- Infraestructura técnica insuficiente e ineficiente.
- Vulnerabilidad de las soluciones basadas en la nube.

Hablamos de compromiso del paciente con el mantenimiento de su salud

A medida que los pacientes se involucran más en el manejo de su salud, el sistema de salud tiene mayores oportunidades para expandirse a áreas como autodiagnóstico, monitorización remota usando dispositivos portátiles y manejo remoto de enfermedades crónicas.

Algunos ejemplos representativos de estos nuevos tipos de desarrollos de salud digital en el hogar son:

Masimo SafetyNet Alert, un sistema de alerta y monitoreo de oxígeno en la sangre, Puede beneficiar a quienes pueden experimentar niveles bajos de oxígeno, incluidas las personas que toman opioides u otros medicamentos sedantes, las personas con afecciones respiratorias como asma, EPOC y enfermedad pulmonar, y las personas que se están recuperando del COVID-19.

TestCard: una solución de prueba en el hogar que brinda resultados inmediatos a bajo costo al proporcionar un kit de prueba de orina no invasivo integrado en una tarjeta postal, con una aplicación móvil que lo acompaña que convierte la cámara de un teléfono móvil en un escáner de grado clínico.

Babyscripts es una plataforma virtual de atención de maternidad que permite brindar un nuevo modelo de atención prenatal y posparto. A través del uso de una aplicación móvil y herramientas de monitorización remota de pacientes, se pueden reducir la cantidad de visitas prenatales presenciales de 12 - 14 a 4 - 6 para pacientes embarazadas.

CoachCare es una plataforma que impulsa aplica a muchas especialidades, incluido la pérdida de peso, la cirugía bariátrica, el manejo del dolor y la atención quiropráctica, y otras condiciones en las que el paciente puede incorporar un sistema de monitorización de salud virtual completo y personalizado en su práctica.

Zio de iRhythm es una plataforma de monitorización continua cardíaca ambulatoria diseñado para diagnosticar las arritmias cardíacas de pacientes con amplio espectro de riesgo. Incluye un biosensor portátil pequeño y resistente al agua que encierra un chip y dos electrodos, recopilando un registro de electrocardiograma continuo e ininterrumpido.

La consciencia de la población con respecto a las medidas que puede implementar para mantener el cuidado de su salud va aumentando año tras año, pero no está exento de desafíos por superar:

- Los pacientes son menos tolerantes a los retrasos e ineficiencias del sistema, por lo que las soluciones digitales deben ser fiables y amigables con el usuario.
- Siempre hay resistencia al cambio, especialmente en poblaciones más envejecidas y menos digitales.
- Las políticas regulatorias son obsoletas, muchas de estas limitan la transición.
- Existe falta de confianza y transparencia entre los actores (prestadores de servicios digitales, usuarios de servicios digitales).
- Escasez de recurso humano cualificado e infraestructura eficiente que demora el desarrollo e implementación de la medicina digital.

Bibliografía

1. <https://journalofbigdata.springeropen.com/articles/10.1186/s40537-019-0217-0>
2. <https://resources.moredirect.com/white-papers/idc-report-the-digitization-of-the-world-from-edge-to-core>
3. <https://www.hcinnovationgroup.com/clinical-it/electronic-health-record-electronic-medical-record-ehr-emr/article/13031047/revolutionizing-healthcare-how-nontraditional-players-are-shaking-up-the-sector>
4. <https://medium.com/ezovion/national-digital-health-blueprint-ndhb-implementation-is-the-need-of-the-hour-an-overview-4b3fad1a81b4>
5. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/transforming-healthcare-with-ai>
6. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/transforming-healthcare-with-ai>
7. <https://www.frost.com/news/press-releases/600-m-6-billion-artificial-intelligence-systems-poised-dramatic-market-expansion-health-care/>
8. <https://www.reuters.com/article/us-cybersecurity-hospitals-idUSKCN0HJ21I20140924>
9. <https://www.healthcareitnews.com/news/guide-connected-health-device-and-remote-patient-monitoring-vendors>
10. https://www.eldiario.es/tecnologia/madrid-pago-225-000-euros-indra-sistema-filtro-datos-personales-error-novato_1_8117493.html

Especialista Clínico de Ventas en Masimo
vpilotti@masimo.com

¡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



ENTREVISTA

Pedro Irigoyen Barja, Director de Gestión Económico-Financiera y Farmacia del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

“Es muy importante que los gestores públicos hagamos un uso responsable y racional de los gastos”



José María Martínez García y Pedro Irigoyen Barja.

Apenas lleva un año en el cargo y es la primera vez que entra en contacto con el mundo de la Sanidad, pero Pedro Irigoyen tiene muy claro qué hacer para liderar la Dirección de Gestión Económico-Financiera y Farmacia del SERMAS, su amplia trayectoria laboral en el ámbito ministerial lo avala. En esta entrevista para *New Medical Economics*, entre otras cuestiones, ha expuesto su hoja de ruta y ha contado en qué proyectos está inmerso en la actualidad.

¿Cuáles son sus líneas estratégicas para liderar la Dirección de Gestión Económico-Financiera y Farmacia del SERMAS?

Como gran referencia, sería maximizar los resultados en salud minimizando los costes. Los objetivos de la sanidad son tres: paciente, paciente y después sostenibilidad. El primero sería el paciente actual, el segundo el paciente futuro y el tercero, para poder atender al paciente potencial y al paciente futuro, se necesita de la sostenibilidad.

Va a cumplir un año en este cargo, ¿qué balance puede hacernos?

Soy economista, después estudié una oposición, soy inspector de Hacienda de carrera y ya trabajando estudié Farmacia. Mi crecimiento administrativo fue en Hacienda, aunque estuve dos años en excedencia y sí tuve contacto con el mundo sanitario, farmacéutico, pero mi experiencia es mucha de Hacienda y antes de venir aquí estuve tres años y medio en Justicia. Sanidad es distinto, es peculiar y duro. Quizá Hacienda y Justicia son ámbitos donde está todo muy protocolizado, con mucho rigor, con mucho procedimiento y Sanidad es distinto porque hay más flexibilidad, Sanidad es el elemento de mayor cohesión que hay en la sociedad española, un medicamento vale lo mismo en Almería que en La Coruña y un paciente da lo mismo el nivel de renta que tiene, se le trata exactamente igual en un hospital de la red pública, en este caso el SERMAS, hay que tener en cuenta que el que la Sanidad es el mayor elemento de cohesión.

De todos mis destinos, este destino es el más duro, el que más me exige y el más gratificante, saber que es el servicio público por excelencia y eso personal e intelectualmente llena mucho.

¿En qué proyectos está trabajando actualmente?

Mi puesto es de gestión económica financiera y farmacia, entonces realmente toco todos los palos, excepto los gastos de personal. En la parte de gestión económica financiera es optimizar el gasto, sabiendo que el escenario presupuestario que podemos encontrar a futuro no va a ser fácil. España tiene suspendidos los objetivos de política fiscal a lo largo del presente año, ya veremos lo que pasará en los sucesivos años, por ello, hay que prepararse para una situación

que presupuestariamente puede ser compleja. Es muy importante que los gestores públicos hagamos un uso responsable y racional de los gastos.

En materia de farmacia, farmacia es muy importante, está dotada de aproximadamente cerca del 15% del presupuesto total de la Comunidad de Madrid, es decir, cerca de 2.800 millones de euros en gasto, tanto la receta como la farmacia de hospital y productos sanitarios. Por tanto, es muy importante y estamos trabajando en un proyecto importante, ambicioso, de compra centralizada a través de acuerdos marcos. Estamos intentando aumentarla, estamos trabajando en un proyecto de bastante cuantía económica y esperamos tenerlo listo para final de año.

También la penetración de los biosimilares, hay que trabajar en que el grado de penetración de los biosimilares sea mayor como mecanismo de sostenibilidad que hacía mención anteriormente. También son importantes las áreas de alto impacto, se hizo un estudio por la AIREF donde se aconsejaba la creación de la Comisión Regional de Farmacia. Estamos trabajando en ello también desde la colaboración de los distintos ámbitos asistenciales de la parte farmacéutica, que es la parte asistencial que más me toca en colaboración de lo que sea el farmacéutico hospitalario con el de primaria, con el de oficina de farmacia y estos con los servicios de los hospitales.

¿Cuál es la implicación de los gerentes de hospitales en las políticas de compra de medicamentos en el SERMAS?

