

LA INNOVACIÓN, CLAVE PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Políticas Sanitarias:

Salud mental, estigma y medios de comunicación

Con Ojo Clínico:

La IA en 1240 palabras

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos

Alfonso Jaén, Margarita

Secretaria General de FENIN

Álvarez Novoa, Iria

Government Affairs and Market Access
Director de Astellas Pharma

Arnés Corellano, Humberto

Presidente de SIGRE

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

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

EDITA

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

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN SANITARIA

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



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



Carmen Ferrer Arnedo,
Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del HC de Cruz Roja de Madrid y Codirectora del Máster de Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias de la UPSA. Campus de Madrid.



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



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



Alejandro Lendínez Mesa, Enfermero, Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre. Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.



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.



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.



David Castro González,
Director Científico. Investigación e Innovación Biomédica. Especialista en Transformación Digital y Finanzas aplicadas al Sector Salud.



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



Verónica Pilotti de Siracusa,
Especialista clínico de ventas en Masimo.



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



DERECHO

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



Ofelia De Lorenzo 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.



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 BAsideU.



POLÍTICAS DE CALIDAD

Joaquim Bañeres Amella,
Director del Instituto Universitario Avedis Donabedian y Director de la Cátedra de Investigación Avedis Donabedian de la Facultad de Medicina de la UAB.





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

- 6 Gestión**
Objeción de conciencia. El médico ante sus convicciones morales y ante la Ley
- 13 Políticas Sanitarias**
Salud mental, estigma y medios de comunicación
- 16 Con Ojo Clínico**
La IA en 1240 palabras
- 21 Enfermería**
Necesitamos más investigación sobre los resultados en salud de la participación ciudadana (II)
- 25 Cuestión de Justicia**
Tutela de derechos fundamentales en el acceso a medicamentos
- 30 Sanidad: colaboración público-privada**
Los presidentes de ASPE y AES aseguran que es un error enfrentar lo público y lo privado a la hora de pensar en la sostenibilidad del sistema sanitario
- 36 Gestión**
Lagunas en la protección de la confidencialidad de la información clínica
- 38 En Profundidad**
La lucha frente a las resistencias a los antibióticos es una prioridad global para los sistemas de salud
- 42 Experiencia del paciente**
De la experiencia a la acción: cómo los pacientes contribuyen a cambiar la atención médica y mejorar los procesos asistenciales
- 46 Salud digital**
Lo bueno es que el río fluya, pero que lo haga bien...
- 52 RSC-RSE**
La promoción de la salud: compromiso con los profesionales sanitarios
- 54 Transparencia y Opinión**
La "cosa pública" y la transparencia -
- 56 Reflexiones Saludables**
Telemedicina, la nueva era de la atención sanitaria
- 60 Entrevista**
Juan Abarca Cidón, Presidente de HM Hospitales
Beatriz Alejo Gil, Directora Gerente del Hospital Los Madroños
- 69 Primera Plana**
La innovación, clave para la sostenibilidad del sistema sanitario
- 75 Noticias**
- 80 Economía**
- 82 Sanidad autonómica**
- 85 Biblioteca**



Objeción de conciencia. El médico ante sus convicciones morales y ante la Ley

Ricardo De Lorenzo y Montero

Discurso para el ingreso como Académico de Honor de la Academia Médico-Quirúrgica Española (28-02-2023)

Existe, como principio general y sustrato de la paz social, la necesidad de que los ciudadanos estén sujetos al cumplimiento de la Ley. No parece defendible, así, con carácter general, indeterminado e incondicionado, que los individuos puedan tener el derecho a incumplir cualquier obligación legal bajo el pretexto o el motivo de que va en contra de sus propias creencias o convicciones. Pero la afirmación anterior no obsta, sin embargo, para que, en la mayor parte de los ordenamientos jurídicos democráticos, se reconozca un ámbito garantizado de libertad de conciencia, máxime si las razones de conciencia se hallan revestidas de los requisitos de seriedad exigibles al caso; ámbito este que puede y debe ser examinado desde el prisma del Derecho cuando se hayan de enjuiciar decisiones personales que, sobre la base de aquella libertad, pretendan incumplir algún deber impuesto por la Ley.

Nuestro Tribunal Constitucional ha definido la objeción de conciencia como “el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones”¹.

Llevando esta temática al mundo asistencial debemos partir de la base legal, de que la determinación de los sujetos receptores de la prestación de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, corresponde al legislador y la efectividad del acceso a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud obliga a la totalidad del personal a su servicio, que, de acuerdo con el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, tiene como primer deber “respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico”, pudiendo siempre plantear cualquier oposición o disconformidad con la norma a través de los cauces y con los procedimientos establecidos legalmente, sin que entre esos cauces se encuentre, de ordinario, la objeción de conciencia. En el ámbito sanitario se traduce este derecho, cuando concurre, en la negativa de los profesionales sanitarios a realizar una determinada prestación sanitaria por ser contraria a su conciencia, es decir, un conflicto entre el deber del objetor a obedecer a su conciencia, y el de ese mismo objetor, en tanto profesional de la sanidad, a atender sus obligaciones como empleado público².

Pero ¿cuál es la inserción y reconocimiento normativo de este derecho? En la actualidad parece evidente que la naturaleza jurídico-constitucional de la objeción de conciencia sanitaria es la de un derecho

fundamental, que forma parte del contenido esencial de las libertades del artículo 16 de la Constitución (libertad ideológica y religiosa) y más en concreto de la libertad de conciencia, como núcleo común de ambas libertades.

Se muestra tarea nada fácil, sin embargo, vincular profesión médica y objeción de conciencia. Siendo esta última un planteamiento ético moral, en el terreno de la primera, resulta obligado el examen de la normativa deontológica de la profesión médica. Le dedica especial atención el Código de Deontología Médica, recién aprobado por la Organización Médica Colegial, como no podía ser de otra manera, y es objeto de tratamiento en el Capítulo VIII, en sus artículos 34 a 37, comenzando, en el primer artículo referido con una sencilla pero certera definición: "La objeción de conciencia es el derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones".

Hace, a continuación, unas interesantes precisiones describiendo este derecho como de ejercicio individual, proscribiendo la objeción colectiva, sin admitir tampoco, la posición objetora respecto de quien no tenga intervención directa en el acto objeto de objeción.

Diferencia, el Código Deontológico Médico, la objeción de conciencia de la objeción de ciencia, asunto no siempre considerado, en el sentido de declarar que en este último caso se ejerce dicha objeción al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, como podría ser el caso de querer obligar a un médico a llevar a cabo determinada actuación, sin aquellos preliminares asistenciales, que aquel considera garantía imprescindible, o a realizar acciones clínicas que considere perjudiciales a su destinatario.

Hace, el nuevo Código, interesantes precisiones acerca de la obligación de declarar la condición de objetor y del tratamiento de la objeción sobrevenida, aspectos ambos hoy de especial consideración en la reciente normativa reguladora de la eutanasia o la reforma de la ley del aborto, a lo que enseguida me voy a referir.

La objeción de conciencia se precisa en el artículo 36 del mencionado Código, debe ir referida a acciones clínicas concretas y no a personas, cuando expresa que: nunca puede significar un rechazo a la persona que la solicita, ya sea por razón de su ideología, edad, etnia, sexo, hábitos de vida o religión.

Si bien es verdad que, al menos con las referencias citadas, no puede ignorarse explícitamente la realidad de la objeción de conciencia, lo cierto es que su presencia no deja de multiplicar los interrogantes y expandirlos, lo que es claramente contrario al principio de seguridad jurídica, y ello debido básicamente a tres razones.

La primera, la falta de regulación, por parte de los órganos de la Unión Europea, de este derecho, difiriendo la misma a los órganos nacionales y a la legislación interna de los Estados miembros de la Unión, hecho este que también ha sido interpretado de forma restrictiva por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

La segunda, la regulación normativa de la objeción de conciencia sanitaria en materias concretas, en las comunidades autónomas, de forma diferente, lo que rompe con el tratamiento unitario de la cuestión.

Y, por último, la adopción de criterios no siempre uniformes por nuestros altos tribunales e incluso por el Tribunal Constitucional. Expuesto lo anterior, en mi criterio, la presencia – o su negación – de la objeción de conciencia en los ordenamientos jurídicos contemporáneos presenta muchas más dificultades que las meramente derivadas de la comprobación de si el legislador ordinario las acepta, las rechaza, o guarda silencio sobre ella.

Dificultades que se acrecientan cuando nuestras sociedades se hacen progresivamente más heterogéneas, plurales y multiculturales. No resuelve el problema el mero hecho de verificar hasta qué punto la objeción se ha incluido en una determinada ley ya dada.

Si, con acierto, se ha podido afirmar que los derechos fundamentales no son creados por la Constitución, en cuanto su contenido es anterior a ésta, aunque sea el poder constituyente quien los positiviza



en un texto, algo análogo habrá de afirmarse con la objeción de conciencia, incluso en el supuesto hipotético de que se admitiera que no ostenta la condición de derecho fundamental. Corresponde al poder constituyente, en primer lugar, establecer positivamente en qué hipótesis determinados imperativos de conciencia pueden aducirse como válidos para la exención del correlativo deber: así lo hizo el constituyente español³ en el artículo 30 de la Constitución, al referirse al servicio militar obligatorio.

El hecho de que la Constitución haya previsto tan solo esta modalidad de objeción, al margen de la cláusula de conciencia del artículo 20 de la misma no impide, obviamente, que el poder constituido, esto es, el legislador ordinario, admita y regule otros supuestos de objeción, como se ha hecho para el aborto o la eutanasia, por ejemplo.

Debo expresar, y creo que con ello coincido con el sentir general del Derecho Sanitario, sobre la necesidad de la promulgación de una Ley de rango suficiente, que, a mi juicio, debe ser una Ley Orgánica⁴ habida cuenta de que, ya se conceptúe la objeción de conciencia como un derecho fundamental o, ya se considere la misma como un derecho constitu-

cional conectado con el artículo 16 de la Constitución, los derechos fundamentales potencialmente afectados harían necesaria dicha norma legal, que regule la objeción de conciencia, en coincidencia con lo expresado en la opinión del Comité de Bioética de España a propósito del, entonces, Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo⁵ y por el propio Consejo de Estado⁶, los cuales consideran que sería especialmente conveniente ponderar si procede aprovechar aquella iniciativa legislativa sobre el aborto para delimitar⁷ el alcance, contenido y condiciones de ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, precisamente al ser ésta una Ley Orgánica, debiendo llamarse la atención sobre la situación existente al respecto en el derecho comparado, en el que prácticamente todos los Estados de nuestro entorno han regulado legalmente, desde tiempo atrás, su ejercicio en aras de la seguridad y de la certeza jurídica.

Así, la ley francesa de 17 de enero de 1975 establecía ya que “ningún médico o auxiliar sanitario está obligado a cooperar o a ejercitar un aborto”. La legislación alemana de reforma del código penal de 18 de mayo de 1976 disponía que “nadie puede ser

obligado a cooperar en una interrupción de embarazo”. La ley italiana de 22 de mayo de 1978 hacía notar que “el personal sanitario y el que ejerce actividades auxiliares no vendrá obligado a las intervenciones para la interrupción del embarazo cuando planteen objeción de conciencia con declaración preventiva” y la ley holandesa de 1 de noviembre de 1984 señalaba que “ningún personal del servicio sanitario puede ser discriminado por su negativa a la realización de prácticas abortivas”⁸.

Los dilemas de aplicación del Derecho Sanitario tienen especial dificultad de solventación en situaciones del principio y fin de la vida. Voy a referirme a estos espacios extremos ahora, en donde siempre se ha planteado esta dificultad y se agudiza en la actualidad con la nueva regulación de la eutanasia en la reciente Ley Orgánica 3/2021 y la reforma de la ley del aborto, aprobada el pasado día 16 de este mes en el Congreso de los Diputados⁹.

Corremos el riesgo, si no ponemos el debido cuidado, de efectuar la aplicación de esta normativa al margen de los profesionales sanitarios, pensando en ellos como “agentes”, y olvidando la extremadamente delicada cuestión, que presenta un agudo dilema moral generador del enfrentamiento entre los dos principios fundamentales del derecho a la disposición de la vida, basado en la libertad como valor absoluto y el libre albedrío moral del profesional sanitario, lo que exige suma cautela y desde luego la opinión de los profesionales de la salud¹⁰.

Debemos tomar como partida el principio general de que un derecho termina donde empieza el otro y, por ello, no precisa uno, necesariamente, la eliminación del otro para subsistir. El paciente ejerce, en los casos de ayuda médica a morir, su legítimo derecho a no sufrir e incluso a obtener la privación de su vida, bajo las condiciones y circunstancias legales, pero no puede obligar a un profesional objetor, con la convicción del deber hipocrático del médico de conservar la vida, a secundar, incondicionadamente, ese proyecto. Se trata de situar en el mismo plano de relevancia el derecho del paciente, antes mencionado, con el de objeción de conciencia del médico.

A su vez, el profesional que ejerce su, también legítimo, derecho de objeción de conciencia, no puede

utilizarlo para impedir u obstaculizar el derecho antes mencionado del paciente. Este último ejerce el derecho de disposición de su vida junto con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente.

La opción objetora de profesionales sanitarios viene conduciendo, lógicamente, a una situación carencial de aquellos y así la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, reconociendo el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario, ordena, además –y por primera vez–, a las administraciones sanitarias la creación de un “registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia”.

Con este listado, que establece el artículo 16.2 de la norma, el Gobierno pretende “facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”. Conviene destacar, de entrada, que la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconociendo la posibilidad de determinados profesionales sanitarios de invocar la objeción de conciencia a participar en las prácticas abortivas, no determinó la creación de un Registro que diera cabida a dichos profesionales. En cambio, sí se contempla en la reforma de la ley del aborto. Enseguida vamos a ver la relevancia de este hecho.

La condición de objetor es necesario enfatizar, que se asienta sobre la contradicción moral entre el deber de cumplir un mandato legal y la conciencia del profesional que se lo impide. Puede esta contradicción ir dirigida a multitud de situaciones en la vida en general e, incluso, dentro del ejercicio de la profesión médica. No se trata, aquí, de analizar la viabilidad de la condición objetora, sino de conectar la declaración de la misma con un Registro, y tiene especial incidencia tener en cuenta que la posición objetora ni es definitiva, pues puede cambiarse a lo largo del ejercicio profesional, ni es absoluta, pues puede depender de casos concretos que motivan este planteamiento, mientras que otros casos no lo motivarían.

Quiero evidenciar, con ello, que un profesional puede tener tal condición para algunos planteamientos de

su actividad y para otros no. Un Registro “general” de concepción monolítica, objetor sí o no, no es, ni será nunca un instrumento realista en el que se acomode tan complejo tema profesional como es el de la Ley de regulación de la eutanasia, o la reforma de la ley del aborto, aprobada el pasado día 16 de febrero en el Congreso de los Diputados en la que se contempla la creación de un registro de objetores de conciencia en cada comunidad autónoma, y los profesionales que quieran inscribirse deberán hacerlo con antelación y por escrito; y, especifica el texto, una vez declarados objetores, estos profesionales lo serán tanto para el ámbito público como para el privado. La norma pretende así que los centros sanitarios públicos se organicen de forma que siempre sea posible realizar esta prestación, evitando desplazamientos a otros territorios y derivaciones a clínicas privadas.

Un aspecto importante de estos registros es la exclusión de los médicos inscritos en el censo de objetores de los comités clínicos que analizan si una mujer puede abortar más allá de la semana 22, al establecer que “ninguno de los miembros del comité podrá formar parte del registro de objetores ni haber formado parte en los últimos tres años”. Un problema de hondo calado es que la objeción que la norma prevé es a la objeción a prácticas abortivas, en general, no a determinados casos de aborto que pueda encontrar el profesional. Este puede no ser objetor y, sin embargo, plantearse esta posibilidad en algún caso concreto, posterior a su postura “colaboradora” de inicio; posibilidad que la Ley no contempla. Es el controvertido caso de la llamada objeción sobrevenida.

Exigir, por otra parte, que la objeción sea siempre escrita y con antelación es un grave error de la Ley, pues la posición del profesional puede variar con el tiempo, como acabo de expresar, y dejar constancia escrita de carácter general puede obligarle a cambiar su opción en algún caso concreto, en el sentido antedicho. Es imprescindible la percepción de que la condición objetora es susceptible de ser relativizada, pues ni es definitiva, ya que puede cambiarse a lo largo del ejercicio profesional, ni es absoluta, pues puede depender de casos concretos que motivan este planteamiento, mientras que otros casos no lo

motivarían. El profesional puede declararse colaborador al aborto, pero rechazar su participación en el caso de solicitarlo mujeres menores de edad, por ejemplo.

La existencia de estos registros de profesionales objetores de conciencia puede plantear disquisiciones de tipo filosófico, ético, moral o de otro tipo, pero no legal, aun cuando podamos entender incluso su incumplimiento del necesario principio de proporcionalidad constitucional. La incorporación a texto normativo de estos registros fue refrendada en su día por el Tribunal Constitucional, no obstante, en mi opinión, su existencia tiene carácter instrumental, pues ni son necesarios para garantizar la prestación reconocida en la norma, ni son presupuesto de ejercicio del derecho de objeción de los profesionales a incluir en el mismo, ni es coherente la inclusión de un profesional como objetor, sin otras matizaciones, pues como ya he comentado la posición objetora ni es definitiva, ya que puede cambiarse a lo largo del ejercicio profesional, ni es absoluta, pues puede depender de casos concretos que motivan este planteamiento, mientras que otros casos no lo motivarían.

El citado Registro se residencia, por mandato normativo, en las administraciones sanitarias con motivo de que puedan éstas optimizar su estructura organizativa para dar respuesta a la prestación garantizada por la norma, el Registro no puede ser público, evidentemente, pero tampoco ser de acceso general dentro de la Administración sanitaria. Los registros deberían, para los profesionales objetores, hacerse en sus Colegios respectivos en lugar de en la Administración Sanitaria, lo que evitaría eventuales conductas de la Administración hacia los objetores registrados, pero de no poder hacerse en las corporaciones de forma exclusiva conviene hacerlo de modo complementario, con objeto de obtener el asesoramiento y conexión imprescindibles que fuesen necesarios.

Voy concluyendo para expresarles mi convencimiento de que la complejidad de las decisiones en un ámbito como el sanitario, las importantes consecuencias jurídicas, la falta de acuerdo entre los juristas y, por tanto, la ambigüedad e inseguridad que se deriva de ello, las especificidades de la objeción de con-

ciencia en el ámbito sanitario con respecto a otros ámbitos, así como la multiplicidad de actos médicos cuyas implicaciones pueden afectar a la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios, nos hacen reafirmarnos en la petición de una deseable ley general reguladora de la objeción de conciencia en el concreto ámbito sanitario, reconociéndose de forma clara y precisa dicha objeción, así como la forma en que la misma pueda ser ejercida y sus requisitos y ello para garantizar la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios que intervendrán en dichos actos clínicos, pues mal puede predicarse una ley que tenga como objetivo la garantía de la seguridad jurídica de las pacientes que se acojan a la misma y que, por el contrario, se niegue dicha seguridad a los profesionales sanitarios cuyas convicciones ideológicas, morales o religiosas choquen con dicha práctica médica por falta de regulación de la objeción de conciencia.

Cuando dos derechos se encuentran en colisión la función del Derecho, como modo ordenador de la convivencia, como he apuntado con anterioridad, es determinar si uno de esos derechos ha de ser eliminado, en aras del otro, declarado prevalente, o pueden coexistir ambos y bajo qué condiciones.

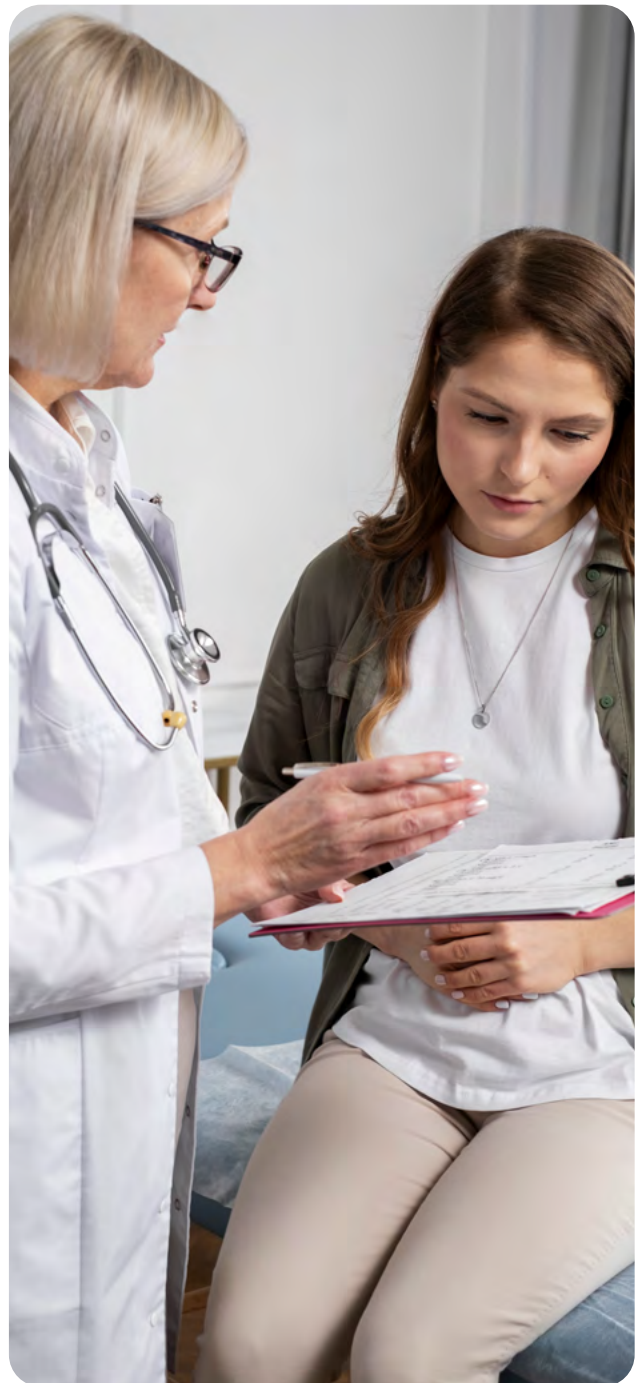
Diré finalmente que este reconocimiento al derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios es imprescindible, en mi opinión, para un ejercicio profesional responsable, que tenga su base en la libertad y la imprescindible independencia de juicio, puesto que no hay vida moral sin libertad, ni responsabilidad sin independencia.

Muchas gracias.

Bibliografía

1. STC 161/1987, de 27 de octubre. Definición igualmente recogida en el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de diciembre de 2022. Art. 34.1
2. Federico Montalvo, ha señalado que “confundir objeción de conciencia con ideología es un error”.
3. Nuestra Constitución de 1978 solo se refiere de manera expresa a los conflictos que puede ori-

ginar la conciencia, en concreto a la objeción de conciencia, en sus artículos 30 y 53, en el inciso final de su párrafo segundo, con regencia en ambos preceptos a la objeción al cumplimiento del deber de prestar el servicio militar y en el artículo 20.1, d), con referencia a la “cláusula de conciencia” de los profesionales de la información. El primer tipo de objeción de conciencia estaba regulado por la Ley 22/1998, de 6 de julio y su Reglamento, aprobado por Real Decreto 700/1999,



de 30 de abril, y la cláusula de conciencia de los profesionales de la información por LO 2/1997, de 19 de junio.

4. Así lo establece expresamente el artículo 81 de la Constitución, que señala que las leyes relativas al desarrollo de “derechos fundamentales y libertades públicas” deben ser orgánicas, es decir, aprobadas por la mayoría absoluta en el Congreso. Esta fue la voluntad del poder constituyente, que consideró que había que reforzar la protección de los derechos básicos.
5. De fecha de 7 de octubre de 2009, y cuya conclusión décima, dice que “la mujer que solicita la interrupción de su embarazo debe ser atendida de manera compatible con la libertad de los profesionales para actuar de acuerdo con sus convicciones en los términos que determine el ordenamiento jurídico. La objeción de conciencia a la interrupción del embarazo encuentra fundamento constitucional, por lo que es urgente regular expresamente su ejercicio como afirma el artículo 10. 2 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea”.
6. Dictamen de 17-9-2009, Referencia 1384/2009.
7. González Saquero, P.: ¿Derecho a la objeción de conciencia del Farmacéutico? A propósito de la decisión sobre admisibilidad del tribunal europeo de derechos humanos, as. Pichon y Sajous c. Francia, de 2 de octubre de 2001”, en Foro, Nueva época, núm. 8/2008: 243-282. e) “El reconocimiento por la Ley del derecho a la objeción de conciencia en cualquier ámbito requerirá de la necesaria formalización de su ejercicio. No es deseable, pues, una simple proclamación del derecho que no vaya acompañado de una clara delimitación de su puesta en práctica, y de la regulación de un procedimiento adecuado para la comprobación de la seriedad de las creencias que motivan la objeción, así como para la adopción de las medidas pertinentes en orden a garantizar los intereses de terceros que pudieran verse afectados”.
8. Cebria García, M., “Objeciones de Conciencia a Intervenciones Médicas. Doctrina y Jurisprudencia”. Navarra. 2005, p. 117; Navarro Valls, R., “La objeción de conciencia al aborto: nuevos datos” ... cit., p. 103. La objeción de conciencia al aborto en el Derecho comparado ha sido ampliamente tratado en Navarro Valls, R.; “La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y Derecho Español” ..., cit., pp. 269- 296M ID, “La objeción de conciencia al aborto en el derecho europeo”, en Dimensiones jurídicas del factor religioso. Estudios en homenaje al Pro. López Alarcón, Murcia, 1988, pp., 399-417; ID “La objeción de conciencia al aborto: nuevos datos” ..., cit., pp. 101-107; Navarro Valls, R. Y Martínez Torrón, J., Las objeciones de conciencia en el Derecho español y comparado..., cit., pp. 97-108; Navarro Valls, R. Y Palomino R., “Las objeciones de conciencia”, en Tratado de Derecho Eclesiástico del Estado..., cit., pp. 1119-1128; Palomino, R., “Las objeciones de conciencia. Conflictos entre conciencia y ley en el Derecho norteamericano..., cit., pp. 357-392.
9. El Congreso de los Diputados ha aprobado definitivamente con 185 votos a favor la reforma de la ley del aborto, a la que sólo PP, Vox y Ciudadanos han votado en contra (154). La nueva ley del aborto permite el aborto a menores de 16 y 17 años sin permiso paterno en las 14 primeras semanas de embarazo –también para mujeres con discapacidad– y elimina los tres días obligatorios de reflexión vigentes en la anterior ley. El Ministerio de Igualdad, en colaboración con Sanidad, también elaborará un registro con las necesidades de cada centro hospitalario público para que, en todo momento, se garantice el derecho el aborto a la mujer que así lo desee, como se hace ya con Ley de Eutanasia. También incluye medidas novedosas, como la baja laboral por regla dolorosa o por interrupción del embarazo, educación sexual obligatoria en los colegios, el permiso parto para todas las embarazadas desde la semana 39 o la píldora del día después gratis.
10. Tampoco tenida en cuenta en la Ley Trans, aprobada el 16 de febrero 2023.

