

Educación en salud

clave para la prevención
del cáncer de hígado



En Profundidad:

Atención Primaria: clave, central y prioritaria

El Efecto Venturi:

Había que medir la equidad

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Alfonsele 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 Grupo Sanitario Ribera

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)

Gilaberte, Yolanda

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

Lorenzo Garmendia, Andoni

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Martínez Solana, María Yolanda

Profesora Titular 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

Inmediate 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 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

Establish Market Implementation Astellas Pharmaceutical

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

DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

DIRECTORA DE OPERACIONES

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

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

PROJECT MANAGER

Paula Suárez García
paula@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 606 82 46 81

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 Camicero Giménez de Azcárate,
Consultor de Sistemas y Servicios de Salud.



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



Carmen Ferrer Arnedo,
Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del 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 García,
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 Inithhealth (Grupo Init) y Cofundador de Health 2.0 Basque



DERECHO

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



Ofelia De Lorenzo 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.



Carlos Lázaro Madrid,
Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza.



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



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

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

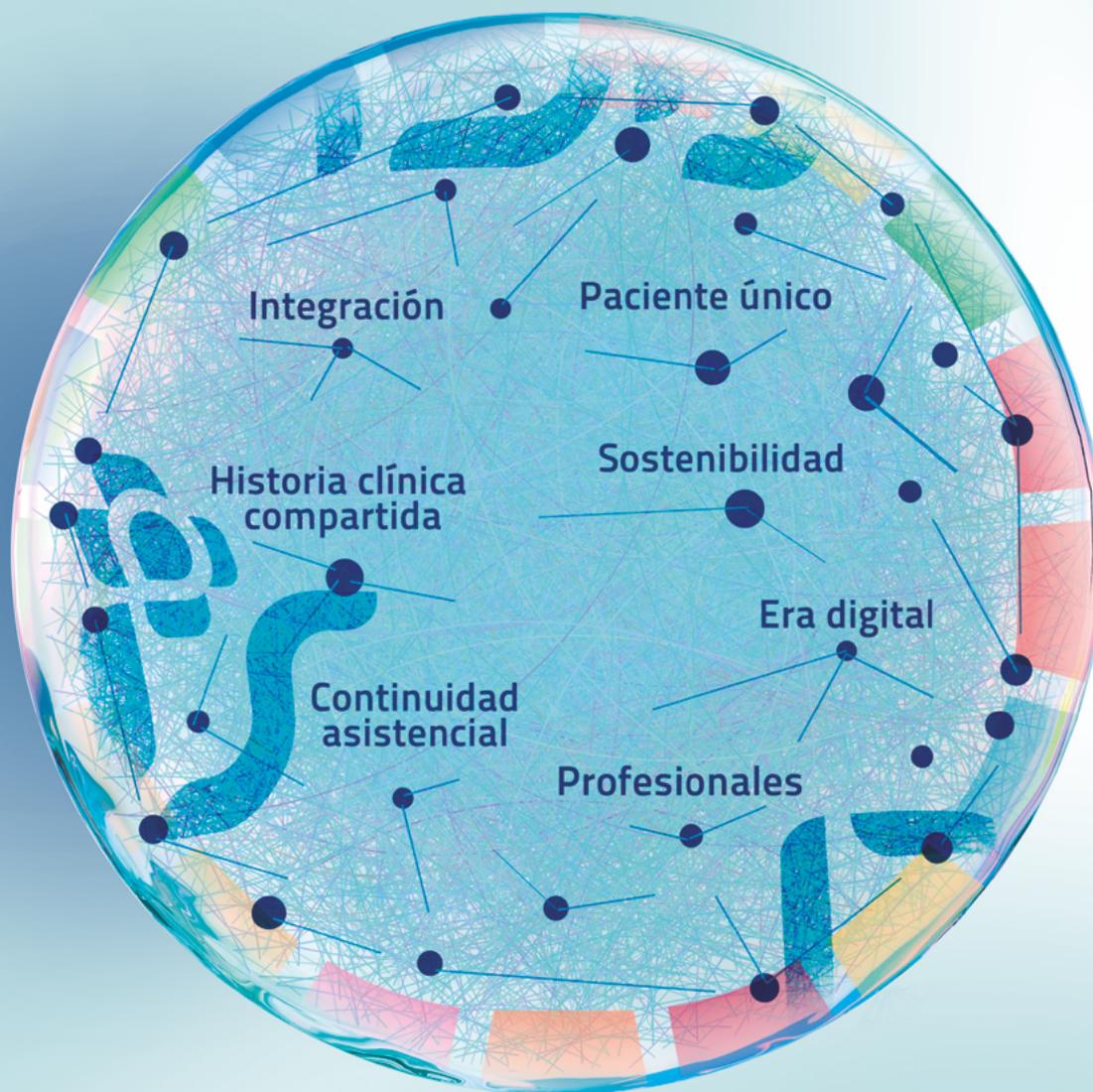


Jaime Puente y C.,
Socio Director de BEsIdeU.



Trabajamos cada día por el mejor sistema sanitario

#SanidadSomosTodos



ALIADOS CON LOS
OBJETIVOS DE
DESARROLLO
SOSTENIBLE 2030
"ODS"



fundacionidis.com



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

6 **Derecho Sanitario**
La digitalización de la salud: retos y tareas pendientes

8 **Políticas Sanitarias**
Tiempos de vacunación

10 **El Termómetro**
Contribuir a diseñar nuestro futuro

16 **En Profundidad**

- Atención Primaria: clave, central y prioritaria
- La consciencia emocional; dando el primer paso para ser tú mismo
- Visión estratégica de la salud digital: oportunidades y áreas de mejora
- Aportaciones a la prevención en salud mental desde la psicología

25 **El Efecto Venturi**
Había que medir la equidad

27 **Reflexiones Saludables**
La descoordinada concentración sanitaria

30 **Entrevista**

- Patricia Crespo Toubes, Subdirectora Económico-Financiero de Infraestructuras y Servicios Generales en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

34 **En Portada**
Educación en salud, clave para la prevención del cáncer de hígado

37 **Nuestros encuentros con expertos**

- Investigación e innovación, esenciales para avanzar en el abordaje de la diabetes
- Los modelos de financiación sanitarios en la Zona Norte de España

47 **Noticias**

56 **Nombramientos**

57 **Economía**

59 **Sanidad Autonómica**

63 **Biblioteca**



La digitalización de la salud: retos y tareas pendientes

Julio Sánchez Fierro

La revolución digital está produciendo cambios profundos en la economía, en la sociedad y en la cultura; también en el sector sanitario.

En efecto, en los sistemas sanitarios la revolución digital está llamada a producir profundas transformaciones en la cultura y gestión asistencial, en la investigación biomédica y en la innovación tera-

péutica. A partir de ya mismo el funcionamiento de la actividad asistencial se desarrollará en un nuevo entorno en el que la práctica clínica y las relaciones de los pacientes con el sistema sanitario tomarán como referencia los hospitales “inteligentes”, la fluidez en la relación entre niveles asistenciales, el acceso rápido a la información y documentación, el apoyo y ayuda a pacientes frágiles o vulnerables través teleasistencia y de la telefarmacia y un largo etcétera.



Este fenómeno de la transformación digital se está produciendo a nivel internacional, europeo y nacional. Por su parte la OMS viene impulsando una Estrategia de salud digital 2020/2025, cuyos principios rectores son facilitar la transferencia de conocimiento, una adecuada gobernanza, evaluar y medir los avances y poner el acento en una digitalización al servicio de los pacientes.

Por su parte, desde las instituciones europeas, la salud digital ocupa un lugar importante dentro de su agenda política, especialmente tras la experiencia de la crisis sanitaria de la COVID-19. En este sentido cabe destacar iniciativas tales como el Programa Digital Europe /Horizonte Europa / EU4Health, sin olvidar los Fondos Europeos para recuperación y resiliencia.

Si nos referimos a nuestro país, la Estrategia Española (2021-2026) es, sin duda, un paso adelante. La creación de estructuras administrativas *ad hoc* en el Ministerio de Sanidad y la colaboración de las CCAA son instrumentos notables al servicio de un modelo de digitalización integrado e interoperable. Sin embargo, la completa omisión del sector sanitario privado empaña y empequeñece este proyecto transformador.

La Estrategia de Salud Digital se ve acompañada de otras medidas de interés, recogidas en el Pacto por la Ciencia y la Innovación, en la Estrategia de IA, en el PERTE Salud de vanguardia, en la Estrategia de Medicina Personalizada de Precisión, además de interesantes planes y programas autonómicos.

A los que corresponda gestionar la transformación digital de nuestra Sanidad les va a corresponder convertir objetivos en realidades, pero esa tarea no será fácil, porque habrá que dar solución a una amplia gama de problemas: debilidades y obsolescencia en infraestructuras tecnológicas; déficit de formación digital, ausencia de nuevos perfiles profesionales (bioinformáticos, ingenieros, de sistemas...), brecha digital de los pacientes mayores, falta de un programa presupuestario plurianual de inversiones, además de otros *gaps* en cuanto a calidad, gestión y tratamiento de datos.

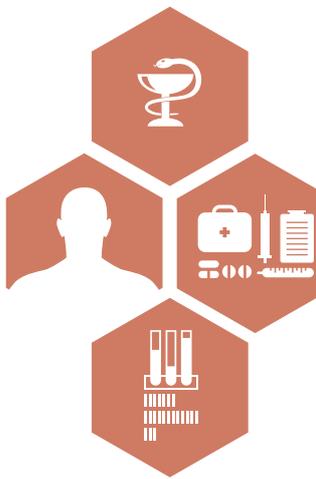
“

En los sistemas sanitarios la revolución digital está llamada a producir profundas transformaciones en la cultura y gestión asistencial, en la investigación biomédica y en la innovación terapéutica

”

Solucionar estos problemas y avanzar en los objetivos de la transformación digital son retos de primer orden a la hora de ofrecer y dar un futuro de sostenibilidad y calidad a nuestro sistema sanitario; retos que exigen el compromiso y el esfuerzo de todos.

Abogado y Dr. en Ciencias de la Salud
jsanchezferro@gmail.com



POLÍTICAS SANITARIAS



Tiempos de vacunación

Boi Ruiz García

La vacunación es un claro ejemplo de lo que significa “valor aportado” por una política sanitaria pública, concretamente de prevención primaria. Lo es desde ya hace mucho tiempo, aunque lo tuviéramos algo olvidado. La pandemia ha revalidado esa concepción y nos ha recordado también lo que debió ser, y puede ser, un mundo sin vacunas. Como también ha actualizado la contribución de la investigación y sus resultados innovadores a ese valor aportado. En estos últimos tiempos también hemos asistido a una mayor socialización del reconocimiento del valor científico.

Resulta obvio decir que las políticas de vacunación, como políticas de Salud Pública de prevención primaria básica, deben apoyarse en planes y actuaciones firmes que garanticen la mayor cobertura poblacional posible. Apoyarse también en una financiación suficiente, así como en decisiones de coste de oportunidad si se requiere y en la producción y suministro de vacunas en las formas y en los tiempos requeridos.

Aun no existiendo una vacuna cien por cien efectiva, su valor se pone de manifiesto en muchas dimensiones. Erradicando o eliminando enfermedades dismi-

nuye morbilidad y mortalidad. También, como hemos visto en la pandemia, puede reducir la gravedad de la enfermedad. En otros casos protege de enfermedades relacionadas con aquella sobre la que actúa.

Puede también, paradójicamente, proteger a los no vacunados rompiendo la transmisión de la infección o por efecto de la atenuación de la carga viral de los vacunados.

En la dimensión socioeconómica, la vacunación actúa conteniendo los costes de la atención sanitaria que supone contener la enfermedad, pero también conteniendo el impacto negativo sobre el crecimiento económico que supone una población enferma, con su potencial capital humano y de conocimiento mermado. La pandemia ha sido suficiente demostrativa de ese impacto especialmente en los sectores de actividad con fuerte interacción personal.

Aun así, los retos a los que esas políticas se enfrentan siguen presentes en nuestro SNS. Los principales son el reconocimiento de la vacunación como valor social, su vigencia en todas las etapas y edades de la vida, la cobertura adecuada y el *accountability* de sus resultados.

Pero también la pandemia ha puesto más aún en evidencia la necesidad de una política global y de contemplarla de forma transversal a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La eliminación de las desigualdades en el acceso a las vacunas es el gran reto a superar.

La vacunación aún debe alcanzar mayores cuotas de valor social. Este debería proporcionarse mucho más en la escala de valores sociales y sobre todo en los valores profesionales sanitarios. La convicción de que vacunarse no solo es cuestión de proteger la salud propia sino la de todos, debería estar más en la discusión de ese conjunto de valores. La salud colectiva que la vacunación aporta tiene que ver, como hemos visto, con la salud económica, el bienestar social y la esperanza de vida. Ganar valor social no es cuestión de regulaciones y obligaciones, si estas no se fundamentan en los valores éticos con relación al bien común y especialmente en los principios del ejercicio de las profesiones sanitarias.

Vamos viendo claramente como la evolución científica ha ido desplazando el concepto de la vacunación como algo consustancial con la infancia, a la vacunación como algo a estar presente en todas las etapas de la vida. La igualdad de oportunidades ante una mayor esperanza de vida en buena salud avanza en una buena dirección con políticas adecuadas de vacunación del adulto y de los mayores de 60 años.

La información sobre las vacunas y sus mecanismos de actuación, que la mayoría de los ciudadanos tienen, requiere de alguna actualización que permita disponer de un conocimiento que se ajuste a las aportaciones de la innovación científica. Aquí el papel de las autoridades sanitarias de la mano de las asociaciones científicas y de pacientes resulta muy relevante. La evidencia del beneficio, de la seguridad y de los costes de una vacuna deben ser suficientemente transparentes, y públicos sus resultados.

Los programas de vacunación y la cobertura adecuada deben ir acompañados de programas de planificación de la oferta que actúen sobre la producción para que esta sea suficiente para dar respuesta a una accesibilidad universal. Todo ello con un sistema de contratación transparente y acorde con la aportación de valor que, como decíamos al principio, la vacunación comporta.

No debemos contentarnos con la disponibilidad de un Calendario de Vacunación del SNS, si este no rin-

“

La información sobre las vacunas y sus mecanismos de actuación requiere de alguna actualización que permita disponer de un conocimiento que se ajuste a las aportaciones de la innovación científica

”

de cuentas públicas de las tasas de vacunación alcanzadas en todas las edades. Además, esas tasas deben relacionarse con la disminución o no de las cargas de enfermedad que pretenden contener.

Aplicando el principio de rendición de cuentas propio de la buena gobernanza, el SNS debería, con la información disponible, contar con la publicación sistemática de indicadores sobre los resultados directos e indirectos de las políticas de vacunación. Estos indicadores deben ser accesibles y comprensibles para la población en general. Las políticas son buenas o malas, así como su gestión, en función de los resultados que las acompañan.

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

boiruiz@knowhowadvisers.com



EL TERMÓMETRO



Contribuir a diseñar nuestro futuro

Fernando Mugarza Borque

Arranca en breve un año, el 2023, cargado de convocatorias electorales tanto territoriales y locales, como nacionales, y por si fuera poco la segunda mitad del ejercicio 23 viene con la presidencia de la Unión Europea debajo del brazo.

En este contexto de consignas, pancartas, eslóganes y promesas se traspasa una sensación de gran incertidumbre por la deriva política, económica y social, fundamentalmente motivada por los diversos acontecimientos que estamos presenciando en todo el planeta, pero especialmente en nuestro continente europeo.

Las cuentas no terminan de cuadrar con un déficit y una deuda disparados, una inflación muy preocupante, un gasto público creciente y una sociedad que sufre en sus propias carnes sus consecuencias en forma de pérdida progresiva de su poder adquisitivo y de hipotecas, claudicaciones y trabas en todo lo relacionado con aquello que hemos convenido en denominar Estado del Bienestar.

Vamos a pasar un invierno muy duro no solo por la crisis energética, sino porque todas las carencias que barruntamos en el reciente pasado se van a hacer

realidad y todos en mayor o menor medida vamos a sufrir sus consecuencias.

Tras esta breve introducción que invita poco al optimismo, pasada la fiesta y borrachera electoral que se avecinan nos tendremos que enfrentar a la realidad y trabajar más duro si cabe y sufrir para remontar un vuelo cargado de turbulencias, con el fuselaje y el motor afectados y con una carga de combustible más bien escasa.

Si el año 23 de este milenio va a venir caracterizado por informativos cargados de políticos haciendo declaraciones y pidiendo el voto a diestro y siniestro, el 24 va a suponer el comienzo de la reedificación de todo lo dañado, de todo lo que en este periodo truculento se ha averiado, y en ello se nos va a ir un tiempo que es muy preciado y a la vez imprescindible para que nuestro país no pierda el potencial que aportan los miembros del grupo tractor de liderazgo de los países más industrializados, innovadores y pujantes.

En estas circunstancias complejas y difíciles no nos podemos permitir obviar lo importante a cambio de acometer lo urgente, a pesar de que esto evidentemente haya que abordarlo. Es muy relevante, en mi opinión, tratar de balancear y equilibrar estos dos escenarios de gestión y para ello es imprescindible ha-

cer un diagnóstico certero para aplicar el tratamiento más idóneo y adecuado y disponer así de un pronóstico lo más favorable posible, haciendo un parangón con la terminología médica.

Contribuir a diseñar el futuro es lo que hacen los líderes, los demás lo afrontan con mayor o menor fortuna y España que es un país eminentemente innovador, cargado de creatividad y de éxitos en todos los sectores, generador de grandes avances que han conformado el mundo, ha de estar bien dispuesto a contribuir a ese diseño estratégico.

