

Vacunas y códigos postales: su relación en España



Con Ojo Clínico:
Insomnio, sin remordimientos

Enfermería:
La investigación enfermera... remando para
alcanzar la meta

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

Secretaría 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 Honor 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

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

Directora del programa para la autosuficiencia en plasma del Banco de Sangre y Tejidos

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

Dilenny Camacho Diplán,
Directora Fundadora Gestionando Salud



Javier Camicero 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.



Eduardo García Toledano,
Senior VicePresident & General Counsel. World Rare Disorders Foundation. Childhood Cancer Foundation.



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



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.



Julia María Ruiz Redondo, Inspectora. Consejería de Sanidad de CLM.



Pedro Soriano Martín,
Enfermero - Docente. Experto en Marketing digital sanitario.



Francisco Javier Valbuena Ruiz,
Director de Nueva Oferta Asistencial y Clientes de Hospitales Parque.



Nora Vázquez Martínez, Consultora en Sanidad.



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.



MARKETING SANITARIO

Marta Iranzo Bañuls, Experta en Employer Branding. Consultora, speaker y formadora. CEO NEXIA.



Vicente Lluch Escandell,
Experto en marketing sanitario, fundador y CEO de Estragency



Paula Suárez García,
Fundadora de MKT Salud.



DERECHO

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



Ofelia De Lorenzo y Aparici,
Presidenta de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS).



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.



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



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

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



Leticia Polignano,
Consultora en Gestión de Crisis - Conflict Resolution Training



Jaime Puente y C.,
Socio Director de BESideU.



POLÍTICAS DE CALIDAD

Iñaki Alegría Coll,
Pediatra, coordinador de programas de salud en Etiopía



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 Con ojo clínico**
Insomnio, sin remordimientos
- 12 El termómetro**
Un mundo que se antoja apasionante e incierto
- 16 RSC-RSE**
Hansei y liderazgo: una reflexión introspectiva
- 19 En portada**
¿Afecta el código postal a los programas de vacunación aprobados en España?
- 29 Derecho sanitario**
Marco regulatorio de la publicidad sanitaria
- 33 Marketing sanitario**
La marca de tu hospital no se diseña, se construye
- 36 Enfermería**
Impacto y valor de las enfermeras en las redes sociales
- 42 Cuestión de justicia**
La necesaria regulación de la inteligencia artificial en salud
- 46 Enfermería**
La investigación enfermera... remando para alcanzar la meta
- 50 Gestión**
¿Qué hacemos con el sistema de salud?
Humanización y ciencia, pilares en el tratamiento de la fibrosis quística
- 54 En profundidad**
La IA en medicina es... ¿sesgada e inexplicable?
Adaptación proactiva en la reestructuración laboral: ¿cómo ser flexible en el proceso de cambio?
- 59 Gestión**
Estrategias para la sanidad y nuestro bienestar
- 61 Transparencia y opinión**
El derecho de acceso a la información. Un camino unido a la transparencia y sus vicisitudes en relación con la Inteligencia Artificial (parte I)
- 63 RRHH - Gestión de personas**
Un equilibrio inestable
- 66 Políticas de calidad**
Salud centrada en la persona y su familia
- 69 En profundidad**
Tecnología sanitaria española: retos por resolver
- 74 Entrevista**
Álvaro Granados del Río y Francisco Javier López Ruiz, Gerente y Director Económico del IMIBIC
- 79 Nuestros encuentros con expertos**
La gestión de las Enfermedades Crónicas, a debate en Sevilla (y II)
- 84 Noticias**
- 88 Nombramientos**
- 91 Lo más visto en las redes**
- 92 Economía**
- 95 Sanidad autonómica**
- 98 Biblioteca**



Insomnio, sin remordimientos

José María Martínez García

Desde mi más tierna época de bebé nunca he dormido bien. Hasta mis padres acabaron sus días recordándome “la lata que les daba” en aquella época (posiblemente, en otras también), y esto se ha visto repetido según fui creciendo y transitando por la vida, soportando frases tópicas típicas como las de: “eso es que tienes remordimientos”, “olvida los problemas del trabajo”, “debes hacer más deporte” y, últimamente, “debes no ver *tablets* o *Netflix* hasta la madrugada”... , cuando, cualquiera que me conozca, debe saber que no he sufrido, o practicado, casi ninguna de esas actividades nunca.

Durante el transcurso de este artículo desmontaremos la realidad de dichos tópicos.

Me apresuro a decir, que no tengo nada contra la moda de meter las pantallas incluso en los dormitorios para paliar el presunto aburrimiento rutinario, salvo que diversos estudios aseguran que la luz que emiten interrumpe el funcionamiento correcto de la hormona llamada melatonina, que es la encargada de regular el ciclo diario del sueño, pero no es mi problema. Volveremos a hablar de ello.

El insomnio, la apnea obstructiva del sueño, los trastornos del ritmo circadiano, el síndrome de piernas inquietas, las parasomnias *NREM*, el trastorno

de conducta durante el sueño *REM*, la narcolepsia o la hipersomnia idiopática, son los trastornos del sueño más habituales entre la población española.

La sociedad ha asimilado la escasez de sueño y la ha integrado en su vivir diario, con estereotipos, tanto en películas, recordemos la propia de *Insomnia* de Christopher Nolan o *Lost in translation* de Sofia Coppola, como en dibujos animados (recordemos las “ojeras” de *Bugs Bunny*, el *Pato Donald* o el *Gato Silvestre* etc, en múltiples ocasiones).