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)



Salud mental, estigma y medios de comunicación

Boi Ruiz García

Los problemas de salud mental son habituales. Una de cada cuatro personas tiene, o tendrá, un problema de salud mental a lo largo de su vida según la Organización Mundial de la Salud. Estos problemas pueden aparecer en cualquier momento desde la infancia hasta la vejez.

Deberían seguramente ser de mayor interés general pues todo el mundo conoce a alguien en su entorno más próximo que ha experimentado alguno de estos problemas y todos estamos expuestos, como decíamos, a sufrirlos a lo largo de nuestra vida.

Pero muchas personas con un trastorno mental han sido víctimas del estigma y discriminación por padecerlos. Nueve de cada diez personas afectadas así lo manifiestan. Por ello, muchas personas esconden que han sido diagnosticadas por miedo a ese rechazo; el estigma dificulta la recuperación y agrava el padecimiento tanto como los síntomas del trastorno o incluso más que ellos.

El estigma, como manera de incluir en un grupo social a un individuo para considerarlo como un inferior o para protegerse de él, tiene en las personas con problemas de salud mental uno de sus paradigmas.

En este caso, el estigma es un atributo altamente devaluador y lesivo por la dignidad de la persona.

La génesis de la estigmatización es multifactorial y sigue un proceso que pasa por la creación del estereotipo, la reacción de prejuicio y el comportamiento social de discriminación.

En los últimos años se viene estudiando la estigmatización de los trastornos de la salud mental en diferentes ámbitos y desde diferentes perspectivas.

Uno de los ámbitos considerados ampliamente como influyente es el de los medios de comunicación. El tratamiento de la información sobre la salud mental y las personas que sufren su afectación, también es altamente influyente en el tratamiento sanitario y social que recibirán.

La valoración que los profesionales de la comunicación hacen sobre el tratamiento informativo de la salud mental y su contribución a contrarrestar el estigma, es compartida con la visión de los profesionales de la salud mental sobre como un buen tratamiento informativo contribuye a facilitar un mejor tratamiento de las personas afectadas.

Por su obvia influencia en la opinión pública, los medios de comunicación son una herramienta muy útil en la normalización de los trastornos mentales ayudando a combatir estereotipos. Si bien el tratamiento de los problemas de salud mental tiende a ser cuidadoso y sensible, a veces acentúa episodios de agresividad, y se favorecen el miedo y la desconfianza. Esto hace que se amplíe la brecha del desconocimiento sobre las patologías mentales.

El efecto más tangible de la asociación entre salud mental y violencia lo encontramos en las resistencias sociales a tener centros que alberguen a personas en tratamiento de patologías mentales en sus comunidades y entornos más próximos.

Es importante concienciar, informar, orientar y proporcionar fuentes a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones sobre la salud mental y su colectivo, que sean un reflejo real de lo que es la enfermedad mental, y no tenga una importante carga sensacionalista. El objetivo es que las personas afectadas por una enfermedad mental reciban un tratamiento mediático justo, digno y adecuado. Los medios de comunicación pueden contribuir de manera eficaz a la sensibilización y concienciación de la enfermedad mental en la sociedad. Las guías de estilo de algunas corporaciones de medios públicos son un buen instrumento.

La información sobre salud mental está cada vez está más presente y para muchos comunicadores el estigma se combate con información, evitando las generalizaciones y los estereotipos. El proporcionar información contrastada y verosímil sobre la enfermedad mental y el impacto de esta en la forma de actuar del individuo, ayuda a ampliar el conocimiento en la población y a romper estigmas que generan rechazo y falsas creencias que afectan fuertemente a este colectivo de pacientes.

La importancia de normalizar la enfermedad mental y convertirla en una patología habitual es una tarea de gran importancia. El periodista para documentarse ha de recurrir a fuentes de información fiables, como haría con cualquiera otra temática, para socializar y no estigmatizar este tipo de patologías. Esas fuen-

“

Las personas con un trastorno mental no son más violentas que el resto de las que integran la sociedad

”

tes deben encontrarlas en las sociedades científicas, pero también en los colectivos que agrupan a los pacientes y a sus familias. Las entidades relacionadas con las personas con problemas de salud mental consideran conveniente y manifiestan estar abiertas a actuar como fuente. Ejemplo son las guías de estilo que han promovido.

La importancia de escuchar sus experiencias y vivencias es fundamental para construir información veraz y de calidad. Sin olvidar nunca el aporte de los profesionales sanitarios especialistas en este tipo de patologías.

Es positivo obtener la mayor cantidad posible de voces diferentes, dado que cada persona vive los problemas de salud mental de forma distinta. Las personas expertas en los diferentes ámbitos del conocimiento relacionados con la salud mental contribuyen a ofrecer una visión fundamentada en la ciencia.

Las entidades de salud mental pueden asesorar en relación con el tratamiento de los contenidos o la re-



visión de guiones, así como ofrecer datos e información relevante para un artículo o una entrevista.

Para pacientes, familiares y profesionales sanitarios ya no se puede banalizar, tratando los temas de salud mental como infrecuentes o aislados cuando están afectando al 25% de la población mundial.

Y al hablar de las personas afectadas debe evitarse la consideración de alguien potencialmente violento, peligroso o imprevisible.

Las personas con un trastorno mental no son más violentas que el resto de las que integran la sociedad. Por lo que utilizar generalizaciones como “los enfermos mentales son...” o “los esquizofrénicos se comportan...” así como utilizar una etiqueta o diagnóstico como nombre propio puede aumentar el estigma en este grupo de población.

Los profesionales sanitarios aconsejan no asignar una etiqueta de enfermedad mental tras un evento de agresión incomprensible.

Por otra parte, en la información sobre los problemas de salud mental, puede ser positivo incluir el testimonio de alguna persona que los haya sufrido. Mostrar una historia real puede derribar falsas creencias y estereotipos y hacer que el resultado sea más interesante.

El tratamiento de la información sobre los padecimientos en salud mental se vería muy beneficiado por los detalles sobre cómo alguien se ha recuperado. Ello puede ayudar a muchas personas con respecto a su propia situación.

En las políticas de salud mental los comunicadores y sus medios son un muy buen agente y su papel debe ser tenido muy en cuenta.

Profesor de la UIC y Presidente de Know How
boiruz@knowhowadvisers.com



La IA en 1240 palabras

José María Martínez García

Se me ha ocurrido este título, tras un acto cultural al que me invitaron en la provincia de Cáceres, hace pocos meses, para hablar sobre las aplicaciones en medicina de la IA (inteligencia artificial), y para un público no experto en temas de salud.

Ante la avalancha de preguntas que me están llegando de profesionales sanitarios anónimos, de esos que destacan en sus labores de atención primaria y en medios rurales, agobiados, y que no tienen tiempo ni de leer casi el periódico diario de noticias generales y, todavía, muy vocacionales, pues, de lo contrario, ya habrían tirado sus instrumentos y se dedicarían a otra cosa, posiblemente más rentable, económicamente hablando, me he puesto a redactar estas letras.

Y todos me piden que les explique qué es la IA y para lo que vale, y que lo puedan aprender en pocos minutos.

Así que me he puesto a esa tarea, y entre apuntes de aquí y de allá, he elaborado este pequeño artículo que espero os sea útil, valorando que no soy ni mucho menos tampoco un experto en la materia.

Empecemos. La IA es la combinación de algoritmos con el propósito de crear máquinas que presenten las mismas capacidades que el ser humano.

Esto quiere decir aprender de ejemplos y experiencias, reconocer objetos, comprender y responder al lenguaje, tomar decisiones, resolver problemas, y combinar éstas y otras capacidades para realizar funciones que un ser humano podría hacer, pero no alcanza a desarrollar con igual grado de información. Para ello son fundamentales los algoritmos.

Un algoritmo es una lista de instrucciones que lleva directamente a un usuario a una respuesta o resultado particular. Los algoritmos médicos están basados en computadoras que ayudan a tomar decisiones médicas o analizar información médica.

Hay dos tipos de algoritmos médicos: los de investigación y los de predicción.

Luego de haber tenido un papel protagonista en la ciencia ficción cinematográfica: *Blade Runner*, *Juego de tronos*, *Terminator*, *Yo, robot*... , la IA se está empleando en muchos ámbitos de nuestra vida en la actualidad.



La inteligencia artificial surge a partir de la existencia de una gran cantidad de datos y del desarrollo de nuevos sistemas informáticos capaces de procesar dicha información de forma más veloz y exacta que las personas.

Hoy en día, es posible evidenciar cómo la IA mejora o completa lo que queremos decir cuando escribimos en nuestros dispositivos móviles. Proporciona direcciones de calles cuando conducimos, limpia nuestras casas y sugiere lo que debemos comprar o ver en plataformas electrónicas.

El primer padre de la IA fue Marvin Minsky, informático de la Harvard University, USA, en el año 1956, incluido dentro del movimiento llamado transhumanista.

Algunas de sus frases célebres:

- “¿Cuál es el truco mágico que nos hace inteligentes? El truco es que no hay truco. El poder de la inteligencia emana de nuestra vasta diversidad y no de un único o perfecto principio”.
- “Las máquinas podrán hacer cualquier cosa que hagan las personas, porque las personas no son más que máquinas”.

- “Las leyes del pensamiento no solo dependen de las propiedades de las células cerebrales sino del modo en el que están conectadas”.
- “¿Mandarán los robots en la Tierra? Sí, pero serán nuestros hijos”.

La inteligencia artificial lidera la transformación digital de la salud haciendo realidad la medicina de precisión o predictiva.

Las actuales herramientas de IA permiten, por ejemplo, analizar millones de datos de las historias clínicas, incrementar la cantidad de variables clínicas a analizar y hacerlo en una décima parte del tiempo.

El sector sanitario siempre ha ido detrás de otros sectores en el uso de los datos que su actividad genera, para mejorar los servicios. Aunque cuenta con millones de datos digitalizados de pacientes, investigación, salud pública y medicina de precisión, no han podido explotarlos debido al formato en el que se encuentran, porque son datos desestructurados.

Además, hay que sumar las prevenciones legales relacionadas con manejar información sensible, además de las técnicas, con la ausencia de una estandarización del formato de la historia clínica y la falta de interoperabilidad entre centros.

La pandemia que hemos sufrido ha supuesto un cambio de ciclo. Y una de las soluciones que ha deparado ha sido la federación de datos clínicos, que ofrece la posibilidad de almacenar los no estructurados en nodos (hospitales), en vez de un repositorio central, a través de herramientas de IA.

Otra de las ventajas de este modelo de datos es la posibilidad de llevar a cabo investigación clínica federada, que permite colaborar con otros centros de investigación a nivel internacional, compartiendo consultas de búsquedas sin tener que compartir el dato que permanece, en todo momento, custodiado de forma segura dentro del hospital.

Los estragos que provocó la COVID-19 evidenciaron la necesidad de colaboración entre investigadores de diferentes partes del mundo, junto con las ventajas de la IA, a la hora de generar y analizar tal cantidad de información de manera inmediata y extraer recomendaciones que pudieran salvar la vida de millones y millones de personas.

Ejemplos recientes que me vienen a la cabeza podrían ser el de los siameses brasileños unidos por el cráneo y separados con ayuda de realidad virtual...

Arthur y Bernardo Lima nacidos como gemelos craneópagos han estado así cuatro años y han sufrido nueve operaciones antes de su separación con la ayuda de realidad virtual.

O todos los que nos ofrece...el metaverso que se abre camino de forma progresiva en el sector de la salud.

En este contexto, un número cada vez mayor de empresas están invirtiendo en plataformas de atención digital para mejorar las experiencias en telemedicina, acelerar la transición a la realidad virtual y mejorar otros servicios médicos.

En el sector de la salud, el metaverso puede ofrecer la opción de realizar simulaciones virtuales de intervenciones quirúrgicas para que, después, los profesionales las realicen *in situ* en un quirófano.

“

La inteligencia artificial lidera la transformación digital de la salud haciendo realidad la medicina de precisión o predictiva

”

La IA en medicina consiste, pues, en usar modelos de aprendizaje automático para buscar datos médicos, y descubrir conocimientos que ayuden a mejorar los resultados de salud y las experiencias de los pacientes.

Asimismo, está contribuyendo con aplicaciones como el análisis de imágenes del cuerpo humano. Esto representa un beneficio para los profesionales competentes, ya que podrán realizar trabajos complejos de forma más rápida y exitosa.

“La IA no sustituirá al médico, pero aquel médico que sepa sacarle provecho superará a aquel que no lo haga”. La maximización del valor de los datos clínicos es una necesidad creciente ante los retos de la sanidad, como la presión asistencial, la cronicidad y el envejecimiento de la población.



Un problema actual que resolver es que la mayoría de los ensayos clínicos en España están concentrados en solo cuatro comunidades autónomas: Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia.

Las nuevas herramientas de IA pueden conseguir, sin duda, cambiar esta tendencia e impulsar la investigación en todo el territorio nacional. Por ello debemos apostar por implementar la investigación clínica federada.

La federación de los datos clínicos supone un cambio del modelo de investigación clínica y una democratización de la investigación.

En España ya hay alrededor de 20 hospitales que, gratuitamente, cuentan con la tecnología que les permite transformar los datos de las historias clínicas

que se encuentran en texto libre (notas clínicas, curso clínico, evolutivos, informes médicos de pruebas diagnósticas, informes de alta, informes de intervenciones quirúrgicas, etc.), en una base de datos codificada utilizando vocabularios clínicos estándar.

Es seguro que, muy pronto, veremos una multiplicación y aceleración enorme de hallazgos en el diagnóstico y tratamiento en diferentes patologías.

Gran noticia.

Presidente de New Medical Economics
jmmartinezgar@gmail.com



Alianza de la Sanidad
Privada Española



UNA ALIANZA, MIL OPORTUNIDADES

REPRESENTAMOS AL 80% DE LOS CENTROS
SANITARIOS PRIVADOS DE ESPAÑA. ¡SÚMATE Y
COMIENZA A DISFRUTAR LOS BENEFICIOS!

www.aspesanidadprivada.es | info@aspesanidad.es | 91 458 57 65



Necesitamos más investigación sobre los resultados en salud de la participación ciudadana (y II)

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Continuando con el planteamiento que hacíamos hace dos números de esta misma revista, referente a la necesidad de no caer en la dinámica del “hacer”, sino plantearnos también el “no hacer” y la necesidad de generar nuevo conocimiento a través de investigaciones rigurosas sobre la participación ciudadana y de la comunidad, queríamos en esta segunda parte centrarnos en documentos que recogen resultados de la investigación muy interesantes y muy útiles en esta temática.

En marzo de 2016, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicó la Guía: *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. En España, a través del estudio multicéntrico AdaptaGPS, se llevó a cabo la traducción y adaptación a nuestro contexto de esta Guía NICE, con una participación innovadora, activa y real de los ciudadanos (1).

La resultante Guía: *Participación comunitaria: mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud* (2) recoge toda una serie de recomendaciones basadas en evidencias, dirigidas a la promoción de la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar de las personas y reducir desigualdades en salud.

Especialmente interesante, como destaca la propia Guía, es la utilidad que tiene tanto para las personas que deciden sobre políticas de salud, normativas, asignación de recursos, diseño de planes, estrategias, captación de fondos, etc., como son los políticos, los gestores y las administraciones. Pero también es sumamente interesante para asociaciones, ONGs, colegios profesionales, sociedades científicas y todas esas entidades que trabajan con los ciudadanos y desde luego para los propios ciudadanos, especialmente aquellos que participan ya de una forma activa en consejos de salud, consejos locales, comisiones de pacientes, etc.

La guía se estructura en cinco líneas de acción:

- La primera de ellas, *Principios generales de buenas prácticas*, incluye 5 recomendaciones todas ellas recogidas en la Guía NICE y que fueron adaptadas al contexto español. Destaca la necesidad de asegurar que todas las partes interesadas trabajen de forma coordinada en el conjunto del proceso de los proyectos de participación ciudadana, conscientes de que las relaciones fructíferas con las comunidades locales y organizaciones se van forjando con el tiempo. Así mismo, es imprescindible que en la toma de decisiones estén también representadas las comunidades locales

en su diversidad. Estas relaciones sólidas y la intervención real en el continuo del proceso, hace también que estos proyectos de participación ciudadana sean sostenibles en el tiempo. La difusión, la divulgación, el *feedback* de los resultados de la participación, es otra de las recomendaciones basadas en la investigación que han demostrado ser eficaces, lo que supone implicar a medios de comunicación, creadores de contenido digital, medios locales, etc.

- La 2ª línea se centra en la *Cooperación y alianzas para responder a las necesidades y prioridades locales*, conformada por 2 recomendaciones, cuya esencia es la promoción y el apoyo a la construcción de redes de cooperación, basadas en las necesidades reales de la comunidad, para que ellos realmente participen así en la mejora de la salud y el bienestar.
- La 3ª línea, *Facilitar la participación de la ciudadanía para identificar necesidades y prioridades locales*, incluye 2 recomendaciones que destacan la necesidad de identificar a las personas que

asumirán el rol de representantes de la comunidad, quienes realmente conocen sus necesidades y sus diversidades. Estas personas también serán un apoyo entre iguales. En ambos casos se hace imprescindible su formación y capacitación y en general a toda la comunidad local, con un reconocimiento explícito y formal en modo certificaciones de participación.

- La cuarta línea hace referencia a un *Enfoque local para que la participación comunitaria esté integrada en las actuaciones sobre la salud y el bienestar*. En este caso las recomendaciones basadas en la investigación se centran en la necesidad de que los gestores, las direcciones, sean garantes de una verdadera participación de los ciudadanos tanto en su inclusión en la documentación formal que recoja el proyecto, el acuerdo de gestión, como haciendo un estrecho seguimiento de su cumplimiento o posicionando recursos económicos y humanos para ello. Es clave que todas las actuaciones sean también evaluadas y que sus resultados sean los que apliquen para el diseño de otras estrategias de participación ciudadana.





Volvemos de nuevo a la necesidad de no caer en la dinámica del “hacer”, sin plantearnos también el “no hacer” en base a los resultados de la evaluación de todo aquello que se pone en marcha. Esta línea también recoge la necesidad de trabajar con las comunidades locales, asociaciones, etc., en la identificación de necesidades reales, de los activos en salud, en el diseño de proyectos realistas, desde la equidad y poniendo especial foco en aquellos grupos más vulnerables o más desfavorecidos quienes también son necesarios en esta participación ciudadana, pero que como la

propia investigación nos constata, no siempre son representados, escuchados y tenidos en cuenta.

- La 5ª y última línea habla de *Hacer que las personas se puedan implicar de la forma más fácil posible*, atendiendo a las barreras que puedan existir para ello, fomentando la implicación y el interés de los ciudadanos de esa comunidad, utilizando los canales de comunicación más adaptados a su realidad y además dando el apoyo desde las instituciones a todo aquello que necesiten para garantizar esa participación activa.

Esta Guía: *Participación comunitaria: mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud* (2), adaptación de la Guía NICE constituye un documento de referencia dada la calidad demostrada de sus recomendaciones y que debe constituir la base para el desarrollo de cualquier acción de participación ciudadana en salud.

Nuestro objetivo con este artículo es ayudar a su difusión y divulgación, promover la práctica basada en la investigación y hacer realmente una transferencia del conocimiento a la práctica profesional. Centrados en la participación de la comunidad en todo lo relacionado con la atención a la salud, como hecho imprescindible, esta adaptación de la Guía NICE debe ser el pilar en el que basar cualquier estrategia de participación ciudadana en salud.

Bibliografía

1. Ruiz Peralta E, Cubillo Llanes J, Llull Sarralde M, Calvo Tocado A, Calvo Martínez M, Domínguez Bidagor J. Participación ciudadana en la adaptación de la Guía NICE sobre participación comunitaria: aprendizajes y claves de futuro . Comunidad. 2019 Jul;21(2).
2. Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell J, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud - GuíaSalud [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), editor. Zaragoza; 2018 [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://portal.guiasalud.es/gpc/participacion-comunitaria/>

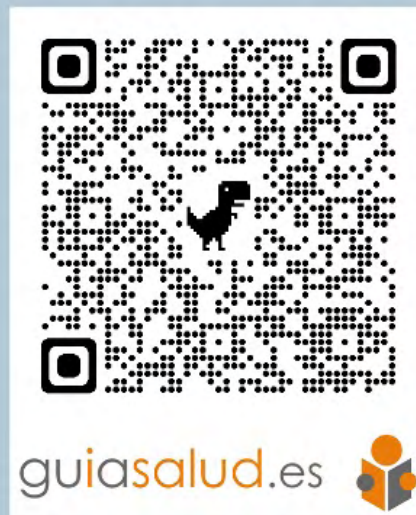
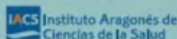
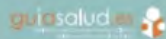
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

Mejorando la salud y el bienestar
y reduciendo desigualdades en salud



Guía adaptada de
la Guía NICE NG44:
«Community engage-
ment: improving
health and wellbeing
and reducing health
inequalities»

Proyecto AdaptA GPS (Adapta y Aplica Guías de Promoción de Salud)



LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Principios generales de buenas prácticas.
2. Cooperación y alianzas para responder a las necesidades y prioridades locales.
3. Facilitar la participación de la ciudadanía para identificar necesidades y prioridades locales.
4. Enfoque local para que la participación comunitaria esté integrada en las actuaciones sobre la salud y el bienestar.
5. Hacer que las personas se puedan implicar de la forma más fácil posible.

Directora de Enferconsultty y Secretaria de la
Asociación Nacional de Directivos de Enfer-
mería (ANDE)

blancaf@enferconsultty.es



CUESTIÓN DE JUSTICIA



Tutela de derechos fundamentales en el acceso a medicamentos

Álvaro Lavandeira Hermoso

Hace escasas fechas el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León confirmaba la sentencia de un juzgado de Valladolid, por la cual se concedía a una persona con una enfermedad muy grave, degenerativa y debilitante, el medicamento necesario para tratar su enfermedad. Obviamente, no es un juzgado o tribunal el lugar donde realizar un análisis de pertinencia médica sobre la oportunidad de la prescripción de un fármaco, pero sí son los órganos competentes para valorar si las decisiones denegatorias de dispensación de medicamentos se han dictado conforme a derecho. Y aunque es evidente que no es en sede judicial donde debe decidirse la dispensación de un medicamento, lamentablemente los importantes problemas de acceso a los tratamientos suponen que en ocasiones los pacientes se vean en la necesidad de seguir un largo y costoso calvario judicial invocando sus derechos para su consecución.

No es objeto de cuestionamiento el derecho de los peticionarios a obtener medicación para las enfermedades padecidas, como parte de la asistencia sanitaria integrada en la protección del derecho a la salud contemplado en el artículo 43 de la Constitución. Así, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo Capítulo I está

dedicado a las prestaciones ofrecidas por dicho Sistema Nacional de Salud, incluye la prestación farmacéutica estableciendo en su artículo 16 que la misma "Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según los requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad".

Esta prestación farmacéutica se rige por lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/2015, sobre garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. El catálogo efectivo de prestaciones se hace efectivo, a través de la Cartera de Servicios, que actualmente se contiene en el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que puede ser complementado a mayores por las comunidades autónomas.

Desde la perspectiva normativa, es doctrina pacífica que el acceso a las prestaciones del sistema público de salud no es un derecho ilimitado ni incondicionado, ni es un derecho absoluto, sino que se ejercita en las condiciones legales establecidas.

En todo caso, el hecho de que un tratamiento no esté incluido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud no impide que estemos en presencia de un verdadero tratamiento médico para la enfermedad y, por otra, que las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias propias, no puedan incluir tal tratamiento entre los que incorpora su propia cartera de servicios. Igualmente, debe recordarse como complemento que el Real Decreto 1015/2009, regula la disponibilidad de medicamentos en condiciones especiales, como herramienta normativa para facilitar el acceso en determinadas circunstancias; véase usos compasivos, prescripción fuera de ficha técnica o medicamentos extranjeros.

Y es necesario poner en contexto y relación estas conocidas normas sanitarias con la reciente Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, que incluye en su artículo 15 el derecho a la igualdad de trato y no discriminación en la atención sanitaria disponiendo, por lo que ahora interesa, que: "Nadie podrá ser excluido de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la concurrencia de una discapacidad, por encontrarse en situación de sinhogarismo, por la edad, por sexo o por enfermedades preexistentes o intercurrentes, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen".

Los argumentos para la petición judicial de acceso a medicamentos vienen fundamentados a través de un proceso de tutela de derechos fundamentales, por considerarse estos vulnerados. Es decir, la base argumental es que la administración, prestadora de servicios sanitarios y garante de la salud de los ciudadanos, especialmente de aquellos más vulnerables, trasgrede sus derechos constitucionales por inactividad, no concediendo la dispensación del fármaco requerido.