Creo que hay mucha implicación por su parte, no me he encontrado ningún problema en ese sentido. Me reúno habitualmente con ellos, con los hospitales grandes con una periodicidad mensual o bimensual. Personalmente, en los hospitales pequeños o medianos también me he reunido con ellos, quizá no con tanta periodicidad y en este sentido sí encuentro colaboración. Si yo les pregunto por el estado o la evolución de los gastos me informan perfectamente y se les pide desde servicios centrales constantemente cuál es la evolución, si a lo mejor les pongo determinados objetivos, por ejemplo, la implantación de un sistema informático de control de gestión sí cuento con su colaboración, habida cuenta con los problemas habituales normales que pueden ocurrir. Con los



Pedro Irigoyen Barja y José María Martínez García durante la entrevista.

servicios de farmacia también suelo trabajar, trabajo fundamentalmente con los gerentes, con los directores de gestión y con los servicios. Y no encuentro ningún problema, todo lo contrario. Si yo les digo algo, en las siguientes reuniones normalmente suele ejecutarse aquella solicitud que les he hecho. Es importantísimo, que desde Servicios Centrales se sienta esa colaboración con los gerentes y les debemos de apoyar. La propuesta de compra centralizada una de las razones es, entre otras cosas, para liberar a los hospitales de carga administrativa y que se puedan dedicar a cuestiones más asistenciales.

En su opinión, ¿cuál es el mayor reto al que se enfrenta el SERMAS en este sentido?

Al control de la gestión y al control del gasto, que el gasto sea racional y para eso es importante llevar a cabo una compra centralizada. Para nosotros llevar a cabo una gran compra, una compra centralizada, la penetración de biosimilares, aquellas actuaciones de gestión económico que no van a suponer una merma de la calidad asistencial, es en lo que nos debemos de centrar.

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

He participado en diversas comisiones porque cada ámbito ministerial tiene la suya propia y lo que me llama la atención en esta comisión es la existencia

de gran rigidez, de unos procedimientos muy largos, muy dilatados, sería conveniente llevar a cabo una revisión del funcionamiento de la Comisión y acortar tiempos porque empieza a ser un problema. Debemos de articular todas aquellas medidas que permitan agilizar, evitando duplicidades y acortando el tiempo. La digitalización es la alternativa, dado que no tenemos grandes recursos o un número muy elevado de recursos humanos, tenemos que acudir a la tecnología y la digitalización.

Y, ¿sobre el funcionamiento de la Comisión Interministerial en el proceso de precio-reembolso de medicamentos?

Se tarda mucho, hay muchas idas y venidas de los expedientes, muchas alegaciones, los famosos IPT, una vez que tienes el IPT, tener que empezar la negociación de los precios, Todo eso hace un procedimiento bastante largo.

¿Cómo afecta al mercado farmacéutico español?

El hecho de que el procedimiento sea largo evidentemente afecta, medicamentos que a lo mejor en otros países ya se están utilizando, en España tardan más en llegar, es una queja y una realidad.

Como alternativa se suele acudir al sistema de medicamentos en situaciones especiales, pero puede ocurrir que después sea financiado o no. Como consecuencia de la dilación en la entrada de esos nue-

vos medicamentos, tenemos que utilizar ese recurso para que ningún paciente se quede sin su tratamiento apropiado. El problema sería después si ha sido un paciente tratado con un determinado medicamento que después no ha sido reembolsado.

A nivel de equidad entre comunidades, ¿hay desigualdades a nivel de hospitales referente a los productos innovadores?

No llego a detectar lo que hay en otras comunidades. Hay centros de referencia, Madrid tiene muchos, Madrid es expansiva en el uso CAR-T. Y luego están los mecanismos de compensación, pero precisamente lo que se trata es de mantener esa equidad en el Sistema Nacional de Salud, pues el potencial que pueden tener las grandes comunidades o las grandes capitales, como puede ser Madrid o como puede ser Barcelona, que a lo mejor por la propia dinámica pueden ser centros de referencia no significa que ningún otro paciente pueda quedarse sin su tratamiento. Eso es lo que buscamos, que haya la equidad en el acceso al medicamento y en el proceso asistencial.

¿Cómo se podría acelerar el acceso de los pacientes a los nuevos fármacos?

En este sentido hay que ver lo que hacen otros países que están funcionando. Primero, hay que evitar las duplicidades si es que las hubiese. Pero otros países son mucho más rápidos precisamente en esto: Francia, Italia, Alemania... De la norma no se deduce que el IPT tenga que tener un carácter previo antes de iniciar la negociación de la financiación del precio, se puede iniciar la negociación del precio después, ahí si se necesita el IPT para el resultado final, pero podrían seguir trayectorias paralelas. El sistema debe de ser mucho más transparente para las partes, aquí nos debemos de encontrar tanto la industria como las administraciones, se debe de establecer un clima de confidencialidad y de lealtad entre ambos. Si se dice un precio, saber que ese precio es el más bajo posible para no entrar en una negociación que dilate los procedimientos. También en otros países el medicamento se saca y después, una vez que ya se haya establecido el precio, se establece un mecanismo de compensación en función si el precio inicial era superior o inferior, y ya con esa compensación se reequilibra con respecto al precio de financiación que



Pedro Irigoyen Barja, Director de Gestión Económico-Financiera y Farmacia del Servicio Madrileño de Salud.

se haya puesto. A nosotros nos gustaría revisar todo lo que sería el procedimiento.

Y con las enfermedades raras, ¿qué tratamiento le estáis dando a los enfermos que necesitan esos medicamentos? Hay mil problemas a nivel de precio y de negociación con la industria.

En este sentido existe el pago por resultados. Los medicamentos de enfermedades raras son caros, y lo que hay que ver muchas veces es cómo va evolucionando el paciente y de hecho los laboratorios normalmente cuando tienen confianza en su fármaco, no tienen mayor inconveniente en ir a pago por resultados. Eso está establecido en fases, se dispensa el fármaco, vemos la evolución del paciente, se evalúa clínicamente la evolución del paciente y en función de esa evaluación ya se pasa a la fase siguiente y se va pagando en función del resultado obtenido. Es un buen sistema, el laboratorio que tenga confianza en su fármaco no tiene ningún miedo a enfrentarme a este pago por resultados, es la fórmula que efectivamente se irá imponiendo poco a poco.



ENTREVISTA

Juan Durán de la Colina, Director Médico del ICQO- Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología (Bilbao) y Catedrático de Oftalmología por la Universidad del País Vasco

“No sé bien si soy un coruñés de Bilbao o un bilbaíno de La Coruña”



Juan Durán de la Colina y José María Martínez García.

Apasionado de la Oftalmología y de la música de los 70 desde hace más de 40 años, Juan Durán de la Colina sigue compartiendo su saber a los futuros médicos que elijan esta especialidad que “abre tantos caminos”. Durante esta entrevista hemos podido conocer un poco más a este experto, también empaparnos de su saber sobre la córnea y la salud ocular, su especialidad.

¿Podría hacernos un balance de su trayectoria profesional? ¿Y de su cargo como Director Médico del ICQO?

Llevo más de 40 años siendo oftalmólogo, eso tiene sus cosas buenas y sus cosas malas. Lo malo es que el tiempo ha ido pasando, irremediable, pero sí me he dado cuenta de que estos 40 años me han dado muchísima experiencia y lo veo en el día a día. Ya no solo es en el saber sino en el manejo de las distintas situaciones que se plantean con los pacientes, una de las cuestiones que se aprende con el tiempo es a tratar no solamente desde el punto de vista médico, sino a tratar desde el punto de vista personal, y eso lo da la experiencia, mucho.

En mi trayectoria, destacaría como cargos el de la Cátedra de Oftalmología de la Universidad del País Vasco en la que ya llevo más de 30 años. Es decir, yo comencé muy joven siendo catedrático y eso me da un contacto directo con las personas jóvenes, con las nuevas generaciones. Y ese contacto con las personas jóvenes, aparte de la información, te permite o te facilita conocer qué es lo que está pasando en el mundo, cuáles son los intereses y cuáles son las tendencias, y esto es siempre estimulante.

También he sido jefe de servicio del Hospital de Cruces de Oftalmología. Pienso que el cargo de jefe de servicio ha cambiado mucho en el concepto de lo que era cuando yo inicié y de lo que es actualmente. Se ha perdido parte del glamour o del prestigio que tenía antes un jefe de servicio. Es una pena, porque eso representa en gran parte la pérdida de influencia y de poder de lo que es la profesión médica. Los médicos tenemos potencialmente mucho poder, por la posibilidad de sanar y hoy en día la importancia de la salud es clave en la sociedad más que nunca. Pero, por otro lado, estamos en manos de gerentes políticos y gestores de empresas de capital y los médicos cada vez tenemos menos poder de decisión en cuanto a lo que son las políticas sanitarias de la medicina pública y la medicina privada.