Recuerdo mis noches de peregrinaje por mi casa haciendo de todo, o de ver la televisión y solo encontrar temas estresantes, como películas porno o de terror extremo, que no contribuían a relajar ni mucho menos, y despertando mis instintos animales, por los que me igualaba al chimpancé en cuanto a los homínidos que menos duermen en el conjunto de animales. Claro, muy lejos del koala como modelo ideal, que necesita dieciséis horas de descanso diario.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, un 25-35% de la población adulta padece insomnio transitorio y entre un 10 y un 15%, lo que supone más de cuatro millones de adultos españoles, sufre de insomnio crónico.

En la actualidad, más de 12 millones de españoles se despiertan todos los días con la sensación de no haber tenido un sueño reparador, o finalizan la jornada muy cansados.

Y, si lo miramos desde un punto de vista no solamente patológico, el sueño es una necesidad biológica fundamental, como comer y beber. No obstante, sacrificamos horas de sueño y calidad a diario, generando una deuda con el sueño, y no somos conscientes de cómo esta deuda influye en el bienestar socioeconómico, físico y emocional de las personas.

La falta de un sueño reparador y de calidad, debida al insomnio crónico, afecta directamente a la salud mental y física, y repercute en la productividad del individuo, afectando negativamente al empleador, empresas y en la economía del país y mundial.

Los adultos con insomnio son más propensos al absentismo laboral y son menos productivos; en términos de costes indirectos, el insomnio crónico se ha relacionado a unos 11-18 días de absentismo, 39-45 días de presentismo y 44-54 días de pérdida general de productividad al año.

Así, los costes indirectos del insomnio crónico asociados a la pérdida de productividad laboral oscilan entre 1.600 y 185.000 millones de euros (un total de 372.000 millones de euros) del producto interior bruto (PIB), y las pérdidas anuales intangibles de bienestar entre 1.300 y 113.300 millones de euros (un total de 213.600 millones de euros), en un conjunto de países occidentales, entre ellos, a Francia, Italia, Alemania, España, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá.

Las proyecciones económicas que se realizan frecuentemente en nuestro país encuentran que, eliminar los efectos del insomnio mediante políticas de prevención, educación, diagnóstico rutinario y tratamiento temprano, aumenta la productividad en el trabajo y, por consiguiente, tiene un efecto positivo en el producto interior bruto (PIB).

La investigación también se ha centrado en los costes intangibles que genera el insomnio, por estar estrechamente vinculado con el deterioro de la cali-

“

El insomnio es una epidemia global que amenaza seriamente la salud y la calidad de vida de quienes sufrimos alguna de estas enfermedades y hay que luchar contra ella, cada uno con sus medios

”

dad de vida. Por ello, los adultos que sufren insomnio están dispuestos a renunciar a un 14 por ciento de la renta per cápita anual de su hogar a cambio de obtener el mismo grado de satisfacción con su vida que aquellas personas que no padecen insomnio.

En todo caso, independientemente de la existencia de factores que pueden interferir en nuestra calidad de sueño y que pueden ser modificables, esto no es exclusivo de los españoles.

Así, la *World Sleep Society* estima que hasta el 45% de la población mundial padecerá en algún momento algún trastorno del sueño grave, razón por la cual los considera como un grave problema de salud pública.



Aunque aún es claramente insuficiente, es cada vez mayor el reconocimiento que se le da a la importancia del sueño en la salud pública; se le considera ya en grado de epidemia.... , no dormir lo necesario está asociado a accidentes automovilísticos, desastres industriales, así como a errores médicos y profesionales, entre otros.

Quedarse dormido involuntariamente, dormirse mientras se conduce y tener dificultad para realizar las tareas diarias a causa de somnolencia, son hechos que pueden traer serias consecuencias negativas.

Las personas que no duermen lo necesario también son más propensas a padecer enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, depresión y obesidad, así como cáncer, a mayor mortalidad y menor calidad de vida y productividad.

La falta de sueño puede ser causada por factores sociales de gran escala, tales como el acceso a la tecnología las veinticuatro horas del día y los horarios laborales, pero los trastornos del sueño, como el insomnio o la apnea obstructiva del sueño, también juegan un papel importante.

Pero, aunque la mayoría de los trastornos del sueño se pueden prevenir o tratar, menos de un tercio de las personas que los padecen buscan ayuda profesional. Existe una gran variedad de trastornos del sueño que, lamentablemente, han sido normalizados y culturalmente aceptados, por lo que las personas que lo sufren se resignan con frecuencia.

Es el momento de que resalte la excepcional labor que realiza ASENARCO, prácticamente la única asociación de pacientes que está tratando de conseguir el mejor estado de los enfermos, tanto médico como psicológico, asistencial, etc... Trabajando adecuadamente a sus especiales circunstancias y, en general, ayudando en cualquier actuación que tienda a mejorar su calidad de vida.

Y lo hacen colaborando para lograr el mejor conocimiento de esta enfermedad y sus tratamientos, a través de la organización de conferencias, sesiones de trabajo, talleres de psico-educación, etc y en estrecha relación con las entidades científicas en el estudio de las enfermedades del sueño para conseguir, así, mayores avances en su diagnóstico y tratamiento.

El sueño está involucrado en innumerables procesos fisiológicos, por lo que su mala calidad se relaciona con problemas de salud: aumento del riesgo de mortalidad por eventos cardiovasculares, problemas metabólicos como diabetes y obesidad, disfunciones neurocognitivas, problemas de salud mental...