Debe aclararse en este punto, que reiterada doctrina del Tribunal Constitucional señala que la vulneración de los derechos puede darse, aunque no exista intencionalidad lesiva. La idea de esencialidad del derecho es lo que subyace en esa doctrina constitucional. En este sentido, el Alto Tribunal nos recuerda que, se rebasa o se desconoce el contenido esencial cuando el derecho queda sometido a limitaciones que lo hacen impracticable, lo dificultan más allá de lo razonable

“

Los argumentos para la petición judicial de acceso a medicamentos vienen fundamentados a través de un proceso de tutela de derechos fundamentales

”

o lo despojan de la necesaria protección. Todo ello descarta, como exigencia para la apreciación de la lesión, la concurrencia de una intencionalidad lesiva en el agente que haya afectado al derecho. Lo único relevante, es la determinación de que el contenido esencial haya resultado o no menoscabado. Por lo tanto, puede declararse la lesión del derecho fundamental, aunque no haya ánimo lesivo o discriminatorio, al bastar la objetividad del perjuicio.

La tutela de derechos fundamentales suele argumentarse en base a la vulneración del derecho a la protección de la salud; que también tiene proyecciones individuales, puesto que la garantía del derecho a la salud no solo tiene una dimensión general asociada a la idea de salvaguarda de la salud pública, sino una dimensión particular conectada con la afectación del derecho a la salud individual de las personas receptoras de las medidas adoptadas por la administración sanitaria, pero que no es en sí mismo un derecho fundamental, sino un derecho de carácter socio-eco-



nómico; relacionado, por un lado, con el derecho a la igualdad y no discriminación del artículo 14 y, por otro, relacionado con el derecho a la vida y la integridad física del artículo 15 de la Constitución.

En lo que respecta al artículo 14, derecho a la igualdad, suele darse el argumento de que otros pacientes con similares características y circunstancias está siendo tratados con el fármaco, suponiendo por ello una desigualdad de trato y una discriminación. En este sentido, las resoluciones denegatorias de la prestación farmacéutica deben estar manifiestamente fundadas en razones objetivas, proporcionales, suficientes y constitucionalmente legítimas, con el fin de que se pueda ponderar si concurre o no una justificación objetiva y razonable al sacrificio y diferenciación, en aplicación de los criterios constitucionales anteriormente recordados.

En este sentido, el Tribunal Constitucional ha señalado que el referido precepto establece un derecho subjetivo a obtener un trato igual, lo cual impone una obligación a los poderes públicos de llevar a cabo ese igual trato y, al mismo tiempo, limita los poderes de los órganos encargados de la aplicación de las normas jurídicas. No obstante, con ello no proscribe

todo trato diferenciado, pues cabe tal diferenciación siempre y cuando exista una suficiente justificación de tal diferencia, que aparezca como fundada y razonable. De esa forma existe discriminación cuando dos casos sustancialmente iguales son tratados de manera diferente sin razón bastante que justifique esa diferencia de trato.

Abundando en ello, además de la igualdad formal del artículo 14 CE, y debido a la situación de vulnerabilidad y discapacidad que normalmente se produce en estos pacientes por razón de enfermedad, es necesario considerar el artículo 9 CE donde se establece que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo sean reales y efectivas; removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. En este sentido, las administraciones sanitarias tienen una obligación de actuación para garantizar la igualdad material, real y efectiva que por motivos de enfermedad no se alcanzan en condiciones de igualdad al resto de los ciudadanos.

Respecto del derecho a la vida reconocido en el artículo 15 CE, según ha declarado el Tribunal Constitucional, tiene, además de una dimensión subjetiva,

una dimensión objetiva. La dimensión objetiva del derecho a la vida hace de ella un valor superior del ordenamiento jurídico y un supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible. En este sentido este derecho, que tiene un valor supremo, debe ser tutelado y garantizado por los poderes públicos, incluida la administración sanitaria.

Ambos derechos, el fundamental a la vida y el de la salud, están interconectados, tal y como ha señalado el propio Tribunal Constitucional, cuando afirma que el derecho a que no se dañe o perjudique la salud personal queda comprendido en el derecho a la integridad personal. También el TC ha afirmado que para apreciar la vulneración del artículo 15 CE no será preciso que la lesión de la integridad se haya consumado, lo que convertiría la tutela constitucional en una protección ineficaz ex post, bastando por el contrario que se acredite un riesgo relevante de que la lesión pueda llegar a producirse, como el que se puede provocar por la no instauración del tratamiento farmacéutico preciso.

Esta interconexión entre el derecho a la protección de la salud y el derecho a la vida no significa que todo supuesto de riesgo o daño para la salud implique una vulneración del derecho fundamental, sino tan sólo aquel que genere un peligro grave y cierto para la misma. Así, declara que "para que la afectación de la salud de una persona por una determinada actuación de los poderes públicos suponga lesión del derecho fundamental es requisito necesario que como consecuencia de ella se ponga en peligro grave e inmediato la salud, o se produzca un riesgo relevante que genere un peligro grave y cierto para la salud del afectado".

En similar sentido, la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos establece que se obliga al Estado no solamente a abstenerse de atentarse contra la vida de manera intencional e ilegal, sino también, a tomar las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de las personas dentro de su jurisdicción. El Tribunal ha declarado que no se pueden excluir aquellos actos y omisiones de las autoridades en el ámbito de la política de atención sanitaria, ya que en determinadas circunstancias puede suponer responsabilidad de la administración. También ha señalado que pueda

plantearse el cuestionamiento de la actividad pública si se demuestra que las autoridades han puesto la vida de una persona en una situación de riesgo a través de su negativa a proporcionarle una atención sanitaria, que ya se había comprometido a poner en disposición de la población.

Por otro lado, en muchas ocasiones se contraponen la eficiencia económica y de financiación pública, que son aspectos que no pueden prevalecer sobre los derechos señalados, ni ser causa de vulneración de los Derechos Fundamentales por significar un interés superior. Utilizar una potestad con el único y exclusivo fin del ahorro económico puede constituir una desviación de poder de la actividad de la administración pública y supone una ilegalidad del resultado de dicha potestad según han determinado nuestros tribunales. En este sentido, el Tribunal Constitucional recuerda que el derecho a la protección de la salud y el derecho a la integridad física poseen una importancia singular en el marco constitucional y no pueden verse desvirtuados por la mera consideración de un eventual ahorro económico. En consecuencia, las personas vulnerables por razón de enfermedad son merecedoras de la máxima protección que brinda nuestro ordenamiento jurídico a los derechos fundamentales y libertades públicas, a la luz de una interpretación favorable y no restrictiva de los mismos, de conformidad con los tratados y convenios internacionales relativos a la protección de derechos humanos.

A mayor abundamiento, con la reciente Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, se pueden establecer nuevos argumentos jurídicos, como ya viene consolidando la reciente jurisprudencia, de manera que cuestiones como la edad, la discapacidad, el sexo u análogas no pueden ser argumentos de denegación de fármacos, incluso aunque en la ficha técnica o informe de posicionamiento terapéutico del medicamento se consideren razones excluyentes, salvo que se convengan como causas objetivas, pero nunca como discriminatorias.

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

alvaro.lavandeira@ifsasalud.com



Compartiendo experiencia, creando futuro.

Desde hace más de 90 años, no hemos dejado de avanzar a tu lado para transformar nuestra tradición farmacéutica en soluciones innovadoras.

Para abrir nuevas vías de colaboración en investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de productos farmacéuticos y complementos alimenticios.

Para compartir nuestra experiencia y construir, juntos, un futuro mejor para la salud de las personas.

PHARMACEUTICAL TECHNOLOGIES
Antibióticos
Inyectables estériles y liofilizados

SPECIALTY PHARMACARE
Dermatología
Osteoarticular

CONSUMER HEALTHCARE
Forté Pharma: energía, estrés-sueño,
control de peso y belleza
Marcas ORL y desinfección



reigjofre.com/es

Cotiza en el mercado de valores R.J.F.MC



Los presidentes de ASPE y AES aseguran que es un error enfrentar lo público y lo privado a la hora de pensar en la sostenibilidad del sistema sanitario

La preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario, y cómo debe convivir el modelo público de financiación y provisión de los servicios de salud vigente en nuestro país con las fórmulas de gestión privada, es un debate que no llega a un consenso y que se mantiene desde hace años. A raíz de la pandemia y las próximas citas políticas fijadas en el calendario para ir a las urnas el intercambio cruzado de opiniones vuelve con más fuerza y New Medical Economics publicará varios reportajes que darán voz a las organizaciones y expertos que más conocimiento y experiencia tienen en este ámbito.

“Si hablamos de sostenibilidad financiera, hay varias amenazas, ya conocidas de hace tiempo como son el envejecimiento poblacional y la cronicidad que lleva asociada, y las nuevas tecnologías, cada vez más caras”, recuerda Anna García-Altés, presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (AES) quien además llama la atención sobre un dato: “desde 2009, el gasto sanitario público ha caído (-1,8%) y el privado ha aumentado (27,2%), sobre todo en primas de salud voluntarias”. Y, en esta línea, argumenta que si “las clases medias abandonan la sanidad pública porque optan por el aseguramiento privado, dejan de legitimar la recaudación de impuestos destinados a la sanidad”.

Sin embargo, Carlos Rus, presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), expone la necesidad de no contraponer “una sanidad pública buena

y una sanidad privada perversa que compiten porque es un discurso que en absoluto se corresponde con la realidad; la sanidad privada no es competidor de la pública y nuestro objetivo nunca ha sido ser un elemento sustitutorio”. Y añade: “Nosotros tenemos nuestro propio espacio basado en la libre elección del ciudadano a la hora de optar por un circuito o por otro y nuestro espíritu, en la relación con la sanidad pública, es siempre de colaboración y cooperación; no somos el enemigo ni el problema, somos una herramienta para aportar soluciones”. Afirma que “ambas, tanto la sanidad pública como la privada, nos dedicamos a atender y cuidar la salud de los pacientes y en esto no puede haber buenos ni malos, sino entidades dispuestas a ayudar y colaborar”.

García-Altés especifica por su parte que “no es que haya una sanidad 'buena y publica' y otra 'perversa privatizada' pero si socialmente valoramos el sistema sanitario como le tenemos, hemos de cuidarlo y evitar esta dualización”. En esta línea, comenta que “en términos globales, más del 30% del gasto sanitario está financiado privadamente y esta huida a la financiación privada es un peligroso voto con los pies hacia la atención benéfico-privada de la que venimos no hace tantos años” y avisa que “de mantenerse esta situación podría dualizarse el sistema sanitario: un sistema público para pobres, y otro privado para ricos, perdiéndose un elemento clave de cohesión social”. Para esta afirmación recurre a “la Encuesta de Presupuestos Familiares, que especifica que el quintil de mayor renta tiene un gasto sanitario priva-

do 8'1 veces mayor que el quintil de renta más baja (la ratio es de 4 para el conjunto del gasto)”.

El presidente de ASPE insiste en que “enfrentar lo público y lo privado es un error porque hace derivar el debate hacia planos ideológicos, incluso, irracionales, en vez de apegarse a la realidad de que la colaboración ayuda a la sostenibilidad del sistema sanitario”. En su opinión, “la fórmula de la cooperación se ha revelado eficaz y necesaria, como ya vimos durante la pandemia, en la que todos sumamos nuestros recursos porque teníamos un objetivo común y garantizar la mejor sanidad para los ciudadanos tendría que ser siempre un objetivo común y no enfrentar a quienes la pueden proveer”.

En esta misma línea, afirma que “el concepto de privatización está mal empleado, es un discurso intencionadamente manipulado con el ánimo de enfrentar; cuando existe un concierto sanitario y se recurre a él para dar asistencia a un paciente, éste sigue accediendo a una sanidad universal y cubierta por el SNS e, igualmente, de la máxima calidad”. Aclara que “concertar no es privatizar y desde el sector de la provisión sanitaria defendemos la existencia de un sistema público de salud fuerte y sólido, ya que creemos que es uno de los principales logros de nuestra Sociedad; por eso también queremos que este sistema sea sostenible y ahí creemos que nosotros podemos representar una ayuda como herramienta útil para dar soluciones eficientes a las necesidades que pudieran surgir”.

La presidenta de AES coincide en que “es un error buscar siempre ese enfrentamiento, cada sector debe dedicarse a su ‘cliente tipo’; seguramente el problema se sitúa en la necesidad de analizar, adaptar y seguir mejorando la gestión pública y, dejar clara la inclusión de la sanidad privada en la pública”.

La llamada ‘ley Darias’

Una de las razones por la que también este debate en torno a la colaboración público-privada ha vuelto a ser noticia se debe a que el Congreso ha dado luz verde a tramitar la llamada ‘ley Darias’ o proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para



Anna García Altés.

consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. La norma establece la gestión directa pública de los servicios sanitarios y sociosanitarios como fórmula preferente en el SNS. Asimismo, argumenta que “el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas”.

Sobre este tema la representante de AES defiende que lo importante es que la planificación y gestión públicas sean óptimas. “La gestión pública directa, que parece que siempre está en duda, es un valor para proteger, defender y promover, pero siendo una

función profesionalizada y social y no casi exclusivamente, política. No se debería llegar a la necesidad de gestión privada si la gestión fuera la óptima”. Argumenta, de forma complementaria, que “hay que valorar el coste y resultados de actividades concertadas como la hemodiálisis, la oxigenoterapia o el transporte sanitario y la concertación y gestión privada también de centros sociosanitarios públicos”.

Sobre la citada Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión, Carlos Rus es tajante: “Lejos de mejorar y ampliar los derechos de los ciudadanos lo que hace es poner aún más trabas a la eficiencia del sistema y a la calidad de los servicios asistenciales; el Sistema Nacional de Salud se encuentra en un momento decisivo, ante una buena oportunidad para replantearnos cuál es la manera de lograr la mayor eficiencia en la gestión de los recursos y esto pasa por aprovechar todos las herramientas disponibles para que no se comprometan los principios básicos del sistema: universalidad, equidad, accesibilidad, cohesión y gratuidad (es decir, suficiencia financiera), principios cada vez más complejos de acometer debido al crecimiento constante de la demanda asistencial e incremento de los costes”.

Para ello recurre a datos: “En un país con tres camas hospitalarias públicas por cada mil habitantes (frente a la media europea de 4,5, según SATSE), la Ley de Equidad trata de anular la colaboración de un sector que dota de 432 hospitales (el 56% del total en España), 49.861 camas (31%) y 1.626 quirófanos (el 36% del total disponibles en España)”. Y, concluye que “renunciar a la capacidad, la accesibilidad y la infraestructura que ofrece el sector de la provisión sanitaria no obedece a argumentaciones razonables; es propio de una mala gestión cerrarse alternativas cuando necesitas responder a una necesidad alarmante como las listas de espera actuales, y tienes al lado a alguien que te puede ayudar, además desde una perspectiva eficiente para el SNS”.

Así, da un paso más en la argumentación que plantea: “La eliminación de concertos propuesta supondría un gasto adicional mínimo de 2.700 millones de euros a la sanidad pública, teniendo en cuenta que esta fórmula de colaboración público-privada supo-

ne un ahorro del 25% para las arcas públicas y que la partida presupuestaria destinada a concertos se sitúa en torno a los 8.587 millones de euros, el 10% del total del gasto sanitario, un porcentaje que además ha descendido respecto a periodos anteriores”. Y añade: “Hay que tener en cuenta que el precio medio concertado de los hospitales privados es un 50% más competitivo que el de la sanidad pública; concretamente, los precios de los procedimientos quirúrgicos, de diagnóstico y especiales son de media un 46%, un 56% y un 50% inferiores, respectivamente, al precio público”.

¿Colapso de la Sanidad? ¿Listas de espera?

El posible colapso de la sanidad española por el incremento de las estancias hospitalarias, consultas y pruebas diagnósticas que se prevén, debido a múltiples factores, y, por lo tanto, el incremento de las listas de espera en primeras consultas y cirugías es una preocupación de todos. ASPE considera que esta sería, sin duda, una consecuencia del citado proyecto de ley. “En 2020, el 8,7% de las operaciones totales en España fueron realizadas por la red privada dentro de la prestación de concertos, que también cubrieron el 13,7% del total de estancias, el 6,2% de urgencias, el 7,4% de altas, el 6,7% de las consultas y el 5,6% de los partos”, asegura Rus, quien pone una pregunta encima de la mesa: “¿Está en disposición la sanidad pública de asumir en; la actual situación ese plus de actividad asistencial? La respuesta parece evidente y aun así se mantienen proyectos legislativos que dificultarán el servicio al ciudadano”.

Así, respecto a las repercusiones para las listas de espera “pueden ser muy graves, teniendo en cuenta que ya partimos de una situación bastante deteriorada -resalta Rus- ya que según el Ministerio de Sanidad, a 30 de junio de 2022 existían 742.518 pacientes en espera quirúrgica estructural (16,09 pacientes por 1.000 habitantes) y, a nivel de consultas, más de 2,9 millones de personas están a la espera en el SNS (79,30 pacientes por 1.000 habitantes) con un tiempo de espera medio de 79 días; si se prescinde del soporte que puede dar el sector privado, es seguro que estas cifras empeorarán aún más”.



Carlos Rus.

En términos económicos el presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española destaca que, “la eliminación de conciertos propuesta supondría un gasto adicional mínimo de 2.700 millones de euros a la sanidad pública, teniendo en cuenta que esta fórmula de colaboración público-privada supone un ahorro del 25% para las arcas públicas y que la partida presupuestaria destinada a conciertos se sitúa en torno a los 8.587 millones de euros, el 10% del total del gasto sanitario, un porcentaje que además ha descendido respecto a periodos anteriores”. Y añade: “Hay que tener en cuenta que el precio medio concertado de los hospitales privados es un 50% más competitivo que el de la sanidad pública; concretamente, los precios de los procedimientos quirúrgicos, de diagnóstico y especiales son de media un 46%, un 56% y un 50% inferiores, respectivamente, al precio público”.

La Asociación de Economía de la Salud, por su parte, hace referencia también a datos, en este caso del Ministerio de Sanidad “de la ‘Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento’ de 2020 y al ‘Catálogo Nacional de Hospitales’ que ponen de manifiesto que en el Sistema Nacional de Salud contamos con 153.000 camas, unas 47.000 en la sanidad privada, de 93 millones de consultas, 20 millones se refieren a la sanidad privada y de 35,5 millones de estancias hospitalarias, 6,2 millones corresponden a la sanidad privada” y señala que “con una correcta planificación y uso y teniendo en cuenta generación de tiempos de espera y utilización de recursos (mañanas/tardes) un colapso como tal no se llegaría”.

“Y, en cualquier caso, subraya la presidenta de esta Asociación, se debería analizar desde la transparencia y rendición de cuentas la concertación/derivación

desde la sanidad pública como la propia que está codificada”.

¿Cuestión política?

La diferencia de posturas en la implantación o no de fórmulas de colaboración público-privada muchas veces coinciden en señalar que se debe más a una cuestión del ámbito político que otra cosa. Carlos Rus asegura que “es ideológica porque los datos respaldan la eficiencia de la colaboración público-privada y el soporte y apoyo que el sector empresarial supone para el sistema público de salud”. Y pone un ejemplo: “Ahí tenemos el caso de Alzira, donde el fin de la concesión del Hospital de La Ribera generó un sobrecoste anual de 76 millones de euros, según los datos oficiales publicados por la propia Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, y en los siguientes dos años se triplicaron las listas de espera”.

Sobre el mismo tema García-Altés señala que “el eterno problema de la gestión de la espera en la sanidad pública es una cuestión política, profesional, sindical, social... Si el legislador político plantea un plazo de 60 días para que cualquier paciente seleccione incluso automáticamente la sanidad privada ese ‘salto’ puede contemplarse como una cuestión política”. Y explica que “antes se debe planificar, gestionar, evaluar e innovar e incluso sancionar para llegar a medidas de ese tipo; si legislativamente existen y se potencian pueden representar una relajación profesional y social, que posiblemente es lo que busca el gobernante político”.

La representante de la Asociación de Economía de la Salud hace balance de las experiencias que se han ido implantando en nuestro país y expone que “llevamos prácticamente 30 años con otras fórmulas de gestión de los centros sanitarios públicos, recogidas en su correspondiente ley que fue refrendada por casi todo el arco parlamentario de entonces (1997). ¿Y, luego, qué ha ocurrido? Hospitales públicos que se gestaron en Galicia, Valencia, Madrid, Baleares, Andalucía, La Rioja... como fundaciones, concesiones administrativas, empresas públicas sanitarias, los vaivenes electorales han ido suprimiendo estas fórmulas”.

Y, plantea: “¿Cuántos hospitales quedan como modelo bajo gestión de una fundación? Uno, Alcorcón. ¿Concesiones? ¿Empresas públicas sanitarias? Y ¿se han evaluado los pros y contras de cada modelo o directamente han sido decisiones políticas sin tener en cuenta coste, gasto, resultados, calidad, satisfacción, interna y externa...?”. No se han ofrecido datos públicos y no se ha podido demostrar con evidencias sólidas ni sus virtudes ni, sus defectos, que, como toda organización, tiene”.

El presidente de ASPE apuesta sin ninguna duda por el carácter complementario que tiene la sanidad privada “para que la pública pueda ganar en atención asistencial y agilidad, en menor tiempo y coste; si somos capaces de hacerlo, la calidad asistencial y la atención al paciente salen reforzadas”. Por ello, concluye que “la clave reside en situar al paciente en el centro para darle la mejor asistencia posible y hacerlo además de manera sostenible para el sistema; para ello, hay que identificar las necesidades y ver todos los recursos que existen para satisfacerlas, alejándonos de posicionamientos ideológicos y centrándonos en los resultados que más beneficio supongan para el bienestar de los ciudadanos y la asistencia sanitaria que les es debida”.

Por su parte desde AES “insistimos -reitera su presidenta- en la necesidad de evaluar, medir resultados y comparar el desempeño de los centros, tanto en costes como en resultados clínicos; la competencia por comparación es sana: existe evidencia científica que nos dice que si los centros se comparan entre ellos, mejoran los resultados y se incentiva la innovación, además de ser un elemento de transparencia y rendición de cuentas”. Y, “defendemos hace años la creación de una agencia estatal conocida como el “HispaNICE” (por su referencia al National Institute for Health and Care Excellence, ‘NICE’, en el Reino Unido) que realizara una evaluación independiente de las prestaciones sanitarias incluyendo la evaluación económica y su impacto presupuestario, por ello y precisamente entre una de sus funciones, sería mantener una evaluación constante de resultados de estas formas de organización. Pero no fue apoyada para seguir adelante en este período legislativo actual.

Prevención Secundaria Cardiovascular: Retos y Necesidades

Grupo de Trabajo y Debate

15
Marzo
16:30-18:30h

OBJETIVO

Debatir y trabajar sobre la prevención secundaria cardiovascular (PSCV), poniendo especial interés en los retos y las necesidades que existen en torno a ella en la Región de Murcia, así como impulsar los programas de PSCV integrados e implementar estrategias que mejoren el abordaje de estos pacientes, contando con la participación de todos los agentes implicados.

Saluda

Francisco Ponce Lorenzo, director gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS)

Introducción

Juan Antonio Marqués Espí, subdirector general de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación del SMS

Participantes

Isabel M^a Hidalgo García, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Murcia)

Casimiro Jiménez Guillén, subdirector general de Farmacia e Investigación de la DG de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Región de Murcia

Sergio Manzano Fernández, coordinador regional del Proyecto CarPriMur

Francisco Javier Ortiz Pardo, presidente de AMURECAR (Asociación Murciana Pro Rehabilitación Cardíaca)

Isabel M^a Peral Martínez, Centro de Salud Puerto Lumbreras (Murcia). Miembro del grupo de Diabetes de SEMERGEN

Conclusiones

Sergio Manzano Fernández, coordinador regional del Proyecto CarPriMur

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

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#PrevenciónCardiovascularNME

Organiza:

Colabora:





Lagunas en la protección de la confidencialidad de la información clínica

Javier Carnicero Giménez
de Azcárate

La seguridad de la información clínica es consustancial a la asistencia sanitaria. Las leyes de protección de datos y de derechos del paciente han reforzado el concepto de secreto profesional de los médicos y otras profesiones de salud, porque ahora también se sanciona a aquellos profesionales que acceden indebidamente a la información clínica sin causa justificada, aunque guarden secreto de esa información. Por lo tanto, la obligación de preservar la confidencialidad se ha convertido en una exigencia inexcusable para todos, los profesionales, los centros sanitarios y los servicios de salud. A pesar de esta exigencia inexcusable, son relativamente frecuentes los accesos indebidos a la historia clínica por profesionales de los servicios de salud, como muestran las sentencias relacionadas con esta materia de reclamaciones por daño patrimonial e incluso penales.

La seguridad y confidencialidad exigen garantizar los siguientes aspectos de la información (Informe SEIS número 5, “De la historia clínica a la historia de salud electrónica”):

- Que está disponible. Es decir, que cuando se necesite, se pueda acceder a ella y utilizarla.
- Que a la información solo acceda quien está autorizado para ello y para el uso al que está autorizado (confidencialidad). Se requiere identificar a la persona a la que se autoriza, a quien se le concede permiso para determinadas tareas. Son los procesos de identificación, autorización y asignación de perfiles y roles.

- Que la información se mantiene íntegra, es decir que no se ha modificado durante su almacenamiento o transporte. Es la característica de integridad.
- Que quien participe en una transacción no pueda negar haberlo hecho. Es la característica de no repudio.
- Que la organización pueda comprobar quién ha accedido a la información y en qué transacciones ha participado. Es el proceso de auditoría.

La seguridad de la información exige un equilibrio entre disponibilidad y confidencialidad. El acceso mediante controles demasiado complejos puede comprometer la disponibilidad de la información, lo que puede suponer un incidente grave de seguridad que ponga en riesgo al paciente. Por el contrario, una disponibilidad excesiva, con mediocres controles de acceso, pone en riesgo la confidencialidad. Tanto la disponibilidad de la información, necesaria para la asistencia, como la confidencialidad son derechos del paciente. Por eso son necesarias las dos y por eso es imprescindible su equilibrio.