Actualmente, soy el director médico del ICQO, pero anteriormente fui director científico. El ICQO es una clínica privada que tiene más de 25 años de trayectoria, siendo la mayor parte de la propiedad de los oftalmólogos que trabajamos en él. Toda mi trayectoria he estado en contacto con distintos grupos de personas, lo que es muy enriquecedor desde el punto de vista personal. Y también te obliga a unos equilibrios a veces muy difíciles, sin embargo, creo que es un cargo muy bonito ser director médico de una

clínica privada, porque ahí sí que tenemos más posibilidades de ser autónomos, no como en algunos hospitales públicos.

¿Qué es lo que más morriña le da la época que vivió en Galicia?

En Galicia viví una época muy bonita, siempre los recuerdos son amables, uno siempre ve embellecer el pasado. Luego se olvida de que no estábamos preparados económicamente, teníamos muchas dificultades para muchas cosas, pero los recuerdos que tengo de Galicia son fantásticos. Tuve la suerte de tener a un gran maestro como Manuel Sánchez Salorio, de quien aprendí no solo de oftalmología, sino una visión de la vida y del trabajo única, le debo muchísimo a lo que ha sido mi trabajo posteriormente aquí. Yo soy coruñés y esta sigue siendo una parte muy importante de mi vida, de mi corazón, paso allí el verano, entonces nunca me he ido de Galicia, pero también tengo que decir que Bilbao me ha acogido muy bien, me encuentro muy bien en esta ciudad. Por eso, tengo una duda: no sé bien si soy un coruñés de Bilbao o un bilbaíno de La Coruña, me considero de ambos sitios, ambos lugares me han dado mucho, por lo que puedo considerar que he tenido mucha suerte en mi vida y en mi profesión.

Otra de sus pasiones es la música, ¿cómo surgió este hobby?

Empecé a tocar la guitarra cuando era muy joven y luego poco a poco fui conociendo gente y desde la época, sobre todo de la universidad, empecé a formar parte de grupos de música. Estamos hablando de los años 70, en ese momento había un enorme interés por las bandas de música, de todo ese mundo de la música acústica, rock, etcétera que surgió en esa década. Lo bueno es que lo he mantenido y en este momento estoy grabando mi segundo disco, así que mantengo esa afición, yo diría casi pasión, me encanta la música de la época de los 70, pero también estoy interesado en muchas formas de música actual.

Volviendo al campo de la oftalmología, ¿qué objetivos le quedan por cumplir?

Hay que ser muy realista en la vida, pero también tener un poco de ilusión. ¿Qué quiero decir con esto? Conozco mi edad, conozco que tengo fecha de caducidad, mi idea es hacer una retirada lenta, un slow landing e irme yendo poco a poco dedicando mis últimos años a un tema que creo que ahora tiene

enorme impacto, que es el dolor ocular, las molestias oculares y el ojo seco. Es un tipo de paciente que no es bien comprendido y desde el punto de vista económico es muy poco rentable porque requiere mucho tiempo, no hay cirugías, que son las que normalmente marcan la diferencia en nuestra especialidad. Por eso, considero que tiene que haber alguien que les haga caso, que los escuche, que investigue y que trate de mejorar su situación. Es un paciente que sufre mucho, su calidad de vida está muy afectada y por eso mis últimos años de vida profesional van a estar más dedicados a este tema de dolor ocular, molestias, ojo seco, que cada vez vemos más en las consultas de oftalmología. Es difícil y no siempre están bien tratados desde el punto de vista personal y desde el punto de vista médico. En estos momentos, sobre este aspecto, tenemos unas líneas de investigación en marcha.

¿Cuál es la cirugía que más realizan en el ICQO?

La operación que más se realiza es la catarata. La catarata es la operación del mundo de cualquier especialidad que más se realiza, o sea, que es lógico que también en el ICQO la catarata sea la cirugía número uno. La catarata siempre ha sido quizá lo más importante en la oftalmología en cuanto a volumen de quirúrgico, detrás hay muchísima investigación, industria, hay un mundo detrás de la catarata y siempre ha ido evolucionando, la catarata ha cambiado la técnica, ha ido evolucionando también en cuanto a soluciones de lentes intraoculares cada vez más sofisticadas, más exactas y creo que todavía eso tiene un recorrido.

¿A qué retos se enfrenta la Oftalmología?

Hay retos, pero como siempre, las amenazas pueden también tornarse en oportunidades. Ahora la oftalmología tiene el reto de adaptar otras profesiones dentro del ámbito de la salud ocular. Por ejemplo, ahora hay cierta preocupación por algunos sectores por la irrupción de ópticos optometristas dentro de la salud ocular, considero que lo que hay que hacer es lograr ese equilibrio e integración y hacer que la colaboración entre ópticos optometristas y oftalmólogos sea lo más franca posible y lo mejor sobre todo para la población que al final es en la que hay que pensar y ver realmente la ventaja que puede haber en esta amenaza.

Además, las amenazas que hay también son de tipo económico porque, por un lado, hay mucha demanda de oftalmología, la medicina en general en Espa-

ña está muy mal pagada en proporción a países de nuestro entorno y hay ofertas, por ejemplo, de Francia y de otros países europeos en donde están buscando oftalmólogos y después se están yendo oftalmólogos a otros países ante el atractivo económico y también que se les trata y se les considera muy bien. Creo que tanto la salud pública como las sociedades y las aseguradoras privadas tienen que pensar seriamente que las tarifas y los sueldos que ofrecen a los médicos en estos momentos son muy bajos, por ello cada vez va a haber menos oftalmólogos, se van a encontrar con un problema de falta de oftalmólogos. Esto se tiene también que reconsiderar mucho, porque la oftalmología ha cambiado mucho, las tecnologías que hay, la demanda también es mayor, la demanda ya no de cantidad de pacientes, sino de calidad. Es decir, el paciente quiere que se le vea pronto, que se le trate bien, que los resultados sean los mejores posibles. Y ante todo eso, también hay una mayor exigencia hacia la práctica de la oftalmología. Las amenazas que puede haber son múltiples y pienso que no son unas amenazas letales, porque la oftalmología tiene que seguir existiendo y hay muchas enfermedades oculares. Hay también una mayor demanda por la edad, ya que la edad está asociada a muchas enfermedades en general y dentro de la oftalmología está la comentada catarata, el glaucoma y la degeneración macular.

En definitiva, por un lado, se necesitan oftalmólogos; y por otro, a los oftalmólogos no se les está tratando bien desde el punto de vista de la consideración económica y de ser partícipes de planes de salud ocular. Esto tiene que cambiar, porque si no, al final vamos a perder todos.

¿Qué cree que ha aportado con su experiencia a la Oftalmología?

Sin quererme poner medallas creo que he aportado a la oftalmología española el interés por nuevos campos de la oftalmología, sobre todo en la superficie ocular, el ojo seco y el campo de la córnea. He sido de los primeros que realmente ha divulgado y estudiado este tipo de enfermedades.

¿Cómo transmite su saber a los futuros oftalmólogos?

Hay que transmitirlo de una forma natural, primero entendiendo que no somos unos fenómenos, creo que la experiencia es fundamental, transmitir el saber tiene que ser lo más bonito posible y también estar preparado a que nos enseñen las personas



ICQO- Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología (Bilbao).

más jóvenes, tenemos que estar abiertos a que sus sugerencias no caigan en saco roto. Hay que transmitir lo que uno ha aprendido, porque da la sensación de que si yo me retiro en un momento dado, conocimientos se pierden como ocurre con la vida de la persona, una persona desaparece y detrás de él lo hacen sus recuerdos y experiencias, y en el caso de un médico creo que esas experiencias no se deben perder y deben transmitirse a las nuevas generaciones porque van a ser útiles, también para que cuando nos toque a nosotros ser pacientes que esta nueva generación de oftalmólogos nos trate de la mejor manera posible.

¿En qué proyectos de investigación le ha gustado trabajar más? En este momento, ¿se encuentra inmerso en alguno?

Somos bastantes pioneros incluso mundialmente en el análisis bioquímico de la lágrima y si hemos sido pioneros en el mundo es en el uso del PRGF (Plasma Rico en Factores de Crecimiento), en los derivados plaquetarios en forma de colirio para el ojo seco y otras enfermedades de la superficie ocular como úlceras, etcétera. Hoy en día se está empleando en muchos sitios el PRGF en oftalmología y nosotros sí que hemos sido los primeros en el mundo que lo hemos empleado y que hemos hecho publicaciones al respecto. Ha sido realmente muy bonito haber podido participar en el desarrollo de ese tipo de trabajos.

¿Le queda algún área del ojo por investigar?

Todas. No sé si para bien o para mal, de muy joven dentro de la especialidad, me dediqué a la córnea y a la superficie ocular y por ello he dejado bastante de lado retina, y del resto de la oftalmología no he investigado. Mi terreno de investigación ha sido la córnea y la superficie ocular.