Las generaciones venideras han de recibir un legado de sostenibilidad y suficiencia que les permita consolidar los principios elementales de un sistema de protección social y asistencial sinérgicos, que interactúen de una forma conjunta y complementaria una vez que el ser humano no es parcelar, sino que se desarrolla de una forma continua desde el nacimiento hasta el final de la vida y un sistema provisor de salud que se precie debería atender todas las necesidades, especialmente las de aquellos que se encuentran en los momentos de mayor vulnerabilidad y fragilidad, como es el caso de las edades más avanzadas de la vida y los fenómenos de dependencia en muchos casos asociados.

Por supuesto que hay que velar por el acceso, la equidad o la universalidad, pero hay dos puntos que considero que son al menos tan importantes, el de la solidaridad y el de la suficiencia financiera. Solidaridad supone afrontar de forma decidida, eficiente y suficiente las necesidades de quienes se encuentran por ejemplo en el extremo más avanzado de la vida o padecen situaciones de dependencia. No es posible que las personas que han contribuido de forma determinante a construir el Estado de bienestar actual queden marginadas y no se establezcan medidas estratégicas a corto, medio y largo plazo que aborden con eficacia y eficiencia y prontitud las necesidades y problemas asociados a sus situaciones de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia.

En cualquier caso, es cierto que avanzamos sin un horizonte claro en materia sanitaria, las dificultades y carencias son tan grandes y crecientes que

“

Las generaciones venideras han de recibir un legado de sostenibilidad y suficiencia que les permita consolidar los principios elementales de un sistema de protección social y asistencial sinérgicos

”

tan solo somos capaces de nombrarlas una a una en los diferentes foros de reflexión en las que todos nos congregamos y participamos, pero raramente se adoptan medidas que no sean parches para tratar de “ir tirando” y ese es uno de los mayores errores. Trabajar para apuntalar un sistema que se tambalea solo puede llevarnos a una resultante, a la pérdida de una oportunidad única, contribuir a diseñar su futuro y participar en su desarrollo y desempeño. Es por ello por lo que se hace imprescindible refundar el sistema contando con todos los agentes implicados y com-



prometidos para abordar los enormes problemas que lo acechan y los inmensos retos que se ciernen.

La medicina, al igual que la sociedad está cambiando a pasos agigantados y está transformándose de la mano de la innovación digital, probablemente hoy estamos siendo protagonistas de lo que puede considerarse la prehistoria de lo que está por venir. Hoy ya hablamos y hay grandes experiencias del denominado hospital líquido cuyo propósito es trascender al domicilio los cuidados precisos que hoy en día se realizan intramuros en hospitales, hablamos de cuidados intermedios en el mismo sentido, nos referimos ya con asiduidad a la atención no presencial, por no hablar de la monitorización preventiva y predictiva mediante diferentes tipos de dispositivos personales.

Sin embargo, frente a esto nos damos de bruces con una realidad, todavía no hemos sido capaces de elaborar una historia clínica o biografía de salud única y por supuesto interoperable y mucho menos que esta pueda ser compartida en nuestro entorno geográfico europeo; o las dificultades culturales para generar y compartir datos en beneficio de una medicina más

precisa, predictiva, personalizada, preventiva y poblacional por poner tan solo un par de ejemplos ilustrativos. La continuidad asistencial, algo tan elemental y clave como es este concepto, todavía es una quimera por la propia bunkerización del sistema y el dogmatismo en algunas formas de pensamiento y acción.

No es descabellado pensar que los sistemas sanitarios se extiendan más allá de nuestras fronteras naturales, de hecho, la tecnología digital en sus diferentes versiones ya permite no solo consultas, sino incluso intervenciones a distancia o diagnóstico en remoto. Este hecho por sí mismo es un elemento disruptivo y a la vez transformador porque terminará rompiendo la estructura de un sistema que ya de por sí no se adapta ni da respuesta adecuada a aquello que la sociedad exige y plantea en torno a su salud, a su sanidad y a la forma y medios con los que nos dotamos para gestionarlas y abordarlas.

Hoy en día hay pruebas de concepto que ratifican ya esto que acabo de comentar, uno es el del proyecto *Alisse* relativo a la monitorización y control de salud y

constantes de los viajeros del espacio que participan en proyectos interplanetarios, cuyo contacto con las áreas de control es en remoto y por lo tanto la monitorización de su situación vital y posibles complicaciones no puede ser de otra forma que en remoto.

Alisse conlleva una tecnología de inteligencia artificial, basada en aprendizaje profundo, que guía y asiste a los astronautas en la adquisición de imágenes de ultrasonido de alta calidad diagnóstica en diferentes órganos afectados por las condiciones de los viajes espaciales tripulados. Con ello se facilita el trabajo de los médicos especialistas que, de forma remota, pueden identificar desde Tierra las afecciones que pudieran sufrir los astronautas de forma precoz, en etapa temprana y poner remedio para evitar su avance y consecuencias.

El *software* que GMV desarrolla en el proyecto *Alisse* ayuda a realizar los estudios de imagen ecográfica de acuerdo con los protocolos de cada órgano, y a guiar en tiempo real a cualquier miembro de la tripulación con conocimientos básicos de anatomía.

Por otro lado, la robótica estrechamente vinculada a la inteligencia artificial con toda seguridad va a suponer un revulsivo y un avance incomparable de las ciencias médicas y quirúrgicas, la precisión es uno de los atributos más importantes de la medicina del futuro que abre sus puertas ya en el presente con experiencias más que notables en torno a herramientas como el robot Da Vinci que está ya ofreciendo excelentes resultados especialmente en el área de la oncología quirúrgica o la inteligencia artificial vinculada estrechamente a Hugo, una nueva herramienta cirujía asistida por robot que sin duda va a aportar mayor calidad y mejores resultados.

En el ámbito de las ciencias ómicas destaca junto a la genómica, la transcriptómica, la proteómica y la metabolómica todo lo relacionado con la radiómica, una ciencia digital que aporta mayor precisión, especificidad y nitidez a la hora de identificar lesiones anatómicas en órganos que de otra forma, por estar en estadios incipientes, hubieran podido pasar desapercibidas con todo lo que ello significa desde el punto de vista de resultados y pronóstico. Un ejemplo

lo tenemos con los sistemas de navegación asociados a la radioterapia intraoperatoria o los modelos de calibración precisa de dosis a administrar en caso de tumores sensibles a la radiación (*Radiance* y *Naviphy* respectivamente).

Los ejemplos son muchos y diversos, lo cierto es que en la antesala de lo que está por venir a la que hacía referencia se encuentran avances que hoy por hoy todavía nos pueden parecer impensables. La realidad virtual aplicada al hecho asistencial y formativo de los profesionales sanitarios, la impresión 3D, el 5G aplicado a la cirugía, los derivados de la investigación en ondas de frecuencia, la nanotecnología o la evolución de la medicina cuántica son solo algunas áreas tecnológicas que nos van a cambiar el modo de ejercer la práctica clínica, nuestro *modus operandi* y la forma en la que entendemos hoy por hoy la medicina.

En este entorno de innovación disruptiva no podemos dejar de mencionar todo lo que supone y significa las diversas derivadas de la ciencia del dato y la cooperación privada-pública imprescindible, también en este contexto. Es aquí donde iniciativas europeas interdisciplinares y *multistakeholder* como la alianza *Harmony* para dibujar el primer mapa europeo de tumores hematológicos aspira a acelerar el desarrollo de nuevos tratamientos y medicamentos más efectivos con los que aplicar la medicina de precisión y avanzar hacia terapias personalizadas para los pacientes con algún tipo de cáncer hematológico.

Los investigadores y científicos de datos de *Harmony* están focalizando su actividad en encontrar respuestas a las siguientes cuatro preguntas: ¿cómo podemos diagnosticar a los pacientes más rápido y con mayor precisión?, ¿cuáles son las mejores prácticas que podrían ayudar a los médicos a tomar mejores decisiones de tratamiento?, ¿cómo podemos abordar las necesidades no cubiertas de los pacientes?, y ¿cuál es la mejor manera de avanzar en el desarrollo de nuevos fármacos? Por primera vez en la historia de la humanidad, es posible abordar estas cuestiones utilizando métodos avanzados de análisis de datos basados en inteligencia artificial y aprendizaje automático.



Y en este contexto tecnológico la pregunta es ¿dónde queda y qué lugar ocupará la imprescindible relación médico-paciente o mejor dicho profesional sanitario-paciente? En este sentido es bueno y deseable impulsar un desarrollo armónico del soporte tecnológico con el refuerzo de las habilidades en comunicación emocional e interpersonal, sustento básico sobre el que se asienta una medicina con un carácter marcadamente humanístico y personalizado.

La tecnología aplicada a la medicina sin duda es un gran aliado para el profesional, para el paciente y para el propio sistema sanitario. Para el primero porque le aporta seguridad, resultados y tiempo que poder dedicar a la tarea asistencial directa con sus pacientes, lo cual redundará también en una mejor experiencia en las diferentes fases y etapas del proceso asistencial, lo cual a su vez incide en la consecución de mejores resultados sanitarios y de salud. El paciente es también uno de los grandes beneficiados

del desarrollo e implantación de la innovación vanguardista y disruptiva puesto que le ofrece aquello que más aprecia, resultados, especificidad y tiempo que compartir con su profesional sanitario y para el sistema puesto que la tecnología sin duda genera escenarios de eficiencia lo cual redundará en una mayor y mejor solvencia y sostenibilidad lo cual es más que deseable en tiempos en los que la demanda de servicios de salud es creciente por diversos motivos.

Director de Desarrollo Corporativo de la Fundación
IDIS

Profesor de la Universidad Pontificia de Comillas
(ICAI-ICADE)

fmugarza@fundacionidis.com

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

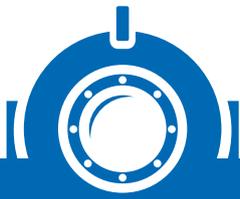


Desde 1929 en Reig Jofre centramos nuestro mejor saber hacer en la investigación, el desarrollo, la producción y la comercialización de medicamentos y complementos nutricionales con el deseo de mejorar la salud y promover el bienestar de las personas en los cinco continentes.

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

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





Atención Primaria: clave, central y prioritaria

Mercedes Maderuelo Labrador

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se incluyen las patologías cardiovasculares (ECV), las cerebrovasculares y la diabetes, entre otras, son responsables del 60% de las muertes anuales a nivel mundial, ocupando en nuestro país las 10 primeras causas de mortalidad.

El número total de muertes a consecuencia de las enfermedades crónicas en el mundo es dos veces mayor que el causado por enfermedades transmisibles, la mortalidad materna y perinatal y las deficiencias nutricionales juntas. Sin embargo, el 80% de los casos de estas enfermedades se pueden prevenir mediante intervenciones poco costosas. Hay una gran evidencia científica de que una alimentación saludable y una actividad física suficiente, son elementos claves para la prevención de las ECNT y sus factores de riesgo. En este sentido, Atención Primaria juega un papel clave, centrándose siempre en una visión global de la persona, incluyendo su entorno familiar y social, y considerando los determinantes sociales de la salud, a fin de lograr resultados que impacten positivamente en la preservación de la salud y en una mejor calidad de vida de las personas.

Aparte de esto, para la consecución de estos fines, Atención Primaria, para el desarrollo de la autonomía

del paciente y, por lo tanto, su corresponsabilidad con su estado de salud y lograr su empoderamiento, debe centrarse en:

- Lograr entornos promotores y de calidad de vida y salud.
- Conseguir y mantener estilos de vida saludables en la población sana y con ECNT.
- Modificar los factores de riesgo del desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Garantizar una atención integral de las personas con ECNT, para retrasar la progresión a estadios avanzados y evitar las complicaciones agudas y crónicas.
- Impartir una educación diabetológica ajustada a cada paciente a fin de alcanzar su autonomía y mantener la adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta esto, está claro que los equipos de salud de Atención Primaria deben ejercer un rol protagonista en la promoción de la salud de los colectivos de pacientes crónicos, como es el de las personas con diabetes, desarrollando actividades educativas, preventivas, de atención y rehabilitadoras, a



través de la construcción de estrategias individuales y comunitarias.

Un eje vertebrador

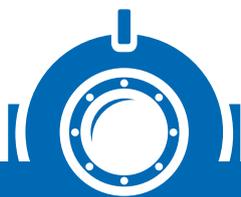
Atención Primaria es el eje del sistema sanitario, y así debe ser reconocida a todos los efectos, mediante el impulso de medidas defendidas por sociedades científicas específicas de Atención Primaria. A saber:

1. Incrementar el presupuesto de Atención Primaria dentro del sistema sanitario en los presupuestos.
2. Liderar la gestión de los procesos del paciente crónico dentro del sistema sanitario y social, incluyendo la coordinación con el nivel hospitalario, centros geriátricos y de discapacitados, asociaciones de pacientes.
3. Los médicos de familia y pediatras deben liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios.
4. Los médicos de familia y pediatras deben tener acceso al catálogo completo de pruebas comple-

mentarias según indicación razonada y criterios de eficiencia clínica.

5. El ejercicio de la medicina en Atención Primaria debe tener un entorno profesional y laboral atractivo: estabilidad, incentivación basada en criterios profesionales, reconocimiento, etc.
6. Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente, siempre teniendo en cuenta el contexto socio demográfico y eliminando toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica.

Gerente de la Federación Española de Diabetes
gerencia@fedesp.es



La consciencia emocional; dando el primer paso para ser tú mismo

Jaume Seuma Morlanes

Las emociones son una parte importante de nuestra vida, pero muy pocas veces nos paramos a pensar en ellas, analizarlas o a pensar por qué las sentimos. Siguiendo la línea de las formaciones que proporcionamos, me gustaría preguntaros: ¿Qué son las emociones? Me equivocaría muy poco si digo que nos ha costado encontrar una respuesta clara, y muy probablemente hemos divagado un rato... La verdad es que sabemos muy poco sobre nuestras emociones. Las emociones y sentimientos están presentes todos los días, forman parte de nuestros sistemas de pensamiento, de análisis y de nuestros mecanismos de protección y supervivencia. Pues sí, así de importantes son.

Permíteme proporcionar una definición para entendernos mejor. Una emoción es una respuesta psicofisiológica de reorganización de nuestro organismo como respuesta a una situación o evento, percibido por nuestros sentidos o por nuestro pensamiento. En palabras más simples, si cogemos un vaso de leche muy caliente apartamos la mano de inmediato para evitar quemarnos. Esta situación no la analizamos, no tenemos tiempo a dar un juicio y pensar en una acción, es un acto reflejo, simplemente reaccionamos. Las emociones son un sistema de supervivencia que tenemos para protegernos frente a peligros, reales o ficticios, que nos permite reaccionar en

milésimas de segundos, el cuerpo se prepara para actuar, lo que los ingleses dirían “*fight or fly*”, lucha o huye. Posteriormente, la información llega al centro de análisis y decisión del cerebro, y aquí es donde la emoción se convierte en sentimiento. El sentimiento es la emoción hecha consciencia (Casafont R., 2014).

Los conceptos son claros, pero ahora lo importante es trasladar este conocimiento a nuestras vidas. Debemos analizar nuestras experiencias vitales, las situaciones que vivimos, cómo nos relacionamos. La inseguridad, sobre nuestra autoimagen social ¿qué pensará la gente de mí? ¿Cómo será valorado lo que digo? Cómo me ve la gente, qué imagen tiene la gente de mí, o cómo reacciono a diferentes situaciones, ¿cómo interactúo con la gente? Mis enfados, ataques de ira, miedos, la necesidad de poner en evidencia a los demás, la humillación, la competitividad negativa, la necesidad de sobresalir, de mostrarme, la soledad, el sentirse más cómodo solo que rodeado de gente, todas estas situaciones pueden ser debidas a falta de educación emocional, por no trabajar quienes somos, qué sabemos de nosotros mismo.

Recuerdo mi propia experiencia cuando era joven, tengo recuerdos de estar caminando por la calle y pensar cómo me estaba viendo la gente y este pensamiento me provocaba inseguridad, modificando mi

forma de andar, revisando la imagen de mis facciones, dudando de mi voz, mis gestos. Lo mismo me sucedía en reuniones sociales, la falta de confianza me condicionaba e influenciaba mi comportamiento, tenía la necesidad de demostrar valía, fuerza, inteligencia.

La práctica de una disciplina artística como el *clown* y el teatro me ayudó a superar mis inseguridades, a aceptarlas como parte de mí, de mi impulso a mejorar, incluso como parte de mi personalidad, pero desde la consciencia, siendo capaz de reconocer qué actitudes eran tóxicas y perniciosas y cuáles me diferenciaban de los demás. Desde el trabajo emocional y el autoconocimiento, hoy en día puedo identificar los mismos patrones en gente a mi alrededor, cómo la inseguridad promueve actitudes incontrolables, perfiles de liderazgo negativos, y lo podemos ver también en algunos de los líderes mundiales, que priorizan el poder y la riqueza a el bienestar de la gente a la que representan. Hablando desde la experiencia personal, no hay mejor terapia que la de reafirmar mis propios defectos, mostrarlos, normalizarlos e incluso intentar hacerlos virtudes, desde la humanidad. Esta es la forma de trabajar desde el interior, para conocer y crecer, convencerme a mí mismo para poder extrapolar al exterior.

Debemos insistir en la necesidad de la educación emocional en todos los niveles. Es vital aprender de nuestras emociones, no solo en un marco conceptual sino también en la práctica emocional, el problema de siempre, como ponemos nuestro conocimiento al servicio de nuestra vida. Situando la necesidad en un contexto real es más fácil entender la necesidad. Con esta premisa podemos absorber los conceptos expresados. Por tanto, debemos plantear este tema, no solo en un nivel racional y cognitivo, sino también a nivel práctico, cómo repercute la educación emocional en nuestra vida y en la vida de la gente que nos rodea.