Si bien experimentar cambios puntuales en el sueño es algo normal, ciertos factores externos, principalmente hábitos de vida inadecuados y estrés, o padecer algún trastorno del sueño, pueden provocar cambios graves en sus patrones, que pueden hacer



que nuestra salud se vea afectada, como estamos repitiendo continuamente.

Como estamos hablando de ello continuamente, recordemos que son tres los factores que determinan qué es un sueño de calidad: la duración, que debe ser la suficiente para sentirnos descansados al día siguiente (en adultos, entre 7 y 9 horas), la continuidad, ya que el sueño debe ser estable y sin fragmentación, y alcanzar fases de sueño profundo, que implican un descanso más reparador. Se estima que hasta el 48% de la población adulta española y un 25% de la población infantil no tienen un sueño de calidad.

Gran parte de la población podría mejorar la calidad de su sueño mejorando su estilo de vida. Mantener unos horarios y rutinas regulares para acostarse y levantarse es fundamental, pero también lo es hacer ejercicio físico, realizar cenas ligeras, intentar dejar lejos de la hora de ir a dormir todos aquellos

estresores que nos afectan en el día a día (dispositivos móviles, uso de ordenador...) y, en el caso de hacer siesta, no excederse con su duración (no más de 20-30 minutos). Deben evitarse tóxicos como el alcohol o el tabaco, y reducir la cafeína, sobre todo unas horas antes de acostarse.

La magnitud que tiene el sueño en el bienestar integral de una persona es similar a los efectos de la dieta y el ejercicio. La privación del sueño tiene efectos graves en la salud y, por lo general, son ignorados.

El aspecto cuantitativo es importante, pero no definitivo. La media de horas de sueño en la población española es de 7,1 horas al día, pero cada persona tiene sus propias necesidades que, además, van cambiando con la edad.

Existe también lo que los especialistas en medicina del sueño llaman insomnio paradójico que, en rea-

lidad, se trata de una mala percepción del paciente. Hay personas que, en realidad, duermen bien y funcionan perfectamente durante el día, pero se despiertan un par de veces por la noche y creen que duermen mal.

Cuando la imposibilidad de conciliar el sueño está ligada a la incapacidad de relajarse, se trata de un insomnio psicofisiológico. Suele tener un desencadenante puntual, de carácter emocional. Cuando no dormir se convierte en una inquietud, se cumple la autoprofecía y no se duerme. Entonces se corre el riesgo de caer en un círculo vicioso en el que, al día siguiente, la persona estará cansada y nerviosa por si dormirá o no esa noche.

Dormir mal de vez en cuando no es muy preocupante, aunque nuestro cansancio aumente y decaiga la atención. El cerebro suele cobrarse su déficit de sueño cuando puede.

La medicina del sueño es un campo de la medicina cada vez más presente en nuestra práctica clínica habitual, que debe ser gestionada desde atención primaria, y aquí se debe hacer patente el interés en la formación básica para tratar sus problemas derivados, y aproximarse a identificar aquellos trastornos que interfieran con el sueño, para poder así ofrecer un tratamiento específico y adecuado orientado a mejorar la calidad de vida y que, además, en muchas ocasiones, puede disminuir la morbimortalidad asociada a algunos de estos trastornos.

El insomnio es el motivo de consulta más frecuente, dentro de los problemas del sueño, en una consulta de atención primaria. Se ha calculado que, aproximadamente, entre un 27 y un 55% han relatado dicho problema durante la anamnesis.

El hecho de que sea un motivo frecuente de consulta hace que se disparen las prescripciones de fármacos para tratarlo desde atención primaria pero, sorprendentemente, existe numerosa bibliografía que indica que no se está haciendo de manera correcta.

Una de las causas más habituales que explica esta escasa tasa de éxito en el tratamiento podría ser la

frecuente elección de un tratamiento con benzodiazepina, como primera opción, sin haber identificado antes un trastorno de sueño comórbido. Las benzodiazepinas pautadas no solo cronifican el problema sino que, a menudo, lo empeoran, aumentando así su riesgo de morbimortalidad.

Otro concepto importante a valorar, sobre todo en nuestra cultura latina, es la siesta.

Si una persona duerme sus horas necesarias durante la noche, a partir de los 5 años de edad, la siesta ya es totalmente prescindible en casi todas las personas aunque, a partir de los 60 años, la necesidad de sueño puede volver a reaparecer. Cuando se realiza la siesta, independientemente de la edad (a excepción de los niños de menos de 5 años), ésta solo debería durar de 10 a 30 min y nunca sobrepasar la hora de sueño.

Mis conclusiones, opiniones y recomendaciones finales son que:

Aunque sea repetir, el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente. Su presentación más grave se define como insomnio crónico, y se produce cuando la persona que lo padece encuentra dificultades para conciliar el sueño al menos tres noches por semana durante tres meses.

Esto representa, aproximadamente, 172 millones de personas con síntomas de insomnio, 72 millones con insomnio clínico, y 42 millones con insomnio crónico entre las poblaciones en edad laboral.

Asimismo, la falta de sueño también influye en la irritabilidad, en las capacidades de resiliencia y de gestión emocional o de conflictos del empleado en su trabajo, afectando, considerablemente, a la organización en su conjunto.

Luego, para la salud pública y las organizaciones sanitarias, en general, cualquier intervención para reducir el insomnio, ya sea a nivel de prevención primaria, secundaria o terciaria, sería de gran importancia y promovería una mejor salud y bienestar de sus empleados.