¿Qué peso tiene la I+D en el ICQO? ¿Ha crecido con el paso del tiempo?

La I+D del ICQO tiene muchas facetas, por un lado, estamos involucrados en ensayos clínicos en fase tres y fase cuatro, sobre todo en estudios que se dedican a tratamientos para la degeneración macular asociada a la edad, estamos también involucrados en el estudio de la lágrima y estudio del PRGF y del estudio de factores plaquetarios para el tratamiento del ojo seco y de alteraciones de la superficie del ojo. Esas son las dos líneas de investigación que estamos haciendo en I+D más importantes.

¿Cuál es la enfermedad ocular más frecuente entre los españoles?

La primera causa por la cual un paciente llega a una consulta de oftalmología normalmente es por molestias oculares. El mundo del ojo seco, que no siempre es ojo seco, es la primera causa de consulta en oftalmología. Eso es algo que es muy frecuente. Luego, dentro de enfermedades frecuentes, so-

bre todo las que he comentado antes: el glaucoma, la catarata y la degeneración macular asociada a la edad son enfermedades hoy en día muy relevantes dentro de la especialidad.

¿Cómo se puede prevenir?

La catarata hoy en día no tiene tratamiento ni prevención, es un envejecimiento natural del cristalino, por lo que más que una enfermedad es casi un proceso como pueden ser las arrugas, la pérdida de pelo y otra serie de cambios que sufre el organismo con el paso de los años. Por ello, la catarata, por sus características, es a día de hoy muy difícil de prevenir, pero cuando aparece tiene síntomas y se trata hoy en día con bastante éxito en general.

La degeneración macular es algo que está muy relacionado con la mayor esperanza de vida. La dieta mediterránea es eficaz para prevenir o reducir el riesgo de la degeneración macular asociada a la edad. También el sol excesivo puede ser un elemento negativo para el desarrollo de la degeneración macular.

Y en cuanto al glaucoma, sobre todo si hay antecedentes o factores de riesgo, es importante hacer una prevención por medio de consultas a partir de los 50 años, mínimo cada dos años, porque es posible hacer una detección precoz en la consulta. Es una enfermedad que se denomina la ceguera silenciosa, porque uno se va quedando ciego y como se pierde el campo visual de fuera adentro apenas se percibe y se da una cuenta demasiado tarde. Es un tipo de enfermedad en la cual la prevención pasa por una consulta oftalmológica, sobre todo a partir de los 50 años. Y si esa persona tiene antecedentes familiares de glaucoma o tiene miopía alta u otro tipo de alteraciones oculares, tiene más riesgo. Eso es lo que lo que puede hacer que se prevenga al glaucoma, sobre todo haciendo una detección muy precoz antes de que el nervio óptico esté muy dañado y sea ya irreversible el daño visual.

¿Qué importancia tiene mantener una buena salud ocular?

Total. Hoy en día nuestro mundo es visual, la visión es una parte fundamental de nuestra vida. Hay ya algunas alertas por las cuales el uso excesivo de los móviles puede provocar no solamente más ojo seco, más cansancio visual, sino que puede estar induciendo a mayor grado de miopía en las personas jóvenes, por ello, hay que hacer prevención en el uso de del móvil de forma excesiva. Por ejemplo, en los niños

para prevenir la miopía es importante la vida al aire libre, hoy en día estamos demasiado dentro del colegio, estamos delante de pantallas y esto hace que las posibilidades de que se desarrolle miopía son mayores. Como para cualquier tipo de salud de cualquier lado del cuerpo, las actividades al aire libre son recomendables. En el caso de oftalmología quizá también tener un poco de cuidado con el sol, igual que los dermatólogos recomiendan protección solar, también una cierta protección de los ojos en estas épocas que empiezan de verano. También la dieta mediterránea, parece que tiene ventajas de cara a ciertas enfermedades oculares como el ojo seco o algunas enfermedades autoinmunes.

Uno de los problemas que ahora son más frecuentes, por ejemplo, es la sensación de sequedad, molestias con las lentillas, estamos viendo a gente que nota fatiga ocular y cuando hace una vida más al aire libre está mejor. No se da mucha importancia a los ambientes, al aire acondicionado de los edificios inteligentes, por ejemplo. La luz en los edificios inteligentes tampoco está muy lograda, los arquitectos no tienen demasiado en cuenta estos factores.

Ahora que acaban de elegir el MIR los médicos nuevos, ¿qué puede decirles de la especialidad de oftalmología?

La oftalmología ofrece una serie de ventajas de cara a la elección en el MIR. Una de ellas es que es una especialidad abierta en el que se pueden elegir después subespecialidades. Es una especialidad que puede ser más o menos quirúrgica, lo que alguna gente lo valora de una u otra manera, es una especialidad en la que se está mucho en contacto con el paciente. A lo mejor actualmente es menos popular que antes, antes los médicos queríamos más estar en contacto con los pacientes, ahora se buscan especialidades en las que se huye a veces de los pacientes y eso es un buen motivo de reflexión. También es una especialidad en la que aquellas personas que quieren tener una independencia el día de mañana, tener una práctica privada, pues también abre estas posibilidades, es una especialidad que reúne bastantes condiciones como para ser apetecida por parte de los estudiantes. Muchos dicen que han elegido oftalmología porque les ha gustado la asignatura y a mí me enorgullece el poder haber transmitido la pasión que tengo por esta especialidad, llevo más de 40 años siendo oftalmólogo. No hay duda que es una especialidad que sigue teniendo muchos atractivos desde muchos puntos de vista.



Neuromarketing: Fundamentos y aplicaciones con pacientes

Paula Suárez

Las organizaciones sanitarias, al igual que hacen otras empresas de cualquier sector, buscan ofrecer la mejor experiencia a sus pacientes, de tal forma que sigan acudiendo a sus consultas o recomienden sus servicios.

El principal indicador que se utiliza para evaluar la experiencia es el índice de satisfacción. Sin embargo, este presenta limitaciones a la hora de recoger los aspectos emocionales y su percepción.

Evaluar y conseguir una mejor experiencia del paciente es el principal objetivo del neuromarketing aplicado en el sector sanitario.

¿Qué es el neuromarketing?

¿Te imaginas poder ver los estímulos cerebrales que se producen en una persona cuando interactúan con una marca? ¿Qué partes de su cerebro se iluminan cuando hablan sobre un producto con sus amigos?

Eso es precisamente el neuromarketing y ya es una realidad.

El neuromarketing es la ciencia o disciplina que estudia el comportamiento humano y cómo su cerebro reacciona ante ciertas situaciones o estímulos, para luego ser aplicado para mejorar productos y servicios.

Su aplicación aumenta la eficacia de las estrategias de negocio, marca, promoción, fijación de precios e innovación, incluidas, por supuesto, las redes sociales y otras estrategias en medios de comunicación.

¿En qué consiste?

Imagínate un diagrama de *Venn*, 3 círculos entrelazados. Estos tres círculos reflejan las tres industrias que componen el neuromarketing: el marketing tradicional, la neurociencia y la tecnología médica.

- Marketing tradicional. El primer círculo es básicamente lo que nos viene a todos a la mente cuando hablamos de marketing, hace referencia a todas aquellas estrategias destinadas a promocionar los productos o servicios de una empresa, mediante herramientas *online* y *offline*.
- Neurociencia. Nuestro segundo círculo está formado por campos de investigación que se ocupan específicamente del cerebro. Esto abarca, pero no se limita a, la economía del comportamiento, la psicología social y la neurología.
- Tecnología médica. El gran avance en la tecnología de imágenes médicas en los últimos años nos ha permitido ver con más precisión lo que ocurre dentro de nuestro cerebro. En concreto, la resonancia magnética y los encefalogramas han

avanzado hasta el punto de que se pueden generar fotografías de lapso de tiempo del funcionamiento interno del cerebro.

A pesar de su aplicación primaria obvia en la identificación de enfermedades y dolencias, tener esta representación de nuestras mentes proporciona un tesoro de datos.

Con ello podremos comprender mejor cómo funcionan nuestros pensamientos. La sangre fluye a muchas regiones de nuestro cerebro responsables de emociones como la excitación, el miedo, la reacción de lucha o huida y el deseo y todo ello puede verse mediante una resonancia magnética.

Sin estos tres círculos, el neuromarketing no existiría.

Ahora que el tercer círculo ha comenzado a indicar si alguien compraría o no algo cuando dice que lo hará, las grandes multinacionales ya están incorporando el



“

Evaluar y conseguir una mejor experiencia del paciente es el principal objetivo del neuromarketing aplicado en el sector sanitario

”

neuromarketing para aumentar las ventas, analizar sus marcas, mejorar la fidelización, etc.