Es un tema muy importante para trabajar ya que a través de un mejor conocimiento de las emociones podemos entender mejor quiénes somos y por qué nos comportamos como lo hacemos. Es importante ser consciente y estar más conectados con nuestras

“

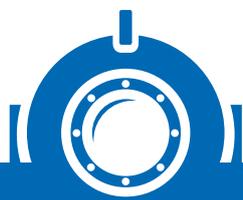
Debemos insistir en la necesidad de la educación emocional en todos los niveles

”

necesidades. Debemos mejorar nuestra consciencia corporal, de cómo nuestras emociones se ven reflejadas y se almacenan en nuestro cuerpo. Para poder vivir una vida equilibrada necesitamos ser conscientes de la información que recibimos de nuestra mente y cuerpo, de esta forma podremos cuidarnos de una forma más coherente y entender el por qué.

Así que os propongo empezar a practicar sobre consciencia emocional, reconocer, entender, preguntarnos qué estamos sintiendo antes de realizar cualquier acción, y así llegar a entender nuestras motivaciones reales. Solo a través de la conciencia podemos ser capaces de gestionar nuestras emociones, y poder relacionarnos de forma equilibrada.

Presidente y co-fundador de Clown Science Dreams
clw.science@gmail.com



Visión estratégica de la Salud Digital: oportunidades y áreas de mejora

David Castro González

El mercado mundial relacionado con la Salud Digital generará más de 234 mil millones de dólares en 2023, según la prestigiosa consultora estadounidense Frost & Sullivan.

La apuesta por la integración de las nuevas tecnologías en un sector tan complejo y competitivo como el de la salud, representa una gran oportunidad a nivel sanitario, social, económico, productivo y medioambiental.

Las tecnologías disruptivas asociadas a la salud (computación cuántica, DLTs, XR, IoT, 5G, gemelos digitales, impresión 3D, IA y *Big Data*) se presentan como herramientas fundamentales para abordar los retos más importantes del sector: envejecimiento poblacional, cronificación de enfermedades, salud mental, medicina personalizada, incremento del gasto sanitario, sostenibilidad del sistema, colaboración público-privada y modelo sanitario asociado a valor.

Además, el desarrollo e implantación de estas tecnologías es la base para conseguir un modelo sanitario mucho más colaborativo, con mejor comunicación, transparencia y cooperación entre los diferentes grupos de interés: pacientes, profesionales sanitarios/sociosanitarios, proveedores, reguladores, empresas, universidades y centros de investigación, tercer sector, inversores y aseguradoras.

A continuación, se presentan 5 grandes oportunidades de la Salud Digital:

1. Paciente individualizado:
 - Personalización de los servicios de salud.
 - Mejora en toma de decisiones (compartidas entre profesional y paciente).
 - *Feedback* del paciente como mejora continua.
 - Sistema centrado en prevención y mejora del diagnóstico.
2. Agilidad y eficiencia:
 - Mayor automatización y eficacia en diseño de procesos asistenciales.
 - Ahorro de costes y disminución de impacto ambiental.
 - Mejor y más rápida investigación, innovación y transferencia al mercado.
3. Humanización de la atención sanitaria, entendida como:
 - Cambio en relación paciente-profesional, con una disminución de burocracia y un aumento del tiempo de dedicación.
4. Democratización y equidad en el acceso a la sanidad:
 - Mismos servicios sanitarios con independencia de la zona geográfica y las infraestructuras disponibles.



- Estándar global de calidad en atención sanitaria.
- 5. Sistema más sostenible:
 - Medición más precisa del rendimiento, coste-eficacia y valor añadido generado asociado a la inversión.
 - Toma de decisiones estratégicas basada en datos precisos.

Aunque las posibilidades asociadas a la Salud Digital son enormes, la plena implantación de las nuevas tecnologías en el sector implica, como todo gran cambio, una TRANSFORMACIÓN CULTURAL, donde el miedo y la resistencia están muy presentes en pacientes y profesionales, pero muy especialmente, en gestores, directivos y *decision makers*.

Además, necesitamos seguir trabajando en 5 grandes áreas de mejora de la Salud Digital:

1. Desarrollo de herramientas tecnológicas basadas en necesidades reales del sector:
 - Principalmente, de los pacientes.
 - También del SNS y de los diferentes grupos de interés.
2. Heterogeneidad de competencias digitales:
 - Dificultad de comunicación y colaboración entre perfiles profesionales muy dispares.
 - Necesidad de estrategias públicas para favorecer concienciación y formación.
3. Confidencialidad y seguridad de los datos:

- ¿Quién posee y accede a los datos?
- Exceso de información al paciente.
- Interoperabilidad (fragmentación del SNS).
- 4. Regulación del sector:
 - Propiedad de los datos. Compra de servicios digitales.
 - Necesidad de marcos regulatorios acordes al uso de las tecnologías.
- 5. Instrumentos de compra y modelos de financiación híbridos:
 - *Best Value Procurement*.
 - Políticas públicas que impulsen nuevos modelos e incentiven inversión en I+D+i+T.

La Salud Digital es una realidad que ya está transformando los paradigmas sanitarios, pero a la que también puede aplicarse una famosa reflexión de Albert Einstein que sigue aún muy vigente:

«¿Por qué esta magnífica tecnología científica, que ahorra trabajo y nos hace la vida más fácil, nos aporta tan poca felicidad? La respuesta es esta, simplemente: porque aún no hemos aprendido a usarla con tino».

Investigación e Innovación Biomédica.
Especialista en Finanzas aplicadas al Sector Salud. Responsable de Investigación en Universidad Europea (Madrid).



Aportaciones a la prevención en salud mental desde la psicología

Alfonso Ramírez de Arellano

El actual debate sobre la salud mental en España ha puesto el foco sobre la necesidad de reforzar las plantillas de profesionales de la psicología en la atención a las enfermedades mentales y de su incorporación a la Atención Primaria para desarrollar una prevención efectiva.

Este artículo resume brevemente algunas de las aportaciones de la psicología a la prevención en salud mental y a la atención de los trastornos mentales leves que se desarrollan a lo largo de la vida o lo que es lo mismo, las aportaciones que la psicología puede hacer desde la atención primaria. No todas las personas desarrollan enfermedades mentales graves, pero todas padecemos “enfriamientos psicológicos” y “pequeñas fracturas emocionales” casi con la misma frecuencia que los físicos.

La psicología ha contribuido a sintetizar las habilidades y competencias necesarias para el desarrollo de una salud mental positiva mediante las llamadas habilidades para la vida. Se trata de diez destrezas básicas que han sido adoptadas por la OMS como el modo más adecuado de educar a los más pequeños y a los adolescentes para afrontar las exigencias y los desafíos de la vida cotidiana. Estas habilidades, también denominadas competencias psicosociales, son un potente motor de salud mental y un factor de protección eficaz de los más diversos trastornos psicosociales.

Son las siguientes: Empatía, manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensiones y estrés, autoconocimiento, toma de decisiones, pensamiento crítico, pensamiento creativo, comunicación asertiva, relaciones interpersonales y manejo de problemas y conflictos ([enlace](#)).

Los programas basados en un grupo de ellas, las llamadas habilidades socioemocionales, también han demostrado su eficacia cuando se aplican con jóvenes y adultos que no las han adquirido adecuadamente durante las primeras etapas de su desarrollo. Las habilidades socioemocionales se pueden considerar como conductas aprendidas que sirven para relacionarnos con los demás y para expresar nuestros sentimientos. Nos ayudan a integrarnos socialmente y suponen un plus en el currículo para el desempeño de los trabajos cara al público.

La psicología también pone a nuestra disposición herramientas prácticas para el afrontamiento de situaciones estresantes, dolorosas o tristes. Se trata de procedimientos que pueden combinar técnicas cognitivas y emocionales con otras de respiración, relajación o mindfulness que representan buenas alternativas frente a las puramente farmacológicas. Una cosa es afrontar y gestionar adecuadamente la ansiedad que acompaña muchos eventos y circunstancias de la vida, y otra muy distinta, limitarse a reducir el malestar que la acompaña. Cuando la ansiedad no se trata adecuadamente y se cronifica,

puede derivar en enfermedades graves e incapacitantes.

Las técnicas, las habilidades y competencias psicológicas no suprimen el dolor, el sufrimiento y la ansiedad, pero ayudan a vivirlos de manera natural y a metabolizarlos evitando efectos secundarios.

Por ejemplo, identificar las emociones y ponerles nombre, reconocer sus manifestaciones, comprender sus funciones y distinguir sus causas son un potente recurso de salud mental que se puede aprender mediante entrenamiento grupal en el centro de salud de nuestro barrio o localidad bajo la supervisión adecuada.

Así pues, fomentar la alfabetización emocional o mejorar el afrontamiento de situaciones estresantes y/o dolorosas, son algunas de las cosas que la psicología puede ofrecer para mejorar la salud mental y prevenir los trastornos desde la Atención Primaria.

Y no solo la salud mental, también la física, porque en los países desarrollados, la salud de las personas depende cada vez más de su comportamiento, de sus hábitos, de su estilo de vida. Las disciplinas psicológicas están más preparadas que las médicas para producir cambios en la conducta. Las personas no cambian de comportamiento simplemente porque se lo prescriba su médico o su médica.

La presencia de psicólogos y psicólogas es muy necesaria en aquellos casos en los que la prescripción principal es conductual, como dejar de fumar o hacer ejercicio físico, y en aquellos casos cuya adherencia al tratamiento es difícil o costoso porque implica cambios en el estilo de vida.

Otra vertiente de la psicología, la social y comunitaria, invita a realizar un análisis colectivo de determinados problemas y un abordaje comunitario de los mismos, mediante un proceso que brinda a sus participantes un gran protagonismo. La percepción de autoría y de agencia personal que acompañan ese protagonismo, son los mejores antídotos contra la anomia y la indefensión aprendida, que son causa de otros trastornos y situaciones de dependencia psicológica. A un nivel local, todavía es posible percibir la capacidad de ejercer influencia sobre la comunidad y sobre las decisiones que le afectan.

La eficacia de todos estos recursos, técnicas y herramientas en favor del bienestar social y la salud mental

“

Fomentar la alfabetización emocional o mejorar cómo afrontar situaciones estresantes o dolorosas, son algunas de las cosas que la psicología puede ofrecer para mejorar la salud mental y prevenir los trastornos desde la Atención Primaria

”

está fuera de toda duda. Solo hay que buscar la manera de integrarlos en nuestros sistemas educativo y sanitario. En el primero, haciendo que las habilidades para la vida formen parte del currículo que se desarrolla a lo largo de toda la escolarización y formando al personal docente en inteligencia emocional básica para que puedan aplicar los contenidos con coherencia. En el segundo, incorporándolos a la atención primaria, que es desde donde se puede desarrollar una prevención y una promoción de la salud mental efectivas.

https://www.eldiario.es/andalucia/en-abierto/aportaciones-prevencion-salud-mental-psicologia_132_8582921.html

Psicólogo.

Jefe de la Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva



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

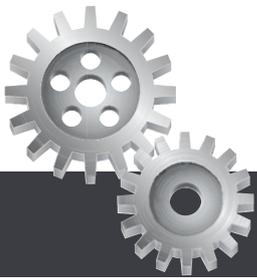
Estamos comprometidos en dar respuesta a las necesidades no satisfechas de los pacientes, a través de nuestra experiencia en oncología, urología y trasplante.

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

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

Más información sobre nosotros en:
www.astellas.com/eu
www.astellas.com/es

 **astellas**
Changing tomorrow



Había que medir la equidad

Antonio Burgueño Jerez

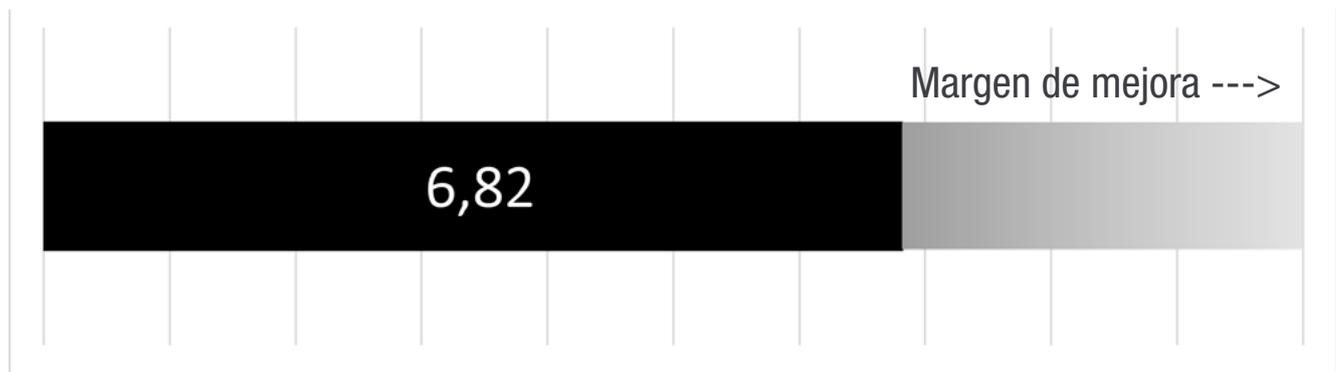
Y lo hemos hecho, con el ánimo de aportar al actual debate a propósito de la ley de equidad que está en pleno trámite de aprobación datos objetivos.

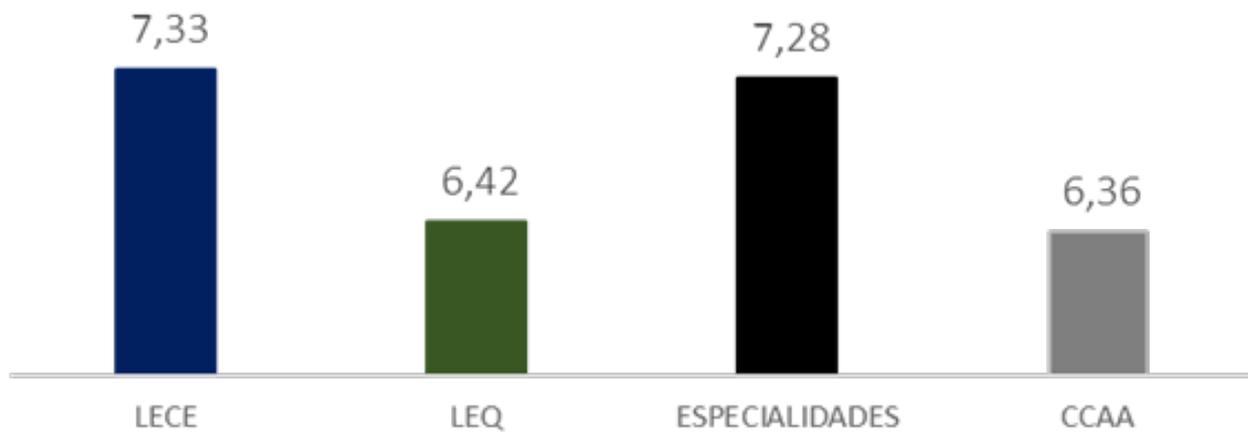
Como concepto, la equidad en el sistema sanitario es un principio no discutido y aceptado por todos en una sociedad democrática y avanzada como la española. Su carácter subjetivo y los múltiples parámetros que la determinan da lugar a diferentes interpretaciones en función del acento que cada uno ponga en su interpretación.

Explicitar los factores que determinan la equidad de sistema sanitario es el primer paso para un

abordaje adecuado de la misma. El siguiente paso es encontrar los criterios de cuantificación, buscando objetivar lo subjetivo de lo que es y supone la equidad.

Uno de esos parámetros cuantificados, y por tanto, sobre los cuales se puede trabajar el establecimiento de indicadores de medida, es el del tiempo medio de espera para recibir asistencia sanitaria. Por otra parte, es el criterio que mejor entiende el ciudadano y hace hincapié en uno de los puntos más críticos de los sistemas sanitarios como el nuestro: La accesibilidad a los servicios sanitarios, que condiciona la velocidad de resolución de los problemas de salud, las posibilidades de solución





de la enfermedad, o la calidad de vida de los ciudadanos.

El tiempo medio de espera, medido en un espacio temporal histórico nos ayuda, además, a valorar cuáles son esas tendencias en un aspecto clave percibido y sufrido directamente por el paciente.

Los métodos de obtención del índice de equidad que recoge la literatura se nos han antojado frágiles y complejos para el objetivo buscado: ser útiles para la toma de decisiones. Por otra parte, nuestra intención era dar continuidad a los trabajos que venimos realizando de desarrollo de una base de datos que desde el año 2020 venimos realizando. Los datos utilizados son, por tanto, los aportados por el Ministerio de Sanidad.

El alcance de la cuantificación de la equidad pretende pues medir el grado de homogeneidad en la accesibilidad al sistema sanitario:

- Entre las comunidades autónomas.
- Entre las diferentes especialidades.
- Y en los ámbitos de la lista de espera de primera consulta especialidades y la espera quirúrgica, así como el agregado de ambas.

Mayor equidad no necesariamente es mejor calidad. Inconscientemente asociamos el concepto de mayor equidad a una mayor calidad, cuando sim-

plemente es mayor homogeneidad, ya sea hacia la mejora o hacia el empeoramiento. Por tanto, no es objetivo de estos indicadores el determinar una mayor o menor calidad del sistema sanitario.

El resultado obtenido

El índice agregado de equidad del sistema nacional de salud en función del tiempo de espera se situaba a 6,82 sobre 10 a diciembre 2021, observándose una mayor homogeneidad en las consultas externas sobre el tiempo de espera quirúrgico.

La tendencia en el periodo estudiado es a mayor homogeneidad en las consultas y a un descenso de la misma en cirugía. En los tres últimos semestres, después del impacto de la pandemia, en ambos casos, se observa una tendencia a crecimiento de la equidad.

Sin duda, este ejercicio no tendría mucho sentido si no se diera continuidad. Por lo que seguiremos actualizando estos indicadores a medida que la información se vaya publicando.