Establecer programas de prevención de este riesgo laboral es también clave para las organizaciones sanitarias, como lo es también el establecimiento de protocolos coordinados entre los diferentes niveles asistenciales para garantizar a los pacientes un acceso oportuno al diagnóstico y tratamientos, así como la formación actualizada sobre este trastorno del sueño en las facultades de medicina, y a proporcionar acceso y reembolso a la innovación farmacológica segura, respaldada por datos científicos.

Un claro objetivo para los estudiosos de la salud pública debería ser, también, identificar y cuantificar, con la máxima precisión, la carga social y económica del insomnio, es decir, sus efectos más allá del impacto en la salud y la atención sanitaria. Aún no se encuentran muy afinados, aunque existan multitud de estadísticas, dada el nivel de infradiagnóstico existente

Este reto de valorar el impacto de los efectos del insomnio en relación a costes económicos indirectos (no relacionados con la atención sanitaria) y costes intangibles (no detectados directamente en transacciones económicas, pero que tienen un impacto en la salud o bienestar de un individuo) es, ante dicho nivel infradiagnóstico, muy importante de alcanzar.

A este respecto, y de la no profundidad de los datos globales que se poseen, recientemente, desde el Ministerio de Sanidad Nacional, se han publicado diferentes guías clínicas sobre el enfoque del insomnio desde la atención primaria.

Pero, aunque todas ellas coinciden en dar unas pautas muy claras para realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades psiquiátricas o médicas, o sobre las interacciones medicamentosas, presentan limitaciones a la hora de proporcionar el diagnóstico diferencial del insomnio causado por los diversos trastornos primarios del sueño comórbidos.

Y estas valoraciones son importantes, porque se verían con más interés a la hora de asignar recursos para estos pacientes de una patología mucho más grave de lo que se piensa, y haría imposible que aquellos potenciales pacientes que acuden a

consulta médica de Atención Primaria, no recibieran toda la atención que necesitaran, como ocurre actualmente, debido a las limitaciones de recursos en la Sanidad.

Afortunadamente, los pacientes organizados en asociación presionan cada vez más para que haya una serie de estrategias a nivel político, de investigación y de práctica clínica que mitiguen y palien las consecuencias que el insomnio está teniendo en la economía mundial y en el bienestar social.

Elas instan a los gobiernos, y a los sistemas de servicios sanitarios, a incorporar en las estrategias nacionales de salud pública el sueño, a impulsar campañas de salud pública que hagan hincapié en la importancia de una adecuada higiene del sueño, y a implementar la detección precoz sistemática del trastorno de insomnio en las visitas médicas de rutina.

Finalmente, no quiero dejar de mencionar otro gran problema muy característico español, con datos, en esta materia y que “pone los pelos de punta”: hasta casi la mitad de nuestra población duerme mal y la venta de somníferos está disparada.

Nuestro país es el que más somníferos consume del mundo ante las dificultades para dormir, con todas sus consideraciones negativas en cuanto a creación de hábitos y efectos secundarios de gran peligro.

Ello demuestra, de nuevo, una clara falta de formación sanitaria por parte de los pacientes y de algunos profesionales sanitarios, y un déficit de médicos especialistas en este tipo de trastornos.

Dejemos de contar ovejas, el insomnio es una epidemia global que amenaza seriamente la salud y la calidad de vida de quienes sufrimos alguna de estas enfermedades y hay que luchar contra ella, cada uno con sus medios.

Presidente de New Medical Economics
jmmartinezgar@gmail.com



Un mundo que se antoja apasionante e incierto

Fernando Mugarza Borque

Hay profesiones como las relacionadas con la salud en las que la comunicación es una herramienta esencial y muy especialmente si nos referimos a la comunicación emocional, una disciplina que se alinea perfectamente con las denominadas *soft skills* o habilidades interpersonales o competencias sociales.

Por todos es conocido que una experiencia positiva del paciente en su relación con el profesional sanitario que le atiende y el entorno en el que desempeña su función supone una mejora en el pronóstico de su afección por compleja y grave que esta sea. Una experiencia positiva del paciente influye, no sólo en su bienestar emocional sino también en su recuperación y salud tal y como subrayan las publicaciones científicas más acreditadas al respecto.

Según el estudio *Experiencia de Paciente. Primer Estudio de Medición en Sanidad Privada en España*, promovido por la Fundación IDIS y con más de 10.000 encuestas a pacientes, los resultados en salud constituyen la mejor manera de medir la calidad y seguridad asistencial en los sistemas sanitarios. Para poder ser excelentes es necesario que el paciente ocupe y sea el centro de toda actividad asistencial, y tan importante como lo anterior es conocer cuál es su experiencia cada vez que interacciona con el sistema sanitario y a qué nivel se cumplen sus expectativas en las distintas etapas por las que puede transitar.

Disponer de esta información permite conocer y dar respuestas concretas a sus necesidades. Especialmente en tiempos de plétora asistencial motivada entre otros aspectos por una demanda de salud creciente e incesante.

Desde luego que, la masificación y el exceso de demanda asistencial y de servicios de salud, junto al desequilibrio existente respecto de los profesionales sanitarios disponibles en poco o nada ayudan a que la experiencia sea la más adecuada. Si a ello le añadimos el hecho de que en las facultades la docencia se basa más en cuestiones técnicas que en el manejo de algo tan esencial como es la entrevista médico-paciente y su interrelación, o que en las pruebas denominadas “oposiciones” o “selectivas” prima el apartado técnico y no las capacidades y habilidades subjetivas, cualitativas y abstractas relativas al ámbito emocional, al perfil de personalidad y a la vertiente psicológica del individuo, la resultante se traduce en un impacto directo en la experiencia y satisfacción del paciente y, por lo tanto, en los resultados.