Todas las sentencias judiciales que he tenido la oportunidad de consultar, más de 50, sobre accesos indebidos a la historia clínica electrónica, tienen en común un más que deficiente control de accesos en beneficio de la disponibilidad. Lo habitual en la historia clínica electrónica con que cuentan los servicios de salud de España es la autorización por perfiles, pero no por roles, que sería lo apropiado. Quiere decirse que se autoriza el acceso a la historia a los médicos, enfermeras y otros

profesionales en función de su profesión, pero no se controla su rol, que en este caso significa comprobar si el profesional que intenta acceder a la información está involucrado en la asistencia a ese paciente. Como esa comprobación no se lleva a cabo en el momento del acceso, cualquier profesional autorizado por razón de su perfil puede acceder a la historia clínica de cualquier paciente, participe o no en su proceso asistencial. Esa es la causa de la intrusión en la intimidad de los pacientes que se pone de manifiesto en todas las sentencias revisadas. Se han demostrado accesos indebidos a la información clínica de familiares, de ex-cónyuges, de compañeros de trabajo y de personas con las que se tiene enemistad, entre otros casos. Además, esta infracción solo se pone de manifiesto si el paciente solicita la lista de personas que han tenido acceso a su historia, o en el improbable caso de que se detecte en una auditoría. Es decir, es muy verosímil que en la mayoría de los casos semejante conducta quede impune.

Puede alegarse que las infracciones a la norma de la confidencialidad son más que escasas en relación con el número de pacientes o con el de actos asistenciales. Aunque eso sea indiscutible, también es cierto que los derechos de los pacientes afectados se ven vulnerados y que la intrusión en su intimidad una vez producida, es irremediable, aunque se sancione al infractor y se indemnice al paciente. Como estas intrusiones parecen ser muy poco frecuentes, también se puede alegar que se prima la disponibilidad sobre la confidencialidad, porque conceder las autorizaciones de acceso solo a quien está involucrado en la asistencia al paciente puede ser tan complejo que comprometa la disponibilidad, y por tanto la seguridad de los pacientes. Para que este argumento sea aceptable debería demostrarse esa complejidad y en todo caso emplear procedimientos que aumenten el peso de la confidencialidad, mejorando el control de accesos. Por ejemplo, si a un profesional que pretenda el acceso a la historia de un paciente en cuya atención no está involucrado se le advirtiera que se emitirá una alerta, que tendrá la consecuencia de comprobar la justificación de esa entrada. Naturalmente esta medida exige que esa comprobación tenga lugar. Lo que no resulta tolerable es la situación actual en la que casi cualquiera puede acceder a la información clínica de cualquiera.

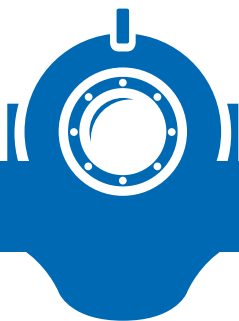
“

Las infracciones a la norma de la confidencialidad son más que escasas en relación con el número de pacientes o con el de actos asistenciales

”

Una vez cometida y detectada la infracción, el servicio de salud o la dirección del centro deben investigar, de oficio, lo ocurrido. Investigar no es, como tiene por costumbre el Servicio Navarro de Salud, limitarse a preguntar a los infractores su motivo para el acceso y dar por buena esa explicación sin más diligencias, salvo que el interesado exija que “se depuren responsabilidades”, en cuyo caso, tampoco se investiga con mayor profundidad. Las infracciones a la normativa de protección de datos y derechos de los pacientes se investigan de oficio, y se sancionan cuando se confirman sin necesidad de que el paciente intervenga. Lo contrario son excusas de mal pagador. Además de investigar y sancionar cuando proceda, también es imprescindible informar al interesado de las actuaciones que se han llevado a cabo y de su resultado. Lo contrario es falta de transparencia, también habitual en ese servicio de salud, y la falta de transparencia conduce inexorablemente a la desconfianza de los pacientes y de los ciudadanos, que en el caso concreto del mencionado Servicio Navarro de Salud está más que justificada.

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



La lucha frente a las resistencias a los antibióticos es una prioridad global para los sistemas de salud

La resistencia a los antibióticos (RAM) es una amenaza global con consecuencias potencialmente devastadoras para los pacientes infectados por patógenos resistentes, con un alto coste directo e indirecto para la sociedad. En el futuro, la falta de antibióticos eficaces podría convertir las intervenciones médicas rutinarias en algo extremadamente peligroso, convertir los procedimientos más complejos en algo imposible y reducir nuestra capacidad para responder a los brotes de enfermedades infecciosas emergentes. Por estos motivos, la RAM está considerada como una prioridad a nivel mundial por parte de las organizaciones sanitarias y los gobiernos.

Se estima que los efectos perjudiciales causados por los patógenos resistentes ya son responsables de unas 700.000 muertes al año en el mundo¹, con la pérdida de 33.110 vidas al año en Europa², más de 35.000 fallecimientos al año en los Estados Unidos³, y alrededor de 8.000 fallecimientos al año en Japón⁴. El impacto en otras regiones del mundo se estima que puede ser aún más profundo¹. Las proyecciones a futuro sobre el impacto de la RAM alcanzan los 10 millones de muertes al año en el 2050, una cifra que supera el número estimado de muertes por cáncer (8.2 millones)¹.

La Comisión Europea ha notificado que el coste combinado directo e indirecto debido a la RAM suma 1,5 billones de euros al año en la Unión Europea⁵. En los Estados Unidos, algunas estimaciones llegan a citar

cifras de hasta 20 billones de dólares por costes sanitarios directos, a los que habría que sumar costes adicionales para la sociedad por pérdida de productividad de hasta 35 billones de dólares al año³. Para cuando llegue 2050, el mundo está en riesgo de perder hasta un 3,8% de su producto interior bruto (PIB) anual, con un déficit de hasta 3,4 trillones de dólares para 2030, una cifra similar a las pérdidas provocadas por la crisis financiera mundial de 2008⁶. Además, como las infecciones potencialmente letales pueden surgir después de cualquier procedimiento médico, tales como cirugías o quimioterapia⁷, el aumento de la RAM amenaza con convertir las intervenciones médicas de rutina en algo extremadamente peligroso e incluso imposible en el futuro¹. Por estos motivos, la RAM es una prioridad mundial, regional y nacional para muchas organizaciones y gobiernos.

Una necesidad no cubierta muy importante

Se han realizado llamamientos al establecimiento de medidas colaborativas, multisectoriales y transdisciplinarias con el enfoque “Una Sola Salud” (“One Health”) para luchar contra la RAM, con el objetivo de obtener resultados sanitarios óptimos y reconociendo la interconexión entre las personas, los animales, las plantas y el medioambiente que comparten⁸. El desarrollo de la RAM es un proceso evolutivo motivado por la selección natural que ocurre a través de mutaciones espontáneas en el interior del genoma bacteriano o mediante la adquisición de material genético exógeno procedente de otros patógenos presentes



en el medio ambiente. La proliferación de genes de resistencia ha sido motivada en parte por el consumo generalizado de antibióticos. En las últimas décadas, este problema se ha visto acelerado por la prescripción inapropiada¹, la monitorización inadecuada en el control de infecciones y el uso de antibióticos en especies diferentes a la humana, además de por factores ajenos a la práctica clínica como son la globalización y todo lo que implica de movimientos de personas (y animales) de un lugar a otro del mundo¹¹.

Algunas iniciativas más recientes de uso racional de antibióticos, dirigidas a racionalizar el uso de antibióticos y frenar el ritmo de desarrollo de resistencias, se han enfocado entre otras medidas en restringir el uso de nuevos antibióticos y dirigir su uso a instancias en las que las opciones de tratamiento son limitadas. Aunque es razonable tomar medidas para asegurar el uso apropiado de antibióticos, estas medidas tienen la consecuencia involuntaria de convertir la viabilidad comercial del desarrollo de nuevos antibióticos en algo muy incierto. La incertidumbre sobre el mercado, junto con la tarea cada vez más complicada de descubrir y desarrollar nuevos antibióticos ha llevado a muchos fabricantes a abandonar, restar prioridad y reducir el tamaño de sus programas de desarrollo de antibióticos⁹ para centrar sus actividades de desarrollo en áreas terapéuticas más predecibles. Algo igual de preocupante es el número de empresas más pequeñas con antibióticos comercializados que han tenido que declararse en bancarrota o que han solicitado ser absorbidas, con el consecuente impacto negativo en las oportunidades laborales para los investigadores especializados, así como en la diversificación comercial¹⁰.

Se necesitan nuevos antibióticos para el tratamiento de infecciones causadas por patógenos gramnegativos resistentes a carbapenémicos

Los carbapenémicos han sido el caballo de batalla para tratar las infecciones gramnegativas, pero la resistencia a los carbapenémicos está aumentando¹. Las bacterias gramnegativas resistentes a carbapenémicos, un tipo de antibióticos betalactámicos con un amplio espectro de actividad, presentan a menudo varios mecanismos de resistencia, lo que limita su sensibilidad al tratamiento con diversos tipos de antimicrobianos. Como consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a algunas de estas bacterias como los patógenos de mayor prioridad (prioridad “crítica”) en la lista de patógenos de prioridad mundial. En concreto, estos patógenos incluyen las cepas resistentes a carbapenémicos de *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y Enterobacterales¹¹. Estos patógenos se han descrito como bacterias “de pesadilla”¹² y son consideradas amenazas “urgentes o serias” por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos¹³.

Las infecciones causadas por bacterias gramnegativas resistentes a carbapenémicos se asocian con una mayor mortalidad en comparación con aquellas causadas por cepas sensibles¹⁴. Sin embargo, esto varía dependiendo de las especies patógenas y del sitio de infección. La carga clínica de este tipo de infecciones depende de varios factores que incluyen la gravedad de la infección, el sitio de la infección, el patógeno causante de la infección y los factores del paciente¹⁴. La carga clínica de una infección bacteriana tiene un impacto en los resultados, como un tratamiento más

prolongado, una hospitalización prolongada, visitas adicionales a profesionales de la salud, uso de recursos de atención médica, una mayor discapacidad (morbilidad), un mayor riesgo de muerte (mortalidad), uso de terapias inapropiadas que causan el fracaso del tratamiento y efectos adversos del tratamiento mientras se retrasa un efecto positivo de este¹⁴. En general, la carga clínica aumenta cuando los patógenos presentan perfiles de resistencia a más de un tipo de antibióticos, lo que hace que sea más complicado su tratamiento.

Además, las opciones de tratamiento disponibles en la actualidad para estos pacientes a menudo abordan solo un subgrupo de los mecanismos de resistencia y/o pueden asociarse a efectos adversos graves. La polimixina colistina que hasta hace poco se consideraba un fármaco de último recurso en este contexto, se asocia con nefrotoxicidad en hasta el 60% de los pacientes,¹⁵ y se reintrodujo para abordar estos problemas de resistencia después de su retirada debido a dudas sobre su seguridad¹⁶.

En cuanto a la carga económica para los pacientes y la sociedad, las infecciones resistentes a carbapenémicos se asocian a largas estancias hospitalarias (hasta los 63 días, dependiendo del patógeno y el sitio de infección)¹⁷. En un estudio llevado a cabo en 2017 para determinar la carga de este tipo de infecciones en España se calculó la carga económica mediante la estimación de los costes directos e indirectos por patógeno causal. Los costes totales estimados fueron de 471 millones de euros. Los costes directos fueron del 83%, siendo principalmente hospitalizaciones¹⁸. Los costes indirectos fueron del 17%, provenientes de los costes de pérdida de productividad debida a la muerte prematura causada por infecciones nosocomiales por bacterias GNRC (9,21 años de media por episodio)¹⁸. Por lo tanto, existe una necesidad no cubierta muy importante de mejorar la eficacia, la seguridad y el uso de los recursos para las infecciones resistentes a carbapenémicos desde una perspectiva tanto clínica como social.

El diagnóstico precoz: la mejor herramienta para no retrasar el tratamiento adecuado

Un tratamiento apropiado puede definirse como la prescripción a tiempo de un antibiótico para el cual

el patógeno es sensible. Cualquier demora prolongada en la administración de un tratamiento apropiado puede por tanto tener un impacto perjudicial en el resultado clínico del paciente¹⁹. Esto es particularmente cierto para los pacientes frágiles y gravemente enfermos, tales como aquellos con sepsis, en los que el retraso en la administración de un tratamiento eficaz se ha asociado a una mayor mortalidad, mayor uso de recursos y mayor duración de la estancia hospitalaria²⁰. En la actualidad a menudo se produce una demora en el diagnóstico exacto de las infecciones, especialmente cuando estas infecciones son causadas por organismos resistentes, de ahí el retraso en el tiempo que pasa hasta un tratamiento eficaz²¹. Por lo tanto, para mejorar los resultados de los pacientes, existe una necesidad clara de promover y facilitar la identificación rápida del patógeno resistente y su mecanismo de resistencia para asegurar que el tratamiento antibiótico adecuado se inicia lo antes posible.

Bibliografía

1. O'Neill J. Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations. Review on Antimicrobial Resistance. May 2016. https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf
2. Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2019 Jan;19(1):56-66.
3. CDC. Antibiotic Threats in the United States. 2019. <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/threats-report/2019-ar-threats-report-508.pdf>
4. Tsuzuki S, Matsunaga N, Yahara K, et al. National trend of blood-stream infection attributable deaths caused by *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* in Japan. *J Infect Chemother.* 2020 Apr;26(4):367-71.
5. EU Commission. EU Action on Antimicrobial Resistance. http://ec.europa.eu/health/amr/antimicrobial-resistance_en

6. World Bank. Final Report Drug Resistant Infections: A Threat to Our Economic Future. Mar 2017. <http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>.
7. NESTA Longitude Prize: Effectiveness of cancer treatments threatened by rising antibiotic resistance. Feb 2020. https://longitudeprize.org/sites/longitude/files/content/attachments/2020-02-17/Longitude%20Prize%20Report_EFFECTIVENESS%20OF%20CANCER%20TREATMENTS%20THREATENED%20BY%20RISING%20ANTIBIOTIC%20RESISTANCE_FINAL.pdf
8. CDC. One Health. <https://www.cdc.gov/one-health/index.html>
9. Boucher HW, File TM, Fowler VG, Jezek A, Rex JH, Outterson K. Clin Infect Dis. Antibiotic development incentives that reflect societal value of antibiotics. 2020 Jan 30. pii: ciaa092. doi: 10.1093/cid/ciaa092.
10. Grover N. Another antibiotic maker bites the dust, as Tetrphase is swallowed for cheap. Endpoints News. 16 Mar 2020. <https://endpts.com/another-antibiotic-maker-bites-the-dust-as-tetrphase-is-swallowed-for-cheap/>
11. WHO. 'Global Priority List WHO. 'Global Priority List of Antibiotic-Resistant Bacteria to Guide Research, Discovery, and Development of New Antibiotics'. http://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short_Summary_25Feb-ET_NM_WHO.pdf
12. CDC. Tracking the MCR Gene. <https://www.cdc.gov/drugresistance/tracking-mcr1.html>
13. CDC. Antibiotic/Antimicrobial Resistance: Biggest Threats. https://www.cdc.gov/drugresistance/biggest_threats.html
14. WHO Press. Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics. 2013;1–7. Available from: <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>
15. Morrill HJ, Pogue JM, Kaye KS, LaPlante KL. Treatment options for carbapenem-resistant Enterobacteriaceae infections. Open Forum Infect Dis. 2015 May 5;2(2):ofv050. doi: 10.1093/ofid/ofv050. eCollection 2015 Apr.
16. Falagas ME, Kasiakou SK. Colistin: the revival of polymyxins for the management of multidrug-resistant gram-negative bacterial infections. Clin Infect Dis. 2005 May 1;40(9):1333–41. Erratum in Clin Infect Dis. 2006 Jun 15;42(12):1819.
17. Eberle BM, Schnüriger B, Putty B, et al. The impact of Acinetobacter baumannii infections on outcome in trauma patients: a matched cohort study. Crit Care Med. 2010 Nov;38(11):2133–8.
18. Cantón R, Huarte R, Morata L, Trillo-Mata JL, Muñoz R, González J, Tort M, Badia X. Determining the burden of infectious diseases caused by carbapenem-resistant gram-negative bacteria in Spain. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2021 Apr;39(4):179–183. English, Spanish. doi: 10.1016/j.eimc.2020.04.009. Epub 2020 Jun 21. PMID: 32576392
19. Bassetti M, Peghin M, Vena A, Giacobbe DR. Treatment of Infections Due to MDR Gram-Negative Bacteria. Front Med. 2019;6(April):1–10.
20. Falcone M, Bassetti M, Tiseo G, et al. Time to appropriate antibiotic therapy is a predictor of outcome in patients with bloodstream infection caused by KPC-producing Klebsiella pneumoniae. Crit Care. 2020 Jan 30;24(1):29.
21. Lodise T, Berger A, Altincatal A, et al. Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) or delayed appropriate therapy (DAT): does one affect outcomes more than the other among patients with serious infections due to Enterobacteriaceae? Open Forum Infect Dis. 2017 Fall;4(Suppl 1):S14.



De la experiencia a la acción: cómo los pacientes contribuyen a cambiar la atención médica y mejorar los procesos asistenciales

Carlos Bezos Daleske

Trabajar con pacientes en la mejora de procesos asistenciales es una práctica que produce resultados tangibles para el paciente y para el centro de salud. En el reciente 23 Congreso de Hospitales organizado por SEDISA, cinco hospitales en los que los pacientes han trabajado junto a los profesionales en la mejora e innovación de asistencial presentaron un balance intermedio de resultados, en el que ya se aprecian eficiencias, reducción de visitas y mejora de la calidad de vida.

Todos estos hospitales participan del proyecto ExpaDerm, una iniciativa sponsorizada por Leo Pharma para incluir la experiencia de paciente de dermatitis atópica y psoriasis en la mejora asistencial. Se trata del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid), Hospital Universitario del Sureste (Madrid), Hospital Universitario de Bellvitge (Cataluña), Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (Madrid) y Hospital Universitario Dr. Negrín (Canarias).

El Instituto de Experiencia del Paciente (IEXP) es el partner para la implementación de ExpaDerm y con su larga trayectoria en el uso de metodologías de investigación acción participativa pudo ofrecer la estrategia de involucración, ejecución y gestión del cambio con todos los actores.

En breve ExpaDerm plantea identificar e implantar mejoras asistenciales (y como se verá innovación incremental tecnológica) con la participación de los pacientes y los profesionales de la salud. Para ello, se parte del modelo IEXP que ve la experiencia del paciente como la vivencia integral del paciente y su entorno de la patología, y no únicamente como una suma de interacciones con el sistema de salud. De este modo la experiencia de paciente también es conocimiento para la acción y no solamente una vivencia a mejorar para que esté más satisfecho.

La experiencia del paciente con dermatitis atópica y psoriasis

De manera muy resumida la experiencia del paciente de dermatitis atópica y psoriasis recogida en los cinco hospitales nos habla en el plano físico de un gran sufrimiento por picores y otras manifestaciones que llegan a imposibilitar la vidas cotidiana y el sueño. En el plano asistencial se dan unos ciclos brote-remisión por los cuales la mayoría de eventos y la necesidad de ayuda sucede entre consultas, justo cuando los profesionales no están disponibles. En el plano emocional la carga para la salud mental es mucho más grave de lo que se sospecha (con un 44% de ideas suicidas). En el plano social, el estig-

ma, y el rechazo son la vivencia cotidiana de estos pacientes.

Tipos de soluciones a los problemas asistenciales dermatológicos

Por eso no es de extrañar que la mayoría de las soluciones creadas entre pacientes y profesionales se centren en la salud mental, la formación y empoderamiento para manejar brotes entre consultas, las soluciones de protocolos y digitales para atención entre consultas, la revisión de procesos con primaria para una atención más eficaz o la creación de nuevos procesos, por ejemplo, con farmacia comunitaria.

Valoración positiva de los hospitales

La Dra. Dulce Ramírez, directora de continuidad asistencial del Hospital Infanta Leonor, expresó que ya hay muchos documentos que hablan de incorporar la experiencia del paciente a los cambios en los hospitales, pero que había pocas experiencias de incorporar a los pacientes para aportar valor, sobre

todo involucrando al paciente individual y no solamente a las asociaciones.

Como contó el Dr. Javier Tapia, subdirector médico del Hospital de Bellvitge, este hospital incorpora la experiencia del paciente a la gestión por procesos de manera que la experiencia de paciente es un eje estratégico. Además de ExpaDerm, Bellvitge aplica la experiencia de paciente en otros ámbitos asistenciales. En todos los casos consideran fundamental en Bellvitge aplicar un enfoque de co-creación.

Para Enrique Gómez, dermatólogo del Hospital de Alorcón, los proyectos de mejora que nacieron de ExpaDerm en su hospital están directamente relacionados con las decisiones compartidas y con la relación fluida entre atención entre atención primaria y especializada. Como dermatólogo considera que las iniciativas co-creadas con pacientes y profesionales de la salud en el marco de ExpaDerm implican un paciente más formado y empoderado que controla mejor su enfermedad y, por tanto, reduce visitas.





Muy interesante fue la aportación de Idafe Jiménez, directora de enfermería del Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria. Para ella lo más importante fue que “los pacientes identifican problemas del circuito asistencial que desconocemos” y que no se trata de empoderar, sino del rol activo del paciente en la gestión de su propia salud. En este sentido, los pacientes se mostraban muy agradecidos “porque nunca me han preguntado.”

La intervención de la Dra. Paloma Santos, directora de Continuidad Asistencial del Hospital del sureste en Madrid, pone el dedo en la llaga o, dicho de otro modo, pone de manifiesto el gran valor de trabajar con investigación acción participativa con los pacientes como un agente más del sistema: “Creía que lo sabía todo de atención primaria y especializada, de la patología y de continuidad: pero faltaba la experiencia de paciente. Nunca había tenido la posibilidad de trabajar a la vez con médicos de familia, dermatólogos, farmacia, paciente, responsables de calidad en la mejora asistencial”.

Mientras que muchos hospitales creen que trabajar con experiencia de pacientes se reduce a “ya trabajamos con focus groups”, la Dra. Santos es muy clara: “uno no puede hacer esto sin una metodología y sin alguien que nos guíe. Sin eso hay desastres, también en la parte económica”.

Por último, el Dr. Juan José Díaz, director médico del Hospital Dr. Negrín, resaltó la diferencia entre la

información adquirida por encuestas y la adquirida experiencialmente: “las encuestas no son lo mismo que la experiencia que viví en ExpaDerm. Es una forma más directa que encuestas y cuadros de mando”. Para el Dr. Díaz, las claves del éxito de ExpaDerm son lo que denomina “Integración 360”, es decir, el trabajo colaborativo de múltiples perfiles del sistema, incluyendo a los pacientes, pero también a agentes fuera del circuito como la farmacia comunitaria.

Resultados y valor

Aunque el proyecto ExpaDerm no ha finalizado aún, hay un desarrollo de entre el 60% y el 75% de los proyectos en 3 de los cinco hospitales (los dos restantes acaban de finalizar sus fases de co-creación de mejoras). En el 80% de los hospitales se generaron proyectos de salud mental, porque este es el problema más acuciante para los pacientes. Sin embargo, solamente suponen un 29% de todos los proyectos, ya que formación, cambios en procesos/creación de nuevos procesos, o la solución a los problemas y brotes entre consultas también fueron temas que generar iniciativas.

Si bien los proyectos aún no se han finalizado, los hospitales afirman que como tendencias ya están viendo los siguientes beneficios:

- Menos hiperfrecuentación.
- Menos visitas a urgencias.
- Más adherencia.
- Identificar actuaciones que no aportan valor.
- La seguridad del paciente.
- Coste/eficiencia y más eficiencia tiempo/persona.
- Eficiencia en el gasto.
- Innovación incremental (digital).

CEO del Instituto para la Experiencia del Paciente
carlos.bezos@iexp.es

Humanización en la Atención al Paciente Oncológico

Jornada de Trabajo y Debate

23

Marzo

9:30-14:00h

9:30h Acreditación y bienvenida

10:00h Inauguración

Jesús Fernández Sanz, Consejero de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha (CLM)

Representante del patrocinador

Jose María Martínez García, Presidente de New Medical Economics

10:10h Introducción

Rodrigo Gutiérrez Fernández, Jefe de Servicio en la D.G. de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad CLM

10:20h Proceso asistencial del paciente oncológico: Oncología Médica

M^a del Carmen Esteban Esteban, Jefa de Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

10:35h Proceso asistencial del paciente oncológico: Farmacia Hospitalaria

Ana R. Rubio Salvador, Facultativa Especialista de Área de Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

10:50h Proceso asistencial del paciente oncológico: Radiodiagnóstico

Cristina Romero Castellano, Jefa de Servicio de Radiología del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

11:05h Proceso asistencial del paciente oncológico: Radiodiagnóstico

Raúl Calvo Rico, Médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Camarena, Gerencia de Atención Primaria de Toledo

11:20h Asistencia sanitaria: humanización y paciente oncológico

Mayte Marín Rubio, Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad CLM

Dinamizador: Rodrigo Gutiérrez Fernández, Jefe de Servicio en la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad CLM

11:35h PAUSA CAFÉ

12:00h Mesa de trabajo y debate

Raúl Calvo Rico, Médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Camarena, Gerencia de Atención Primaria de Toledo

Jose M^a Marín Rubio, Asesor Técnico de la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad CLM

Mayte Marín Rubio, Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad CLM

Virtudes Morales, Jefa de Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Hospital Provincial Toledo

M^a Pilar Soler Rodríguez, Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo Consejería de Sanidad CLM

Modera: José María Martínez García, presidente de New Medical Economics

13:55h Conclusiones y Clausura

Rodrigo Gutiérrez Fernández, Jefe de Servicio en la D.G. de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad CLM

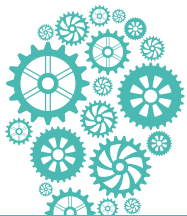
INSCRIPCIÓN GRATUITA

Organiza:



Consejería de Sanidad





Lo bueno es que el río fluya, pero que lo haga bien...

Verónica Pilotti de Siracusa

Heráclito nos decía que nadie puede bañarse dos veces en un mismo río, porque, aunque aparentemente el río es el mismo, sus elementos, su cauce, el agua que corre por él, han cambiado.

El sistema hospitalario puede semejarse a este río, que se encuentra en cambio permanente, que se regenera, que exige inmediatez de adaptación ante acontecimientos sociales, económicos, medioambientales imponderables o previsibles. Hemos sido testigos recientes de estas necesidades, somos testigos diarios de las demandas que debe afrontar este sistema, vemos necesario dar fluidez a la atención hospitalaria, sin perder la calidad asistencial. Que el río fluya, pero que lo haga bien...