Director Enclave Salud y del Proyecto Venturi
antonio.burgueno@enclavesalud.com



REFLEXIONES SALUDABLES



La descoordinada concentración sanitaria

Carlos Lázaro Madrid

Ya en el año 2020, haciéndome eco del Informe Anual de 2018 del Defensor del Pueblo, alerté aquí de un problema recurrente entre la ciudadanía y los profesionales sanitarios, la descoordinación entre las administraciones sanitarias y la concentración del historial médico. Señalaba entonces el Informe del Defensor del Pueblo que “las dificultades asociadas a la dispersión o la ubicación geográfica dan lugar también a disfunciones (...)” reconociendo que tales dificultades “(...) repercuten en la calidad de la atención que reciben los ciudadanos (...)”. Máxime en los casos de “(...) los desplazamientos de los pacientes, motivados en muchos casos por la necesidad que encuentra la Administración a la hora de concentrar los recursos diagnósticos o terapéuticos en las capitales de provincia o, en otros supuestos, por la situación de residencia en territorios limítrofes entre comunidades autónomas”, a lo que se llegó a la conclusión de fomentar “una más intensa coordinación interadministrativa”.

Pues bien, han pasado más de dos años desde que escribiese sobre esta situación, y cuatro años desde que el organismo que entonces lideraba Francisco Fernández Marugán hiciera este Informe, y aún hay inoperancias evidentes entre los sistemas de las diferentes administraciones sanitarias, que afectan a

todos los ciudadanos, pero en especial a los pacientes que con asiduidad se desplazan entre comunidades autónomas.

En octubre de este año, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Semergen, reclamaba la implementación de una historia clínica interconectada, con el fin de poder mejorar la atención del paciente, reducir los tiempos de espera y evitar posibles daños en los pacientes por no disponer de su historial médico. Una exigencia más que razonable, tanto para los ciudadanos, como para los facultativos, para no verse en trabas burocráticas y poder trabajar directamente con la historia clínica del paciente.

Siendo cuanto menos curioso, que inmersos en una gran revolución tecnológica, donde las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) forman parte de nuestro día a día, las historias clínicas de los ciudadanos no estén interconectadas con las otras regiones, existiendo inoperancias incluso entre áreas sanitarias de una misma comunidad autónoma, con incompatibilidades entre centros asistenciales. Problema que afecta también a la sanidad privada que tampoco tiene acceso directo a la hoja clínica del paciente, y que requiere que este se la tenga que solicitar al servicio sanitario de turno para que pueda remitir al servicio donde el paciente tiene concertada la póliza.

Esto supone sin duda un problema tanto para el ciudadano que recibe asistencia en otro territorio que no es en el que habitualmente reside, como para el sanitario. Pues sin conocer los antecedentes médicos, las posibles alergias o fármacos contraindicados, o las pruebas a las que ya ha sido sometido el paciente, que puede obligar a repetirse por no tener acceso a los resultados, puede abocar al ciudadano a riesgos fácilmente evitables si existiese un intercambio de información que la tecnología ahora permite.

Y aún en los territorios donde se ha apostado por esta coordinación sanitaria entre comunidades autónomas, existen ciertas trabas y problemas burocráticos, que entorpecen una Atención Primaria ya de por sí saturada.

Igual que se consiguió la interoperabilidad entre las tarjetas sanitarias con el Real Decreto 183/2004, envuelto también en disputas políticas, y se logró el acceder a las recetas electrónicas desde cualquier farmacia de España, parece ilógico que aún no se haya creado una historia clínica interconectada en todo el territorio nacional.

Cabe señalar que ahora parece que el Gobierno de España plantea dar una solución a esta problemática, que tanto se ha demorado en el tiempo, proponiendo la reforma del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de poder hacer interoperables todos los datos sanitarios de los pacientes en el país.

La medida anunciada en junio de este año se limita a la sanidad pública, dejando de nuevo fuera a la privada. Despertando por ello críticas entre las asociaciones y colectivos de la sanidad privada española, los cuales no entienden su exclusión, cuando atienden a más de 10 millones de pacientes en el país.

Estamos ante una cuestión de gran importancia, que no se limita al territorio nacional. La Unión Europea ya fue consciente en el año 2011 de la importancia de fomentar la coordinación sanitaria entre Estados Miembros, aprobando para ello la Directiva 2011/24/UE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza; cuyo artículo 14 señala que “la Unión apoyará y facilitará la cooperación y el intercambio de información entre los

“

Parece ilógico que aún no se haya creado una historia clínica interconectada en todo el territorio nacional

”

Estados miembros dentro de una red voluntaria que conecte a las autoridades nacionales encargadas de la sanidad electrónica”. Para ello se creó en su día la *eHealth Network* (eHN), encargada de desarrollar un Marco Europeo de Interoperabilidad para los Servicios Transfronterizos de Información de Sanidad Electrónica, pero que en la práctica no se ha materializado como se esperaba.

Envueltos en esta necesidad de interoperabilidad nacional, Sanidad ha aprovechado también el verano para iniciar su proyecto “Mi Salud@UE”, en el cual se pretende lograr al fin el intercambio internacional de historias clínicas de España con los Estados Miembros de la Unión Europea, con una intención de hacerlo a su vez extensible a las recetas interconectadas, facilitando el acudir a cualquier farmacia europea para que se nos dispense la medicación prescrita.

Grandes avances que esperemos que se conviertan pronto en una realidad, mientras tanto parece que tendremos que llevar nuestros datos médicos a cuestas, si no queremos relatar toda nuestra historia clínica en el consultorio médico.

Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza

clazaro926@gmail.com

IV CONGRESO DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE



En cooperación con



Con la colaboración de



4 sesiones paralelas y 3 talleres prácticos

S1: Experiencia de paciente y sanidad basada en el valor

S2: Aplicaciones en el desarrollo y lanzamiento de terapias

S3: Investigación acción: los pacientes como agentes en la I+D sanitaria

S4: Incorporación del paciente al desarrollo de tecnología sanitaria y aceptación de mercado



MADRID, HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA LEONOR

Inscripciones
www.iexp.es

02 DE NOVIEMBRE 2022





ENTREVISTA

Patricia Crespo Toubes, Subdirectora Económico-Financiero de Infraestructuras y Servicios Generales en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

“El gran reto es la gestión del cambio”



En esta entrevista para *New Medical Economics*, Patricia Crespo ha contado cómo han introducido la metodología *Lean* en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón “lo hemos enfocado como un proceso de transformación cultural”, cuenta. También ha explicado a los retos que se enfrentan y las mejoras que esta metodología puede suponer para el hospital y sobre todo para el paciente.

¿Cuál es el primer paso que debe dar un hospital para introducir la metodología *Lean*?

El primer paso en cualquier proyecto de mejora basado en el *Lean Manufacturing* debe ser definir y comprender el valor desde el punto de vista del cliente. En nuestro caso, desde el punto de vista del paciente. Debe existir igualmente un fuerte liderazgo por parte de los propios directivos del hospital, que deben tener un sólido compromiso con el cambio de la cultura del hospital hacia la mejora continua y poner en un primer punto de mira al paciente, los tiempos de estancia y crear valor para ellos.

¿Cómo se ha integrado la metodología *Lean* en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón?

Si bien es cierto que en muchos hospitales se está empezando hacer *Lean*, en la Fundación Alcorcón lo hemos enfocado como un proceso de transformación cultural, no como un proyecto aislado o puntual. Una transformación cultural hacia la mejora continua, de manera ordenada y global a toda la organización.

Se inició con un piloto *Lean* en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en 2021 y, posteriormente, se creó una oficina de mejora, la Oficina Kaizen, según la terminología *Lean*, también ese mismo año. Siguiendo esa transformación global se ha formado a más de 50 personas en la herramienta 5S y hemos realizado unas jornadas, denominadas Genchi Genbutsu -en español, "ve y observa por ti mismo"- en 2022. En estas jornadas participaron más de 50 profesionales de todas las categorías profesionales y diferentes unidades para abordar la mejora del proceso de Urgencias. Trabajaron durante cinco días completos, generando un documento con 80 propuestas de mejora y 5 grandes reformas que se pusieron en marcha de forma casi inmediata.

¿Qué problemas se han encontrado en su implementación?

El gran reto al que nos hemos enfrentado no viene dado por las herramientas que estamos utilizando, sino por la gestión del cambio, que se debe dar para evolucionar hacia la mejora. El cambio impacta en las personas y puede ser vivido de forma negativa, por lo que encuentra resistencias.

¿Qué mejoras se pueden realizar en el hospital a nivel práctico con esta metodología?

Las mejoras son infinitas y abarcan muchos ámbitos. El mejorar los indicadores asistenciales es una meta muy importante a conseguir con esta metodología. En el mes de junio, por ejemplo, a pesar de que la actividad en la urgencia había aumentado un 23% en nuestro hospital, hemos conseguido aplicando la metodología *Lean* y el proyecto realizado en este departamento, que disminuya en un 20% las urgencias con ingreso y que bajara un 15% la estancia media en la urgencia, resultados de los que estamos muy orgullosos. Se ha mejorado la rapidez en la gestión de pruebas de laboratorio y diagnóstico por imagen. Se han organizado almacenes, se han reducido la petición de pruebas innecesarias, se ha simplificado el proceso de inclusión en la lista de espera quirúrgica, etc.

¿Cómo ayuda la metodología *Lean* a eliminar las actividades que no aportan valor?

Gracias a esta metodología podemos eliminar todas las actividades que no aportan valor, como por ejemplo las sobreproducciones, las esperas de pacientes, los excesos de movimientos de pacientes, material, nos ayuda a mejorar la gestión de los inventarios, en definitiva, a mejorar la calidad percibida del paciente, que quiere ser atendido bien y que la espera para ello no sea excesivamente larga.

¿De qué manera se integran un servicio asistencial y la ingeniería con el objetivo de favorecer un proyecto de mejora continua en el hospital?

La visión que se ha tenido hasta ahora de la ingeniería en los hospitales venía relacionada con ámbitos dentro del mantenimiento de instalaciones, obras, inversiones de equipos y el mecimiento del equipamiento electromédico; pero cada día esta visión está evolucionando y se le está sumando las labores de apoyo para optimizar todos los procesos asistenciales, a conseguir mejores resultados en eficiencia operativa, con el objetivo de alcanzar mejores niveles de excelencia en calidad percibida por pacientes, familiares y los propios trabajadores de los hospitales.



¿Qué es una oficina Kaizen y cómo se integra en el día a día de una institución tan grande como es un hospital?

Una oficina Kaizen es un conjunto de profesionales, agrupados de forma multidisciplinar y transversal que debe estar comprometido y entregado al proyecto de mejora. Deben ser personas con capacidad de influencia, con fuertes habilidades de comunicación y sobretodo tener una mentalidad proactiva hacia el conflicto constructiva y pasión por su trabajo.

En el día a día en nuestro caso, lo hemos organizado mediante dos sesiones mensuales de jornada completa en la que se libera a los trabajadores que forman parte de la oficina, y a día de hoy tenemos la ayuda de un coaching externo que nos está formando.

La oficina tiene, básicamente, la misión doble de promover acciones de mejora dentro de la metodología *Lean* y canalizar las propuestas de mejora de los profesionales.

¿Cómo mejora la calidad en gestión de un hospital la metodología Kaizen?

Con la herramienta *Lean* y la creación de la Oficina Kaizen buscamos optimizar los procesos de gestión y

productivos del hospital. De este modo se utilizan menos recursos, por lo que cualquier proceso se convierte en más eficiente. Pero no tratar de mejorar únicamente desde el punto de mira puramente económico, porque nos llevaría al fracaso.

¿El impulso de la metodología *Lean* supone la incorporación de nuevos perfiles profesionales como expertos en inteligencia artificial o big data en la estructura hospitalaria?

Creo que la incorporación de nuevos perfiles profesionales está disparado a nivel global tras la migración de empresas, no solo a nivel hospitalario, al mundo digital. Un alto porcentaje de empresas ya opera con más del 20 % de los procesos de negocio desde la nube y por ello creo que debemos contar con personal preparado para esta nueva era digital, no debido al *Lean* si no a cómo está evolucionando el mundo. También creo que es importante actualizar los perfiles de los ingenieros en los hospitales y comenzar a actualizar las plazas a las nuevas titulaciones especializadas en el sector, como por ejemplo a la ingeniería clínica y hospitalaria.

Modelos Asistenciales para Pacientes con Enfermedades de Baja Prevalencia

Grupo de trabajo y debate

3

Noviembre

16:00-17:30h

OBJETIVO

Debatir y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con patologías de baja incidencia, contando con la participación de representantes de hospitales de referencia y del Servicio Madrileño de Salud para conocer la problemática de estos pacientes y las actuaciones que se están llevando a cabo desde las diferentes perspectivas.

PARTICIPANTES

Javier Arcos Campillo, Director Médico del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y Coordinador de la UICO (Unidad de Innovación Clínica y Organizativa) de la Red 4H Grupo Quironsalud

Pedro Irigoyen Barja, Viceconsejero de Gestión Económica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Julio García Pondal, Director Gerente del Hospital Universitario Puerta de Hierro

Modoaldo Garrido Martín, Director Gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

María Dolores Rubio y Leonart, Directora Gerente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

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

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#BajaPrevalenciaNME

Organiza:



Colabora:





Educación en salud, clave para la prevención del cáncer de hígado



¹Carmen Mª Tornero Fernández



²Jesús González Bonilla

Luis lleva luchando contra la enfermedad que padece en su hígado desde hace 40 años. Esta batalla comenzó el día que le detectaron las transaminasas alteradas tras un análisis rutinario. Los profesionales sanitarios que le atendieron por aquel entonces no le dieron mucha importancia a sus síntomas, pero aun así realizaba revisiones periódicas y llevaba a cabo un tratamiento farmacológico. Su vida fue normal y sin ningún síntoma hasta que en el año 2015 le encontraron un tumor de casi 6 cm.

“Tras más de 7 horas de operación, fue todo un éxito”, cuenta Luis. “Después de la cirugía el tumor reapareció con una carga tumoral importante y tras recibir un tratamiento oral durante un periodo de tiempo limitado, el tumor progresó quedándose sin alternativas de tratamiento. Pudo beneficiarse entonces de entrar en un ensayo clínico”, relata la doctora de Luis y responsable del área de cáncer hepático del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Ana Matilla.

“Luis es una persona muy inteligente y ha sido perfectamente consciente desde el principio de la importancia de su enfermedad y de su cuidado”, señala la Dra. Matilla. Desde su consulta, la doctora anima a sus pacientes a participar en ensayos clínicos, pues en muchos casos es “la única oportunidad de acceder a tratamientos prometedores”. “Luis ha tenido un beneficio extraordinario dentro del ensayo clínico, consiguiendo resultados oncológicos muy buenos y con un perfil de seguridad absolutamente positivo y razonable”.

La Dra. Matilla considera que en esta enfermedad los ensayos clínicos han sido una necesidad clínica mayor dada la ausencia de tratamientos financiados “te hace buscar más proactivamente otras alternativas”. Además, para el acompañamiento al paciente, y el “cuidador principal”, generalmente un familiar cercano, durante todo el proceso de la enfermedad, pero especialmente en estos estadios más avanzados, en el Servicio de Hepatología del Hospital Universitario



Carmen López, enfermera de práctica avanzada y Dra. Ana Matilla, responsable del área de cáncer hepático; ambas del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Gregorio Marañón cuentan con Carmen López, la enfermera de práctica avanzada y “amiga experta”.

“Mi labor es apoyar al paciente psicológicamente, explicarle todos los efectos secundarios que puede tener y cómo detectarlos y manejarlos, le hacemos un plan educativo”, explica Carmen. Desde la pandemia la consulta telefónica también ha experimentado un enorme desarrollo en el Servicio “los pacientes pueden llamar en cualquier momento o comunicarse a través de un whastapp. Esto les da muchísima seguridad a ellos y a la familia”. “Es beneficioso para ambas partes, el paciente se siente muy cuidado y los profesionales tenemos la sensación de tenerlo mejor controlado”. Algo muy importante teniendo en cuenta la “fragilidad” clínica de estos pacientes, comentó la Dra. Matilla.

Esta ágil comunicación redundará además en una mejor adherencia al tratamiento que en esta enfermedad es muy importante, “tenemos más pacientes con alto nivel de adherencia, y eso se debe al miedo por la enfermedad”, señaló la Dra. Matilla. “Gracias al mejor manejo de los pacientes, de forma integral, tenemos más beneficio que años antes con los primeros fármacos que se aprobaron en cáncer hepático”, indicó.

Para que un fármaco se financie requiere que tenga un nivel de evidencia científica adecuado, y ser aprobado por las agencias regulatorias. Sin embargo, cuando estos requisitos se cumplen, ¿por qué no se financian este tipo de tratamientos en segunda línea para cáncer de hígado?, esto es todavía más complicado de entender no habiendo ninguna alternativa disponible y pudiendo prescribirse habiéndose financiado en países europeos vecinos. Esta es una de las preguntas que se hace la doctora Matilla “este tipo de cáncer está muy huérfano de tratamientos comparado con otros tumores, y en parte es debido a que es un cáncer que está mal visto, los pacientes están estigmatizados y son invisibles socialmente”.

Con las nuevas alternativas de tratamiento hay un porcentaje de pacientes que incluso se “cura” a pesar de tener un cáncer avanzado, “con la combinación que tenemos aprobada en primera línea un 11% de pacientes logra una remisión completa del tumor, y el porcentaje de pacientes que consigue una disminución o estabilización de la enfermedad es mucho mayor”, afirma la Dra. Matilla. Además, indicó que la gran mayoría de pacientes tienen una calidad de vida buena, y están incluso trabajando, “cumplen un objetivo social por lo que debemos de trabajar por mejorar el acceso a estos tratamientos”.