Saber ponerse en la piel, zapatos y circunstancia de la persona que tenemos enfrente en un momento dado es una cualidad esencial. Especialmente en todo aquel que decide dedicar su vida profesional al cuidado de la salud de los demás; ejerciendo no desde un punto de vista paternalista y de superioridad relacional, sino de igual a igual puesto que, el acto

médico se basa en una relación biunívoca y bidireccional entre las dos partes implicadas: el profesional sanitario y el paciente.

Vivimos una situación de cambio profundo en las cuadernas de nuestra sociedad. Un cambio que bien podría compararse en su esencia e impacto al ocurrido en el siglo pasado con la revolución industrial, la cual supuso sin duda un avance impresionante en el devenir social y también en los valores hasta entonces imperantes.

Probablemente cada época muestra su afán y la nuestra viene determinada hasta el momento por una eclosión sin precedentes de los resultados de la ciencia en su más amplio sentido. Algo que abre las puertas a un mundo difícilmente imaginable en los próximos cien años y siguientes. Alguien manifestó recientemente que estamos hoy en la prehistoria de lo que está por venir.

Y lo que está por llegar a nuestras vidas es el resultado de la tecnología elevada a una exponencial con sus diferentes versiones y derivadas. Una exponencial en la que la inteligencia artificial (IA) se abre camino cada vez con más fuerza planteándonos desde ya cuestiones éticas y bioéticas de enorme trascendencia en las que el ser humano tendrá que saber determinar y fijar las reglas del juego.

Una vertiginosa carrera en la que la investigación genómica y, de la mano de ella, de todas las ómicas posibles. Van a aportar impresionantes cotas de éxito en sus resultados, lo que sin duda va a suponer un nuevo reto para nuestra sociedad en términos éticos y de valores.

Un apunte más: las aplicaciones de la computación cuántica, que promete resolver problemas complejos de manera mucho más eficiente que la computación clásica. En opinión de los expertos, este campo disruptivo y podría tener un gran impacto en ámbitos como la criptografía, la simulación de moléculas y materiales y la optimización de sistemas.

En medicina, el carácter aplicativo de la computación cuántica vendrá reflejado en un primer escalón en diseñar tratamientos a medida y en menor tiempo; el diagnóstico con el desarrollo de tecnologías de imagen médica más precisas que permitirán una mejor visualización de estructuras biológicas y procesos

“

Vivimos una situación de cambio profundo que podría compararse al ocurrido con la revolución industrial

”

en el cuerpo humano, lo que facilitará el diagnóstico temprano de enfermedades; y la gestión de datos basada en el big data y la inteligencia artificial entre otros. De nuevo un área en la que la ética y sus derivadas tendrán un papel relevante.

Estos simples ejemplos, como botón de muestra, quedarían incompletos si no hago una referencia en el ámbito de la salud a algo que puede ser determinante, que viene de la mano del comportamiento del ser humano en el espacio y del conocimiento del universo o de los diversos universos posibles y de las posibilidades que nos puede ofrecer quizás el hecho de viajar a través de él o de ellos. Incluso a través del tiempo, aprendiendo y dando saltos de gigante en el conocimiento científico y por lo tanto en la tecnología; hechos que tendrán su parte aplicada en la salud y que plantearán cuestiones de enorme relevancia y trascendencia relacionadas con la ética, generando y abriendo inevitablemente la puerta a múltiples paradojas.

Estos vestigios de lo que está por llegar no hacen sino poner a prueba los valores inherentes al ser humano; al menos los que tenemos hoy en día establecidos. Reforzando la idea de que, aunque de una forma simple y carente del conocimiento exhaustivo acerca de



las consecuencias de una revolución tecnológica imparable, esta ha de tener en cuenta en cada una de sus áreas y pasos, lo esencial del ser humano, sus valores y su idiosincrasia.

Centrando a estas alturas de la reflexión en la robótica y por lo tanto en la inteligencia artificial (IA o AI en inglés) no puedo dejar de apuntar un hecho que estamos viendo todos repercutido en los diferentes medios de comunicación social. Me refiero a los puestos de trabajo que al parecer van a ser suplantados y desarrollados por parte de diferentes formas de inteligencia artificial como es el caso de las derivadas de un metaverso evolutivo, la realidad virtual o la robótica humanoide como *Ameca*, un androide creado por *Engineered Arts* capaz de mantener conversaciones con personas que le rodean, gestualizar y manifestar un nivel de autoconsciencia que no deja de inquietar a los expertos.

En cualquier caso y llegados a este punto de proyección imaginativa, pero basada en datos, hay tareas que la inteligencia artificial no puede realizar de manera autónoma y eficiente, al menos hasta el momento, como es el caso de la creatividad, el pensamiento crítico o todo lo relacionado con las emociones y el comportamiento emocional.

Este hecho en sí mismo hace bueno lo expresado al inicio de esta breve reflexión: los avances tecnológicos y científicos son deseables e imprescindibles, especialmente en el entorno de la salud y la sanidad en el que su equilibrio con las cualidades que aporta el ser humano es esencial.