Con la mirada puesta en esta imagen trataremos, en un acto de reducción desvergonzada, de realizar un análisis simplificado de este sistema, focalizado en el hospital de agudos, al ser este el responsable del 75,2% de los 5,4 millones de altas totales del sector hospitalario español.

Si queremos realizar un análisis de cualquier sistema, incluido el sistema hospitalario, siempre caere-

mos en el detalle de los distintos componentes de este y en la relación existente entre ellos. El sistema hospitalario es un sistema complejo, donde se combinan infraestructuras, con procedimientos, con recursos humanos, con recursos físicos simples o complejos, con pacientes con distinto tipo de limitaciones. El hospital incorpora micro-culturas que condicionan la gestión de pacientes y de recursos.

En estos últimos 12 meses se ha visto una evolución sostenida y recurrente en la demanda de asistencia hospitalaria de urgencias, que se ha plasmado en las noticias aparecidas en los medios de comunicación relativas al "colapso de urgencias de hospitales". Ha sido habitual leer titulares en noviembre, diciembre, enero y febrero indicando que los servicios de Urgencias estaban saturados, con un incremento de la carga asistencial de hasta el 40% en algunas regiones de España. ¿Podemos contar con la innovación en tecnología médica como aliado para dar soluciones a corto plazo a este problema? La respuesta es afirmativa, y debe ser el aliado que impacte en la mejora de las condiciones de trabajo del recurso humano especializado y en la calidad asistencial recibida por el paciente.

Modelo simplificado de hospital de agudos

En un modelo simplificado podemos contemplar el sistema hospitalario como un sistema que permite que fluya de pacientes entre y salga, produciéndose un cambio sobre ellos durante este tránsito. En régimen estacionario, este modelo debe caracterizarse por una dinámica ágil de flujo de pacientes y por índices aceptables de morbilidad, que transforman al paciente a lo largo de su paso por el hospital.

Pero en este sistema complejo, hay muchos factores que pueden hacer que este tránsito tenga dinámica distinta a la óptima. No es el principal objetivo de este sistema tener una dinámica ágil, sino que la transformación del paciente durante su tránsito resulte la adecuada, aunque en el marco actual existente, el dinamismo aporta calidad.

La situación actual de un hospital de agudos, como comentamos antes, es compleja debido:

- A la gran cantidad de factores que afectan al flujo de pacientes que acuden a recibir asistencia sanitaria urgente.
- A la gran cantidad de factores que afectan al tránsito de pacientes durante su estancia hospitalaria.
- A factores que afectan ambos ámbitos intra y extrahospitalarios como el recurso humano y las Infraestructuras fijas y móviles u recursos farmacéuticos.

Podemos dejar para otro capítulo y para otros expertos, la relación entre la asistencia sanitaria en atención primaria, el hospital de agudos y los servicios de emergencia. Nos centraremos en este análisis en la situación actual del hospital, que representamos en la figura 1.

Observamos que el colapso de los servicios de urgencias está relacionado con la cantidad de pacientes que acude, y también con el tipo de patologías que presentan, ya que son las patologías respiratorias, pacientes crónicos reagudizados, las insuficiencias coronarias y los accidentes cerebro vascu-

“

En el sistema hospitalario, la calidad del proceso no es prescindible ni debe ser resignable

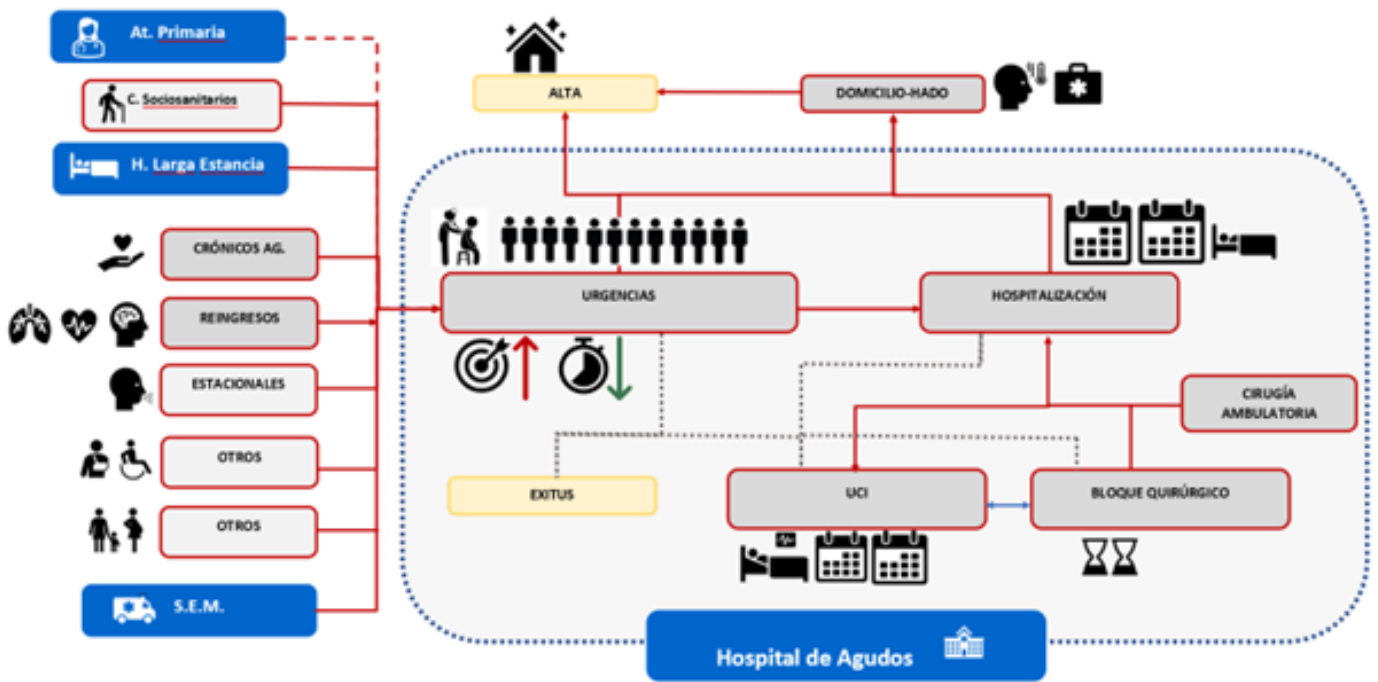
”

lares suponen un alto porcentaje de los ingresos por urgencias.

Por otro lado, sabemos que la percepción particular de urgencia del mismo paciente hace que acudan a Urgencias hospitalarias cuando podrían ser atendidos en los centros de atención primaria.

Sabemos que es importante la coordinación entre los servicios de emergencias médicas, los servicios de urgencias de los centros de atención primaria y los servicios de urgencias hospitalarias, especialmente a cuando se deben aplicar criterios y protocolos similares, y por qué no para recibir la información proveniente de cada intervención usando los canales, los mismos códigos y las mismas varas de medir.

Los pacientes que acuden a servicios de urgencias pueden ser dados de alta, o pueden ingresar para ser sometidos a diagnóstico o tratamiento, tanto a



hospitalización, a unidades de cuidados intensivos, o a quirófanos.

El colapso de urgencias se produce cuando no hay dinámica ágil en ese tránsito de pacientes. La gran cantidad de pacientes que llegan debe tener una gestión rápida y precisa, para optimizar y hacer efectiva la asistencia urgente. Es necesario que el paciente con diagnóstico pueda proseguir su estancia en las unidades adecuadas. Es importante que las plantas de hospitalización y las camas de vigilancia intensiva reduzcan el nivel de ocupación para que puedan disponer de puestos que permitan agilizar la transferencia del paciente desde urgencias o desde áreas de mayor criticidad a unidades de menor criticidad.

Aunque no existe un consenso general sobre la tasa de ocupación "óptima", a menudo se recomienda una tasa de ocupación de alrededor del 85%, considerado como un máximo para reducir el riesgo de escasez de camas cuando hay un aumento repentino en la necesidad de admisiones. La media europea de camas cada 1.000 habitantes, es de 5, mientras que la media de España es de casi 3. A corto plazo, crear espacios para ampliar la capaci-

dad de camas de hospitalización, o más complejo aún, para camas de cuidados intensivos, es inviable.

Pero aprovechar lo que las nuevas tecnologías de la información, asociadas a la tecnología médica y la inteligencia artificial, pueden hacer para que este río fluya y lo haga mejorando los resultados en pacientes, la seguridad de los mismos, la satisfacción del personal sanitario, así como los tiempos empleados en la transformación del paciente hacia un estado mejorado, sí es posible a corto plazo.

Los departamentos de informática hospitalaria son más que nunca protagonistas necesarios y estratégicos en este cambio. Son los socios que posibilitarían esta transformación, facilitando la integración de datos clínicos de forma automática, disponiendo de la información en los puestos de control para diagnóstico o tratamiento inmediato, valorando los sistemas de gestión de datos y facilitando su implementación.

Proponemos un cambio en la figura anterior, destacando los puntos que pueden verse beneficiados a corto plazo por la implementación de soluciones innovadoras.

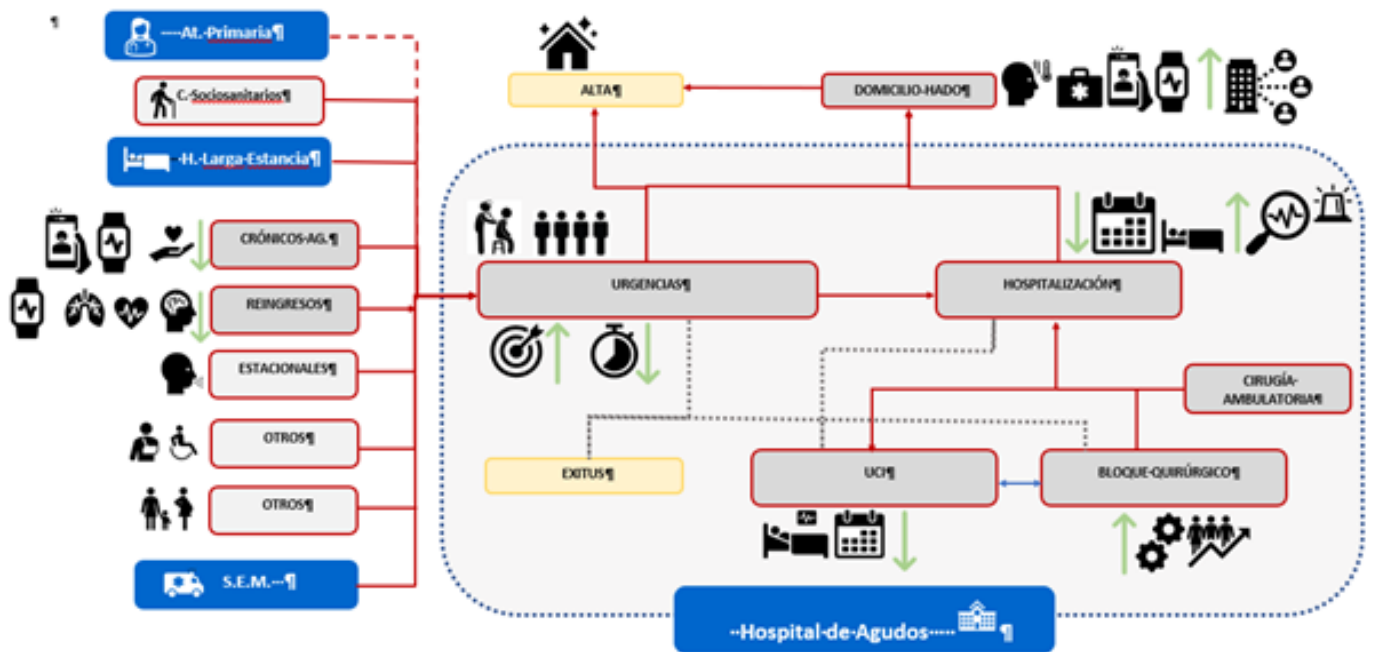
En los servicios de urgencias, el triaje del paciente puede agilizarse con elementos de alta precisión que ofrezcan datos clínicos realistas, para que las decisiones clínicas se basen en datos confiables. Elegir dispositivos médicos de buena calidad permite optimizar el diagnóstico, y en consecuencia la decisión de ingreso hospitalario. Si los datos clínicos medidos son enviados a la historia clínica electrónica, se dinamiza el trabajo del personal sanitario, para focalizar su energía en la asistencia sanitaria, optimizando la recogida de datos, mejorando la dinámica de trabajo y la seguridad del paciente, al evitar errores de transcripción y tiempo en tareas administrativas. Entonces, tendremos más precisión, en menos tiempo, con mayor capacidad de asistencia.

En las plantas de hospitalización, los datos clínicos de interés se transmiten a pie de cama, de forma directa, con sistemas intuitivos similares a los que disponemos en teléfonos inteligentes o tablets. La innovación nos permite reducir el tiempo de estancia hospitalaria, ya que los sistemas de monitorización puntual o continua que incorporan algoritmos predictivos de deterioro del paciente son capaces de alertar, precozmente, de la posibilidad de que ocurra un evento adverso. La detección precoz del deterioro del paciente nos permite disminuir días de estancia hospitalaria. (Investigadores del Hospital Clínic de Barcelona han confirmado que la ocurrencia de un evento no deseado en planta de hospitalización, prolonga en 3 días la estancia hospitalaria en la misma planta, y en 5 días la estancia en unidad de cuidados intensivos si el deterioro del paciente es suficientemente importante como para requerir traslado a esta unidad). Implementando soluciones integradas a la historia clínica electrónica, o incluso sistemas centralizados de vigilancia en planta de hospitalización, se reducen días de estancia hospitalaria, traslados a UCI en un 50%, rescates de paros cardiorrespiratorias en un 60%, y se reducen muertes evitables, aumentando los niveles de seguridad del paciente, aportando facilidad de manejo al personal sanitario.

Las camas destinadas a hospitalización quirúrgica también pueden mejorar sus tasas de rotación promoviendo programas de altas tempranas post-quirúrgicas, con sistema de monitorización remota, descargando datos en la historia clínica electrónica. Estas soluciones facilitan la vigilancia centralizada, y proveen de datos clínicos, y notificaciones de alarma, casi en tiempo real. Además, permiten tanta interactividad del usuario como resulte necesario o prudente. La estancia controlada en el domicilio permite que la recuperación en un entorno menos estresante resulte eficaz y muy segura. Estas soluciones permiten reducir hasta en dos días las estancias hospitalarias, potenciando la actividad quirúrgica y reduciendo los tiempos de espera quirúrgica.

Para los pacientes crónicos, podemos disponer de estos mismos sistemas de monitorización remota continua o puntual, evitando su reingreso ante un evento de reagudización. La monitorización simple, de alta precisión en domicilio, garantiza el seguimiento del paciente y alerta de cualquier deterioro que merezca su traslado inmediato al centro hospitalario. En el mercado, estos sistemas resultan intuitivos y muy simples de instalar, no requieren de gran despliegue de infraestructuras, pudiendo escalar la disponibilidad de los mismos en las cantidades que se demanden. Disponer de estas herramientas dentro de los centros de atención primaria, para aumentar la capacidad asistencial requiere de algunos cambios organizativos que merece la pena evaluar ante la creciente demanda de la población.

Volviendo a la imagen del río que debe fluir, en las mejores condiciones, entendemos necesario y urgente dotar de herramientas a los departamentos de tecnologías de la información dentro de los hospitales, para que asociados a los proveedores de tecnología médica y exploradores de datos a través de la inteligencia artificial, puedan dar agilidad a la experiencia del paciente hospitalario, mejorando la satisfacción del mismo, y la del personal sanitario, implementando soluciones ágiles en periodos de tiempo cortos con impacto directo en la capacidad asistencial.



Bibliografía

1. https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2023-01-12/urgencias-colapsadas-en-toda-espana_3556301/
2. <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2023/01/12/alerta-colapso-urgencias-problemas-acceso-atencion-primaria/00031673520060961868826.htm>
3. <https://elpais.com/espana/madrid/2023-01-11/colapso-en-las-urgencias-de-la-paz-una-noticia-que-vale-para-todos-los-dias.html>
4. <https://www.epe.es/es/sanidad/20230111/codigo-rojo-urgencias-hospitales-colapsan-81024603>
5. <https://www.epe.es/es/sanidad/20230111/codigo-rojo-urgencias-hospitales-colapsan-81024603>
6. <https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/2023/01/08/colapso-urgencias-centros-salud-zaragoza-80822158.html>
7. <https://www.canarias7.es/sociedad/salud/sindicato-enfermeria-califica-20230124131842-nt.html>
8. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ingenieria/las-regiones-apuestan-por-el-ladrillo-en-sus-presupuestos-sanitarios-7529>
9. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm#info_relacionada
10. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Inf_anual_2020_21_Res_Ejecutivo.pdf
11. <http://inclasns.msssi.es/report/national/>
12. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
13. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf

Especialista clínico de ventas en Masimo

vpilotti@masimo.com

A Propósito de la Dermatitis Atópica

Jornada de Debate

28

Marzo

16:00-17:30h

OBJETIVO

Debatir sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con dermatitis atópica contando con la participación de todos los agentes implicados, desde la perspectiva nacional, para mejorar la calidad de vida de los pacientes

PARTICIPANTES

Joaquín Borrás Blanco, Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria)

Pablo de la Cueva Dobao, Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid)

Rodrigo Gutiérrez Fernández, Jefe de Servicio en la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha

Francisco J. Rebollo Laserna, Senior Medical Manager Inflamación e Inmunología - Área de Dermatología en Pfizer Spain

Jaime Llana Manrique de Lara, Presidente de AADA-Asociación de Afectados por la Dermatitis Atópica

Rita Tristancho Ajamil, Directora General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud

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

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#DermatitisAtópicaNME

Organiza:

Patrocina:





La promoción de la salud: compromiso con los profesionales sanitarios

Cristina Iniesta Blasco

Al Pacto Mundial de las Naciones Unidas, en la consecución del ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) 3, se adhieren entidades y empresas de todos los sectores productivos, promoviendo programas y actividades de mejora de la salud para sus trabajadores. En el sector de la salud nos corresponde, por tanto, no solo atender la salud de los pacientes y de la comunidad, sino también la de nuestros profesionales.

En las últimas décadas, las organizaciones sanitarias, en constante transformación por los avances tecnológicos, han ido tomando conciencia del impacto social, ambiental y económico que generan todas sus actividades, desde las asistenciales, docentes e investigación, hasta las de compras, consumos, contratación, etc. Esta nueva situación requiere un mayor diálogo y complicidad con sus grupos de interés, y que se orientan a ser entidades socialmente responsables.

Los nuevos retos, entre ellos la sostenibilidad, la transparencia, las desigualdades en salud, la brecha digital, la disminución de la huella de carbono, la gestión de los residuos, la compra socialmente responsable, la participación de los pacientes, la implicación en la comunidad, ya forman parte de la mayoría de las agendas de responsabilidad social (RS).

En la medida que integramos la RS en la estrategia de la organización, esta va adquiriendo una dimensión muy relevante en la cultura organizativa del día a día, con una implicación transversal entre las distintas áreas y departamentos.

Desde los ámbitos estratégicos de gobernanza, pacientes, profesionales, comunidad, medioambiente y proveedores, se priorizan intervenciones y acciones concretas. Gran parte de la organizaciones sanitarias adheridas al Pacto Mundial de Naciones Unidas, se alinean alrededor de la consecución de los ODS 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16 y 17 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>).

En el ámbito de los profesionales sanitarios, el reto es ofrecerles un trabajo digno y estable, favoreciendo la igualdad de oportunidades, incrementando la capacidad y el conocimiento, y también un entorno saludable para la promoción de su salud. Por otra parte, las nuevas generaciones nos interpelan a avanzar hacia organizaciones más saludables y sostenibles.

Informar, sensibilizar, formar y ofrecer actividades grupales e individuales de promoción de la salud en un entorno saludable

El objetivo de promoción de la salud es entendido como la capacidad de las personas de tomar sus propias decisiones para la mejora de su salud (carta Ottawa 1986 OMS). Es relevante no perder de vista que el ámbito laboral y profesional, por las horas de permanencia en el lugar de trabajo, ofrece una excelente oportunidad para adquirir e incorporar hábitos saludables tanto a nivel grupal como individual.

Al realizar encuestas de prevalencia y hábitos saludables, nos puede sorprender la persistencia todavía del hábito tabáquico o la falta de adhesión a la dieta mediterránea en las generaciones más jóvenes. En cambio, en el ranking de las actividades más demandadas encontramos el mindfulness, la marcha nórdica, la dieta mediterránea y el sueño reparador.

A nivel organizacional, al recoger las iniciativas saludables propuestas por los propios profesionales para incorporar en el día a día de la organización, emergen, entre otras, la señalización de las escaleras para promover, de forma lúdica, su utilización antes que los ascensores, las islas de vending con productos saludables, las fuentes de agua, el aparcamiento seguro para bicicletas y patinetes, la incorporación de fruta en el resopón de los profesionales del turno de noche, etc. que también deben ser consideradas en el diseño de programas de promoción de la salud.

La aparición de la pandemia de la COVID-19, con la generación de situaciones muy complejas y de alto impacto emocional especialmente para los profesionales sanitarios, nos ha permitido aprender muchas lecciones. Entre ellas, quiero destacar una muy relevante, que es poner el foco en la importancia de reforzar e integrar en los programas de promoción de la salud la mejora del bienestar emocional y físico de nuestros profesionales.

Por ello, en el diseño de estos programas, liderados desde la Dirección, se recomiendan diversas acciones operativas:

- Reforzar el rol de un grupo promotor de la salud con referentes reconocidos de la organización, que a su vez se alinean a la estrategia de responsabilidad social corporativa.

“

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

”

- Integrar la promoción de la salud y bienestar, tanto emocional como físico.
- Reforzar e integrar las líneas recomendadas por la OMS de hábitos saludables: dieta mediterránea, actividad física, cesación tabáquica, sueño reparador y control de los factores de riesgo.
- Sensibilizar y ofrecer actividades grupales basadas en la evidencia, promoviendo la adherencia a acciones concretas de mejora de los hábitos de salud, y que trasciendan a la vida personal.
- Identificar servicios y áreas que requieren una mayor intensidad de intervención.
- Diseñar intervenciones específicas para la mejora del bienestar emocional, ofreciendo visitas personalizadas a los profesionales que lo requieran.
- Incorporar la promoción de la salud de los profesionales en los objetivos estratégicos de la organización socialmente comprometida no solo revierte en el bienestar de sus profesionales, sino que a la vez revierte en la de los pacientes.

Adjunta a Gerencia del Consorci Mar Parc Salut de Barcelona. Presidenta de la Red Catalana de Hospitales y Centros Promotores de la Salud.



TRANSPARENCIA Y OPINIÓN



La “cosa pública” y la transparencia

Elisa Herrera Fernández

La transparencia en el funcionamiento de los poderes públicos se presenta como un principio inspirador y eje fundamental de la actuación de aquellos. Este principio significa una garantía del derecho de acceso a toda información relativa a la actividad pública y administrativa. Junto con el buen gobierno tenemos los elementos de lo que se ha venido a denominar la gobernanza, en lo que esta tiene de apertura, participación y responsabilidad de los poderes públicos, superando la opacidad y el hermetismo, y pasando a una gestión fundada en la visibilidad y la exposición pública.

El actual entendimiento de la manera de gestionar “lo público” tienen que ver con la apertura, la participación y la responsabilidad, suponiendo un cambio extraordinario con las viejas formas de gestión “*arcana imperii*”, generando visibilidad en las formas de administrar la cosa pública (expresión que nos lleva nuestra herencia del Derecho Romano). Si bien no podemos dejar de reconocer que, aunque esta es la teoría aceptada unánimemente en todo los sectores, por todo el mundo, en la práctica se mantiene, y más de lo que sería deseable, el celo y ocultación de la información veraz y en consecuencia la dificultad e ineficacia de la transparencia.



Pero obviando esta realidad y reflexión, sigamos con la exposición. La nueva dimensión de los postulados del Estado social y democrático de derecho han influido y marcado en esta nueva dimensión de la gestión pública, abriendo paso a fórmulas de transparencia en la gestión, publicidad, escrutinio por parte de la ciudadanía y buen gobierno, y control de cuentas que en definitiva permite la transparencia.

La crisis de confianza por parte de la ciudadanía en los poderes públicos, fruto de comportamientos desviados de la norma, e incluso constitutivos de figuras delictivas, ha llevado al rechazo a la forma de hacer de los gestores públicos. Además esto convive con cierta sensación de ineficacia en relación con la actividad pública, especialmente en el ámbito sanitario, educativo y justicia, que en ocasiones contrapone al paradigma de la “cosa pública” la eficacia de lo privado.

Transparencia en la actividad pública, en la doble vertiente de publicidad activa, generada de oficio, y publicidad rogada, a través del derecho de acceso a la información pública, que genera confianza y conocimiento de cómo, porque y para que se actúan las potestades públicas, es elemento clave. La transparencia se ha convertido, hoy en día, en un indicador fundamental de la calidad de las empresas, y de los gobiernos democráticos, y es un presupuesto necesario para que los ciudadanos y los clientes de las empresas como consumidores (algo esencial en la sanidad privada) puedan ejercer adecuadamente su valoración y una verdadera intervención participativa.

De esta forma, transparencia es comprensible, si: la información está disponible, si se garantiza el derecho de acceso a la información pública y se salvaguarda la protección de datos personales de solicitantes, si la rendición de cuentas es clara y si los ciudadanos saben qué papel desempeñan los poderes públicos.

En nuestro ordenamiento jurídico la transparencia en la actividad de los poderes públicos se regula en términos muy amplios en la Ley 19/2013 de Trans-

“

La transparencia se ha convertido, hoy en día, en un indicador fundamental de la calidad de las empresas

”

parencia y Buen Gobierno. Se trata de una norma de carácter básico como establece su Disposición Final Octava. Por ello son varias comunidades autónomas las que con menor o mayor acierto han publicado su propia normativa al respecto.