A pesar de que el sector sanitario es considerado uno de los más tradicionales y reticentes a los cambios no debe quedarse atrás en esta ocasión. Precisamente el conocimiento médico, psicológico y científico inherente debe aprovecharse como una ventaja competitiva.

El neuromarketing en el sector de la salud permitirá una mayor comprensión y empatía, entender más correctamente el comportamiento, saber si un paciente está entendiendo o no un tratamiento, alteraciones ante ciertos espacios físicos o personas.

En definitiva, ayudará a conseguir precisamente uno de sus objetivos principales, brindar la mejor experiencia posible al paciente.

Fundadora de MKT Salud
paula.suarez@mktsalud.es



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

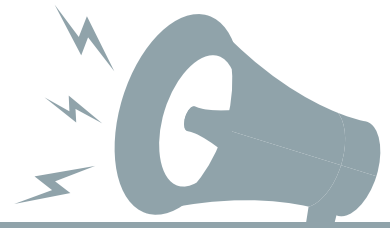
Duración: 2:30h
Participantes: 4-6

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.

INFORMACIÓN: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es



LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

Nace Olympia, servicios de salud personalizados, de prevención y promoción de la salud y el deporte



Olympia, el nuevo centro del Grupo Quirónsalud.

Salud, innovación, conocimiento y excelencia, con expertos especialistas y tecnología de vanguardia al servicio de la medicina. Es Olympia, el nuevo centro del Grupo Quirónsalud que abre sus puertas y está ubicado en la torre Caleido, junto al complejo Cuatro Torres Business Area, distrito financiero de Madrid.

Más de 12.000 m² distribuidos en 3 plantas para ofrecer servicios de salud personalizados, de prevención y de la promoción del deporte. Una medicina centrada en las personas, con las nuevas tendencias

en salud, y el cuidado de la salud física, mental y emocional, como principal objetivo.

No solo destinada a las personas con algún problema de salud, sino también a las personas sanas desde la prevención, el bienestar, el deporte, el ejercicio físico controlado, la nutrición y para aquellas personas que se cuidan y previenen los signos de la edad.

Para ello, Olympia ofrece sus servicios en tres centros bien diferenciados: *Sport Center*, *Lifestyle Center* y *Medical Center*.

En *Sport Center*, los especialistas valoran las condiciones físicas para realizar un deporte de modo saludable y controlado y promueven la práctica deportiva a largo plazo para fomentar hábitos de vida saludables. Prestigiosos expertos en Traumatología, Medicina del Deporte, Cardiología, Podología, Fisioterapia, Psicología y en el diagnóstico musculoesquelético, como Manuel Leyes, José Tabuena, Ramón Balias, Luis Serratosa, José Ángel Cabrera, Víctor Alfaro, Gloria Calderón, Arturo Gracia, Fernando Reyes o Ara Kassarian, entre otros, tratan todo tipo de lesiones deportivas y traumatológicas, optimizando la condición física del deportista profesional o amateur. Para ello, cuenta con un gimnasio de 300 m² que reúne los equipos más sofisticados y vanguardistas del mercado, piscinas termales y de rehabilitación, sala de crioterapia integral Ice-Lab así como una cámara hiperbárica a una presión de 3 ATA (Atmósferas Absolutas) para lograr una hiperoxigenación en todas las células del cuerpo.

Otra de las zonas, *Lifestyle Center*, está centrada en la prevención, la longevidad y el tratamiento del paciente crónico con un enfoque integrativo y funcional para acompañar a las personas a lograr una salud sostenible. Centro integrado por facultativos de renombre nacional e internacional como los doctores Ricardo Sainz de la Cuesta, Noelia Bonfanti, Rafael Arroyo, Eduard Estivill, María Calvo, José Francisco Tinao, Francisco Peinado o José Luis Martín del Yerro y cuentan con unidades especializadas de Ginecología, Nutrición, Neurología, Prevención, Longevidad y Medicina Integral, Salud en Masculino y Salud en Femenino, Dermatología o Gestión del Descanso.

Asimismo, *Lifestyle Center* dispone de una unidad de Estética Facial, Corporal, Maxilo-Dental, Vasculo-

lar e Íntima, entre otras. Además, los expertos en *Wellaging*, para un envejecimiento natural, sano y sostenible, fomentarán los adecuados manejos de la longevidad y se van a trabajar las áreas específicas de prevención cardiovascular y neurovascular, oncoprevención y prevención del deterioro neurocognitivo.

El *Medical Center* es un centro médico-quirúrgico en el que todas las especialidades médicas y quirúrgicas trabajan coordinadas para atender cualquier tipo de patología. Lo forman especialistas médicos y quirúrgicos para el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas y crónicas: Carlos Ruiz Escudero, Enrique Puras, Carlos Palomino, Alfredo Castillo, José María Echave-Sustaeta, José Luis Calleja, Luis Abreu, Carlos Durán, María Luisa de Mingo, Javier Rubio, Manuel Chamorro, entre otros muchos. Las instalaciones cuentan con un servicio de cirugía mayor ambulatoria con la más avanzada tecnología que permiten realizar las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas para conseguir la cirugía sin ingreso.

El moderno espacio lo conforman 68 consultas de alta resolución, 25 salas de exploración y tratamiento, 4 quirófanos altamente equipados, 10 boxes en la zona de reanimación (URPA), 12 boxes de hospital de día quirúrgico, 2 salas de endoscopias con equipamientos y unas instalaciones de última generación.

Una zona de radiodiagnóstico con la tecnología más sofisticada, Resonancia Magnética de 3 Teslas, radiografía convencional, ecografía, mamografía digital 3D con tomosíntesis, densitometría y ecografía de mama, así como un laboratorio en el que se incluyen test avanzados y 5 puestos de extracción, complementan el *Medical Center* de Olympia.



La plataforma AtHenea ofrecerá de manera gratuita apoyo psicológico, laboral y legal a los profesionales sanitarios y sociosanitarios en el contexto pos-COVID



Presentación del Proyecto 'AtHenea', de la Fundación Humans con la colaboración de AstraZeneca.

La COVID-19, la mayor pandemia de la era contemporánea, ha generado un gran impacto en la salud física y mental de los profesionales que trabajan en el sistema de salud. Una factura que, hoy en día, sigue pagando el conjunto de los trabajadores de los centros sanitarios, el motor del sistema, y que todavía no cuenta con una respuesta estructurada ni homogénea a nivel nacional. “Los equipos profesionales no son lo que eran. Se ha producido un cambio cualitativo clarísimo”, afirma el doctor Julio

Zarco, presidente de la Fundación Humans. Con el propósito de prestar asistencia al “cuidador herido”, la Fundación Humans, entidad cuyo objetivo principal es facilitar los procesos de humanización de las organizaciones sanitarias, emprende el proyecto AtHenea, una ambiciosa iniciativa para acompañar a los profesionales sanitarios en su proceso de recuperación.

AtHenea nace para dar respuesta a las necesidades de apoyo psicoafectivo y ofrecerá de forma gratuita

a los profesionales de la salud recursos psicológicos, laborales, legales y sociales que les ayuden a superar las situaciones de burnout y de estrés postraumático. Al padecimiento personal que han vivido y compartido con el resto de la ciudadanía, los trabajadores del sector sanitario han sumado la presión por atender adecuadamente a sus pacientes en momentos en los que la escasez de medios confluía con la de recursos humanos, con una enorme carga asistencial, un elevadísimo riesgo de contagios entre ellos y sus familias y el miedo constante a enfermar y dejar al equipo bajo mínimos. “La incertidumbre que provoca enfrentarse a una crisis sin precedentes y a un enemigo desconocido, los continuos cambios de protocolos, los dilemas éticos y las muertes son algunas de las causas que han terminado minando la salud mental de los profesionales y dejando secuelas en ellos”, subraya Zarco.

Todavía son escasos los estudios sobre el bienestar profesional durante la pandemia, priorizándose el análisis sobre los aspectos epidemiológicos de la enfermedad. Sin embargo, diversas investigaciones están dando cuenta, tanto a nivel internacional como en España, de los niveles de agotamiento emocional de enfermeras y médicos. Así como de la sintomatología asociada a un desgaste prolongado: crisis de ansiedad, episodios depresivos, preocupación e insomnio y un alto nivel de estrés, que se han cebado, especialmente, en el personal que ha prestado asistencia en primera línea (servicios de Urgencias, Cuidados Intensivos y Neumología), en las mujeres y en el colectivo de enfermería. Entre el 30% y 70% de los sanitarios, de forma más acusada en los de primera línea, ha experimentado algunos de los síntomas citados según los estudios realizados en diferentes países.