Tal es así que, grandes tecnólogos creadores de inmensos emporios como Bill Gates tratan de enfatizar acerca del citado equilibrio imprescindible entre innovación tecnológica en el ámbito de la inteligencia artificial y el insoslayable humanismo residente en las distintas profesiones. "Tenemos que aprovechar esta oportunidad para mantener todos los bienes y servicios que poseemos en la actualidad y liberarnos del trabajo de su producción, para realizar un mejor trabajo de atención a los mayores, en la enseñanza, y con los niños con necesidades especiales. Se trata de actividades en las que la empatía humana y la comprensión requeridas son aún muy únicas y nos enfrentamos a una inmensa cantidad de personas a las que hay que ayudar ahí fuera", afirmaba recientemente. Por su parte Elon Musk, presidente de Tesla y SpaceX apunta en el mismo sentido: "la gente tendrá tiempo para hacer otras cosas, las cosas más complejas, las cosas más interesantes".

No cabe ninguna duda que nos adentramos en un mundo nuevo que está dejando asombrado incluso a los más avezados en estos temas, y ante esta realidad patente se hace necesaria más que nunca la virtud que ofrece la previsión y la anticipación en todos los aspectos ante el desarrollo de nuevos paradigmas éticos basados en una profunda y a la vez ágil reflexión social; en la determinación de las reglas del juego que no cercenen los resultados de la ciencia, pero que a la vez salvaguarden la realidad del ser humano en su más amplia expresión; en la transformación del desempeño y el conocimiento tomando como eje pivotal a la persona con todas sus cualidades y valores suplementada por las cualidades que aporta y aportará la ciencia y los avances tecnológi-

cos en todos los campos del saber. Y en la aceptación de todo lo que está por venir en este ámbito por parte de la sociedad, lo que requiere un cambio cultural de dimensiones estratosféricas.

En 2016, gigantes tecnológicos como Google, Facebook, IBM y Microsoft fundaron la organización *Partnership on AI to benefit people and society*, cuyo objetivo se centra fundamentalmente en plantear, estudiar y analizar posibles y potenciales prácticas acordes con la ética en relación a la inteligencia artificial y divulgarlas para tratar de conseguir que la sociedad en su conjunto entienda su ámbito de aplicación y el propio sentido de las cosas. "Será nefasto si la gente alberga más miedo que entusiasmo sobre lo que la innovación traerá consigo, eso significa que no verán las cosas positivas que vendrán", manifestaba Bill Gates, fundador de Microsoft, en una reciente entrevista.

La simbiosis entre los inmensos avances que las generaciones venideras van a contemplar y las enormes virtudes inherentes al ser humano es fundamental. En nuestro entorno, en el de la salud y la sanidad, creo que, como decía al principio, reforzar todo lo cualitativo, subjetivo y abstracto, emocional en definitiva en la relación con cada individuo, con cada persona en un marco tecnológico es un elemento clave.

Además, fortalecer el conocimiento de las nuevas y sucesivas herramientas que nos aporta la ciencia es también esencial. No es bueno pensar que lo sabemos todo basándonos en nuestra propia formación adquirida y en la experiencia de los años, cuando está demostrado que, el resultado tecnológico del análisis ingente de grandes volúmenes de datos a través de algoritmos específicos puede aportar mucha más luz al resultado de nuestras actuaciones. Esto requiere y supone un revulsivo cultural especializado de primera magnitud y nivel que ha de ser aceptado y puesto en práctica por toda la cadena de valor del conocimiento y la formación académica.

Por otro lado, la incorporación de nuevas profesiones a la realidad clínica y asistencial se hace perentoria, puesto que cada vez más profesionales de otras dimensiones que no son exactamente las relacionadas directamente con la salud se hacen cada vez más imprescindibles en aras a la consecución de los me-

jores resultados, objetivo esencial y príncipes de toda actuación médica que se precie.

Como muestra sirve un botón y entre ellos, los especialistas en bioimpresión 3D, los bioestadísticos para la investigación genómica, el programador médico de realidad virtual (VR), el especialista en inteligencia artificial aplicada a la salud, el experto legal de robótica para asistencia quirúrgica, el farmacéutico especializado en medicina de precisión, el especialista en nanomedicina, el especialista en bioinformática, el analista de datos de salud o el asesor de salud en tecnología son solo algunos ejemplos de las profesiones que sin duda el futuro irá demandando.

En conclusión, un mundo que se antoja apasionante a la vez que cargado de incertidumbres en el que el ser humano, que es quien diseña y genera todo avance científico y tecnológico, al menos hoy por hoy, ha de estar imbuido de la ambición sana de crear, y a la vez de la imperiosa necesidad de incorporar al resultado de sus investigaciones e innovaciones el patrimonio global conformado por los valores y la ética inherentes a la persona aplicados a cada una de sus actuaciones y momentos. Eso sí, no dejando atrás en sus planteamientos, diseños y avances a personas que por razones de edad o de cualquier otra situación puedan plantear situaciones de dificultad en el acceso o el uso.

Por su parte, quienes somos usuarios de la tecnología estamos también en la obligación del conocimiento y el buen uso, de no anteponerla a nuestra propia esencia relacional, es decir a la relevancia que supone reforzar, impulsar y potenciar todo lo relacionado con el ámbito emocional en el que la subjetividad, lo intangible y lo abstracto conjuntamente con los valores comparten terreno con lo tangible y objetivo.