Lo definitivamente cierto y verdad, a estas alturas es que desde el 2013, esta Ley aún ni está desarrollada ni “practicada” como hubiera sido deseable y, necesario, en relación con los valores de anticorrupción, tutela del derecho a la información y obligación rendición de cuentas que conforma el Estado actual.

Experta en Transparencia y Buen Gobierno

elisa.herreraf@icam.es



REFLEXIONES SALUDABLES



Telemedicina, la nueva era de la atención sanitaria

Carlos Lázaro Madrid

En la senda de los avances tecnológicos, y su incidencia en el campo sanitario, conviene detenerse en el influjo de la telemedicina, cuya implementación ya tuvo un importante progreso en la red sanitaria pública y privada a causa de la crisis del coronavirus, y que ahora parece que ha venido para quedarse, para alegría de unos y desgracia de otros.

La Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), que representa a más de 1.300 entidades sanitarias y al 80% los hospitales privados españoles, consideró el pasado mes de enero a la telemedicina como el futuro de la atención sanitaria, visualizándolo como un complemento de la atención médica, pero sin ser sustitutivo de la asistencia presencial de los profesionales sanitarios, a la par que recalca en el desarrollo de una regulación óptima de esta atención sanitaria, mientras acometía contra el posible intrusismo de algunas empresas que sin estar vinculadas a los sectores sanitarios estaban sacando al mercado ofertas comerciales de telemedicina a precios que consideraban difíciles de replicar, en este auténtico

“boom” comercial que vivimos en torno a la prestación sanitaria a distancia.

Pero esta innovación no se limita a la sanidad privada, el desarrollo de la telemedicina supone una auténtica oportunidad para la sanidad pública, que puede descongestionar las consultas presenciales, aligerar listas de espera, simplificar burocracias administrativas, tan en boga en el día a día, problemas recurrentes en los que la telemedicina podría paliar y optimizar los recursos de la red asistencial pública, sin hacer necesario que los ciudadanos se desplacen al centro sanitario para trámites que puedan ser innecesarios. Máxime cuando se trata de pacientes con patologías o elevada edad, en los que conviene extremar la precaución.

Algunas de estas actuaciones que pueden resolverse a distancia, y que no supone un *numerus clausus*, puede ser la renovación de medicación, la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas, el seguimiento del paciente, la atención de consultas rutinarias donde no se precisa exploración física, o la resolución de dudas o inquietudes de los pacien-

tes ante sus enfermedades o sus inminentes intervenciones médicas o procesos asistenciales, que pueden evitar el traslado de los ciudadanos y hacer más eficiente la prestación sanitaria. Es decir, el uso de la telemedicina como complemento, nunca como reemplazo de la atención presencial, que seguirá siendo la más fiable y segura para los pacientes y extensivamente para los sanitarios.

Por datos, y teniendo presente el gran trabajo que ha hecho Radio Televisión Española (RTVE) en su radiografía de la sanidad española, los datos del Ministerio de Sanidad del 2021 reflejan la gran implementación de la telemedicina, ocupando en ese año un 52% de las consultas médicas de la sanidad pública, superando con creces a las presenciales.

Los porcentajes llegan superan estas cifras en alguna de las provincias, como en 14 de ellas donde se atendieron a más del 60% de los pacientes a distancia. Si bien son datos del año 2021, momento en el que la pandemia del coronavirus aún seguía siendo problemática, con restricciones y limitaciones por parte de las autoridades sanitarias, por los que estos datos de implementación actual pueden divergir ahora.

Y es que el COVID 19, y las restricciones preventivas que se aunaron a la situación pandémica, aumentaron el número de las teleconsultas sanitarias de atención primaria, que pasaron de 18 millones en el año 2019 a 127 millones en el año 2020 en todo el territorio nacional, según reza el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 del Ministerio de Sanidad.

En la actualidad los datos más recientes son los que fueron facilitados por diferentes Consejerías de Sanidad al periódico *20 minutos*, y publicados el 24 de diciembre del pasado año señalaban que las consultas telefónicas representan casi un tercio de las asistencias de la A

atención primaria en regiones como Madrid o Valencia, y en torno a un cuarto de las mismas en la región de Andalucía.

Sin entrar en el cómputo total de consultas y de su modalidad, el V Estudio de Salud y de Vida del año

“

El desarrollo de la telemedicina supone una auténtica oportunidad para la sanidad pública

”

2022, elaborado por la aseguradora Aegon, resalta que al menos un 55,5% de los españoles ha hecho uso de la telemedicina en el pasado año en al menos una ocasión, datos más que destacables y extrapolables a la realidad vigente que auguran el progresivo uso de este tipo de asistencia.

En esta revista se ha tratado en otras ocasiones del tema de la telemedicina, de candente actualidad, y no es para menos. Se ha analizado un DAFO de sus luces y sombras, se ha hablado de la innovación de la salud digital en general, su papel en la actualidad, y su incidencia en el futuro Código Deontológico. Y deteniéndome en el terreno normativo, área que formativamente domino, lo hago para recalcar en la acuciante necesidad de que se establezca una regulación que permita proteger la relación de los sanitarios con sus pacientes, un desarrollo legal que dé transparencia a esta asistencia, y que proteja algo tan importante como son los datos y la información médica que conectará al profesional y el ciudadano, en donde entra en juego el consentimiento sobre el tratamiento de los mismos, y la identidad de los usuarios. Pero también sin duda se incardina en el plano deontológico, que debe adaptarse a la implementa-



ción de estos métodos asistenciales. Y con todo ello prepararse a futuras incidencias que puedan darse en este terreno, como ocurre en todas las novedades, pues ya lo dice un adecuado, y oportuno aquí, refrán español “más vale prevenir que curar”.

Y que requerirá la presencia de unos determinados protocolos y operativas internas, con el manejo de medios y canales óptimos para poder prestar esta asistencia, en los que nadie puede quedar detrás, sin que suponga una auténtica brecha digital para nuestros mayores, ni suponer un freno social para las personas que económicamente no puedan dotarse de los útiles más idóneos para un buen diagnóstico clínico, como pueden ser los smartphones con cámaras de una resolución concreta que no se encuentra a la disposición de todos los usuarios.

A lo que es propicio señalar, en cuanto es una novedad informativa, idear políticas definidas y unitarias para el cifrado de datos, la prevención y respuesta ante posibles hackeos y secuestros cibernéticos a

recintos sanitarios, tan en ciernes en los hospitales estadounidenses, y que parece que han llegado a nuestro país, con el ataque informático al Hospital Clínic de Barcelona.

Mientras tanto, la instantánea que tenemos en estos momentos, y según datos de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), estas consultas de telemedicina resultan incómodas en la actualidad para un importante 45,5% de los encuestados, una cifra que, aunque no es mayoritaria, hace replantear el sistema para que los usuarios se encuentren más satisfechos con estos nuevos métodos asistenciales, que marcarán nuestro futuro.

Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza

clazaro926@gmail.com

Innovación en el uso adecuado de antibióticos frente a las resistencias bacterianas

Grupo de Trabajo y Debate

29

Marzo

16:30-18:30h

Evento dirigido exclusivamente a profesionales del sector sanitario y profesionales de la administración sanitaria

Objetivo

Debatir y trabajar sobre los principales retos y necesidades no cubiertas que actualmente presenta la resistencia a los antimicrobianos (RAM), las acciones prioritarias definidas en el PRAN 2022-2024 y su implantación en la Región de Murcia y el aporte de la innovación terapéutica en la lucha frente a la RAM identificando oportunidades que impulsen el desarrollo de nuevos antibióticos.

Bienvenida

Jesús Cañavate Gea, director general de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Juan Antonio Marqués Espí, subdirector general de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación del Servicio Murciano de Salud (SMS)

José María Martínez García, presidente de New Medical Economics

Participantes

Mar Alcalde Encinas, coordinadora IRAS-PROA del SMS. Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas

Rosa Blázquez Garrido, jefa de sección Microbiología en Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)

Casimiro Jiménez Guillén, subdirector general de Farmacia e Investigación de la DG de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Región de Murcia

Victor José Rausell Rausell, jefe de Servicio de Gestión Farmacéutica. Dirección General de Asistencia Sanitaria - Servicio Murciano de Salud

Conclusiones

Juan Antonio Marqués Espí, subdirector general de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación del SMS

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

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Organiza:



Región de Murcia
Consejería de Salud



Colabora:



SHIONOGI



ENTREVISTA

Juan Abarca Cidón, Presidente de HM Hospitales

“La sanidad privada cada vez es más competitiva”



Juan Abarca Cidón y José María Martínez García.

En esta entrevista para *New Medical Economics*, Juan Abarca ha hecho un repaso de su trayectoria profesional. Entre otras cuestiones, el presidente de HM Hospitales también ha contado cuáles son los principales retos a los que se enfrenta.

Lleva dedicado a la dirección y gestión del grupo HM Hospitales casi 25 años, desde que acabó su residencia, ¿podría hacernos un balance de su gestión hasta el momento?

Creo que son los de afuera los que tienen que juzgar a uno, pero durante estos 25 años hemos conseguido hospitales, hemos contribuido a la mejora de la sanidad privada en nuestro país y a la aportación de valor. También hemos ido abriendo camino en el ámbito universitario, con los residentes. Y destacar que el Hospital HM Montepíncipe fue el primer hospital que obtuvo la ISO para todo el hospital. Es decir, yo creo que hemos ido abriendo camino hacia una sanidad privada cada vez más de mayor calidad, más compleja y cualificada, con una capacidad de atender cada vez a pacientes más complejos. Creo que hemos generado un modelo muy particular, ni mejor ni peor, pero es particular porque tenemos un modelo donde no tenemos gerentes, donde nuestros hospitales funcionan en red, nuestros hospitales colaboran unos con otros y donde hemos hecho de la docencia y de la investigación algo imprescindible porque es la manera de atraer talento.

En el fondo todo nuestro proyecto obedece a intentar poner al paciente en el centro y a darle la mejor atención sanitaria posible. Y eso pasa por una complejidad y por atraer buenos profesionales, además hay que tener un entorno muy adecuado. Siguiendo el legado de mis padres seguimos siendo una empresa familiar, una empresa con un crecimiento sostenido y que ha mirado siempre en el largo plazo, después de 25 años seguimos aquí y somos uno de los tres grupos más grandes que existen.

A diferencia de otros países donde la sanidad privada está mucho más regulada, aquí hemos podido desarrollarnos sin limitaciones en cuanto a investigación y servicios. Esto quiere decir que hemos podido ayudar mucho al sostenimiento de nuestro sistema de salud y dar mucho más a la sanidad pública. La sanidad privada ha seguido siempre creciendo, incluso la época de los recortes, con la crisis del año 2008, donde el ajuste presupuestario impidió que el sistema sanitario público accediera a la alta tecnología e innovación tecnológica. Eso ha supuesto que la sanidad privada sea cada vez más competitiva.

¿En qué punto se encuentra el sector hospitalario actualmente? ¿Cuáles son los grandes retos? ¿Y los de HM Hospitales?

Actualmente nos encontramos con el gran reto de adaptarnos a la situación que hay en el sistema sanitario público. El sistema sanitario público está teniendo problemas para poder atender toda la demanda y eso repercute en el aumento de pacientes en la sanidad privada, los pacientes buscan alternativas. A nosotros esta situación nos genera un problema de despersonalización provocado por la masificación a la cual nos tenemos que adaptar, lo estamos intentando hacer a costa de crecer, de crear más médicos y por otra parte lo estamos intentando hacer desde el sector privado, intentando poner nuestro grano de arena para que la pública funcione lo mejor que pueda. Entendemos que el modelo que tenemos, que es el modelo que nos gusta, que queremos, tiene una sanidad pública mayoritaria, una sanidad pública de calidad, de alta calidad, alta accesibilidad y también un sector privado que la gente acude a él porque quieren en un determinado una experiencia de usuario diferente, una rapidez y un confort.

Ahí está el equilibrio y por supuesto, estamos para ayudar en lo que haga falta a la sanidad pública, como hemos hecho toda la vida a través de los conciertos o como hemos hecho con el COVID. Esos son los grandes retos que tiene el sector, nosotros de alguna forma estamos muy condicionados a la evolución del sistema sanitario público.

Durante la pandemia, todos los días a través de LinkedIn daba su famoso “Parte de Guerra”, ¿cómo se le ocurrió esa iniciativa?

Fue con la intención de, inicialmente, dar a entender tanto a nuestros profesionales como a nuestros pacientes que en HM hospitales estábamos 100% volcados en atender ese problema en primera línea de batalla. Para trasladar que estábamos ahí todos, desde la alta dirección hasta nuestros pacientes. Y a partir de ahí fue una manera de transmitir un por lo que estábamos pasando. Desde mi posición tenía una situación privilegiada porque por una parte había hospitales que estaban todos los días ahí, en el día a día y luego tenía relaciones con todo tipo de periodistas, con el gobierno, con todas las instituciones, ..., lo que me daba una visión un poco particular, eso



José María Martínez García y Juan Abarca Cidón durante la entrevista.

creo que fue lo que hizo que la gente se enganchara, aunque nunca he tenido otra intención más allá que informar. El origen inicial era para trasladar a nuestros profesionales y a nuestros pacientes que estábamos ahí volcados con todos los problemas que había en ese momento.

En el ámbito de la sostenibilidad, ¿qué iniciativas y proyectos está llevando a cabo el Grupo HM?

Trabajamos con todas las iniciativas de medio ambiente, llegar al grado de perfección no es posible, pero al menos te marca un camino. La parte de la apuesta por la sostenibilidad va dirigida a la reducción de la huella de carbono: en los hospitales más antiguos hemos renovado la iluminación, con leds para un menor consumo; las nuevas pantallas y la dotación tecnológica que estamos viendo en todos los hospitales ahora mismo tienen el menor consumo posible; hemos instalado placas fotovoltaicas en todos los hospitales; hemos incluido puntos de carga para los coches..., hemos promovido determinadas acciones de concienciación. Además, hemos liderado acciones para que nuestros propios trabajadores estén implicados y formen parte del eje estratégico del comité de dirección, tiene que salpicar a toda la compañía y que sientan realmente la importancia que tienen de forma transversal. Sabemos que ser sostenibles es caro, pero ser sostenible es ser responsables. Es una medida en la que la que tenemos un claro compromiso. Es algo absolutamente transversal y estratégico a toda la compañía.

Las nuevas tecnologías son un aliado fundamental en el sector salud, ¿qué uso hacen de ellas en el Grupo HM para mejorar la salud de los pacientes?

Intentamos estar siempre a la última en cuanto a innovación. Intentamos hacer una incorporación de la innovación que tenga sentido desde el punto de vista de la eficiencia, es decir, creo que hay que apostar por la innovación, tiene que ser una innovación eficiente desde el punto de vista del coste y de la aportación a los pacientes y es una de nuestras banderas desde el año 92, cuando mi padre trajo la primera resonancia abierta. Siempre hemos intentado buscar la última tecnología o intentar cambiar lo posible la innovación de los procesos para ser más eficientes, más ágiles y dar la mejor atención a los pacientes. Forma parte de nuestra política desde el principio.

En el sector privado a diferencia del público, tenemos que ganarnos la confianza de los pacientes día a día, porque si no, no vienen. Tenemos que intentar, además de hacer las cosas bien, ofertar a nuestros pacientes las mejores condiciones. Si no haces eso, y no apuestas, no eres capaz de hacer un grupo como lo hemos hecho nosotros, sin comprarlo de golpe, sino que hemos ido creciendo poco a poco, construyendo, consolidando. Todo HM funciona como un único hospital. Todo eso se hace porque vas labrando una buena imagen, y eso hace que la gente vaya cogiendo confianza con la marca. Creo que es muy importante, no solo desde el punto de vista de aporte de valor al paciente, sino de

la evolución del profesional médico. Si nosotros contamos, por ejemplo, con la cirugía robótica Hugo, supone para el profesional algo a nivel de prestigio, a nivel reputacional, y por supuesto, las ventajas que ofrece al paciente, pero yo creo que eso es sumamente bidireccional para tu propio capital, para tu propio orgullo de pertenencia, para tu retención de talento, para minimizar la parte de rotación, dignificar su profesión y poner las mejores herramientas posibles y avanzar para que a nivel social puedas tener un mejor impacto.

¿Qué hacen desde el Grupo HM por la prevención y fomento de hábitos saludables?

Tenemos, por una parte, unidades de chequeos en todos los sitios, acuerdos con empresas para la divulgación y fomento de hábitos saludables, esas acciones las llevamos a cabo de una manera continua. De hecho, en toda nuestra red tenemos ese acuerdo de colaboración con colegios, institutos, ... nuestros profesionales acuden a esos centros educativos para poder promoverlo.

También tenemos acuerdos con determinados equipos y clubes deportivos en toda España, donde hay programas muy específicos vinculados a la importancia que tiene la nutrición y el deporte como hábitos que mejoran el bienestar y calidad de vida. Lo ideal es desde pequeños ir fomentando precisamente eso, con mensajes a los niños y con mensajes a los padres, que al final son los que les dan de comer, para que podamos fomentar que a nivel social esté lo mejor posible.

Recientemente en un desayuno informativo, comentó que el Sistema Nacional de Salud (SNS) “está herido de gravedad”, ¿qué soluciones propone para reconducirlo?

El sistema sanitario público, todos lo estamos viendo, está pasando por un momento complicado, sobre todo relacionados con los problemas que hay con atención primaria. Hay una falta de motivación por parte de los profesionales. A los profesionales les cuesta trabajar en atención primaria, la prueba la tenemos en que las plazas de esta especialidad quedan desiertas por toda España.

En nuestro país la atención primaria es el pilar del sistema. Y si el pilar del sistema se cae, se cae todo el sistema. Hay que intentar en la medida de lo po-

sible, primero de todo, fortalecer la reglas de AP, hay que generar un entorno en el cual haya cosas que adquieran motivación, exista un mayor nivel de competencias dentro de la primaria, es decir, hacer atractivo de alguna forma el puesto para que el sistema vuelva a arrancar y para eso hacen falta una serie de propuestas y de acuerdos entre los grandes partidos políticos.

Creo que el sistema está grave, está herido, pero es reconducible. Hace falta consciencia política y luego voluntad política. La atención primaria más o menos funcionaba bien, el sistema antes de la pandemia ya estaba colapsado, todos los años se colapsaba por la gripe, lo estaba, pero se aguantaba. El problema es que la pandemia ha quemado muchísimo a los a la gente, a los profesionales, hay personas que se han jubilado. El ritmo de incorporación no compensa con la gente que se ha jubilado, y al final los que hay trabajan en exceso y no se les reconoce. Al final redundan en que los profesionales no quieren trabajar en Primaria y eso produce que la gente no acceda al sistema. La gente huye del sistema público y la gente accede a la privada. Esto es como un juego de dominó, hay que arreglar la atención primaria para que todo vuelva a fluir.

¿Cómo se puede disminuir la falta de profesionales sanitarios en nuestro país?

Lo más importante es la primaria y luego el sistema tiene muchísimas cosas que mejorar y muchísimos sitios donde se pueden hacer cosas. El eje del problema central es AP, hay problemas con otras especialidades que depende de los hospitales, depende de las especialidades, depende de las comunidades. Por eso tampoco me parece una buena idea que las comunidades autónomas compitan entre sí por esta batalla que se produce de recursos humanos.

Hay que ser mucho más homogéneos, yo no estoy a favor de la recentralización de la sanidad para el día a día, pero sí que el Ministerio tendría que tener mayor autoridad para determinadas cuestiones que tuvieran que ver con la coordinación y el liderazgo.

Cuando se hizo la descentralización no se daban las circunstancias de ahora, no había problema de profesionales, ahora todo se ha malentendido. Para las cuestiones del día a día hay competencias autonómi-

cas, pero una cosa es eso y otra cosa es que el Estado durante todo este tiempo haya hecho una dejación de funciones, que es lo que ha pasado políticamente, se ha mirado para otro lado por que la sanidad iba bien. Miraba para otro lado porque la sanidad iba bien. Es la primera vez que hay problemas en Sanidad y eso puede ser una oportunidad, que en unas elecciones lleguemos con problemas graves desde el punto de vista sanitario, los políticos no pueden mirar para otro lado. Eso es una oportunidad inédita, esto pasa necesariamente por un pacto de mínimos entre los grandes partidos que indique a la dirección hacia la cual queremos seguir los próximos 20 o 30 años, porque si no, no se va a solucionar nada.

¿Cuál es su opinión sobre la Ley de Equidad y Cohesión Social del SNS?

Hay que esperar a ver cómo sale, pero como salió inicialmente, pues es un despropósito. Pero sobre todo es un despropósito para la sanidad pública y para los pacientes, porque tenemos un modelo que se basa en la colaboración público-privada. Ese es el modelo que tenemos, te puede gustar más o menos, pero desde los inicios siempre fue así.

Pretender ponerle trabas a eso, al final es perjudicar a los pacientes y a una sanidad pública que está totalmente obsoleta y colapsada. Y además va en contra del documento que se hizo Comisión de la Reconstrucción del sistema sanitario durante la pandemia, donde, entre otras cosas, dice que tiene que haber un modelo del sistema que se base en las reglas de la buena gobernanza, pensando en los pacientes. Y, por otra parte, dice que se tendrá que promover un pacto entre los principales partidos políticos. Y si dan luz verde a un proyecto de la Ley de Equidad que va directamente en dirección contraria, no entiendo nada.

Hay una diferencia entre la demagogia y partir de bases que son imposibles. Espero que esa ley no salga así porque va en contra de nuestro modelo sanitario.

¿Cree que HM Hospitales y la Fundación IDIS pueden ser un motor significativo para conseguir un Pacto por la Sanidad?

HM Hospitales intenta hacer su trabajo lo mejor posible. Cada vez tiene más pacientes, cada vez da una

mejor asistencia, lo intentamos por lo menos y es una de las pruebas evidentes, junto con otros grupos, de que la sanidad privada en nuestro país es imprescindible. Y desde la Fundación IDIS pues intentamos, en la medida de lo posible, poner nuestro granito de arena denunciando lo que pasa en el sistema sanitario público, sobre todo porque nosotros tenemos dos objetivos: poner en valor la protección del sector privado y que el sistema mejore para todos. Es la plataforma donde estamos todos menos el sector público e intentamos defender una sanidad pública mejor para todos. El IDIS pone en valor el sector privado porque no es culpable. Primero, la privatización es mentira y eso lo hemos demostrado con los informes. La privatización va disminuyendo. Y segundo, no es el culpable de nada. Intentamos poner el valor a la parte del sector privado, pero defendiéndolo de los que están permanentemente atacándolo en base a teorías neoliberales.

Del mal funcionamiento de la sanidad pública, el crecimiento del seguro privado es una consecuencia indirecta. Indirecta y porque lo hacemos bien. Las únicas consecuencias directas que hay son el aumento de la morbilidad, la mortalidad y desde el punto de vista empresarial las funerarias son las que más ganan, eso son consecuencias directas, pero el crecimiento del sector privado y el crecimiento de las aseguradoras es un consumo indirecto.

¿Qué significa para usted haber sido galardonado con el XXVI Premio Emprendedor del Año de EY por la Zona Centro?

Para mí es un orgullo este premio, es una compañía que lleva más de 50 años dando estos galardones. Además de la fase de centro, que es quizá la más competitiva por haber una mayor conglomerado de empresas, pasa por la fase nacional en la que hay estupendos emprendedores y familias de emprendedores y segundas generaciones que han reforzado muchísimo más los lazos y que siguen siendo generadores de empleo y de patrimonio. Somos 8 finalistas y de ahí saldrá el ganador nacional. Es para sentirse orgulloso del trabajo y de la orientación. Es muy inspirador.



ENTREVISTA

Beatriz Alejo Gil, Directora Gerente del Hospital Los Madroños

“Ofrecemos una medicina cada vez más personalizada, humanizada y ágil”



Beatriz Alejo Gil, Directora Gerente del Hospital Los Madroños.

El Hospital Los Madroños, ubicado en Brunete (Madrid) nació en 2005, cuando casi no había oferta de sector privado en esa zona madrileña. Desde entonces, el paciente siempre ha sido el centro de su atención. Su directora gerente, Beatriz Alejo Gil, lo ha contado en esta entrevista para New Medical Economics.

¿Cuánto tiempo lleva siendo la directora gerente del Hospital Los Madroños?

Desde 2018 en el cargo de directora gerente y previamente, desde 2015, desarrollé mi labor como adjunta a gerencia. Durante estos 8 años, ha cambiado el paradigma de la asistencia en el sector salud por lo que considero fundamental identificar las áreas de interés futuro en un sector tan dinámico.

¿Podría contarnos cuáles son los inicios de este centro?

El Hospital Los Madroños nace en 2005 como Hospital General, con la vocación de contribuir a la mejora de la salud y la calidad de vida de los núcleos poblacionales de la zona oeste/noroeste de la Comunidad de Madrid, ofertando servicios sanitarios excelentes gracias a profesionales altamente cualificados y siempre con el paciente como centro de nuestra atención.

Ahora cada vez hay más hospitales, pero cuando nosotros nacimos en 2005, prácticamente esta zona no tenía sector privado. No había tampoco una historia de sanidad privada y, por lo tanto, muy pocos pacientes disponían de seguro. Nosotros también creamos esa necesidad y desde entonces los pacientes fueron poco a poco optando por la sanidad privada junto con la sanidad pública.

Posteriormente, en 2010, creamos la Unidad Avanzada de Neurorehabilitación, tras detectar la necesidad de ofrecer una atención diferenciada a las personas que sufren un daño neurológico cerebral o medular en fase inicial o crónica.

¿Qué os diferencia de otros hospitales o centros de las mismas características que este?

Ofrecemos una medicina cada vez más personalizada, humanizada y ágil; nos comprometemos a invertir permanentemente en la mejora de infraestructuras y dotaciones tecnológicas, y apostamos por la sinergia entre tratamiento e investigación. Creemos firmemente que ofrecer la máxima calidad pasa por ser impulsores de conocimiento e innovación.

Nosotros en este hospital contamos con facultativos, pero también hay ingenieros biomédicos, matemáticos, físicos, informáticos... Y todo eso lo ponemos al servicio de nuestro paciente, que al final es el centro.