La hepatóloga aboga para que en las comisiones donde se evalúan los fármacos para tomar una decisión tan importante como si se financia o no se financia un medicamento, debería haber una representación de todos los especialistas implicados, con experiencia y profundo conocimiento de la patología, en este caso la Hepatología no está representada. También cree que sería necesario que los pacientes y las familias afectadas por este tipo de cáncer lucharan por crear una asociación que diera voz a sus reivindicaciones, más visibilidad a la enfermedad, apoyo a nuevos pacientes.

Desde su posición, Luis es firme partidario de que se facilite el acceso a aquellas alternativas de tratamiento consideradas adecuadas a cada paciente concreto por un grupo multidisciplinar de expertos, “solo tenemos una vida y para nosotros cualquier ganancia con buena calidad de vida vale la pena”.

Poner el foco en la prevención

A diferencia de otros tipos de tumores, la mayoría de las personas que desarrollan cáncer hepático en España sufren una enfermedad hepática crónica. “Se trata de un condicionante muy importante, puesto que en otros tumores como puede ser un cáncer de mama, el paciente padece una única enfermedad. Sin embargo, el paciente hepático sufre dos enfermedades íntimamente imbricadas: la cirrosis y el cáncer, que se interfieren e impactan mutuamente”, explica la Dra. Matilla. Sin embargo al mismo tiempo esto permite la realización de campañas de vigilancia en estos pacientes que faciliten un diagnóstico precoz.

Como sociedad debemos poner el foco en la prevención ya que estamos ante una enfermedad muy ligada a nuestros hábitos diarios: “lo que produce la enfermedad hepática crónica más frecuentemente responsable de los casos de cáncer hepático en España, es el consumo excesivo de alcohol y el virus de la hepatitis C. El virus de la hepatitis C lo estamos erradicando de forma eficaz, pero el consumo excesivo de alcohol está muy arraigado y necesitamos que se lleven a cabo campañas para intentar corregir esta tendencia”, lamenta la doctora.

La línea entre un consumo de alcohol razonable o excesivo es difusa. Desde la Asociación Española para el Estudio del Hígado se llevan a cabo numerosas



Luis Úbeda.

campañas que desaconsejan el consumo de alcohol en pacientes con enfermedad hepática de cualquiera causa. Sin embargo, “en España es inusual encontrar a alguien que no consuma nada de alcohol. Cabe destacar que el consumo de alcohol se está iniciando cada vez en edades más precoces. “No somos conscientes del potencial riesgo que esto supone para nuestros hijos, porque si no, lógicamente seríamos mucho más restrictivos. No cabe duda de que hay que llevar a cabo políticas de formación a los jóvenes en este sentido pero también poner todos los medios posibles para dificultar el acceso al alcohol”, afirma la hepatóloga del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

A pesar de todo y de las importantes consecuencias que puede tener el desarrollo de cáncer de hígado, se trata de un cáncer altamente prevenible con mejora en gran medida de nuestros hábitos como sociedad para un mejor control de los factores de riesgo como principales medios para prevenirlo.

¹Redactora jefe en *New Medical Economics*
carmenmaria@newmedicaleconomics.es

²Redacción y diseño en *New Medical Economics*
carmenmaria@newmedicaleconomics.es



Los modelos de financiación sanitarios en la Zona Norte de España



De izda. a dcha.: Miguel Ángel Casado, Antonio López, J. Iñaki Betolaza y José María Martínez. En la pantalla, Flora Pérez.

En las últimas décadas, España ha pasado de tener una estructura política casi completamente centralizada a situarse entre los países más descentralizados de la OCDE. En la actualidad, las comunidades autónomas son la mayor de las administraciones públicas españolas, absorbiendo más de un tercio de su gasto final total y más de la mitad de su personal, así como gestionando muchos de los servicios públicos con una incidencia más directa sobre el bienestar de los ciudadanos, incluyendo la sanidad, la educación y los servicios sociales.

La asistencia sanitaria en España es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada comunidad autónoma, existiendo

dos fondos adicionales, el de Cohesión gestionado por el propio Ministerio de Sanidad y el Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal.

A lo largo de estas décadas de creciente descentralización del gasto y del ingreso, el sistema de financiación del Estado autonómico ha ido evolucionando sin un diseño explícito de a dónde se quería llegar a largo plazo. En un primer momento, hubo que improvisar un modelo ad hoc basado en la transferencia de los recursos presupuestados para cada competencia que permitiese que los servicios públicos que se iban transfiriendo a las nuevas Administraciones autonómicas siguieran funcionando con normalidad.

Una vez concluida esta etapa inicial, los sucesivos acuerdos de financiación se han traducido en un

gradual aumento de la autonomía tributaria de las comunidades autónomas y en una creciente complejidad del modelo, sin llegar a resolver los problemas de equidad subyacentes. El resultado final ha sido un sistema complejo y poco transparente, con serios problemas de equidad y eficiencia.

Para debatir y trabajar sobre los distintos modelos de financiación del sistema sanitario y en concreto de algunas comunidades autónomas, como País Vasco, Navarra y Cantabria, *New Medical Economics* en colaboración con Biogen, Chiesi y Leo Pharma organizó una jornada titulada “Modelos de financiación sostenible”.

El Salón de Actos del Hospital de Cruces (Bilbao), acogió este encuentro y a los expertos que participaron en ella, que fueron: J. Iñaki Betolaza San Miguel, director de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco; Miguel Ángel Casado Gómez, director general de PORIB (Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia); Antonio López Andrés, subdirector de Farmacia y Prestaciones el Servicio Navarro de Salud; y Flora Pérez Hernández, jefa de Servicio de Gestión Farmacéutica de la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad de Cantabria. José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics* fue el encargado de moderar este Grupo de Trabajo y Debate.

Para romper el hielo, Martínez preguntó a los ponentes sobre el modelo de financiación sanitaria en cada una de estas comunidades autónomas representadas. “En Euskadi y en Navarra tenemos un modelo de financiación autonómica específico a través del concierto y del convenio económico”, comenzó diciendo J. Iñaki Betolaza. En cuanto a financiación del modelo de salud vasco, el director de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco comentó que es propio y con riesgos, “nosotros disponemos de recursos en tanto en cuanto recaudamos impuestos. Hay un riesgo añadido al propio derivado de nuestra buena o mejor recaudación desde el punto de vista fiscal”.

Por su parte, Antonio López indicó que el sistema navarro de financiación es muy parecido al vasco, “no recibimos transferencias monetarias del Gobierno de España en concepto de sanidad y educación. Y eso,

deja que las políticas sanitarias las decida la propia comunidad en función de los recursos y los presupuestos que tiene asignados”. Para Antonio, este modelo tiene ciertos inconvenientes, pero “nos gusta, ya que nos permite gestionar adecuadamente”.

En cuanto a los factores que influyen realmente en la calidad de lo que es una asistencia sanitaria y su resultado, Miguel Ángel Casado considera que el factor clave es la evaluación, “si no evaluamos qué resultados en salud conseguimos, difícilmente vamos a llegar a un modelo de excelencia o de calidad”.

El siguiente tema que se puso de manifiesto fue la introducción de innovación en País Vasco, Navarra y Cantabria. J. Iñaki Betolaza planteó “la necesidad de evaluar de forma continua, tanto desde el punto de vista de evaluación del medicamento como de evaluación económica que se hace del medicamento”. Según contó, en Euskadi hay un claro compromiso con el acceso a la innovación para pacientes, pero para gestionar ese acceso Betolaza considera que hay que trabajar con la industria, “tenemos que tener una colaboración leal, y en términos institucionales tenemos que cooperar con el Ministerio y las comunidades autónomas”.

“Nosotros participamos en los niveles de decisión, pero que un medicamento esté en cartera o no es una competencia exclusiva del Estado”. subrayó Antonio López.

Con respecto a la equidad entre hospitales a la hora de recibir esta innovación, Betolaza contó que “los criterios de acceso y de incorporación a la prestación efectiva a través de los correspondientes expedientes de contratación y los posicionamientos terapéuticos son únicos para el conjunto de los hospitales de Osakidetza”. En Euskadi, según señaló el experto están gestionando el acceso efectivo en la práctica clínica a los pacientes con rigor, “esa equidad en el acceso está garantizada”. Y en palabras de Flora Pérez, “en Cantabria tenemos el acceso abierto y lo que no tenemos son problemas de equidad”.

Por su parte, Miguel Ángel Casado quiso dar un paso atrás, planteándose el concepto de innovación, “¿sabemos realmente definir qué es?”, preguntó. Para él, la innovación es eficacia, seguridad y efectividad en práctica real, “creo que esto debería ser el primer



Instantánea del Grupo de Trabajo y Debate "Modelos de financiación sostenible".

debate, porque no tenemos, como sistema sanitario, una idea explícita y consensuada para todos los agentes decisores sobre qué es innovación”.

En este sentido, Antonio López puntualizó, “queremos que la innovación aporte valor, que aquello que incorporemos a nuestro arsenal terapéutico, a nuestras prestaciones que genere un valor respecto a lo que ya tenemos, tanto en eficiencia como eficacia como en otras medidas de calidad del producto en términos sanitarios”. Y, Flora Pérez Hernández añadió: “innovación es aportar valor al sistema y eso es lo que tenemos que intentar valorar entre todos”.

La introducción de productos genéricos y biosimilares fue otra de las cuestiones que se puso sobre la mesa. En Cantabria, según explicó Flora Pérez lo introducen de oficio. “En cuanto a los estudios sistemáticos de intercambio (switch), es decisión de los clínicos”.

J. Iñaki Betolaza ve la innovación como una inversión para tratar a los pacientes, “lo que obtenemos son resultados en salud, la industria cuando invierte en un producto, tiene clara cuál es la tasa de retorno que le exige a ese producto. Nosotros quizás también

debiéramos de empezar a trabajar en esos ámbitos”. Además, Betolaza quiso dejar claro que Euskadi es una comunidad que ha apostado históricamente por los genéricos, “seguimos con nuestra política de prescripción por principio activo, que pensamos que es la verdaderamente interesante”. Piensa que hay que darles un impulso “porque son fármacos que regulan el mercado y esto es fundamental”.

El tema de los resultados en salud también estuvo presente durante el encuentro. Antonio López comentó que en los últimos años se ha avanzado mucho en datos, “validación y explotación de datos. Empezamos a tener información, pero aún nos queda mucho camino”. El experto considera que hay que hacer políticas en salud en todos los ámbitos para ver cuál es el impacto real que tienen los sistemas sanitarios y algunas prestaciones concretas. Por su parte, Flora Pérez contó que en Cantabria tienen mucho recorrido en evaluación y explotación de datos.

En País Vasco tienen “un sistema de historia clínica única desde hace muchos años y tratamos de hacer una gestión homogénea de los datos”. “Tenemos datos y además datos interesantes, la evaluación hay que hacerla con método y con sentido, es decir, hay

que ir abordando procesos que puedan ser de interés desde el punto de vista del coste de oportunidad, sobre todo donde se inviertan muchos recursos. Tratar de ser lo más eficiente posible y trata de obtener el mejor resultado posible”, manifestó.

En cuanto a la figura del data manager todos coincidieron en que van a hacer falta, pero no se disponen de ellos. Por su parte, Miguel Ángel Casado cree que “si no tenemos recursos humanos y económicos suficientes para la evaluación, sinceramente no se puede avanzar”. Esa contratación y esa formación de esos recursos es altamente eficiente.

En la misma línea, Flora Pérez añadió que queda mucho camino por recorrer en la explotación de datos, “en Cantabria los datos los estamos utilizando para firmar acuerdos de riesgo compartido con los medicamentos innovadores, entendiendo innovación, algo que realmente aporta valor al sistema”. “El año pasado, el retorno que tuvimos en Cantabria por acuerdos de riesgo compartido que conllevan explotación de información clínica fue de 7 millones de euros”.

La adherencia terapéutica en estas comunidades también está reflejada en sus sistemas, sobre todo de algunas patologías. En País Vasco tienen un claro compromiso y una serie de programas de largo recorrido, “estamos trabajando con farmacia comunitaria para lanzar un programa universal, vamos a contar con la colaboración de más del 30% de las farmacias vascas para lanzar un programa de adherencia en asma EPOC. Para Iñaki Betolaza, “el medicamento más caro es aquel que no se toma o es mal tomado porque incluso puede derivar en efectos adversos”.

Para Antonio López, el gran problema que tienen en Navarra con la adherencia y la persistencia es que “planteamos que una formulación galénica per se va a mejorar la adherencia, persistencia o la satisfacción del paciente, pero no tengo datos que lo demuestren.”

Los PREM Y PROM cada vez están más de moda e incluidos en estudios, pero para J. Iñaki Betolaza “la experiencia que tiene un paciente en su contacto y recorrido por el sistema condiciona más que estos indicadores”. “Nosotros quizás debemos de hacer otro trabajo más en relación con la reingeniería de procesos y de evaluar si la atención que estamos dando es la adecuada”, afirmó. Según Flora, el pa-

ciente que no es adherente, no es adherente de ninguna forma, “quizá no estamos poniendo demasiado el foco en que los pacientes tienen que tomar bien los tratamientos”.

“Hay una propuesta del Gobierno para reformar el modelo de financiación autonómica en base al criterio de población ajustada. Desde cada una de las comunidades autónomas, ¿cómo valoráis esa propuesta?”, quiso saber el moderador. Los tres representantes autonómicos valoraron positivamente esta propuesta, “en Cantabria demandamos un modelo de financiación diferente, porque entendemos que el coste de nuestros servicios en comunidades con una distribución geográfica como la nuestra, más amplia y mucho consultorio rural, es más alto. Estamos esperando respuesta para que eso se cambie, que se pague realmente el coste de los servicios”, señaló Flora.

Para finalizar con el debate, Martínez preguntó a los ponentes, “¿el incremento del PIB y la fiscalidad son la clave de una sostenibilidad del sistema? ¿Hay otras opciones?”. Miguel Ángel Casado piensa que es fundamental tener recursos suficientes y, para ello, “el tema de la fiscalidad es un pilar fundamental”. El experto en consultoría considera que hay que poner al sistema sanitario donde corresponde, “en los más altos niveles de nuestro Estado de Bienestar y que debemos mantenerlo cueste lo que cueste, siempre dentro del marco de la eficiencia”.

Por su parte, J. Iñaki Betolaza especificó: “Tenemos que plantear escenarios financieros, pero relacionados con los resultados que queremos obtener y evaluar si realmente estamos consiguiendo aquello que proponemos”. “Tenemos el deber con la sociedad de velar por la eficiencia porque al final estamos gestionando recursos públicos”, comentó.

Antonio López apuntó que cualquier implementación de programas de diseño de políticas tratan de verlas a un cierto medio largo plazo, pero con Hacienda es imposible, “tenemos que demostrar que nuestro gasto es un gasto consolidado, todas las comunidades hemos crecido en porcentaje y en volumen de recursos para financiar la Sanidad”. Para el experto los recursos per cápita que determinan también generan inequidad, mucha más, a su juicio, que el acceso al medicamento.

Innovación antibiótica en la gestión de las resistencias bacterianas en Andalucía

Grupo de Trabajo y Debate

10

Noviembre

10:00-13:00h

BIENVENIDA:

Introducción

1ª Mesa: 'La Visión de los Clínicos'

Miguel Ángel Calleja Hernández, Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Antonio Lesmes Serrano, Jefe de la UCI del Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla)

Juan Pasquau Liaño, Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

Manuel Antonio Rodríguez Iglesias, Jefe de Microbiología del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

Pausa

2ª Mesa: 'La Visión de la Administración'

Miguel Ángel Colmenero Camacho, Director Gerente del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Alfredo de Pablos Caille, Representante del Foro Español de Pacientes y Presidente de la Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas

Nicolás Merchante Gutiérrez, Coordinador Científico de PIRASOA (Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos)

Manuel Molina Muñoz, Director Gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Conclusiones y Agradecimientos

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

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#InnovaciónAntibióticaNME

Organiza:



Colabora:





Investigación e innovación, esenciales para avanzar en el abordaje de la diabetes



De izda. a dcha.: Francisco José Ponce Lorenzo, M^a Herminia Pascual Saura, José María Martínez García, Juan Antonio Marqués Espí y Borja Álvarez Frade.

“Diabetes: Investigación e innovación” es el título del Grupo de Trabajo y debate, organizado en Murcia por la revista *New Medical Economics* y en el que ha colaborado Dexcom. Antonio M. Hernández Martínez, jefe del servicio Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, ha abierto esta mesa exponiendo un caso de éxito liderado por dicho centro, bajo el título ‘Nuevo modelo de relación con mejora en las demoras y la percepción de calidad entre Atención Primaria (AP) y el servicio de Endocrinología y Nutrición’. Su objetivo, poner de manifiesto que, con los mismos recursos, pero cambiando el sistema de trabajo se consiguen mejores resultados.

Hernández Martínez ha explicado que con la pandemia aumentó el sistema de interconsulta no presencial (INP) utilizado por los médicos de Atención Primaria para trasladarles sus consultas y que ello “nos hizo darnos cuenta de que nos podía valer para mucho más, nos podría servir no solo para resolver estas dudas y evitar desplazamientos no necesarios de los pacientes, sino también para priorizar las derivaciones que precisaran asistencia presencial”. Así, “tras consultarlo con la Gerencia, Dirección y Subdirección médica los profesionales de Primaria llegamos al acuerdo de que se nos mandara toda derivación como INP.

La nueva fórmula de trabajo es sencilla: “Las interconsultas -ha indicado- caen en las agendas de cada facultativo que pasa consulta como parte de su trabajo organizado, no en un buzón donde se atienden a discreción”.

Una vez recibida la consulta, con el compromiso de que en 24 horas está contestada, puede acabar resolviéndose con una indicación de cómo solucionar la duda a su médico de AP, o bien si se valora que precisa datos complementarios (analítica o ecografía), contactar con el paciente y solicitársela, de forma que cuando acude a la consulta la lleva ya hecha y se convierte en una “consulta de alto valor” o bien si la valoración de la consulta sugiere su atención urgente, se cita al paciente inmediatamente en los siguientes días.