Director de desarrollo corporativo y comunicación (Fundación IDIS)

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

fmugarza@fundacionidis.com



Hansei y liderazgo: una reflexión introspectiva

Ana Rodríguez Cala

Hace unos meses escribí un artículo para esta misma revista sobre un concepto japonés que me hizo reflexionar, sobre la importancia de tener un propósito a nivel individual, y en las organizaciones sanitarias “*ikigai*”. Os dejo el enlace por si queréis consultarlo <https://www.newmedicaleconomics.es/rsc-rse/el-proposito-vital-ikigai/>

Hoy os hablaré de otro concepto japonés que también me ha hecho reflexionar sobre la responsabilidad que tienen los líderes, a nivel individual y a nivel institucional, sobre los objetivos, los valores y las buenas prácticas.

Hansei es una palabra japonesa que podemos traducir como “reflexión crítica o introspección”. Se refiere a la práctica de examinar y analizar nuestras acciones, pensamientos y decisiones con el objetivo de identificar áreas de mejora y crecimiento personal.

La palabra “*Han*” significa cambio, ver algo de forma diferente y “*Sei*” significa revisar, auto-examinar. La traducción de la palabra completa *hansei* es reflexión, introspección, y yo añadiría responsabilidad sobre nuestras decisiones y el compromiso que debemos adquirir para realizar cambios que nos ayuden a mejorar. Significa el reconocimiento de los propios errores como base para la mejora y también significa el reconocimiento del éxito con modestia

y humildad. Este concepto se puede aplicar a nivel personal y organizacional.

En la actualidad, se habla mucho de liderazgo y de las cualidades que debe tener un buen líder:

empatía, respeto, promover el desarrollo profesional, motivar a los miembros del equipo, comunicación eficaz, delegar y la capacidad de tomar decisiones, etc. Y también se habla, sobre si el líder nace o se hace, yo diría que, aunque nazca líder, debe trabajar para su desarrollo individual y debe identificar sus puntos fuertes y los más débiles para poder mejorar.

En las instituciones sanitarias el liderazgo es un aspecto vital para garantizar la eficiencia y la calidad de la atención. Sin embargo, en este contexto de constantes desafíos y cambios, en un entorno VUCA (volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad), los líderes deben entender la incertidumbre como una característica más del mercado actual y deben buscar la forma de reflexionar sobre ellos y sobre la organización, para ser conscientes de sus propias habilidades y de su desarrollo personal y así, anticiparse a los problemas, identificando el origen de los problemas y tomando las decisiones que debe realizar para mejorar.

El liderazgo en las organizaciones sanitarias es desafiante debido a la complejidad de los cuidados y de

los tratamientos, sobre todo a nivel emocional. Los líderes están expuestos a situaciones de alta presión y toman decisiones críticas que pueden afectar directamente la vida de las personas. Por lo tanto, es fundamental que los líderes sean capaces de reflexionar sobre su propia práctica y comprender cómo sus acciones impactan en los equipos y en la atención al paciente.

En este contexto del liderazgo, el *hansei* implica analizar las habilidades de los líderes, las interacciones con los equipos y los desafíos a los que se enfrentan cada día para mejorar la capacidad de liderazgo.

El *hansei* proporciona a los líderes la oportunidad de evaluar sus fortalezas y debilidades, y tomar medidas para mejorar su desempeño. Al reconocer y abordar las áreas de mejora, los líderes pueden proporcionar un entorno más seguro y efectivo para su equipo, fomentando un ambiente de trabajo saludable y una atención al paciente de mayor calidad.

Podemos decir que practicar el *hansei* ayuda a mejorar la autoconciencia y permite tomar decisiones más informadas y reflexionadas y comprender cómo estas decisiones afectan a profesionales, pacientes y grupos de interés.

Y nos preguntaremos, ¿qué pasos hemos de dar si queremos ejercitar el *hansei*?

1. Liberar un tiempo en la agenda para la reflexión: Los líderes deben asignar tiempo en su agenda para reflexionar sobre su desempeño y práctica.
2. Analizar experiencias pasadas y presentes: Los líderes deben revisar casos o situaciones en las que hayan estado involucrados y analizar cómo habrían manejado esas situaciones de manera diferente en retrospectiva.
3. Obtener *feedback*: Es fundamental solicitar comentarios constructivos de profesionales y de otros directivos. Estas opiniones externas pueden proporcionar una perspectiva valiosa y ayudar a identificar áreas de mejora.

Como vemos, el concepto o la idea *hansei*, se puede aplicar a nivel individual y a nivel organizativo; es ir más allá de la gestión y de la toma de decisiones.

“

El *hansei* implica analizar las habilidades de los líderes, las interacciones con los equipos y los desafíos a los que se enfrentan cada día para mejorar la capacidad de liderazgo

”

Es cultivar el desarrollo personal y profesional, hacer una reflexión introspectiva, comprenderse mejor, ser auténtico, mejorar la comunicación, la empatía y el desarrollo de las habilidades de liderazgo para ser más efectivos.

Al incorporar el *hansei* en la cultura de las organizaciones sanitarias, podemos promover un liderazgo sólido y más auténtico que nos ayudará a ser mejores líderes y conseguir un bienestar emocional a nivel individual y a nivel de los profesionales de la organización.