El Hospital Los Madroños es un ejemplo más de organización familiar en el ámbito sanitario, ¿cómo lleva la gestión económica como gerente y propietaria al mismo tiempo?

Por desgracia, empieza a ser una “rara avis” dado que cada vez hay una concentración mayor, en la sanidad privada, de grupos y capitales riesgo. Una gestión como la nuestra nos permite tener respuestas ágiles en la toma de decisiones.

Mis años de formación, de experiencia y el hecho de rodearme siempre de un equipo mucho mejor yo, que me aporte y me nutra de distintas visiones, me ha ayudado a ser capaz de tomar decisiones con un sombrero o con otro con cierta naturalidad. Siempre con la premisa de que mi gestión diaria no debe verse mediatizada por las decisiones que únicamente afectan a la propiedad.

¿Cuáles son sus principales líneas de trabajo?

Principalmente el desarrollo de métricas que nos permiten analizar los procesos de atención al paciente y que permiten también predecir resultados. Por supuesto, apostamos por la digitalización de los procesos. De hecho, fuimos el primer hospital totalmente digital de la Comunidad de Madrid. También impulsamos la formación en el sector salud de perfiles profesionales tan dispares como técnicos en radiología, ingenieros biomédicos o terapeutas. Entendemos que el sector salud del futuro apuesta por la investigación por lo que participamos en numerosos proyectos europeos y nacionales.

¿Y sus próximos objetivos?

Mantenemos colaboraciones activas internacionales con centros de referencia en Estados Unidos, Europa y Asia, así como con numerosas universidades y centros de investigación. Esta sólida red internacional



Beatriz Alejo Gil y José María Martínez durante la entrevista.

nos permite pensar en la expansión y la internacionalización.

¿Cuál es su opinión acerca de la colaboración público-privada?

Es un tema recurrente que suele plantearse más por fundamentos ideológicos y mucho menos por criterios sanitarios o de calidad asistencial. En el resto de países europeos esta discusión no existe.

Hay un principio que para mí debe ser claro: “La sanidad privada no debe entenderse como una alternativa a la sanidad pública”. Y a partir de esto podemos hablar de colaborar o complementar; esto quedó patente en la pandemia, la sanidad privada ayudó a

descongestionar los hospitales públicos poniendo a servicio de los pacientes nuestras fortalezas.

Si la nueva Ley de Equidad, universalidad y cohesión del SNS, basada en criterios ideológicos, consigue derogar la Ley 15/1997, de nuevas formas de gestión; se produciría un aumento del coste para la sanidad pública de más de 2.500 millones de euros y, además, se dispararían las listas de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas.

Como decía antes, no somos la alternativa, al contrario, complementamos al servicio público, mejorando de este modo la atención a los pacientes, porque siempre, cuando se suman recursos, se mejora el servicio.



II SIMPOSIO DE BANCOS DE TEJIDOS NEUROLÓGICOS

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN, 24 DE MARZO, 2023

Con la Presidencia de Honor de S. M. la Reina Doña Sofía

INAUGURACIÓN / APERTURA (8:30-9:00h)

Manuel Sánchez Malmierca. Director del Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL)

M^a Ángeles Pérez Muñoz. Gerente de la Fundación CIEN

Agustín González González. Subdirector Gral. de Redes y Centros de Investigación Cooperativa, Instituto de Salud Carlos III

Objetivos y estructura del Simposio. Alberto Rábano. Director Científico, Banco de Tejidos, Fundación CIEN, ISCIII, Madrid

Los BTN después de la pandemia. Susana Teijeira. Directora Científica, BTN IIS Galicia Sur, Vigo

LOOKING OUT: EL CONTEXTO SOCIAL, SANITARIO E INVESTIGADOR (9:00-10:30h)

Foro de discusión. Moderador: Alberto Rábano. Director Científico, Banco de Tejidos, Fundación CIEN, ISCIII, Madrid.

María Teresa Marín Rubio. Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad, CLM.

Ramon Trullas. Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona, IDIBAPS/CSIC.

Antonio Asencio. Director General de Comunicación y Public Affairs de SIGMA DOS

Alberto Villarejo Galende. Jefe de Sección de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Benjamín Herreros. Director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Universidad Europea de Madrid.

Café + networking (10:30-11:00h)

LOOKING INTO: NUEVAS INICIATIVAS Y ACTIVIDADES EN LOS BTN (11:00-12:30h)

Moderadora: Elena Martínez Sáez. Neuropatología, Anatomía Patológica, HU Vall d'Hebron; Coordinadora BTN Biobanco HUVH.

Realización de autopsias en casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Legislación francesa y experiencia en el hospital de la Pitié-Salpêtrier.

Susana Boluda. Département de Neuropathologie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, DMU Neurosciences, AP-HP, Sorbonne Université, Institut du Cerveau, Paris Brain Institute-ICM, Inserm, CNRS, Paris, France

Campaña de difusión del BTN en Atención Primaria. Experiencia en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

M^a Fernanda Relea Calatayud. Patóloga y Directora Científica.

Clara Villar Rodríguez. Coordinadora técnico y Responsable de calidad. Biobanco de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

Cooperaciones que te hacen crecer: con los "ojos" puestos en la investigación.

Héctor Rodrigo Lara. Neuropatología, Banco de Cerebros de la Región de Murcia.

Programa de seguimiento de donantes (PSD-FCIEN): estudio piloto. María Ascensión Zea Sevilla. Neuróloga, Plataforma Clínica, Fundación CIEN, ISCIII, Madrid.

Formación complementaria a través del título de Experto Universitario en Bancos de Tejidos neurológicos: datos de las tres ediciones impartidas.

Iván Fernández Vega. Director Científico del Biobanco del Principado de Asturias BBPA.

LOOKING FORWARD: PENSANDO JUNTOS EL FUTURO (12:30-13:45h)

Moderador: Javier Herrero. Director Científico, Banco de Tejidos Neurológicos-INCYL, Salamanca.

Proyectos colaborativos en el GT-BTN: el proyecto Iber-Brain.

Alberto Rábano. Director Científico, Banco de Tejidos, Fundación CIEN, ISCIII, Madrid.

Cohortes y bancos de tejidos neurológicos en la investigación en medicina personalizada.

Pascual Sánchez Juan. Director Científico, Fundación CIEN, ISCIII, Madrid.

Los biobancos y la norma UNE-EN ISO 20387: proceso de acreditación y situación actual en Europa.

Loreto Añorbe Díaz. Técnico del Departamento de Sanidad de ENAC. Auditora Jefe de Biobancos y de Laboratorios Clínicos.

La conexión europea. Los BTN españoles y el BBMRI.

Teresa Escámez. Responsable Plataforma Biobanco IMIB. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla.

CONCLUSIONES Y CLAUSURA (13:45-14:15h)

Acto de agradecimiento a Dña. Paloma Ferreiras Peña, mecenas del BTN-INCYL.

COMIDA/BUFFET Y DESPEDIDA (14:15h)



La innovación, clave para la sostenibilidad del sistema sanitario

La salud es uno de los sectores de actividad más innovadores y, sin embargo, el acceso a la innovación y la financiación de la misma constituyen un reto. La innovación es un pilar sobre el que se sustenta el crecimiento económico de nuestro país, y cuanto más ágil sea, mejor será el rendimiento que se consigue en cualquier campo, pero especialmente en el de la salud.

Además, en el sector sanitario, como en muchos otros sectores, la innovación requiere de la adaptación de los procesos siendo fundamental la aplicación de nuevos modelos asistenciales y el diseño de líneas estratégicas de actuación que den respuesta a los cambios (por ejemplo, la medicina personalizada y de precisión).

Por otro lado, la estructura del Estado en el que las comunidades autónomas tienen competencias en Sanidad e I+D+i, cuentan consecuentemente con presupuestos heterogéneos en ambos ámbitos, incidiendo directamente en la equidad a la hora del acceso a terapias sofisticadas y vanguardistas y disponer de sistemas de diagnóstico de última generación.

En el ámbito sanitario, en el que los avances científicos y la investigación son imprescindibles, se debe optimizar la financiación para el desarrollo de iniciativas; las cuáles son claves para mejorar el servicio que

reciben los ciudadanos y, a su vez, tiene gran impacto en la sostenibilidad futura de los sistemas de salud.

Para debatir y trabajar sobre el binomio de la innovación y la sostenibilidad del sistema sanitario, el Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM) acogió en su sede el Grupo de Trabajo: “Innovación y sostenibilidad: ¿son compatibles?”, organizado por New Medical Economics en colaboración con Astellas y Pfizer. Para ello se contó con la participación de expertos de primer nivel en la asistencia al paciente y la gestión farmacéutica.

La jornada se estructuró con dos mesas de trabajo y ambas estuvieron moderadas por José María Martínez García, presidente de New Medical Economics. En la primera de ellas participó: José Ramón Luis-Yagüe, director del Departamento de Relaciones con las comunidades autónomas de Farmaindustria; Nieves Martín Sobrino, directora técnica de Asistencia Farmacéutica de la Gerencia de Salud de Castilla y León; Yoana Nuevo Ordóñez, responsable de la Oficina de Apoyo a la Innovación y Conocimiento sobre medicamentos y de la Unidad de Asesorías Científicas Nacionales, dentro del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); y Juan Carlos Valenzuela, coordinador regional de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.



De izda. a dcha.: Yoana Nuevo Ordoñez, responsable de la oficina de apoyo a la innovación y conocimiento sobre medicamentos y de la unidad de asesorías científicas nacionales, dentro del departamento de medicamentos de uso humano de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS); Nieves Martín Sobrino, directora técnica de asistencia farmacéutica de la gerencia de salud de Castilla y León (SACYL); Juan Carlos Valenzuela Gámez, coordinador regional de farmacia del servicio de salud de Castilla-La Mancha (SESCAM); Concha Serrano Colmenero, directora de relaciones Institucionales en Pfizer España; José María Martínez García, presidente de New Medical Economics; Iria Álvarez-Novoa Iglesias, directora de Market Access y Government Affairs de Astellas Pharma; y Jose Ramón Luis-Yagüe Sánchez, director del departamento de relaciones con las Comunidades Autónomas de Farmaindustria.

La segunda mesa estuvo compuesta por: Isabel Gallegos, especialista en Oncología del Hospital General de Segovia; Modoaldo Garrido, gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón; José Manuel Martínez Sesmero, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico San Carlos (Madrid); Alberto Morell, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid); y Patricia de Sequera, jefa de Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid) y presidenta de la Sociedad Española de Nefrología.

Primera mesa

Para comenzar con el debate, Martínez quiso que los ponentes pusieran sobre la mesa qué se entiende por innovación y sostenibilidad. Desde la AEMPS entien-

den por innovación cualquier mejora de producto o producto innovador que impacte directamente sobre la terapéutica o sobre el mercado. Sin embargo, Yoana Nuevo, como responsable de la Oficina de Apoyo a la Innovación, mencionó también el término de innovación regulatoria, “antes de que ese medicamento llegue al Sistema Nacional de Salud”. Comentó que “debemos ser capaces de generar una regulación flexible, que permita a los investigadores innovar, pero manteniendo el rigor científico y regulatorio que permita obtener medicamentos de calidad, seguros y eficaces que es la máxima de la AEMPS”. Además, comentó que desde la AEMPS entienden sostenibilidad “como el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer las de las futuras generaciones” y resaltó que “la interacción entre todas las

partes interesadas (investigadores, tanto de academia como hospitalarios, personal sanitario, industria, financiadores, reguladores y pacientes) ayudará a encontrar el equilibrio para fomentar la innovación, por un lado, asegurando la asequibilidad y sostenibilidad, por otro”.

“Nuevo es aquello que se pone por primera vez en el mercado”, afirmó Nieves Martín y siguió: “Innovador desde el punto de vista de la gestión y de los sistemas sanitarios públicos, es aquello que aporta mejoras y ventajas sobre lo que ya tenemos disponible. Para nosotros nuevo no es igual que innovador”.

Por otro lado, José Ramón Luis-Yagüe considera que la innovación y la sostenibilidad sí son compatibles en nuestro sistema sanitario. “La incorporación de la innovación supone mejoras no solo desde el punto de vista de la atención a los pacientes, sino también desde el punto de vista de la eficiencia de los recursos que destinamos a sanidad. Hablar de innovación desde Farmaindustria es hablar de nuestra razón de ser”, comentó el experto.

En cuanto a la situación que se encuentra la innovación española respecto a los países del entorno, Valenzuela contó que gran parte de los informes sitúan a España por debajo de la media europea, tanto en inversión como en acceso a las tecnologías. “Se debe tener en cuenta las particularidades de cada una de las comunidades autónomas a la hora de analizar la eficiencia en la inversión y en la mejora de los ecosistemas de innovación”, afirmó.

Con respecto al acceso a la innovación sanitaria, el director del Relaciones Institucionales de Farmaindustria piensa que tenemos un sistema sanitario que está descentralizado en las comunidades autónomas, que tienen amplias competencias en la gestión de la asistencia sanitaria. “Todos tenemos un objetivo común: dar la mejor asistencia sanitaria a los pacientes. Sin embargo, hay desequilibrios en el acceso a la innovación sanitaria, esto es innegable. Es un problema que exige una respuesta a nivel de Estado”, indicó Luis-Yagüe.

Por su parte, Nieves Martín considera que en cuanto al acceso a los medicamentos “se magnifican las

diferencias y se minimizan las similitudes”. En este sentido, la experta cree que hay que tener en cuenta los factores de cohesión y de homogeneidad. En la misma línea, Valenzuela explicó que en innovación tecnológica puede haber más desequilibrio, pero con respecto a los medicamentos innovadores no tanto, “hay excepciones, pero los desequilibrios son menores”.

“¿Cómo puede ayudar la innovación a la sostenibilidad del sistema sanitario español?”, esta fue la siguiente pregunta que Martínez dirigió a los ponentes. Yoana Nuevo comentó que “es fundamental impulsar la innovación y entenderla como una inversión, para ello hay que valorar e impulsar estrategias como el reposicionamiento de los medicamentos antiguos o la optimización de la dosificación de los medicamentos y la duración de los tratamientos, especialmente para los medicamentos oncológicos”. Mencionó además, “que muchos de los medicamentos oncológicos se autorizan mediante autorización condicional, en la que el Titular de Autorización de Comercialización no ha terminado todos los estudios clínicos pero se le concede la autorización de comercialización del medicamento porque el beneficio para los pacientes es superior al riesgo de no disponer de dicho medicamento. Sin embargo, la investigación posterior sobre la posología y duración del tratamiento produce numerosos beneficios, tanto para los pacientes, con un incremento en la adherencia al tratamiento, como para el sistema nacional de salud”. Yoana Nuevo añadió que “aunque sean terapias menos disruptivas también son innovación y creemos que se podría avanzar en este tipo de innovación como medida directa, ya que requieren de una menor inversión inicial”.

A Nieves Martín, le parece una línea de actuación importante, sobre todo por la mejora que luego va a repercutir en los pacientes, pero no cree que eso tenga repercusión en la gestión y en los precios. Contestando a la pregunta de Martínez, Valenzuela considera que se requiere un nuevo modelo sostenible, “no podemos olvidar los condicionantes económicos de la innovación porque nos exigen encontrar un equilibrio entre los recursos que dedicamos y los resultados, para que desde el sector público podamos facilitar,

impulsar y priorizar la innovación tecnológica y la innovación en medicamentos”.

Como colofón a esta primera mesa se trató el tema de la colaboración público-privada (CPP), “¿puede ayudar a integrar la innovación en la sanidad pública?”, cuestionó el presidente de New Medical Economics a los expertos.

Según José Ramón sí, “esta CPP debe ayudarnos a incorporar la innovación en el Sistema Nacional de Salud y creo que lo estamos haciendo”. Por su parte, Nieves Martín indicó que desde Sacyl les está costando mucho esfuerzo aplicar los nuevos modelos de financiación, pero que son necesarios debido a los elevados precios de una parte de los nuevos medicamentos. Y Juan Carlos Valenzuela señaló que es hacia dónde tenemos que ir. Además, Valenzuela puso sobre la mesa el problema de esta CPP “el liderazgo y la dirección de esa colaboración público-privada lo tiene que hacer el sector público y no sé si esto está ocurriendo”.

Segunda mesa

Siguiendo el hilo de la primera mesa, Martínez preguntó si a la hora de innovar en Sanidad prevalece más el coste que el beneficio del paciente. Para Modoaldo Garrido no hay discusión, “innovar es consustancial a mejorar las expectativas y calidad de vida del paciente. Es valor lo que está aportando”.

“¿Qué innovación sanitaria es más accesible?”, cuestionó el presidente de New Medical Economics a los ponentes. La percepción de José Manuel Martínez Sesmero es que, en el ámbito del medicamento, a pesar de los problemas que puedan existir, hay un razonable acceso a la innovación, pero en el campo de la tecnología, le surgen algunas dudas. “Debemos intentar incorporar otro tipo de tecnologías más allá de las que entendemos habituales e introducir la mhealth”, señaló el experto.

Con respecto a los departamentos o unidades de innovación en los hospitales, Sesmero comentó que el Clínico San Carlos fue uno de los centros que comenzó con la creación de esta Unidad, “ahí comenzó la creación de nuevos modelos organizativos, de crear

productos y servicios. Nosotros como farmacia de Hospital nos incorporamos y creemos que también en ese beneficio de aplicar otros horizontes que vienen de otros sectores, porque cada vez más tendremos que desarrollar herramientas basándonos no solo en tener un nuevo medicamento, sino también de colaborar con empresas de otros ámbitos, es clave”.

Por su parte, Modoaldo comentó que en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón han constituido la Comisión Central de Innovación con los responsables de todas las áreas, “para que toda la Comisión conozca qué estamos haciendo de nuevas, todo como un horizonte que entra en un círculo virtuoso que no tiene fin”.

En cuanto a la innovación en la atención al ciudadano en general y al paciente en particular, “¿va acompañada de la adaptación de los modelos asistenciales y los planes estratégicos en el hospital o servicio correspondiente? ¿Puede esto producir inequidad entre hospitales?”, preguntó Martínez a los expertos. Patricia de Sequera no tiene ninguna duda, “se puede innovar sin que haya grandes aumentos en los costes. La innovación no aplica solo a los fármacos o a la tecnología también a los procesos. Debemos tener imaginación, en ocasiones se trata de reorganizar los procesos”.

Alberto Morell considera que cuando hablamos de innovación estamos hablando de algo que es complicado, asimétrico y que va a impactar de una forma importante. Según el experto para que eso sea así las organizaciones tienen que cambiar, “no tengo ni he tenido nunca un presupuesto de innovación”, afirmó. Morell indicó que a él le gusta innovar y fracasar, “si no se innova estamos abocados al fracaso y al colapso del sistema, los países que más avanzan son los que más innovan y por ahí andará nuestra solución a todo esto”.

La gestión del fármaco innovador dentro del Hospital fue otro de los temas que se puso sobre la mesa. En este sentido, Isabel Gallegos comentó que hay que buscar lo que os une y no tanto las diferencias. Para la doctora, el problema está cuando dos clínicos ante la misma situación quieren ejecutar la misma acción y no pueden porque quizás todavía



De izda. a dcha.: Modoaldo Garrido Martín, director gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón; José Manuel Martínez Sesmero, jefe del servicio de farmacia del Hospital Clínico San Carlos (Madrid); Concha Serrano Colmenero, directora de relaciones institucionales en Pfizer España; José María Martínez García, presidente de New Medical Economics; Patricia de Sequera Ortiz, jefa de nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor y presidenta de la Sociedad Española de Nefrología; Isabel Gallegos Sancho, especialista en oncología del Hospital General de Segovia; Iria Álvarez-Novoa Iglesias, directora de Market Access y Government Affairs de Astellas Pharma; y Alberto Morell Baladrón, jefe del servicio de farmacia del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

ese fármaco no ha llegado a la clínica, “estamos en ese compás de conseguir los precios, cuando exista una diferencia es cuando se está rompiendo la equidad”.

En cuanto a la medición de los resultados en salud, Modoaldo señaló que en su Hospital están comenzando, “se trabaja más en la efectividad del fármaco que en la satisfacción del paciente. Y debemos ir incorporando la vivencia y satisfacción del paciente como resultado fundamental”. En la misma línea, para Sesmero hay margen de mejora, “sobre todo lo que nos falta es la parte de la dimensión humana”, y Morell cree que se han desarrollado unos sistemas de manejo clínico individual de pacientes muy importantes, pero no han sabido asumir la complejidad de

la innovación. Sin embargo, en el campo de la oncología, según contó Isabel Gallegos se ha incorporado de forma masiva los famosos PROs (Resultados reportados por los pacientes).

En el ámbito de la inteligencia artificial “las cosas han cambiado de forma vertiginosa. Este tipo de técnicas nos dan muchísimos datos”, indicó Patricia de Sequera. “Aquí la industria farmacéutica, al igual que la tecnológica, es clave. Además, es imprescindible que vayamos de la mano los profesionales sanitarios, los pacientes, la industria, y las sociedades científicas”, señaló la experta.

Seguidamente, se trató el tema de la economía circular. Por su parte, Isabel Gallegos puso algunos

ejemplos que desarrollan en su hospital: “Hemos avanzado sosteniblemente: en la implementación de todos los biosimilares y en las dosis o en el campo de la inmunoterapia”. Para el jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Clínico San Carlos, economía circular es maximizar lo que tiene, las personas y las herramientas. Considera que economía circular hay muchas, pero es bonito aplicarlo, “tiene una parte de autonomía, de autogestión, de modelo sostenible, también de incorporar la innovación. Cada vez lo vamos teniendo más claro, pero cuidado con quedarnos en nuestro nicho, porque los círculos son varios”.

Por su parte, Morell considera que “la economía circular está muy bien si circula. Estamos viviendo muchos problemas de economía circular. Cree que las alianzas y la dirección para que sea economía circular se sostenga son vitales para que esto a largo plazo funcione.

En su turno de intervención, Modoaldo comentó que en su Hospital tienen certificada la gestión medioambiental con la ISO 14001, “se ha notado en el consumo de energía de papel, de residuos de agua, intentamos potenciar la compra verde, o sea, que el proveedor nos aporte valor en este sentido de sostenibilidad medioambiental”. El Hospital en el que trabaja Patricia de Sequera también cuenta con la misma certificación medioambiental, “ahí tenemos una gran responsabilidad porque la sanidad produce muchísimo residuo y tiene probablemente la mayor repercusión sobre el medio ambiente”.

Para finalizar con el debate, Martínez García invitó a los ponentes a que dieran su visión de futuro en cuanto a innovación y sostenibilidad y sus propuestas de líneas de mejora. Comenzó hablando Valenzuela, ponente de la mesa anterior, quien cree que necesitamos una regulación normativa y desarrollar documentos técnicos y procedimientos para la evaluación de esta innovación. Con respecto a la sostenibilidad, contó que las líneas de mejora tienen que ir orientadas sí o sí a nuevos modelos financieros “que nos permita valorar la efectividad esperada de la innovación”.

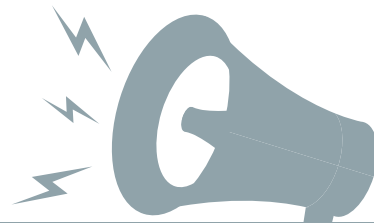
Isabel Gallegos afirmó que todo el mundo puede innovar en su día a día, “tenemos que buscar cada uno con los medios que tenemos, los recursos y donde estamos trabajando sacar lo mejor de eso, lo mejor de cada día, de nosotros mismos e intentar ofrecérselo a los pacientes, porque al final eso es lo que perciben ellos y eso sí que es importante”. También habló de la innovación en la prevención, “en el momento en que un cáncer es avanzado, el gasto es inasumible, inasumible”, afirmó la oncóloga.

“Si hiciéramos todo lo que había que hacer en términos de eficiencia, incorporando todo lo que había que incorporar, gestionando todo estupendamente y sin problema, tendríamos que hablar de solvencia. Tenemos un sistema magnífico, pero cuesta”, indicó el director gerente del Hospital Fundación Alcorcón.

El representante de Farmaindustria también dio su opinión en este último punto. Para José Ramón “hay que poner más recursos en sanidad, más dinero”. El experto dijo que necesitamos reglas para la incorporación de la innovación: “un procedimiento que sea transparente, que se ajuste a tiempos y que nos permita a todos saber dónde estamos”.

Por su parte, José Manuel Martínez indicó que “la innovación es un elemento clave para que sea sostenible y para que mejore la capacidad y solvencia del sistema sanitario. Hay que buscar innovaciones sostenibles”. El experto cree que es posible, pero “debemos tener un plan y liderazgo para implementarlo”.

“Si queremos dar una estabilidad a todos estos cambios que son necesarios, a mí me sigue faltando el paciente”, añadió Morell. “Debemos de poner a los pacientes a colaborar en su sanidad. Ya tenemos herramientas de alerta, podremos optimizar muchos más recursos humanos. Eso nos ayudaría a redondear nuestro sistema ahora y hacia el futuro”, subrayó. Para concluir, Patricia se mostró muy de acuerdo con las palabras de Alberto y como reflexión final comentó: “La manera para que la innovación y la sostenibilidad vayan de la mano es la prevención. La prevención es lo más coste-eficaz que hay”.



El CGCOM buscará el consenso político para defender el modelo sanitario

Con motivo del ecuador de mandato al frente del Consejo General de Médicos, el Dr. Tomás Cobo protagonizó recientemente el Foro Salud organizado por Nueva Economía Fórum, un espacio en el que ha repasado la actualidad sanitaria, ha esbozado las necesidades para el futuro y ha demandado un Pacto de Estado que proteja “el mejor regalo que nos hemos los españoles en los últimos 100 años: nuestro modelo sanitario”.

La situación del Sistema Nacional de Salud, la falta de médicos, la crisis de la Atención Primaria, las movilizaciones de los sanitarios, el modelo MIR, el nuevo Código Deontológico o la necesidad de consenso político para la reconstrucción de la sanidad, han sido algunos de los temas más relevantes abordados por el presidente del Consejo General en este Foro Salud, cuya introducción ha corrido a cargo de la secretaria de Estado de Sanidad, Dña. Silvia Calzón.