De tal forma que “en un 30% de los casos contestamos a nuestros compañeros de AP indicándoles lo que deben hacer; en otro 30% convertimos la consulta en una visita de alto valor aconsejando las pruebas que hay que hacer al paciente cuando viene por primera vez para que sea resolutive; y otro 30% es urgente y no se discute, se cita al día siguiente”, ha concretado este experto.

Con este sistema, ha subrayado asimismo que, “en un año hemos pasado de una espera media de 25 días que pase a ser de 5 días, es decir, damos una solución de media en menos de una semana”. A nivel interno entre los profesionales del Servicio también se prioriza y redistribuye la asistencia: “Tenemos un sistema de flujos porque nos gusta que cada caso lo vea el médico que más sabe del asunto”.

El doctor ha indicado que de forma complementaria, se ha reducido otro parámetro importante, el número de personas que no acuden a las consultas: “Si tardas mucho en ver a los pacientes se buscan la vida por otro sitio y no vienen, pero si la cita es a los muy pocos días vienen todos; tenemos actualmente menos de un 5% de personas que no asiste a consulta” y ha añadido que contando además que “nuestro servicio tiene un plus de asistencia porque el hospital por sus características regionales hace que atendamos casi un 20% de pacientes que no son de nuestra área”.

Por lo tanto, “es una experiencia interesante porque simplemente hemos cambiado el modelo de empleo de una herramienta, no tenemos ni más recursos ni más tiempo; simplemente hemos utilizado mejor esta herramienta con nuestros compañeros de Primaria, que son una gente excepcional en su trabajo, pero saben que te si mandan algo van a tener la mejor respuesta en poco tiempo”.

Con el paciente al lado

Tras esta exposición una mesa, en la que han participado representantes de todos los ámbitos y moderada por José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics, ha debatido sobre distintos aspectos del abordaje de la diabetes en el Servicio Murciano de Salud (SMS) y las posibilidades que se abren de cara al futuro. Silvia Serrano Ayala, gerente de la Asociación Murciana para el Cuidado de la Diabetes (ADIRMU), ha subrayado que “siempre se ha hablado del paciente, pero sin el paciente y la unión es lo que al final ayuda a que todos sumemos y avancemos”. En esta misma línea, José Manuel Pérez Fernández, director gerente del Área III de Salud-Lorca del SMS, ha recordado que “cuando montamos el Grupo de Diabetes de la región de Murcia desde el primer momento los pacientes formaron parte de él, en la misma proporción que el resto; al paciente no hay que ponerlo en el centro, hay que sentarlo al lado”.

Hernández Martínez por su parte ha puntualizado que “el paciente es nuestro cliente, nosotros somos proveedores de servicios y tenemos que dar calidad y si le añadimos cariño ya es perfecto”. Y ha querido incidir en que “al paciente no podemos ponerle la etiqueta de que es un enfermo, es una persona con una circunstancia y estamos para hacérsela lo más llevadera posible”. Vicente Fernández Gómez, coordinador de la Unidad de Aprovisionamiento Integral del SMS, ha resaltado desde su perspectiva que “el punto más cercano entre la gestión y el cliente final es el paciente con diabetes; esta enfermedad se ha convertido probablemente en una de las más tecnológicas que existen y esto va a más; tenemos además la suerte de que el equipo directivo del SMS ha



De izda. a dcha.: Pedro Abdón Martínez Robles, Silvia Serrano Ayala, José María Martínez García, Juan De Dios González Caballero, Vicente Fernández Gómez, M.^a Fátima Illán Gómez y Antonio M. Hernández Martínez.

apostado por este tema con el fin de llevar a cabo cambios importantes”.

La prevención es otra línea de trabajo en la que hay que seguir insistiendo en opinión de todos los componentes de la mesa. Juan de Dios González Caballero, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la región de Murcia, ha explicado que “la sociedad en general y los medios de comunicación en concreto tienen que hacer un mayor hincapié en ella, sobre todo en diabetes tipo 2 porque nos viene una epidemia debido a los malos hábitos alimenticios que tenemos”. Sobre este mismo tema Fátima Illán Gómez, jefa de Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, ha hecho hincapié en que “los medios de comunicación pueden ayudar a los profesionales de la Medicina en la concienciación y sensibilización sobre la diabetes”. En su opinión, “especialmente con la diabetes tipo 2, relacionada con la obesidad, se puede hacer mucho apoyando una alimentación sana”.

Por lo tanto, hay que seguir apostando por las campañas de prevención. González Caballero ha informado de que Murcia tiene uno de los índices más altos de obesidad infanto-juvenil y por ello, desde el Servicio Murciano de Salud se está desarrollando un plan

para la prevención de la misma en los colegios con la colaboración de asociaciones agrarias, que llevan fruta para hacer el desayuno en lugar de la bollería industrial. “El problema -ha comentado- es que todos estos planes son lentos y los resultados son muy a largo plazo”, argumento en el que ha coincidido José Manuel Pérez: “Modificar los hábitos de vida es muy difícil”.

Circuito asistencial

Otro de los aspectos abordados en este foro ha sido el circuito asistencial que deben seguir estos pacientes. Pérez Fernández ha diferenciado entre ellos, los que tienen diabetes tipo 1 o tipo 2: “Los primeros debutan en una edad temprana, generalmente con una crisis y a nivel hospitalario, pero los tipo 2 lo hacen a una edad más tardía, suele estar relacionada con la obesidad y el médico de familia suele ser el primer contacto”. En este último caso el jefe de Servicio ha comentado que “casi todas las áreas tienen definidas unas rutas asistenciales para que haya interconexión entre el centro de salud y el hospital”.

Posteriormente, Hernández Martínez ha puesto encima de la mesa un asunto controvertido, las diferencias asistenciales entre las distintas áreas del SMS. “En esta región el circuito asistencial del paciente diabético es muy heterogéneo, no podemos estable-

cer una pauta, no es igual la calidad de la asistencia sanitaria que recibe un paciente que vive en un sitio que en otro y no depende del factor humano, que es la gran fortaleza, sino de la organización, de la infraestructura y de cómo funcionan los flujos”.

Además, ha expuesto otro concepto importante y que va a marcar la atención sanitaria de estos pacientes, el de la diabetes tecnológica. “Hay que hablar de ella y dejarnos de diabetes tipo 1 y tipo 2, eso es el pasado; hay que dinamitar el concepto de diabetes tipo 2 porque hay cinco subtipos”, ha asegurado este doctor. Y ha añadido que “la diabetes tecnológica es fundamentalmente la autoinmune, lo que llamamos diabetes tipo 1 pero también los subtipos 1 y 2 de la diabetes tipo 2 que son diabetes con autoinmunidad o sin autoinmunidad y con necesidad de la insulinización al inicio o precozmente”.

Con este cambio de concepto, el doctor ha comentado que “para tratar la diabetes tecnológica es necesario contar con una unidad de diabetes específica donde se sepan tratar sensores, bombas, sistemas integrados y todo lo que está por venir” mientras que el resto de diabetes “puede ser tratada por Atención Primaria y la que la parte de la prevención corresponde a Salud Pública”. En este ámbito de la tecnología Fátima Illán ha aclarado que “la persona diabética tipo 1 o 2 que son del subtipo 1 y 2, que tiene un déficit total de insulina, para su buen control y manejo necesita infusión subcutánea continua con una bomba, sensores como en esta comunidad autónoma estamos poniendo”. El resto, “necesita tener sus glucómetros y monitorizar la glucemia capilar pero no tiene esas necesidades tan importantes como el otro grupo”.

Atención a la diabetes tecnológica

Hernández Martínez ha expuesto la necesidad de que cada paciente reciba la atención específica que necesita y ha aclarado la situación actual de este colectivo en Murcia: “En la región hay unos 10.000 diabéticos (5.000 tipo 1, 2.000-3.000 de los subtipos 1 y 2 y los tipo 2 de los subtipos 3, 4 y 5 que acaban necesitando insulina), a los que hay que dar una atención diferenciada con esa tecnología; no podemos mez-

clarlos con los que tienen diabetes crónica pluripatológica, que es la diabetes tipo 2 clásica, tienen que estar en unidades donde la base de lo que se les ofrece no sea “lo de siempre” explicarles la dieta, el ejercicio, etc. sino asistencia tecnológica que vaya desde los sensores hasta los sistemas integrados”.

Además, ha explicado que en otras comunidades autónomas lo han resuelto con “unidades de referencia”, de las que no hace falta tener una por cada área sanitaria. A su juicio, este paso es esencial y dichos pacientes requerirán así un menor seguimiento presencial: “La diabetes tecnológica necesita menos visitas que la clásica, con monitorización a distancia a lo mejor hay que ver al paciente una vez al año o cada seis meses”.

De cara a la implantación de los últimos avances en tecnología Vicente Fernández ha indicado que “lo primero es evaluarlos y ver cuáles tienen un impacto económico y cómo vamos a conseguir esos recursos; además, tiene que haber una concienciación en el paciente para que entienda que tiene que hacer el mejor uso”. Según su punto de vista, y a nivel general, “un paciente con diabetes podría hacer una vida absolutamente normal con el nivel tecnológico que le estamos dando y el siguiente paso es que nuestros clínicos dispongan online de toda la información en tiempo real”. Dicho paso “aunque tecnológicamente es factible hay que trabajar en la unificación para luego remitir la información ordenada; la tecnología va a provocar que no haga falta ir un hospital y utilizar la sanidad de otra manera”.

Formación del paciente y del profesional

La formación de pacientes y profesionales en estas nuevas tecnologías es un aspecto clave. Desde el punto de vista del paciente Silvia Serrano ha hecho hincapié en que este tiene que estar lo más formado posible; es muy importante conocer cómo funcionan las Apps, no solo las bombas y los sensores, tenemos una gran cantidad de herramientas que te facilitan la vida”. En este sentido ha resaltado el papel de ayuda que juegan las asociaciones de pacientes: “Nosotros, por ejemplo, tenemos una escuela de diabetes que

es absolutamente gratuita para todo el mundo en la que todas las semanas se hacen acciones formativas”.

Antonio M. Hernández Martínez ha destacado que todos los profesionales sanitarios también deben estar lo más actualizados posible en el ámbito tecnológico. “La Enfermería, los facultativos de Atención Primaria, los endocrinólogos... tienen una “información de la diabetes abrumadora”, pero de la diabetes tecnológica no y esa es la clave; van a cambiar hasta los modelos de seguimiento, así que como no entendamos lo de la diabetes tecnológica nos vamos a quedar muy atrás y vamos a seguir contando lo mismo de siempre, todos tenemos que aprender eso y redirigir nuestros recursos”. Silvia Serrano ha insistido en que “es muy necesario que nos reciclemos todos en comunicación y tecnología que son las herramientas básicas para el buen control de la diabetes”.

Sobre la evolución que se está produciendo en el ámbito tecnológico en la región de Murcia, Hernández Martínez ha indicado que “a pesar de las grandes dificultades esta comunidad autónoma intenta no perder el tren; precisamente en el Servicio Murciano de Salud está habiendo reuniones sobre un modelo de integración de toda la tecnología en una especie de interfaz para que pueda volcarse en la historia clínica”. El director gerente del Área III ha asegurado que hay una apuesta desde los servicios centrales del Servicio Murciano de Salud por las nuevas tecnologías “porque las necesidades de la sociedad van por ahí, no son trenes en los que tú elijas montarte o no, no hay una opción B”.

Recursos tecnológicos y humanos

Vicente Fernández considera que para avanzar en el ámbito tecnológico no va a haber problema con los recursos pero ha recordado, de nuevo, que “tendremos que aplicar el sentido común e implicar a los pacientes porque uno de los elementos más importantes para que las tecnologías funcionen es concienciación de lo que tiene entre manos para que sepa usarlo adecuadamente”. En su opinión, “en este momento se está viviendo un boom de unas tecnologías que han sido disruptivas, pero éste tendrá una meseta y empezará a bajar porque se democratizarán hasta que venga

otra disrupción tecnológica que puede ser de la diabetes u otra patología”.

“El problema –ha comentado- es que la tecnología va a una velocidad que nosotros no somos capaces de asumir no solamente económicamente sino a la hora de adaptarnos a esos cambios”. Así, ha especificado que “si fuéramos capaces de cargar toda la información, ordenarla y llevarla a la historia clínica o donde haga falta, un cuadro de mando, etc. podíamos explotar esa información de cara al beneficio asistencial y eso cambiará la forma de trabajar de nuestros clínicos en cualquier patología, no sólo en la diabetes”.

Silvia Serrano ha querido insistir en que es necesario salir de la zona de confort, reciclarse y contar con más recursos. El director gerente del Área III de Salud-Lorca ha contestado que “evidentemente siempre hace falta más pero ahora mismo lo que tenemos es un déficit de profesionales, es decir que sacamos contratos y no se cubren” y además ha añadido que “el kit de la cuestión está en la transferencia del conocimiento desde la universidad”.

Sobre este tema, el coordinador de la Unidad de Aprovisionamiento integral del SMS ha asegurado que necesitamos más recursos humanos pero “esa no es la solución a los problemas que tenemos porque la gestión de los recursos humanos es algo más complejo; lo primero que tendríamos que hacer es no trabajar con el modelo antiguo, nos tendremos que acostumbrar a hacer las cosas de otra manera pero eso hay que trasladarlo a toda la organización, hay que cambiar son los procedimientos de trabajo y cuando ya sea imposible mejorar lo que estoy haciendo colocaremos un recurso. Por lo tanto, ha concluido resaltando que “vamos a ver dónde está el problema cambiemos el procedimiento y ahí la tecnología tiene mucho que hacer”.

Ahí Antonio M. Hernández Martínez ha vuelto a recordar el caso expuesto con el que empezó este foro: “Con la misma gente bajamos de 25 días a 5 días de espera y no se trabaja más, se trabaja de forma mejor, hemos cambiado el sistema con el que nos hablamos con nuestros clientes que era imperfecto en algunas cosas, lo hemos mejorado y aún pensamos que dará más frutos”.



NOTICIAS

Dr. Diego Murillo, presidente de A.M.A.: “Protegiendo al médico se garantiza la seguridad del paciente”



De izda. a dcha.: Tomás Cobo y Diego Murillo.

El presidente de A.M.A. y de la Fundación A.M.A., Dr. Diego Murillo, ha participado recientemente en una mesa redonda sobre Seguridad del Paciente organizada por Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en la que distintos expertos del sector sanitario debatieron sobre cómo reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.

Diego Murillo inició su intervención haciendo referencia a la Ley de Autonomía del Paciente, una norma que cumple 20 años y que “supuso un antes y un después para los profesionales sanitarios”.

Según explicó, el paciente ha ido adquiriendo una actitud “cada vez más activa”, mientras que el médico “ha perdido autonomía” y actúa “bajo la amenaza constante de una demanda”.

Ante esta situación, el Dr. Diego Murillo ha querido recalcar la “necesidad imperiosa” para el sanitario de disponer de un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, como los que ofrece A.M.A., compañía que cuenta con casi 600.000 profesionales que han suscrito estas coberturas.

“Protegiendo al médico se garantiza la seguridad del paciente”, afirmó Diego Murillo, quien citó también la aprobación del baremo para daños sanitarios como elemento que aportaría seguridad jurídica al paciente.

“Esta carencia de baremo específico perjudica a nuestro colectivo médico, a los pacientes en general y hasta al propio sistema judicial”, señaló.

Igualmente importante es, en su opinión, la formación de los profesionales para prevenir posibles

reclamaciones, especialmente en asuntos como el consentimiento informado, la elaboración de la historia clínica o la comunicación con el paciente.

Para finalizar, tras reiterar que “el compromiso de A.M.A. con los sanitarios es sagrado”, tuvo palabras de reconocimiento hacia los Colegios Profesionales y especialmente al Consejo General “por la gran labor que desarrollan”.

Junto al presidente de A.M.A. han participado en la jornada Pilar Aparicio, directora general de Salud Pública y Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad; Tomás Cobo, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y Daniel Arnal, presidente del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la Sociedad Europea de Anestesiología y Cuidados Intensivos.



Gran éxito de convocatoria del Taller de A.M.A. en el XXVIII Congreso de Derecho Sanitario



Raquel Murillo, directora general adjunta de A.M.A. y responsable del ramo de Responsabilidad Civil Profesional.

Al día siguiente de la intervención de Diego Murillo, la directora general adjunta de A.M.A. y responsable del ramo de Responsabilidad Civil Profesional, Raquel Murillo, dirigió con un rotundo éxito y el aforo completo un Taller de trabajo sobre el “XX aniversario de la Ley de Autonomía del Paciente y

los problemas sin resolver” que plantea esta norma, en el marco del XXVIII Congreso Nacional del Derecho Sanitario.

La jornada fue seguida con notable interés por los numerosos asistentes, entre ellos personalidades re-

levantes y expertos reconocidos del ámbito jurídico y sanitario.

En el Taller patrocinado por la Fundación A.M.A. participaron Ana Pastor, vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados y ex ministra de Sanidad y Consumo; Elena Mantilla, directora general de Inspección y Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; Manuel Marchena, presidente de la Sala Segunda, de lo Penal, del Tribunal Supremo; José Luis Seoane, magistrado de la Sala Primera, de lo Civil, del Tribunal Supremo; y Federico de Montalvo Jääskeläinen, vicerrector de Relaciones Institucionales y secretario general de la Universidad Pontificia de Comillas.

Para centrar el debate, Raquel Murillo recordó que “el respeto a la autonomía del paciente se conforma en la actualidad como una obligación ética y legal imprescindible para garantizar el ejercicio de la buena praxis profesional en el ámbito sanitario”.

Asimismo se refirió al papel desarrollado por A.M.A. en la evolución que la aplicación de la ley ha supuesto para el profesional sanitario, bien mediante el asesoramiento y formación permanente y también en el ámbito judicial con la defensa de los sanitarios en multitud de procedimientos judiciales, siendo no solo testigo de excepción de las implicaciones que la aplicación de esta ley ha supuesto para el profesional sanitario, sino parte activa en esta evolución.