Las dos fases del proyecto AtHenea

Profundizar en las experiencias emocionales, conocer los riesgos de salud física, psíquica y emocional asociados a medio y largo plazo y los posibles factores de protección, así como las necesidades de apoyo de los distintos perfiles profesionales es una de las prioridades del proyecto AtHenea. Este análisis marcará el punto de partida para el diseño de estrategias óptimas y eficientes que incorporen me-

todologías cualitativas a través de las que se recojan las vivencias y necesidades específicas del personal.

“Hasta ahora los planes de humanización de las organizaciones sanitarias no contemplaban, salvo alguna excepción, a los profesionales sanitarios. Los servicios de salud no han dado respuesta en general a las necesidades pos-COVID de los profesionales o lo han hecho de forma dispersa y muy heterogénea a través de los servicios de Psiquiatría, de Prevención de Riesgos Laborales o mediante iniciativas individuales. Pero no existe una iniciativa vertebrada ni homogénea”, resume el presidente de la Fundación Humans.

Ese es precisamente el espacio que pretende cubrir el proyecto AtHenea, que se desarrollará en dos fases. En la primera, de análisis, se evaluará el alcance del impacto de la pandemia en los diferentes colectivos y categorías de personal sanitario a través de una encuesta anonimizada a profesionales de la salud para conocer su situación a nivel emocional, así como para detectar las percepciones y necesidades existentes. La segunda fase del proyecto se centra en el desarrollo de una plataforma digital de acceso libre que se plantea como espacio de apoyo, conocimiento y formación en habilidades emocionales. La iniciativa ofrecerá servicios de atención profesional personalizada, a través de llamadas gratuitas a un teléfono de apoyo atendido por especialistas con experiencia en el tratamiento de profesionales de la salud.

El proyecto, que se desarrolla con el apoyo de la compañía AstraZeneca, propone un modelo de colaboración público-privada para el diseño de estrategias innovadoras y se abre a la participación de las organizaciones profesionales y las entidades sanitarias. “Vivimos en un entorno marcado por los desafíos y las necesidades del sistema de salud son cada vez más complejas. Dar una respuesta adecuada requiere el compromiso de todos los agentes implicados. Esta iniciativa nos brinda una oportunidad para consolidar alianzas y ofrecer a los profesionales sanitarios, que son el verdadero motor del sistema, los recursos necesarios para su recuperación. Es nuestro deber cuidar a los que nos cuidan”, señala Marta Moreno, directora de Asuntos Corporativos y Acceso al Mercado en AstraZeneca.



Más del 70% de las condenas por mala praxis se deben a una mala comunicación clínica



Mesa redonda sobre “Humanización y tecnología para mejorar la comunicación clínica”, de izda. a dcha.: Raquel Varas, responsable del Área de Servicios Asistenciales del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; Manuel Arellano, vicepresidente de la Plataforma de Pacientes; Jorge Gómez Zamora, coordinador de la UAI, coordinador de Humanización y RRSS del Hospital Universitario La Princesa; Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería; y Alma Palau, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas y Nutricionistas.

Más del 70% de las condenas por mala praxis a médicos tienen su origen en una mala comunicación clínica y las reclamaciones por este motivo rondan el 90% en los juzgados. Así lo reflejan datos de la correduría Uniteco Profesional, presentados en el simposio sobre comunicación clínica eficaz, organizado por el Instituto #SaludsinBulos en el Hospital Universitario de La Princesa de Madrid.

Aunque la comunicación clínica es uno de los aspectos más importantes de la calidad asistencial, está

ausente de los planes formativos de los profesionales sanitarios. El Informe sobre necesidades de comunicación del paciente, elaborado por #SaludsinBulos, pretende identificar sus principales carencias y destacar los factores más importantes de dicha comunicación. Este informe es el resultado de distintas encuestas realizadas a profesionales sanitarios y pacientes y de dos consensos sobre comunicación clínica eficaz en enfermedades crónicas y dolor.

Uno de los puntos que refleja el documento es la necesidad de combatir la falta de confianza actual de los pacientes en sus especialistas, hecho que ya reflejó el IV Estudio sobre Bulos en Salud: COVID-19, realizado por #SaludsinBulos y Doctoralia. Según este trabajo, 8 de cada 10 especialistas creen que la saturación asistencial, la pandemia y la desinformación han derivado en pérdida de confianza por parte de los pacientes en su profesional sanitario.

Sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes e investigadores universitarios expertos en neuromarketing participantes en el simposio han coincidido en la importancia de mirar a los ojos, la escucha activa y dejar espacio para preguntas durante la consulta para que el paciente confíe en su profesional sanitario y mejorar la comunicación clínica. Estos dos aspectos de la comunicación eficaz son los principales criterios que tienen en cuenta los pacientes en las páginas de valoración de profesionales sanitarios.

Nuevas tecnologías para mejorar la comunicación clínica

Otro de los temas a debate ha sido la gamificación y el neuromarketing para mejorar las habilidades de comunicación con el paciente. Tecnologías como la técnica Eye-Tracking permiten estudiar la reacción de los pacientes ante las informaciones que reciben,

estudiando el movimiento de los ojos y las reacciones de la mirada ante la aparición de estímulos.

En cuanto al neuromarketing, se trata de una disciplina en la convergen la neurociencia y el marketing para analizar el comportamiento de las personas, más allá de sus decisiones conscientes. Hasta ahora ha sido utilizada, sobre todo, en estudios de consumo, pero empiezan a estudiarse sus posibilidades en la comunicación clínica, como ha explicado Lucía Sutil, coordinadora del Brain Research Lab en Universidad Rey Juan Carlos. Así, el neuromarketing permite analizar la sensación del paciente ante el entorno que le rodea y el trato con el profesional sanitario.

Consensos para mejorar la comunicación clínica

En los consensos sobre enfermedades crónicas y dolor presentados en la jornada han colaborado las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes implicadas en el abordaje de estas patologías como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), el Foro de Pacientes, la Sociedad Española Multidisciplinar de Dolor (SEMDOR) y la Sociedad Española del Dolor (SED), entre otros.



La empresa española que logró fabricar más de 5.000 respiradores en nueve semanas rinde homenaje a todos los involucrados en la salida de la crisis de la COVID

Tras cumplirse dos años de los meses más duros de la pandemia por COVID-19, la empresa española Hersill ha hecho balance de la actuación conjunta de todos los agentes implicados en la salida de la crisis sanitaria que trabajaron en tiempo récord, para disponer de los recursos médicos y humanos que la situación requería, para concluir que, España,

necesita una industria sanitaria fuerte y menos dependiente de mercados extranjeros.

La compañía, una de las pocas en España que investiga, diseña y produce sus productos en nuestro país - en su sede y planta de fabricación situada en Móstoles (Madrid)-, ha recogido la voz de los principales

involucrados en resolver la crisis, sobre todo durante los momentos más difíciles de la misma, en un breve video documental con el que Hersill quiere agradecer y rendir homenaje a todos los profesionales, instituciones y empresas que colaboraron para atender a los pacientes ante el extraordinario aumento de la demanda sanitaria.

“En pocos días, teníamos que ser capaces de aumentar las UCIs, y no podíamos hacerlo sin una cama, sin un monitor de UCI y, por supuesto, sin el bien más preciado que había en ese momento en todo el mundo: los respiradores”, señala Alejo Miranda, director general de Inversiones y Desarrollo local de la Comunidad de Madrid y en 2020 director general de Infraestructuras Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, que destaca el gran esfuerzo de coordinación de todos los agentes sanitarios, profesionales del Sistema Nacional de Salud y empresas fabricantes y proveedoras de tecnología sanitaria para disponer del material y equipamiento sanitarios necesarios para habilitar nuevos espacios hospitalarios.

Uno de los servicios hospitalarios clave fue el de anestesiología y reanimación, donde más precisaban de equipamiento médico, especialmente respiradores. El doctor Javier García, jefe de Servicio de Anestesiología, Cuidados Críticos, Quirúrgicos y Dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y presidente de la Sociedad de Anestesiología, Cuidados Intensivos y Dolor (SEDAR), que también participa en el video, explica: “La coordinación fue verdaderamente espectacular, porque teníamos un objetivo común y todas las personas implicadas, dentro y fuera del hospital, íbamos en la misma dirección”.

Compromiso empresarial

La implicación de las empresas de tecnología sanitaria fue esencial a la hora de disponer del material necesario para ayudar a los profesionales a atender a los pacientes. “Fueron las primeras que se pusieron a disposición de los hospitales, y a hacer las cosas lo mejor posible en el menor tiempo posible y con recursos limitados”, apunta el doctor Javier García.

En la misma línea, Juan José Blanco, exdirector de Operaciones del Hospital IFEMA, subraya que “fue

imprescindible la respuesta de las empresas proveedoras, que actuaron con mucha velocidad y calidad y con una gran responsabilidad en la distribución de los equipos, pensando en los pacientes”.