El Dr. Tomás Cobo inició su intervención aludiendo a la diferencia entre modelo y sistema sanitario. “El modelo es el mejor regalo que se ha dado España así misma en los últimos 100 años, el modelo es quien nos cuida desde que nacemos hasta que morimos sin ninguna ambición de conquista más que hacer el bien”. En su opinión, “este modelo universal, gratuito y público es el eje del bienestar social” porque “no hay nada sin salud y este es el modelo que debemos proteger como elemento clave de la justicia social”.

El sistema, en cambio, es el que “debe sostener y garantizar el modelo sanitario incluyendo la sanidad pública y privada, cuya colaboración cuánto más ágil sea, mejor”. En España, según explicó, “tenemos un sistema divergente dividido en 17 Comunidades Autónomas” y ha matizado que “es difícil mantener un sistema cuando ha tenido 17 ministros de Sanidad en los últimos 20 años”.

En cuanto a las principales fracturas que tiene el liderazgo de los médicos, el Dr. Tomás Cobo aludió a la precariedad laboral, el 50% de los médicos de España tiene un contrato precario; el poco tiempo para la formación médica continuada, que tiene que salir del tiempo extra; y, finalmente, el reconocimiento salarial acorde a su responsabilidad como profesionales, notablemente inferior al resto de Europa. “Si a esto le sumamos la pandemia o las agresiones a los profesionales sanitarios que van en aumento, hace que en España tengamos unos médicos agotados”, dijo.

Una de las especialidades con más carencia es la Atención Primaria. “Durante años hemos cometido errores y hemos dirigido la formación médica de grado a la atención hospitalaria y no a la primaria”. Es por lo que, en su opinión, “hay que generar incentivos y hacerla más visible y atractiva como las plazas de difícil cobertura; pero a nivel general no como medidas aisladas de los 17 sistemas de salud que hay en España”.

Al respecto del inminente relevo al frente del Ministerio de Sanidad, el presidente del Consejo General de Médicos pidió al futuro ministro de Sanidad, tras la marcha en los próximos meses de Carolina Darias como candidata a la Alcaldía de Las Palmas, que lidere un Pacto de Estado por la sanidad española.

“El ministro o la ministra tiene que liderar, con el consenso de las fuerzas políticas, el Pacto de Estado por la Sanidad”. Para alcanzar este pacto, Cobo señaló que se debe realizar “un esfuerzo grande”, “despolitizar” la gestión sanitaria “y pensar en el bien de los demás y en el del modelo sanitario”. “Voy a pedir lo que pedimos siempre, que nos escuchen y nos atiendan”, añadió al respecto.



Mal comienzo de año en el sector sanitario: destruye más de 27.000 empleos entre enero y febrero

El comienzo del año para el sector sanitario no ha sido bueno. Entre enero y febrero se han destruido 27.263 puestos de trabajo. Los primeros meses del año no suelen ser buenos para la creación de empleo, sin embargo, estos dos meses de 2023 son bastante peores que los dos primeros meses de 2022 cuando la destrucción de empleo sumó entre enero y febrero 6.389 (1.674 en enero y 5.165 en febrero). En concreto, este febrero ha destacado por la destrucción de 9.934 empleos, lo que en sí supondría la mitad de enero, con 17.329 puestos de trabajo destruidos.

Según el informe publicado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, el sector de las actividades sanitarias y servicios sociales ha registrado en enero un descenso de la afiliación empleos de un 0,56%. Lo que supone volver a bajar de la línea de los 1.800.000 ocupados.

En concreto, el sector registró en febrero 1.773.327 afiliados en el Régimen General de la Seguridad Social. Son casi 10.000 menos que en el mes de enero, con 1.783.261, y casi 60.000 menos que el máximo anual de 2022 registrado durante el verano del año pasado cuando se alcanzó el récord histórico con 1.832.268 afiliados. Aun así, el ámbito sanitario y social acumula 28.805 afiliados más desde principios de año y el balance interanual marca un crecimiento del 1,65%. Son 0,27 puntos menos que en enero, mes que marcó un 1,92%

Por su parte, la afiliación sanitaria en el régimen especial de trabajadores autónomos se ha situado en 131.908 registrados, un aumento de 618 personas con respecto al mes pasado, lo que supone un crecimiento del 0,47%. En el aspecto interanual, el sector se caracteriza por un crecimiento de más del 3,66% lo que se traduce en una variación absoluta de 4.665 más ocupados que en el mismo mes del año anterior.



El marketing digital, una ayuda para mejorar la visibilidad de las enfermedades raras

El Día Mundial de las Enfermedades Raras, que se celebró el 28 de febrero, volvió a recordar algunos de los retos que todavía enfrentan profesionales y pacientes. Actualmente, se calcula que unos 30 millones de europeos sufren más de 6.000 enfermedades raras diferentes. En España, se calcula que esta cifra ronda los 3 millones de pacientes. Si bien, de forma global, se trata de cifras muy amplias y, por lo tanto, de un importante problema sanitario, la cuestión es que hay muy pocos afectados para cada enfermedad. No hay que olvidar que se

considera como enfermedad rara aquella que tiene prevalencia inferior a 5 casos por cada 10.000 personas. Además, se trata de un grupo de enfermedades muy heterogéneo, lo que da lugar a que, en todo el territorio nacional, haya patologías con miles de afectados y otras en las que solo se ha diagnosticado a un paciente.

En la práctica clínica, esto se traduce en que los médicos atienden a un número reducido de pacientes en comparación con patologías como la diabetes o la hipertensión. De esta forma, no siempre es fácil tener

claros los síntomas diferenciales de este tipo de patologías, para identificarlas de forma temprana. Esta es una de las principales causas por el que muchos de estos pacientes tienen que esperar hasta cuatro años para recibir un diagnóstico.

Ante esta realidad, los expertos apuntan a que el sistema sanitario debe encontrar y formar a pacientes y a profesionales sanitarios para agilizar el tiempo al diagnóstico y poder identificar síntomas y signos que puedan sugerir la existencia de una enfermedad rara. Es en este contexto en el que se puede sacar un gran provecho de las herramientas de marketing digital, las cuales, permiten dirigirse a un nicho más concreto de perfiles, logrando una mayor fidelización de los usuarios y consiguiendo que mensajes claves lleguen en el momento adecuado.

Actualmente, las enfermedades raras precisan un mejor uso de herramientas de visibilidad, que además permitan mejorar la formación para profesionales sanitarios sobre las mismas. En este punto, las herramientas de marketing digital permiten tener un rol activo en la formación. Pero, además, suponen un apoyo continuado a los pacientes, los cuales, pueden tener un mayor acceso a programas que realmente

responden a sus necesidades y que contribuyen a mejorar la adherencia a los tratamientos.

No hay que perder de vista que, a día de hoy, tanto profesionales sanitarios como pacientes y consumidores esperan acceder a contenido relevante. En su día a día, disponen de múltiples canales y fuentes donde encontrar la información que necesitan y en el momento que necesitan. Por ello, cada vez es más importante la capacidad de la industria farmacéutica de ofrecerles contenidos de forma ágil y creativa sin perder rigurosidad. La omnicanalidad ofrece grandes ventajas por el hecho de permitir interactuar a través de diferentes canales digitales y atender las necesidades de los usuarios de forma individualizada. Los profesionales sanitarios, de hecho, valoran muy positivamente la flexibilidad que ofrecen los canales de relación virtuales, frente a los presenciales.

Así se ha comprobado desde el inicio de la pandemia, cuando las empresas farmacéuticas comenzaron a formar a sus equipos para aprovechar los canales digitales y realizar visitas remotas de más valor. Equipos que tienen entre sus características ser relativamente pequeños, por lo que, una estrategia “Digital First” cobra aún más sentido.





SEDISA y SEFC se unen para trabajar en favor de la investigación y el buen uso de los medicamentos



Antònia Agustí Escasany, presidenta de la SEFC y José Soto Bonel, presidente de SEDISA.

Desde hace años se ha puesto de manifiesto la gran importancia de la investigación, la innovación terapéutica y la promoción del uso apropiado de los medicamentos. Con el fin de avanzar en este sentido, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC) han firmado un acuerdo para realizar proyectos de investigación clínica, evaluación económica y mejora de la calidad y el uso de los medicamentos. José Soto Bonel, presidente de SEDISA, explica que gracias a este acuerdo “conseguimos aportar nuestro grano de arena al campo de la investigación; ofreciendo no solo la opinión de expertos sobre este campo, sino también la posibilidad de realizar proyectos que pongan en valor la gran labor que hace la investigación y, sobre todo, la necesidad de que la farmacología clínica obtenga el reconocimiento que se merece”.

Para Antònia Agustí Escasany, presidenta de la SEFC, gracias a este acuerdo “podremos colaborar más directamente con SEDISA para poder presentarles los resultados de nuestras actividades y poder analizar conjuntamente su aplicabilidad en la mejora de la salud en nuestros centros sanitarios. Así como poder compartir valoraciones sobre innovación y terapéutica y planificar proyectos que mejoren la utilización de los medicamentos”.

El trabajo de las sociedades favorece una mejora sobre Antònia Agustí Escasany, presidenta de la SEFC, y José Soto Bonel, presidente de SEDISA medicamentos y productos sanitarios, lo que no deja de ser un paso más hacia un Sistema Sanitario que pueda ofrecer mejores soluciones a los problemas que nos enfrentamos en la actualidad.



La infección por COVID-19 puede eliminar el gen TP53, un gen supresor del avance de las células cancerígenas

Tal y como informa el doctor Antonio Brugarolas, jefe de la Plataforma de Oncología de Quirónsalud Torre Vieja, diversos estudios publicados en la revista *Science* han ratificado que el COVID 19 puede eliminar el Gen TP53, un gen supresor que puede dirigir a la muerte celular (apoptosis) a la célula transformada cancerosa y tiene una profunda influencia en el desarrollo del cáncer.

Como explica el doctor Brugarolas, “si un cáncer diagnosticado o incluso una lesión precancerosa es infectada por COVID-19 podría provocar la pérdida de la función del TP53, lo que derivaría en la progresión tumoral, la aparición de metástasis o la aceleración de la transformación maligna de una célula precancerosa”. En este sentido se ha descrito un aumento de tumores avanzados en el momento del diagnóstico, sin que se puedan descartar la influencia de la disminución de controles, chequeos o tratamientos durante las fases agudas iniciales de la pandemia.

Hoy se conoce que durante la infección de coronavirus se afecta todo el organismo, no solo el aparato respiratorio como se creyó al principio, y en estudios de autopsias en pacientes fallecidos por COVID-19 se ha recuperado el virus en la totalidad de los órganos. “Por otra parte”, indica el doctor el jefe de la Plataforma de Oncología de Quirónsalud Torre Vieja, “los estudios epidemiológicos recientes han concluido que la reinfección por Covid-19 aumenta los riesgos de las

secuelas cardiovasculares, respiratorias hematológicas, diabetes, gastrointestinales, musculoesqueléticas y neurológicas. Y, aunque no existen todavía datos definitivos, se ha sugerido que la infección por COVID-19 puede desencadenar la descompensación de enfermos crónicos y producir un aumento de la mortalidad debida a otras causas”.

Las agencias sanitarias mundiales recomiendan establecer estrategias para prevenir y evitar la reinfección, recomendando la vacunación periódica (anual) y el tratamiento generalizado de la enfermedad con fármacos antivirales, ya que como advierte el doctor Brugarolas, “el tratamiento con antivirales durante cinco días evita la enfermedad y protege de la aparición de secuelas tardías y efectos secundarios causados por la enfermedad”.

La respuesta inmunológica al Covid-19 es perceptible después de la infección por el virus y también después de la vacunación, pero es transitoria, con una duración inferior a un año. Hay muchos datos que demuestran reinfección tanto en personas vacunadas como sin vacunación.

Por último, el doctor Antonio Brugarolas recomienda generalizar la administración de los medicamentos antivirales ampliando las indicaciones no solamente a todos los enfermos que tienen o han tenido cáncer sino a toda la población.

ECONOMÍA



Reig Jofre crece un 15% en ingresos y 11% en EBITDA a cierre de 2022

Reig Jofre alcanza 271 millones de euros de ventas, un 15% por encima del año 2021, en que el crecimiento había sido del 3%. Año destacado en la División de *pharmaceutical technologies*, en un contexto de incremento de demanda, y que permite también aprovechar la nueva capacidad de fabricación. Se confirma también el fuerte crecimiento de las ventas en *consumer healthcare*. El EBITDA crece un 11%, hasta alcanzar los 30,4 M€ a cierre de 2022 frente a 27,3 M€ en el año anterior.

La división de mayor tamaño, *pharmaceutical technologies*, dedicada a productos inyectables y antibióticos, logra el mayor crecimiento, un 20%. La división de *specialty pharmacare*, centrada en el producto médico de receta consigue cerrar con un 7% de incremento en ingresos y *consumer healthcare*, la divi-

sión de productos de consumo, crece un 16% tanto en la marca Forte Pharma, en el mercado francés, belga y español, como en los productos OTC, cuya venta se centra en España.

Reig Jofre ha obtenido en 2022 el 56% de los ingresos en los mercados internacionales. De este volumen de venta fuera de España, la mitad se obtiene desde los países en que Reig Jofre tiene presencia con filiales propias, y la otra mitad mediante acuerdos de distribución, licencia o fabricación CMO.

Las divisiones con mayor presencia exterior son *pharmaceutical technologies* (62% de ingresos internacionales) y *consumer healthcare* que por la fuerte presencia de la marca Forte Pharma en Francia y Benelux concentra el 75% de las ventas fuera de España.

PSN incrementó un 8,4% su facturación en 2022

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) cerró el ejercicio 2022 con un incremento del 8,4% en primas devengadas en seguros (facturación), hasta alcanzar los 233,5 millones de euros frente a los 215,4 facturados en 2021. La cifra es muy positiva porque supone un incremento más de dos veces superior al crecimiento medio del subsector de Vida, que cerró el año con un incremento del 3,37%.

Atendiendo al volumen de ahorro gestionado (seguros, fondos de pensiones y EPSV), PSN ha experimentado un incremento del 0,56% hasta los 1.579,8 millones de euros, frente a un retroceso sectorial del 3,12%. En la consecución de estos resultados ha sido destacable el grupo de seguros de ahorro, que han generado un gran interés entre los mutualistas de PSN, gracias, entre otras cuestiones, a la sustancial mejora de los tipos de interés garantizados que ofrece la Mutua.

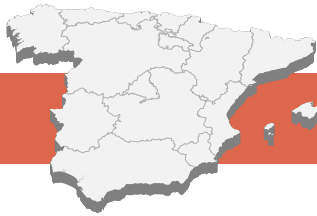
La **revista**
con toda la información
necesaria
para conocer el
mundo
empresarial



SECTOR EJECUTIVO

Paseo de Santa María de la Cabeza, 42 ■ 1.ª ■ 28045 MADRID (España) ■ Tel. +34 91 539 28 50

www.sector-ejecutivo.com ■ sectorejecutivo@telefonica.net



El Boletín Oficial de Andalucía publica la orden que permite la privatización de la atención primaria

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, regula la posibilidad de colaboración de sujetos privados en la prestación del servicio sanitario público a través de una doble vía, el concierto y los convenios de vinculación, reza la orden elaborada por el Gobierno andaluz que abre la veda a la privatización de la sanidad pública.

Su publicación supone un antes y un después en la historia de la sanidad andaluza, ya que permitirá los conciertos con la empresa privada en atención primaria, estableciendo una serie de tarifas –que asumirá el Servicio Andaluz de Salud– por disponer de sus servicios.

En concreto, la orden tiene por objeto la tarificación de los convenios y conciertos que suscriba el Servicio Andaluz de Salud (SAS) con entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de la asistencia sanitaria –incluidos servicios de atención primaria– en centros sanitarios.

La orden, cuyo borrador ha generado en las últimas semanas críticas tanto desde los grupos parlamentarios de la oposición de izquierdas al Gobierno andaluz del PP-A como por parte de sindicatos del sector sanitario, incluye un anexo con las tarifas máximas que se fijan para los servicios sanitarios objeto de concierto y convenio.

El anexo incluye un bloque de procedimientos quirúrgicos que podrían ser objeto de conciertos, así como otro de pruebas diagnósticas, otro de estancias hospitalarias y otro de consultas, donde se fijan unas tarifas máximas de 65 euros por consultas de atención primaria; de 150 euros por primeras consultas; de 90 euros por consultas sucesivas, y de 215 euros por consultas de "alta resolución".

Asimismo, el SAS fija una tarifa máxima de 215 euros por día de hospitalización en planta que se concierte para estancias de uno a siete días de duración, de 150 euros diarios para las que se prolonguen de ocho a 30 días, y de 125 euros para las estancias de más de 30 días.

El importe máximo que se fija para un día de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de 750 euros, y para estancias por casos agudos de salud mental se establecen tarifas máximas que oscilan entre los 200 y los 130 euros diarios según la duración de las mismas, en función de si se prolongan de uno a siete días, de ocho a 30 días o de más de 30 días.

Por otro lado, el anexo de la orden de tarifas también incluye precios por procedimientos de radioterapia y protonterapia, con importes máximos que oscilan entre los 42.000 euros que se contemplan para un tratamiento completo de protonterapia pediátrico con anestesia, y los 3.000 euros que el SAS podría pagar por concertar un tratamiento completo de radioterapia sin ingreso.





La dueña de Quirón descarta la venta de sus siete hospitales y centros médicos en Galicia

El fabricante alemán de tecnología sanitaria Fresenius aparca la venta de Quirónsalud. La compañía, que ha cerrado su ejercicio fiscal 2022 con un beneficio neto de 1.729 millones de euros, un 7% menos que en 2021, ha asegurado que su hoja de ruta pasa por pese al interés de los fondos por su compra.

El diario Cinco Días había informado del interés de fondos como CVC, que fue dueño de sus hospitales hasta su venta a Fresenius en 2016, o KKR, que acaba de comprar IVI, compañía española líder mundial en tratamientos de infertilidad, por 3.000 millones de euros.

Sin embargo, pese a estos cantos de sirena, Fresenius habría apostado por mantener su inversión en una compañía con la cual controla un hospital, dos centros médicos y un instituto oftalmológico. A ellos se suman el hospital Nosa Señora dos Ollos Grandes de Lugo, que adquirió en 2021, así como el centro hospitalario Quirónsalud Miguel Domínguez en Pontevedra, ciudad en la que también despliega un centro de rehabilitación y un centro médico.

Además, la compañía cuenta también con un centro médico en Vigo y un instituto de neuro-rehabilitación en Poio. Es por ello que la firma controla, junto a Ribera Salud y HM Hospitales un 75% de las plazas de hospitales privados en Galicia.

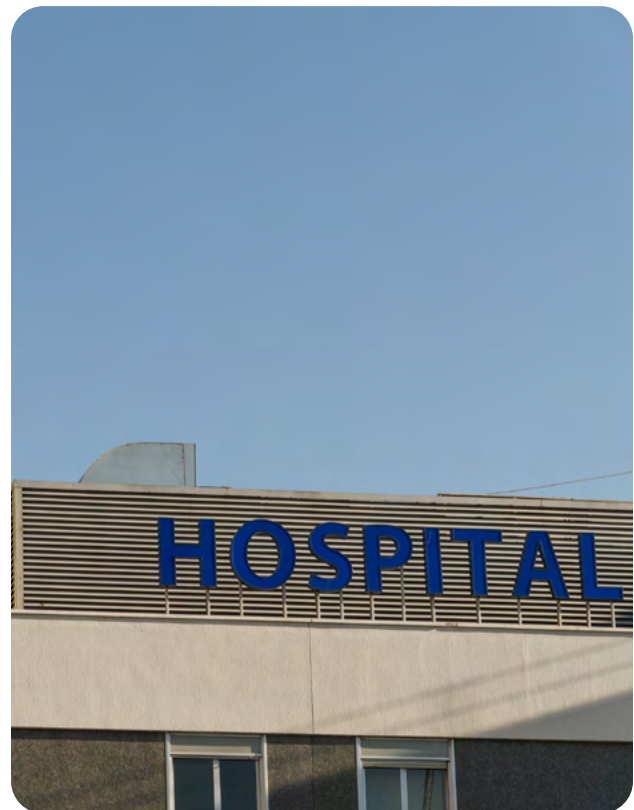
En su presentación de resultados de 2022, Fresenius da cuenta de un aumento de los costes de personal, de materiales, de logística y de energía que ha recortado sus beneficios pese al aumento de ventas. Y es que su facturación se elevó un 9%, hasta alcanzar los 40.840 millones de euros, pero su margen de rentabilidad operativa antes de extraordinarios disminuyó desde el 11,3% hasta el 9,8%.

La compañía prevé desconsolidar su filial de servicios de diálisis Fresenius Medical Care, que redujo en 2022 el beneficio neto hasta 913 millones de euros,

el 10% menos que un año antes, cambiando su forma legal a una sociedad anónima.

Fresenius Medical Care afronta la falta de personal en Estados Unidos, subidas salariales por la inflación y un aumento de los costes de materiales y logística. La compañía anunció que se va a centrar en Kabi, la filial que ofrece genéricos por vía intravenosa, nutrición clínica e infusiones, y en Helios, que son los hospitales en Alemania, Quirónsalud y Eugin en España, tal y como ha afirmado el consejero delegado de Fresenius, Michael Sen.

Kabi y Helios están en el centro de las ambiciones de Fresenius para el futuro por su «significativa creación de valor» y porque proporcionan servicios a áreas críticas de la atención sanitaria. Todo ello bajo una hoja de ruta que marca un nuevo objetivo de reducción de costes anuales de 1.000 millones de euros a nivel de beneficio operativo en 2025





El Gobierno regional se muestra orgulloso de los primeros pasos del Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha

El Gobierno de Castilla-La Mancha se ha mostrado orgulloso de los primeros pasos del Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (IDISCAM). Así lo ha destacado el consejero de Sanidad, Jesús Fernández Sanz, en la inauguración de las primeras Jornadas de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha, que han sido organizadas por el IDISCAM.

“Si uno de nuestros grandes objetivos cuando nació el IDISCAM era conectar y reunir talento, me siento satisfecho de ver ya aquí mucho talento, procedente de distintos lugares de la región, reunido y dispuesto a conectar y a compartir”, ha resaltado Fernández Sanz.

El consejero ha asegurado que “esta I Jornada de Investigación es una muestra de que, desde que tuvo lugar su presentación oficial el pasado mes de julio, el IDISCAM continúa dando pasos para tomar velocidad de crucero”.

El responsable de las políticas sanitarias de Castilla-La Mancha ha recordado que, previo a su nacimiento, “hubo mucho diálogo y mucha voluntad entre el Gobierno de Castilla-La Mancha, el SESCAM, las universidades de Alcalá y de Castilla-La Mancha y la Fundación del Hospital Nacional de Parapléjicos”, integrantes del IDISCAM, para poner en marcha el proyecto.

“Entre todos, asumimos el reto de aunar los esfuerzos de investigación en el ámbito biomédico y sanitario de nuestra región y compartimos las ganas de motivar a nuestros estudiantes y a nuestros profesionales para que generen conocimiento destinado a mejorar la prevención de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento y a promover la salud de la ciudadanía”, ha señalado Fernández Sanz.

El consejero ha insistido en que “nuestra diferencia con los demás institutos de investigación es el trabajo en red, unificando los recursos disponibles para potenciar la eficacia científica y la rentabilidad asistencial de la investigación en Ciencias de la Salud en nuestra región”.

Fernández Sanz ha destacado que el director científico del IDISCAM, Viçens Martínez, ha presentado el IDISCAM en todas las gerencias sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, dando a conocer la iniciativa y promoviendo la investigación.

Con todo este trabajo de mucha gente, el Gobierno de Castilla-La Mancha ha conseguido colocar a la región en el mapa de la ciencia y “seguirá apostando firmemente por aunar la investigación en salud con esta visión integral e integradora, buscando las sinergias, potenciando el talento, que tenemos mucho, y el trabajo de los grupos consolidados y emergentes”, ha concluido el consejero.



INSTITUTO DE
**INVESTIGACIÓN
SANITARIA**
DE CASTILLA-LA MANCHA

BIBLIOTECA

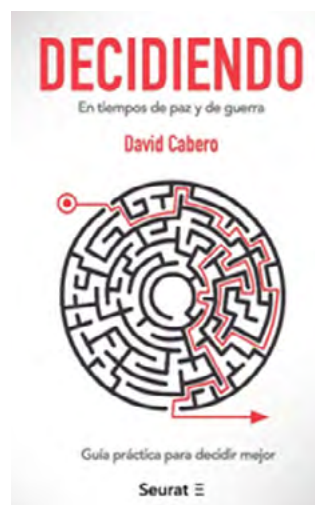


Decidiendo. En tiempos de paz y de guerra

David cabero

El principal objetivo de este libro es desarrollar la capacidad de acierto en la toma de decisiones, comprender por qué nos equivocamos y aprender de los errores. Se trata de una ayuda que mejora el proceso de decisión dentro de las responsabilidades de cada uno para así poder solucionar problemas complejos en un momento en que parece que la inteligencia artificial quiere sustituirnos. Cabero demuestra que la máquina y el algoritmo no bastarán para que decidamos con éxito; la inteligencia humana sigue y seguirá siendo clave.

El libro *Decidiendo* incluye la Herramienta de Toma de Decisiones, que consta de cuatro pasos: el diagnóstico, los sesgos, la incertidumbre y el análisis post-mortem.



Innovación en el sector de la salud 2023



La innovación en el sector de la salud es inevitable y necesaria si queremos dar solución a los nuevos retos que tanto la medicina como los usuarios demandan. Las nuevas plataformas, herramientas y la inteligencia artificial proporcionan una medicina más rápida, precisa y eficiente para pacientes y sanitarios. Además de que permiten una mayor eficiencia de los sistemas sanitarios, que en el momento actual es necesaria para su sostenibilidad futura. Desde Lanzadera quieren viralizar en este informe cómo los profesionales del sector están apoyándose en su Hub de Salud para mejorar sus servicios, intentando motivar a todas las startups y corporaciones para que empiecen a colaborar de manera conjunta.

New Medical Economics

La revista líder de gestión sanitaria



Revista NME



Canal Online



Comunidad



Premios NME



Eventos



Campañas institucionales



Suscripción gratuita

PARA MÁS INFORMACIÓN: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es