“No podemos olvidar que la jurisprudencia ha jugado un papel fundamental para completar la interpretación y aplicación de la ley”, afirmó Murillo

Con vistas al futuro, según explicó, “nos encontramos ante una realidad en continua transformación, que nos exige abordar determinadas cuestiones desde una nueva perspectiva” y puso como ejemplo la ley de pandemias, la regulación de la telemedicina o la relación entre capacidad y autonomía del paciente.





Ribera lanza su Área del Corazón para ofrecer una atención integral y los mejores especialistas a pacientes cardiovasculares

El grupo sanitario Ribera ha desarrollado una red cardiovascular para poner en marcha su Área del Corazón, formada por un equipo multidisciplinar con los mejores especialistas de cuatro de sus hospitales, para ofrecer la mejor atención integral a los pacientes con problemas cardiovasculares. En esta primera fase se integran los hospitales universitarios de Torrejón y Vinalopó (Elche), el hospital de Denia y el hospital Ribera Povisa (Vigo).

El objetivo del Área del Corazón de Ribera es unificar protocolos de atención cardiovascular, disminuyendo la variabilidad clínica e impulsando mejoras organizativas, diagnósticas y terapéuticas, que optimicen los resultados de salud de los pacientes. Y al mismo tiempo, facilitar la colaboración interhospitalaria para que los mejores especialistas de cada centro aborden de forma conjunta cada caso, independientemente de dónde se encuentre geográficamente el paciente.

Así, especialistas de Cardiología, Cirugía cardíaca, unidades de arritmia, Rehabilitación cardíaca, Hemodinámica y Anestesiología y Reanimación de cuatro hospitales valorarán y trabajarán en equipo para abordar el caso de cada paciente con la máxima calidad, las últimas técnicas diagnósticas y de

intervención y la mejor tecnología. Además, valores como la experiencia, el trato cercano y humano, la rapidez en el diagnóstico y las intervenciones, la implicación de los profesionales y la apuesta por la investigación y la innovación convierten al equipo de profesionales unidos en esta iniciativa en uno de los mejores de España, al servicio de los pacientes con problemas cardiovasculares, a quienes se garantiza una atención personalizada.

Los coordinadores del Área del Corazón de Ribera son los doctores Juan Carlos Arias, Eduardo Alegría, Carlos de Diego y Alfonso Valle, jefes de los servicios de Cardiología del Hospital Ribera Povisa (Vigo), de los hospitales universitarios de Torrejón y Vinalopó, y del hospital de Denia, además de los doctores José Albors, Evaristo Castedo y Paloma Martínez-Cabeza, jefes de Servicio de Cirugía Cardíaca de Vinalopó y Torrejón respectivamente y el doctor Luis González, coordinador de la Unidad de Electrofisiología del Hospital Universitario Vinalopó.

Con la puesta en marcha del Área del Corazón, el grupo sanitario Ribera refuerza su apuesta por las áreas y servicios transversales, como su Área de la Mama, el Anillo Radiológico, Ribera Lab, Ribera Dent y Ribera Estética.



Primer acuerdo para producir genéricos de un medicamento contra el cáncer

El Medicine Patent Pool (MPP), una organización de salud pública apoyada por la ONU, ha anunciado en el Congreso Mundial de Cáncer en Ginebra (Suiza), que ha firmado con la compañía suiza Novartis un acuerdo que facilitará el acceso al fármaco nilotinib, una medicación oral utilizada como tratamiento de segunda generación de la leucemia mieloide crónica, para adultos y niños de al menos un año de edad.

El compuesto está incluido en el listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es utilizado en particular en adultos y niños que presentan resistencia al tratamiento de primera línea, con imanitinib.

Por primera vez la versión genérica de un medicamento contra un tipo de cáncer podrá ser producido en países en desarrollo y vendido a otros países de economía similar con la autorización de la farmacéutica que lo desarrolló y que lo produce desde hace casi veinte años.

Esta es la primera vez que una farmacéutica autoriza de forma voluntaria que otras compañías produzcan genéricos de uno de sus productos patentados para el cáncer.

La novedad está en que 44 países en desarrollo podrán adquirir genéricos de nilotinib a un precio probablemente ínfimo comparado con el producto original. El MPP espera que se produzcan al menos tres versiones genéricas, lo que crearía condiciones óptimas de competencia en el mercado.

Como indica MPP en un comunicado, la licencia incluye a priori a siete países: Egipto, Guatemala,

Indonesia, Marruecos, Pakistán, Filipinas y Túnez, donde las patentes del producto están pendientes o en vigor.

A través de este acuerdo, los fabricantes de genéricos seleccionados tendrán la oportunidad de desarrollar, fabricar y suministrar versiones genéricas de nilotinib en el territorio autorizado, sujeto a la autorización regulatoria local.

En casos de acuerdos similares en relación a medicamentos para otras enfermedades, los genéricos terminaron costando hasta un 90% menos.

"A pesar de que el periodo de vida que queda de la patente es relativamente corto (hasta julio de 2023, salvo en países donde se ha extendido entre 5 y 6 años adicionales), este acuerdo sienta un precedente vital y esperamos que otras compañías lo imiten", ha señalado el director de la MPP, Charles Gore.

Igualmente, Lutz Hegemann, presidente de Salud Global y Sostenibilidad de Novartis, ha mostrado su satisfacción por el acuerdo: "Estamos orgullosos de ser pioneros en este nuevo modelo de licencia con MPP en colaboración con la Coalición de Acceso a Medicamentos Oncológicos (ATOM), pero también sabemos que hacer que un medicamento esté disponible es solo una parte del desafío para aumentar el acceso a los tratamientos contra el cáncer".

Hegemann ha añadido: "Para que las versiones genéricas de este medicamento lleguen a quienes lo necesitan, donde quiera que vivan, el diagnóstico correcto y la calidad de la atención serán fundamentales".

Igualmente, Benedikt Huttner, secretario del Comité de Expertos de la OMS en la Selección y Uso de Medicamentos Esenciales, ha dado la "bienvenida a este acuerdo de licencia, el primero para medicamentos contra el cáncer. Esperamos que esto marque el comienzo de un cambio de paradigma con más compañías farmacéuticas siguiendo el ejemplo con acuerdos de licencia para medicamentos esenciales patentados contra el cáncer,

para ayudar a garantizar que los pacientes en todo el mundo puedan beneficiarse".

Entre los beneficiarios se encuentra un grupo de países donde la patente de este producto se extenderá más allá de julio de 2023, cuando los derechos de propiedad intelectual de la farmacéutica vencerán en varios países de ingresos medios y bajos.



Grupo Chiesi y Aptar lanzan una plataforma de gestión de enfermedades para pacientes con asma y EPOC

El Grupo Chiesi, biofarmacéutica internacional centrada en la investigación y desarrollo de tratamientos innovadores con la misión de mejorar la calidad de vida de las personas y la salud del planeta, y Aptar Digital Health -parte de Aptar Pharma-, líder mundial en soluciones y servicios de administración de fármacos y ciencia de materiales activos, se asocian para lanzar al mercado una herramienta digital para la gestión de enfermedades para pacientes con asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Esta asociación permitirá aprobar las capacidades de la recién anunciada plataforma de gestión de enfermedades de Aptar. Esta plataforma está diseñada para empoderar a los pacientes para que comprendan mejor y tomen el control de su enfermedad; proporcionar a los profesionales de la salud conocimientos basados en datos que ayuden a gestionar a sus pacientes y generar evidencia para los acuerdos de financiación emergentes en el campo de la salud digital para el asma y la EPOC.

La plataforma ofrece un conjunto completo de servicios y soluciones destinados a aunar los aspectos farmacológicos y conductuales de la gestión de las enfermedades respiratorias, entre ellos, se encuentran el control de la adherencia, la evaluación de la función pulmonar, la notificación de los síntomas y la

identificación de los factores desencadenantes de la enfermedad, así como la comunicación con los equipos de atención médica y profesionales de la salud. El acuerdo entre el Grupo Chiesi y Aptar se centra en territorio europeo, con posibilidades de extenderse a otras áreas geográficas en un futuro.

Las patologías respiratorias crónicas como el asma y la EPOC, representan una importante gestión para los sistemas de salud en Europa. Se estima que el 6% de la población europea actual vive con asma y se cree que más de 60 millones de personas de entre 30 y 79 años padecen EPOC. Las patologías respiratorias crónicas como el asma y la EPOC representan la mayor carga económica en los servicios sanitarios de la Unión Europea, alcanzando los 40.000 millones de euros.

Parte de la solución a este desafío es proporcionar las herramientas adecuadas a los profesionales de la salud, pacientes y cuidadores para promover el seguimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el acceso a intervenciones conductuales no farmacológicas y una atención adecuada y sostenible.

El valor y los beneficios potenciales de las soluciones de salud digital se han declarado en el informe 'The Asthma and COPD digital Journey in Europe Report'5 de la Federación Europea de Asociaciones de Pacien-

tes con Alergias y Enfermedades de las Vías Aéreas (EFA). El documento, que es el resultado de una encuesta de la EFA realizada a más de 900 pacientes con asma y EPOC, destaca que la pandemia de la Covid-19 ha sido un catalizador para la transición digital en el cuidado de la salud. En concreto, en el campo de las enfermedades respiratorias crónicas ha aumentado la predisposición de los pacientes a adoptar herramientas que los capaciten y les ayuden a mejorar la evolución de su enfermedad.

“Esta colaboración es una muestra de nuestro compromiso con el paciente y la voluntad de garantizar la mejor atención a las personas que conviven con el asma y la EPOC, yendo más allá de los tratamientos y centrándonos en la experiencia del paciente”, comenta Alessandro Chiesi, Chief Commercial Officer del Grupo Chiesi. “La experiencia de Aptar Digital

Health en el manejo de enfermedades es un gran apoyo en nuestro objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades respiratorias y adquirir herramientas que contribuyan a la sostenibilidad de los servicios de atención médica para patologías crónicas”.

“La tecnología y experiencia farmacéutica de Aptar Digital Health nos sitúa en una posición única para ofrecer una solución muy completa, desde el software, dispositivos conectados, monitoreo de pacientes y análisis de datos”, ha apuntado Gael Touya, Presidente de Aptar Pharma. “Estamos entusiasmados de asociarnos con Chiesi para contribuir activamente a ampliar el acceso de los pacientes a servicios holísticos e integrales que mejorarán de forma duradera el control de sus enfermedades respiratorias”.



Los galardones correspondientes a la 20.^a edición de los Premios Profesor Barea 2022 de la Fundación Signo se entregan en el Congreso de los Diputados

El 24 de octubre el Congreso de los Diputados acogía, un año más, la ceremonia de entrega de los galardones correspondientes a la 20.^a edición de los Premios Profesor Barea 2022 convocados por la Fundación Signo. Estos premios se dirigen a proyectos inéditos o experiencias novedosas de personas e instituciones (públicas y privadas) que contribuyan a mejorar los procesos de gestión y evaluación en el ámbito de la salud. De entre los 64 trabajos recibidos en esta edición, se han otorgado 5 premios y 5 accésits que habían sido previamente seleccionados por un jurado de alto prestigio profesional tras una evaluación técnica.

Con esta edición cumplen su vigésimo aniversario, lo que pone de manifiesto la amplia y afianzada trayectoria de estos galardones convocados cada año por la Fundación Signo y organizados por Dña.

Carmen Pérez Romero –miembro del patronato de la fundación y profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)– y Dña. Rosa Bermejo Pareja –miembro del patronato de la fundación–. Representantes de las instituciones cuyos trabajos habían sido nominados estuvieron acompañados por sus compañeros de equipo, familiares y amigos. Todos los presentes (entre quienes se encontraban gerentes, directores médicos, jefes de servicio, clínicos, enfermeros, economistas y gestores) atendían expectantes al acto que daba comienzo a la ceremonia de entrega de premios.

En una mesa inaugural compuesta por importantes personalidades del sector salud, Dña. Isaura Leal Fernández –miembro del Congreso de los Diputados– daba la bienvenida a los asistentes y agradecía a todos los finalistas la participación en estos



D. Manel del Castillo Rey, Dña. Mercedes Alfaro Latorre, D. José Ignacio Echániz Salgado, D. Josep Pomar Reynés, Dña. Margarita Alfonso Jaén, Dña. Carmen Pérez Romero, D. Ignacio Ayerdi Salazar, Dña. Rosa Bermejo Pareja y D. Luis Carretero Alcántara, acompañados por los representantes de las instituciones finalistas de esta edición.

premios, además de resaltar el carácter multidisciplinar de los mismos, pues están abiertos a trabajos procedentes de todas las disciplinas sanitarias de cualquier institución pública y privada.

A continuación, D. Josep Pomar Reynés –presidente de la Fundación Signo y gerente del Hospital Universitario Son Espases– dio un breve discurso de agradecimiento en el que defendió “el dinamismo y la actitud transformadora que persiste en la base de nuestro sistema sanitario”. En este sentido, explicaba los retos sobre los que la Fundación Signo se ha sostenido y que constituyen su razón de ser, entre otros: colaboración abierta con todos los agentes del sistema sanitario público y privado, convergencia, contribución a la transformación del sistema nacional de salud, apoyo a las instituciones en materia de gestión y evaluación sanitarias y trabajo al

servicio de los intereses públicos. También definió la vigésima edición de este evento como “un hito que celebramos con satisfacción” y emitió unas palabras en homenaje al profesor José Barea Tejeiro, economista español experto en gestión pública y contabilidad presupuestaria que fue quien inspiró el proyecto Signo en 1992 (origen de la Fundación Signo) y por quien se crearon estos premios como reconocimiento a su gran labor en materia de gestión sanitaria.

Ante un auditorio lleno de profesionales venidos de varias comunidades autónomas, cada uno de los finalistas intervino para presentar su trabajo en una breve exposición bajo la dirección de la moderadora del acto, Dña. Rosa Bermejo Pareja. Seguidamente, se leyó el acta con el que se procedía a la entrega de los galardones.

¡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

NOMBRAMIENTOS



En la Comunidad de Madrid, **Almudena Quintana** ha sido designada nueva Gerente de Primaria del Sermas; y por su parte, **Francisco Fernández** será el nuevo Director General del Colegio de Farmacéuticos de esta Comunidad.

En Cataluña, **Ramón Canal** ha sido nombrado en nuevo Director del Servei Català de la Salut (CatSalut).

En el ámbito de la profesión enfermera, **Florentino Pérez Raya** ha sido reelegido Presidente del Consejo General de esta especialidad.

En cuanto a investigación, **Agustín González** es ahora el nuevo Subdirector de Redes y Centros de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III.

Para finalizar, cabe destacar que **Pedro Carrascal** ha sido nombrado Director General de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, y que **Jesús Ponce Sancho** ha sido designado Presidente de Farmaindustria.



ECONOMÍA



Primero Salud, matriz de Ribera, cierra 2021 con 34,7 millones de beneficio

Primero Salud, matriz de Ribera y brazo de Centene en España y Europa hasta la compra de todos sus activos en 2022 por parte de la francesa Vivalto Santé, cerró 2021 con un beneficio de 34,7 millones de euros frente a las pérdidas de tres millones del anterior ejercicio. Así lo recogen las cuentas de la compañía, que apuntan 14 millones a dicho resultado por la compra de la gestora del departamento de Dénia, Marina Salud.

En 2021, la compañía aglutinaba los departamentos de salud de Torre Vieja- revertido en 2021-, Vinalopó y Dénia, el Hospital Universitario de Torrejón y el Hospital Ribera Povisa. La compañía cuenta con otras divisiones como la tecnológica Futurs o la central de compras b2b. Además, es propietaria del laboratorio Cialab en Alicante, los centros sanitarios de Santa Justa, Almendralejo en Badajoz y las Clínicas Santo Domingo de Lugo, entre otras. El grupo también renovó la concesión del laboratorio central de la Comu-

nidad de Madrid URsalud, que presta servicio a seis hospitales públicos de la región.

El último ejercicio completo también adquirió el Hospital Ribera Juan Cardona, en Ferrol, y Ribera Hospital de Molina, en Murcia. Además, creó dos divisiones sanitarias especializadas: Ribera Estética y Ribera Dent, junto al programa de bienestar emocional Minds. En total, nueve hospitales, 71 centros de salud, una escuela universitaria de Enfermería y centro de estudios de Formación Profesional sanitaria.

Fuera de España, la compañía tiene una participación mayoritaria en la empresa eslovaca Pro Diagnostic Group (PDG), líder en diagnóstico por imagen en su país, y participación en dos concesiones hospitalarias en Perú. Además, Ribera es una de las finalistas del concurso del Gobierno portugués para la gestión mediante concesión del hospital público de Cascais. Gracias a sus incorporaciones y al aumento de actividad, la cifra de negocio se incrementó un 30% hasta los 659,6 millones de euros.

Los clientes de Generali accederán a los servicios de salud de Sanitas

Generali y Sanitas han llegado a un acuerdo para que la primera pueda ofrecer a sus asegurados los servicios de salud de la segunda. Generali tiene ya 150.000 clientes con pólizas médicas, que tendrán ahora una oferta ampliada. El acuerdo empieza en 2023 y tiene una vigencia de 10 años.

La compañía de seguros de salud (dueña también de una red de hospitales, centros de atención primaria y clínicas dentales) mantiene ya alianzas con otros grupos financieros, como BBVA, Zurich y Santalucía. En estos últimos casos, centrados en la distribución de pólizas.

Sanitas ofrecerá a los clientes de Generali un cuadro médico con 51.000 profesionales, 240 hospitales concertados y 4.100 centros médicos concertados, además de una red propia que incluye cuatro hospitales, (tres en Madrid y uno en Barcelona, además de un quinto centro en construcción en la capital) y 20 centros médicos multiespecialidad.