Perspectiva de la industria

“Los primeros momentos de la pandemia los vivimos como un reto enorme y la sensación de estar cumpliendo con las circunstancias que en ese momento nos exigían”, expresa Óscar M. Jordán, gerente de Hersill. Con la declaración del estado de alarma, el Gobierno pidió al conjunto del país y al sector privado que pusieran a disposición del sistema sanitario sus capacidades para hacer frente al coronavirus. “Hersill era fabricante de dos tipos de respiradores, la estación de anestesia, utilizada en el quirófano, y un respirador de transporte de altas prestaciones (Vitae 40). Enseguida se vio que este aparato era una opción muy buena para atender a los pacientes con COVID-19, en ausencia de respiradores de UCI”, explica.

Gracias a la colaboración con la Administración, los ministerios de Sanidad y de Industria, de hospitales y otras instituciones, fue posible que Hersill multiplicara por 10 la producción del Vitae 40, fabricando un total de 5.100 durante nueve semanas (desde el 17 de marzo hasta mediados de junio de 2020), que fue posible trabajando todos los días de la semana durante este tiempo. El gerente de la compañía resalta el esfuerzo de la industria por poner en marcha una red de empresas de diversos ámbitos y ordenar logísticamente sus capacidades, sabiendo responder a la situación de forma rápida a pesar de las dificultades para conseguir los recursos necesarios.

El papel que jugaron las empresas de tecnología sanitaria pone de manifiesto la importancia de contar con un sector sólido y suficientemente capacitado para acometer retos como la irrupción de la COVID-19. “La crisis nos enseñó que el sistema tiene que ser flexible para dar cobertura a cualquier emergencia sanitaria, lo cual pasa por contar con una reserva de equipamiento sanitario, y que debemos apostar por la industria tecnológica sanitaria en España, para poder responder a la demanda asistencial que se genere en cualquier momento”, afirma Alejo Miranda.



Gestión profesional y eficiencia, valores clave por encima del modelo de titularidad de los centros

“ Los habituales ejercicios de medición de la eficiencia de las organizaciones sanitarias indican que más que el modelo (público o privado), lo que importa es la forma concreta en que se gestiona cada centro”, explica Vicente Ortún Rubio, Catedrático Emérito contratado de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. “Un trabajo reciente sugiere que una mayor eficiencia tiende a asociarse a un marco flexible de regulación y gestión, alejado de las limitaciones autoimpuestas para la Administración Pública común. No obstante, es necesario destacar la orientación excesivamente productivista de la mayor parte de estos estudios”. Según este experto, los pocos trabajos que incorporan indicadores de resultado final y de calidad “indican que no hay diferencias significativas en términos de adecuación, seguridad, eficiencia y efectividad clínica”.

Así lo ha puesto de manifiesto Vicente Ortún Rubio durante su intervención en el XIV Curso de Gestión de Proyectos, organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de la compañía Janssen, en el que han participado más de 200 Directivos de la Salud de toda España y que está acreditado con 2 créditos ECTS por la Universidad Europea.

Las fórmulas de gestión más novedosas, como las concesiones administrativas de obra y servicio, con

contratos de colaboración de alta complejidad, tienen problemas asociados, “como las limitaciones a la competencia efectiva que han supuesto en la práctica estos contratos, la ausencia de objetivos explícitos remotamente asociados con la calidad o la deficiente supervisión de los distintos aspectos - financieros y clínicos- de la relación contractual”, explica Vicente Ortún. “Asimismo, cabe mencionar los riesgos de quiebra en la integralidad de la prestación sanitaria o la pérdida de conocimiento clínico que puede derivarse de algunos procesos de externalización completa de algunas tecnologías”.

Para Vicente Ortún, el crecimiento de las fórmulas de colaboración con el sector privado se ha fundamentado más en la creencia apriorística de verosímiles mejoras de la eficiencia en la gestión que en ninguna realidad contrastada. “Ese prejuicio, combinado con la posibilidad de que los contratos de concesión ofrecían a los gobiernos acometer importantes inversiones sorteando, al menos en un primer momento, los límites de deuda pública contribuyen a explicar el recurso a esas fórmulas en las dos últimas décadas”, añade Vicente Ortún. A este respecto, el propio Tribunal de Cuentas Europeo recomienda que las decisiones de contratación con el sector privado se basen en “análisis comparativos sólidos” que permitan seleccionar la mejor opción.

NOMBRAMIENTOS



La investigadora **Eloísa del Pino** ha sido nombrada nueva Presidenta del CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas).

Por otro lado, el Patronato de Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) ha aprobado la permanencia de su Junta Directiva actual hasta 2025. Todos los cargos de la directiva, encabezada por **Juan Abarca**, mantienen su compromiso, y se añade una nueva Vicepresidencia, que ostentará **José Manuel Inchausti**, de MAPFRE.

Y en el ámbito farmacéutico, cabe destacar el nombramiento de **Antonio Mingorance** como nuevo Presidente de Bidafarma; el Premio Iberoamericano de la Fundación Carlos III que ha recibido **Regina Revilla**; y el nombramiento de **Christelle Ratignier-Carbonneil**, elegida Vicepresidenta de la Junta Directiva de la EMA.



ECONOMÍA



Reig Jofre publica el anuncio de ejecución de ampliación de capital liberada

La farmacéutica Reig Jofre ha publicado recientemente en el Boletín Oficial del Registro Mercantil (BORME) el anuncio de la ejecución de la ampliación de capital liberada, vinculado a la retribución mediante dividendo flexible.

El aumento de capital se ha fijado en un máximo de 1.018.843 títulos, lo que supone un incremento del 1,32 %.

Según ha informado la compañía a la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV), los accionistas que hayan adquirido títulos hasta las 23.59 horas de hoy recibirán un derecho de suscripción preferente por cada acción de la sociedad de la que sean titulares.

Estos derechos iniciarán el período de cotización mañana, 15 de junio de 2022, momento en el que el

valor de los derechos se desdoblará del valor de las acciones y ambos cotizarán por separado durante un plazo de 15 días naturales.

Una vez se asignen los derechos, los accionistas podrán canjearlos por acciones nuevas, percibir efectivo mediante la venta de los derechos a la sociedad, a un precio fijado, o mediante su venta en el mercado.

El plazo de negociación en el mercado de los derechos de suscripción preferente será de 15 días naturales que, tendrá lugar del 15 al 29 de junio de 2022.

El pago del efectivo a los accionistas que opten por recibir la totalidad o parte del dividendo en efectivo se prevé para el 4 de julio y la fecha prevista para arrancar la contratación ordinaria de las nuevas acciones será el 25 de julio.

La eliminación de conciertos propuesta en la Ley de Equidad supondría un gasto de más de 2.700 millones a la sanidad pública

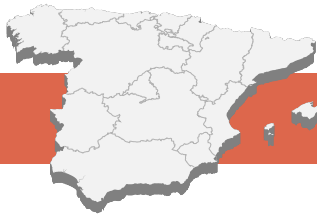
El texto definitivo del proyecto de Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobado recientemente en Consejo de Ministros modifica los artículos 47 y 90 de la Ley General de Sanidad para otorgar la condición de excepcional a cualquier fórmula de colaboración público-privada sin distinción, ya sean conciertos, concesiones, contratos u otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios.

La Alianza de la Sanidad Privada Española ha estimado, con un promedio conservador de ahorro, que tan solo la eliminación de conciertos propuesta en la Ley de Equidad le supondría a la sanidad pública un gasto de 2.746 millones de euros anuales, teniendo en cuenta que esta fórmula de colaboración público-privada supone, mínimo, un ahorro del 25% para

las arcas públicas y que la partida presupuestaria destinada a conciertos se sitúa en torno a los 8.240 millones de euros, el 11% del total del gasto sanitario.

Y es que, cabe recordar a este respecto que el sistema de conciertos opera en condiciones significativamente más ventajosas en costes que a precio público. Así, los precios medios concertados de procedimientos como cataratas, intervenciones de cadera o rodilla, entre otros, son entre un 25% y un 69% menores.

De otro lado, y en lo referente a otra fórmula habitual de cooperación contemplada en la Ley General de Sanidad, la de las concesiones administrativas, el ahorro roza los 354 millones de euros solo atendiendo a los 9 casos de distritos de salud pertenecientes a La Rioja, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid.



La FINBA y MSD firman un convenio para promover la investigación, la formación y la innovación biosanitaria



Faustino Blanco y Elena de las Heras durante el momento de la firma.

La Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA) y la compañía biomédica MSD han firmado un convenio marco de colaboración para identificar sinergias en el campo de la salud y la investigación, compartir experiencias encaminadas a la implantación de modelos orientados a medir y gestionar resultados en salud, impulsar iniciativas para la formación avanzada de los profesionales de la salud y la retención del talento investigador, así como fomentar la innovación y el valor en el campo de la Salud.

La firma se ha llevado a cabo por el director de la FINBA, Faustino Blanco, acompañado por el Consejero de Ciencia, Innovación y Universidad, Borja Sánchez, la Directora Científica del ISPA, Victoria Álvarez, el Subdirector de Atención Sanitaria, Alberto Fernández, la Directora ejecutiva de Acceso de MSD en España, Elena de las Heras y la directora de Acceso Regional de MSD en España, Amparo Valladares.

Tal y como ha subrayado Faustino Blanco, la FINBA está encargada de gestionar, con una visión compar-

tida, la investigación biomédica y sanitaria de excelencia en Asturias: “Somos una organización singular, promovida por el Gobierno del Principado de Asturias, que cuenta en el ISPA con la alianza de la Universidad de Oviedo, el CSIC y diversas empresas participantes. Dentro de nuestra vocación de liderar los nuevos desafíos sociales está el facilitar, a través de instrumentos de colaboración como el que hoy nos trae aquí de la mano de MSD, nuestra presencia y marca dentro del nuevo Programa Marco Europeo de Investigación e Innovación 2021-2027. Para Asturias significa trabajar en los objetivos de Salud, cambio demográfico y bienestar”.

Por su parte, Elena de las Heras ha destacado la importancia de reforzar la colaboración entre las entidades públicas y privadas para fomentar el avance biomédico, “tan necesario para el bienestar de las personas”. Mediante este acuerdo -ha añadido-,

“MSD sigue remarcando su compromiso con la investigación, la innovación y con la formación de los profesionales sanitarios en Asturias, como vía para mejorar la calidad de vida y la salud de las personas y de los pacientes”.

Fruto de esta colaboración, se celebra este jueves la III Jornada Asturias con la Innovación y el Valor (ASCINVA) en la que se abordarán los indicadores de resultados en salud, como clave para mejorar la atención a los pacientes, y los retos futuros en la implementación de la medicina de precisión.

En definitiva, mediante el acuerdo se fomenta la colaboración para poner en marcha e impulsar iniciativas de formación, investigación, innovación y valor, como el I Encuentro Internacional Asturiano de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, que tendrá lugar en Oviedo el próximo mes de septiembre.



Madrid crea el Comité Director de la Estrategia de CAR-T para definir el abordaje de terapias avanzadas

En 2019, con la comercialización en España de los primeros medicamentos de terapia avanzada, la Comunidad de Madrid puso en marcha la Estrategia Regional de Terapias Avanzadas, una iniciativa pionera en nuestro país. Pero la llegada de nuevos medicamentos de terapia avanzada en los próximos años requiere continuidad en la planificación estratégica para seguir garantizando el acceso de los pacientes a las terapias CAR-T en condiciones de seguridad y eficacia.

Para avanzar en esta planificación, que conlleva ordenar, promover y coordinar las actividades de los grupos de investigación de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud con el fin de impulsar el trabajo en red de terapias avanzadas en la región, se ha creado el Comité Director de la Estrategia Regional de Terapias Avanzadas, presidido por Enrique Ruiz Escudero, consejero de Sanidad de Madrid.

Así, este 20 de junio la Consejería de Sanidad ha publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM) la creación de este Comité Director de la Estrategia de CAR-T que se constituirá dentro del plazo de un mes desde la entrada en vigor de esta orden. Se celebrará sesión ordinaria, al menos, una vez cada tres meses, previa convocatoria del presidente.

“Se trata de una norma que responde a los principios de necesidad y eficacia, dado que viene motivada por el interés general de contar con una mayor especialización y participación en el ámbito de la política autonómica en materia de terapias avanzadas, para lo que la creación de un órgano colegiado es el instrumento más apropiado”, según se expone en el texto publicado en el BOCM.



Ribera Lab apuesta por la excelencia con una acreditación ISO en las áreas de Citogenética y Biología molecular



El laboratorio central de Ribera Lab, Torrellano (Elche).

Ribera Lab, la división de laboratorio del grupo sanitario Ribera, ha conseguido la acreditación de la norma UNE EN ISO 15189:2013 para gran parte de las técnicas que se realizan en su laboratorio central, Cialab, ubicado en Torrellano (Elche), a diez minutos del aeropuerto de Alicante-Elche. El proceso de acreditación, “muy ambicioso y complejo, y que no hubiera sido posible sin la implicación de todo el equipo”, confirma la apuesta de Ribera Lab por la calidad y el rigor técnico y de gestión en sus procesos.

El alcance de la acreditación engloba las áreas de Citogenética y Biología molecular, entre otros, y demuestra que cumple con todos los requisitos de esta norma y que es capaz de realizar de manera solvente las actividades incluidas dentro del alcance de este laboratorio. Según explica Mayte Alarcón, directora de Ribera Lab, “este reconocimiento, muy exigente, es la recompensa al esfuerzo y al trabajo que realizamos todos los días y nos posiciona en un lugar privilegiado entre los laboratorios de Citogenética a nivel nacional”. “Hemos trabajado exhaustivamente

para dar cumplimiento a los requisitos de la norma en todos los aspectos: sistema de gestión, preanalítica, analítica, posanalítica, gestión de recursos, aseguramiento de la calidad y gestión de la información”, asegura.

El área de Citogenética ha acreditado todas las técnicas del área: cariotipo prenatal, constitucional y hematológico, FISH oncohematológica de médula ósea, sangre periférica, tejido parafinado e impronta, Array de SNPs Cytoscan 750k y Cytoscan Optima.

El área de Biología Molecular, por su parte, se ha acreditado en diferentes alcances que engloban casi la totalidad de las técnicas usadas para el diagnóstico genético de los pacientes. El alcance abarca los estudios prenatales de aneuploidias mediante QFP-CR, Expansión de tripletes para FRDA y XFragil, ARMS Fibrosis Quística, MLPA para diversos síndromes, y

Secuenciación Sanger y NGS para detección de mutaciones asociadas enfermedades hereditarias.

Ribera Lab cuenta con un equipo multidisciplinar especializado, con perfiles diferentes entre los que destacan analistas, técnicos, microbiólogos, genetistas, o personal de Enfermería. En total, cuenta con una plantilla de 66 profesiones, 47 ubicados en su laboratorio central y 19 en los laboratorios periféricos. En 2021 realizó más de medio millón de determinaciones y casi 130.000 PCR's. Está especializado en citogenética constitucional, prenatal y onco-hematológica, así como en biopatología molecular de enfermedades hereditarias, infecciosas y onco-hematológicas, además de todo tipo de analíticas relacionadas con las áreas de Alergología, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Ginecología, Hematología, Nefrología, Neurología, Pediatría, Oftalmología, Oncología y Toxicología.

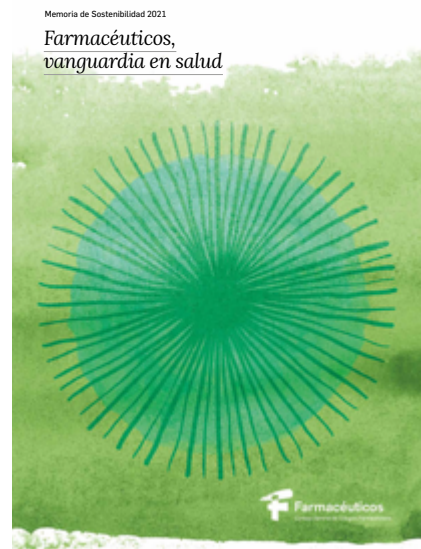
BIBLIOTECA



Farmacéuticos, vanguardia en salud

Memoria de Sostenibilidad 2021

Un documento (basado en los Estándares GRI) que refleja el compromiso, las acciones y los proyectos puestos en práctica por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos durante 2021 y su potencial para contribuir en el cumplimiento de la Agenda 2030 de Naciones Unidas.



Cómo piensan los algoritmos de marketing. La eficacia en el marketing programático

Roberto Brognara



No es cierto que los algoritmos sean omnipotentes. Al menos en marketing, lo son menos de lo que podrían ser por desconocimiento, rigidez, miopía estratégica, presunción y otras razones que aquí se describen.

El *big data* ha traído consigo numerosas e importantes innovaciones, pero también ha relanzado una especie de glorificación de los datos y los procedimientos automáticos (es decir, los algoritmos) que la cultura del marketing ya conocía y había superado.



New Medical Economics

La revista líder de gestión sanitaria en España

Revista NME

Comunidad Digital

Eventos

Canal Online NME

Premios NME

**Campañas
Institucionales**

SUSCRIPCIÓN GRATUITA 



PARA MÁS INFORMACIÓN: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es
www.newmedicaleconomics.es