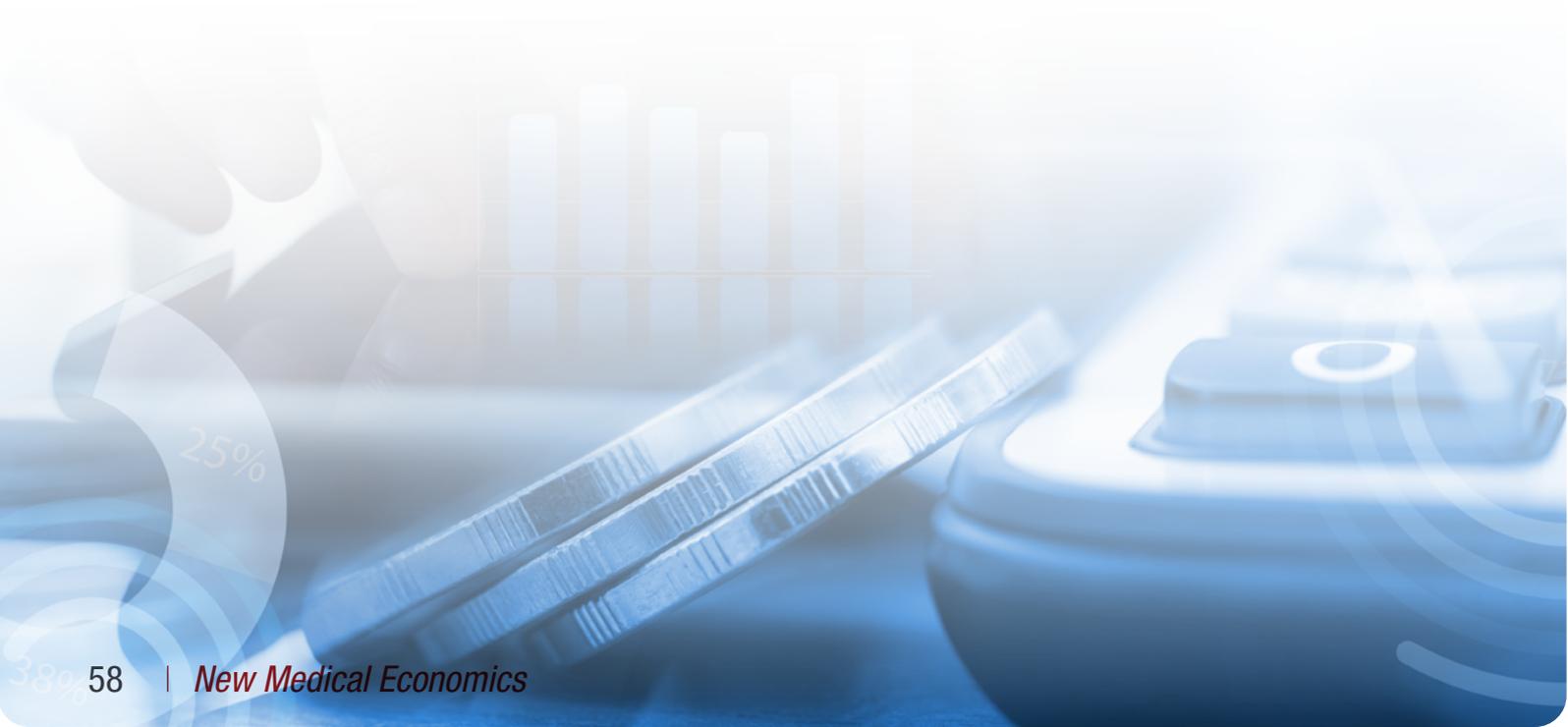
Generali continuará comercializando su oferta de salud propia a través de su red de mediadores como

hasta la fecha. Los clientes de Generali se beneficiarán de los productos de salud de Sanitas así como de nuevas ventajas digitales en la asistencia médica (videoconsultas, videodiagnóstico, monitorización...). También en los trámites asociados a la prestación de los servicios médicos y hospitalarios tales como reembolsos, autorizaciones o informes médicos.

Sanitas ya tiene más de 2 millones de clientes en el seguro de salud, y es la segunda mayor compañía del ramo, solo por detrás de SeguriCaixa Adeslas (controlada por Mutua Madrileña y CaixaBank).

El acuerdo ha sido firmado hoy en Madrid por Santiago Villa, consejero delegado de Generali en España, e Iñaki Peralta, consejero delegado de Sanitas.

Para Santiago Villa, "el acuerdo con Sanitas nos va a permitir reforzar nuestro compromiso con los clientes al permitirles el acceso y la asistencia de una de las mejores redes mundiales de atención sanitaria", ha explicado en una nota de prensa.





80 centros sanitarios de Madrid ya están abriendo 24 horas todos los días con médicos y enfermería

Desde el pasado jueves 27 de octubre la Comunidad de Madrid ha abierto 80 Centros Sanitarios 24 horas, un servicio para los pacientes que funciona durante todo el día con personal médico y de enfermería. La presidenta regional, Isabel Díaz Ayuso, anunció en el Pleno de la Asamblea de Madrid, esta medida de atención continuada con urgencias. De este modo, se han reabierto los 78 puntos de urgencias extrahospitalarias que había antes del inicio del pandemia de COVID y se mantienen otros dos que ya están operativos, en El Molar y Alcalá de Henares.

El Gobierno regional cumple así el compromiso de reactivar la atención de las urgencias extrahospitalarias durante las noches y los fines de semana unificando la nomenclatura de todos los centros (hasta ahora SUAP -Servicios de Urgencias de Atención Primaria-, SAR -Servicios de Atención Rural- y PACs -Puntos de Atención Continuada-).

Con esta medida se va a garantizar una actividad asistencial que dé continuidad a la que se presta desde los centros de salud de Atención Primaria. Para ello, se contará con médicos, enfermeros y profesionales de apoyo (como celadores o auxiliares administrativos) en cada punto. En este sentido,

para cubrir todo el horario, se aplicará una jornada complementaria con carácter voluntario que, por primera vez, se abrirá al conjunto de los más de 13.600 profesionales de Atención Primaria.

Hasta ahora, el personal de este escalón asistencial no tenía la opción de realizar atención continuada y, de esta manera, a partir de ahora, con estos centros sanitarios 24 horas, los profesionales podrán trabajar esta jornada extra, retribuida, y aumentar su nómina.

Este modelo permitirá además reforzar aquellos horarios y personal en los centros con más actividad y mayor frecuentación de la población: en 8 de cada 10 de los puntos se adelantará su horario de atención de urgencias a las 17:00 horas. Así, se intensifica el horario de tarde habitual de las consultas de Atención Primaria en los momentos de mayor demanda.

A su vez, el SUMMA 112 mantendrá todos sus dispositivos y recursos para seguir llevando la atención al domicilio de los pacientes con problemas de desplazamiento o más fragilidad, además de la atención a la urgencia y emergencia sanitaria.



Fenin y la FINBA se unen para impulsar la innovación tecnológica en el ámbito sanitario



De izda. a derecha: Sergio Muñoz, director de Innovación, Salud Digital y Tecnologías Emergentes y Coordinador de la Plataforma Española de Innovación en Tecnología Sanitaria de Fenin; María Victoria Álvarez, directora Científica del ISPA; Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin; Faustino Blanco, director de FINBA; Tania Cedeño, directora General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud y el consejero de Ciencia, Innovación y Universidad, Borja Sánchez García.

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, y la Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria de Asturias (FINBA) han firmado un convenio de colaboración cuyo objetivo es el desarrollo conjunto de proyectos, servicios y soluciones en el ámbito de la salud que favorezcan la transformación del ecosistema biosanitario, la creación de un nuevo tejido industrial de base tecnológica, el impulso al emprendimiento y la apuesta por el valor del dato sanitario.

El consejero de Ciencia, Innovación y Universidad, Borja Sánchez García, y la directora General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud, Tania Cedeño Benavides, acompañados por la directora Científica del ISPA, María Victoria Álvarez, el vicerrector de Investigación de la Universidad de Oviedo, Antonio Manuel Fueyo, y la directora médica del HUCA, Beatriz López Ponga, han estado presentes en la firma del convenio, mostrando así el apoyo del Gobierno del Principado y la Universidad a esta alianza. El consejero

de Ciencia ha puesto de relieve la importancia de este tipo de acuerdos que “contribuirán a fortalecer la I+D+i biosanitaria asturiana, tanto en el ámbito de la investigación, donde contamos con grupos de excelencia, como en el sector empresarial, con un importante tejido de empresas emergentes”.

Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin, y Faustino Blanco, director de FINBA, han sido los encargados de rubricar este acuerdo. Para la secretaria general de Fenin, esta alianza “supone otro importante paso adelante en la hoja de ruta marcada por la Federación, cuyo objetivo es impulsar el tejido industrial de alto valor añadido de nuestro país. Para nosotros supone una gran satisfacción desarrollar acuerdos como este que permiten poner el valor en el potencial innovador presente en comunidades autónomas como la asturiana, que es indudablemente punta de lanza en esta área”.

Por su parte, el director de FINBA, apuntó que “nuestra Fundación quiere servir de puente para que el sector empresarial asturiano más dinámico

aporte soluciones a los desafíos tecnológicos de un mercado tan competitivo y estratégico como el biomédico. En este concepto trabajan las regiones más avanzadas del planeta. Sin duda, se nos presenta la oportunidad de desarrollar modelos de colaboración como el que se acuerda con Fenin, que tiene la vocación de generar ventajas competitivas que impulsen a situaciones “win-win”... pero esto no se improvisa, por tanto, estamos ante un trascendental desafío”.

El convenio se basa en el interés mutuo de Fenin y FINBA por potenciar nuevas herramientas, tecnologías y servicios en el ámbito sanitario, así como generar conocimiento e infraestructuras que permitan una mayor interrelación entre los pilares básicos y agentes del sistema. Por ello, para el desarrollo de nuevos proyectos de valor se promoverán iniciativas que contemplen la colaboración de empresas, pymes, corporaciones, instituciones asistenciales, entidades científico-tecnológicas y asociaciones sectoriales involucradas en toda la cadena de valor.

Por ejemplo, a través de esta alianza se estimulará el emprendimiento empresarial, un vehículo de transferencia que está funcionando con modelos

exitosos, formado por redes de empresas de base tecnológica que se puedan crear bajo el paraguas de las investigaciones e innovaciones que surgen en el sector sanitario.

La colaboración entre FENIN y FINBA pretende, asimismo, establecer un cauce de cooperación entre ambas entidades para reforzar un ecosistema de I+D+i eficaz e integral en Asturias. De igual manera, se colaborará con la Universidad de Oviedo en la formación avanzada de nuevas profesiones vinculadas a proyectos y programas, con la intención de retener el mejor talento en el Principado.

La firma de este convenio afianza, y amplía, la excelente y prolífica relación entre ambas entidades y que tuvo un reciente ejemplo en la colaboración de FINBA en la organización, el pasado mes de julio en Gijón, del Foro ‘Matchmaking Innovación en Salud: Smart Health Solutions for Innovative Products and Processes’, impulsado por la Plataforma de Innovación Tecnológica de FENIN para potenciar, precisamente, ecosistemas competitivos en Tecnología Sanitaria en esta región a través de sinergias entre startups, grupos de I+D+i e industria.



La Estrategia de Salud Cardiovascular, a debate en la Comunidad Valenciana

New Medical Economics en colaboración con Amarin, Amgen, Bristol-Myers Squibb y Pfizer ha celebrado el grupo de trabajo y debate titulado “Estrategia de Salud Cardiovascular”. El evento que se ha realizado en formato presencial con retransmisión en streaming en el salón de actos de la Fundación FISABIO (Valencia) ha tenido como objetivo conocer el estado de la salud cardiovascular en la Comunidad Valenciana y la estrategia para el abordaje de estas patologías.

Mónica Pont Pérez, directora gerente de la Fundación FISABIO ha sido la encargada de dar la bienvenida a todos los asistentes. Seguidamente, José María Mar-

tínez García, presidente de *New Medical Economics* y conductor del encuentro presentó a Gabriel Sanfélix-Gimeno, coordinador del Área de Investigación en Servicios de Salud de la Fundación FISABIO, quien durante su exposición hizo un repaso de los estudios poblacionales que han llevado a cabo en FISABIO sobre enfermedades cardiovasculares. “La salud cardiovascular ha mejorado mucho, hay muchos campos de mejora pero vamos avanzando”, afirmó Sanfélix-Gimeno.

La tercera parte de la jornada se centró en el debate y en él participaron: Juan Cosín Sales, director del Comité Científico de la Agencia de Investigación de



Gabriel Sanfélix, Juan Cosín, Lorenzo Fácila, José María Martínez, M^a Angles Irlles, Blanca Navarro y Jorge Navarro, durante el grupo de trabajo y debate.

la Sociedad Española de Cardiología (AISEC) y jefe de Sección del Servicio de Cardiología en el Hospital Arnau de Vilanova; Lorenzo Fácila Rubio, presidente del Instituto Valenciano del Corazón (INSVACOR); M^a Ángeles Irlles Rocamora, Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas de Salud, Dirección General de Salud Pública y Adicciones; Blanca Navarro Cubells, subdirectora general de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención; y Jorge Navarro Pérez, director médico en el Hospital Clínico Universitario de Valencia e investigador principal del grupo de cardiometabolismo de atención primaria del Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA.

La “salud” de la salud cardiovascular en España fue el primer tema que el moderador del encuentro puso sobre la mesa. En palabras de Juan Cosín, “a nivel asistencial España está en el top europeo llevando a cabo una cardiología del siglo XXI”. Lorenzo Fácila destacó la importancia de la prevención cardiovascular y la necesidad de disponer de “indicadores para conocer exactamente cómo lo estamos haciendo y cómo nos podemos comparar con el resto”.

La estrategia de salud cardiovascular en la Comunidad Valenciana fue otro de los temas candentes del grupo de debate. Blanca Navarro señaló que “la estrategia nacional en la Comunidad Valenciana se

ha articulado en una comisión interdisciplinar, supra departamental y unos comités interdisciplinares. Además, en la configuración del plan de salud hay una parte de una participación activa de los pacientes, pero este es un modelo organizativo en la que lo que se pretende es potenciar esa integración y esa coordinación entre todos los actores, que es uno de los problemas que tenemos”.

La necesidad de recursos para la evaluación de resultados fue otro de los puntos que se puso de manifiesto. Juan Cosín explicó que uno de los principales problemas que se encuentran en la Comunidad Valenciana a la hora de medir resultados es “cómo están concebidos los sistemas y las historias clínicas electrónicas que tenemos ya que desde el principio estaban estructurados como texto libre, y el texto libre es muy difícil de analizar”. “A mí me gustaría que los profesionales y los pacientes también exigieran ser evaluados”, añadió Jorge Navarro.

Otras de las cuestiones que también se trataron por los expertos del grupo de trabajo y debate de salud cardiovascular fueron el modelo asistencial de los pacientes con enfermedad cardiovascular, su seguimiento y control, capacitación, formación, prevención, acceso a terapias y gestión del conocimiento.

BIBLIOTECA

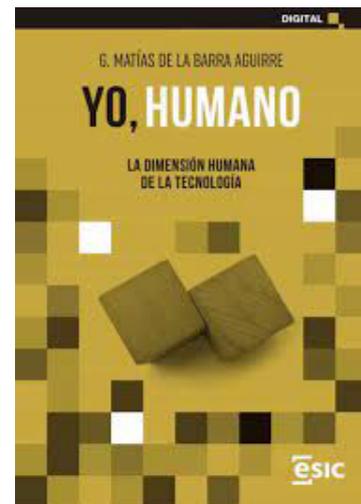


Yo, humano *La dimensión humana* *de la tecnología*

G. Matías de la Barra Aguirre

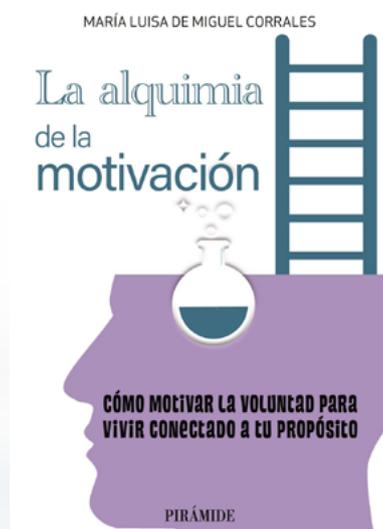
Un viaje hacia una reflexión profunda y consciente sobre cómo humanizar la tecnología, con el objetivo de llegar a entender la esencia que hay detrás de la buena dirección de las empresas en tiempos donde la economía se mide en criptomonedas o las relaciones sociales se cimentan en vínculos virtuales en el metaverso.

Este libro se concibe como una guía para todas aquellas personas que tienen en mente crear, gestionar y dirigir el rumbo de una empresa, grande o pequeña, nacional o multinacional, incluso real o virtual. En este punto se incluye a aquellos que tampoco se hubieran imaginado en dichas responsabilidades y que la vida les ha puesto en esos menesteres.



La alquimia de la motivación

María Luisa de Miguel Corrales



Este libro es una invitación a reflexionar sobre cómo estamos viviendo, cómo estamos ejerciendo el control sobre nuestras vidas y qué influencia tiene en ello una motivación extrínseca excesiva en detrimento de una voluntad más fuerte y reflexiva. Tomarnos tiempo para parar, reflexionar y decidir con conocimiento de causa, con propósito, es ganar tiempo para vivir más felices. La alquimia motivacional está al servicio de todo ello, para fortalecer el funcionamiento de nuestras funciones ejecutivas. Un buen funcionamiento de estas es lo que nos posibilita que tengamos éxito en el logro de nuestros objetivos, que seamos capaces de resolver problemas complejos para los que no tenemos una respuesta aprendida previamente y que sabemos adaptarnos y responder ante situaciones novedosas sobre las que carecemos de experiencia previa.



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