“No siempre se puede controlar lo que sucede en el exterior. Pero siempre se puede controlar lo que sucede en el interior”

Wayne Dyer

PhD Universidad de Lleida. Responsable de RSC y Agenda 2030. Fundació Sant Francesc d'Assís. Emèrita. Consultora honorífica. Institut Català d'Oncologia.

arcala@iconcologia.net

Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



Confianza

PORQUE
Somos
Sanitarios



Seguro
de Automóvil

Nuevas coberturas y exclusivas ventajas para ti y tu familia

A.M.A. MADRID
Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A
Tel. 913 43 47 00
madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Hilarión)
Hilarión Eslava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarion@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Leganés)
Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes,16
Tel. 911 75 03 33
leganes@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)
Villanueva, 24
Tel. 914 31 06 43
villanueva@amaseguros.com



900 82 20 82
www.amaseguros.com



La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.



¿Afecta el código postal a los programas de vacunación aprobados en España?

Julia M. Ruiz Redondo

La salud pública ha experimentado un desarrollo extraordinario durante los dos últimos siglos, sobre todo, en lo concerniente al descenso de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecciosas, gracias, según los salubristas, a la existencia de agua potable, el lavado de mano y las vacunas.

El número de vacunas disponibles para prevenir una amplia variedad de enfermedades es, afortunadamente, creciente, pero se enfrenta sistemáticamente a una disponibilidad de recursos limitada regulada por la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.

Haciendo un poco de historia, habrá que decir que los comienzos de la actividad vacunadora en España datan de 1800, con la vacunación frente a la viruela, sucediéndose desde ese momento un total de 24 hitos, los cuales se resumen en la tabla I.

Los resultados de estos hitos, se han podido constatar a través de los estudios de seroprevalencia, siendo el primero realizado en España en el 1996, donde se demostró la correlación entre los niveles serológicos encontrados y las coberturas de vacunación.

Unos veinticinco años más tarde, tras la introducción de nuevas vacunas y modificaciones en el programa de vacunación, en el 2021, se publicó desde el Mi-

nisterio de Sanidad el segundo estudio de seroprevalencia en España. Dicho estudio ha permitido introducir modificaciones en el actual calendario común de vacunación a lo de toda la vida, en el año 2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, de ahora en adelante el CISNS.

El establecimiento, ejecución y evaluación del calendario de vacunación en el territorio respectivo es competencia de las Comunidades autónomas, y es aquí donde cabe la pregunta que da título a este artículo: “¿Afecta el código postal a los programas de vacunación aprobados en España?”

Y es que es un hecho relevante la importancia y el impacto que ha tenido en la historia y tiene, el disponer de un calendario de vacunación, para garantizar la salud pública y proteger a la población de enfermedades inmunoprevenibles. Así como la necesidad de que el mismo sea equitativo en todo el territorio nacional, al objeto de minimizar las desigualdades entre las diferentes Comunidades autónomas, si así lo permite la situación epidemiológica de cada una de ellas, sin importar el origen étnico, género, nivel socioeconómico o ubicación geográfica.

La regulación regional de un calendario de vacunación basado en las recomendaciones a nivel ministerial asegurará, normativamente, la equidad para el acceso a las mismas oportunidades de recibir las

- 1800. Vacunación frente a la viruela. No obligatoria
- 1921. Vacunación frente a la viruela. Obligatoria
- 1944. Vacunación obligatoria frente a la viruela y la difteria
- 1963. Programa piloto de vacunación antipoliomielítica en León y Lugo
- 1965. Campaña masiva de vacunación antipoliomielítica y frente a la difteria, tétanos y tosferina
- 1968. Vacunación en 11 provincias españolas frente al sarampión. Retirada de esta vacuna en 1970
- 1975. Primer calendario sistemático de vacunación en España
- 1979. Se propone la suspensión a nivel mundial de la vacunación frente a la viruela; en España se suprime la obligatoriedad en este año y desaparece del calendario en 1981
- 1981. Se introduce en España la triple vírica a los 15 meses
- 1989. Se introduce una segunda dosis de triple vírica a los 11 años
- 1992-1996. Se introduce la vacunación frente a la hepatitis B en adolescentes
- 1996-2000. Se introduce la vacunación frente a HIB
- 2000. Se introduce la vacuna antimeningocócica C conjugada
- 2000-2004. Se introduce la vacunación frente la hepatitis B en recién nacidos y lactantes
- 2004. Cambio de VPO a VPI
- 2006. Vacunación frente a la varicela a todos los niños entre los 10 y los 14 años de edad, que no hayan pasado la enfermedad con anterioridad, ni hayan sido previamente vacunados
- 2007. Introducción de la vacuna frente al VPH en las chicas entre los 11 y los 14 años de edad
- 2012. Introducción de la Tdpa a los 6 años de edad y otros cambios menores
- 2013. Mínimos cambios con el de 2007, siendo el más importante la nueva pauta de vacunación frente al meningococo C
- 2015. Inclusión de VNC en pauta de 3 dosis en el primer año y el adelanto a los 12 años de la vacuna VPH de las niñas
- 2016. Introducción de la vacuna frente a varicela con 2 dosis: a los 15 meses y a los 3-4 años
- 2017. Cambio de la pauta de las vacunas hexavalente a 2+1 e introducción de 1 dosis de epolio inactivada a los 6 años, cuando alcance esa edad la cohorte de los que inician esta pauta
- 2019. Penúltima modificación con la introducción de la vacuna MenACWY a los 12 años con un rescate hasta los 18 años de edad. Además se añaden al calendario la vacunación prenatal y la de los adultos
- 2023. Última modificación con la introducción de la vacuna MenB a los 2,4 y 12 meses, además de la actualización de las dosis de refuerzo de esta vacuna en grupos de riesgo; vacunación antigripal de 6 a 59 meses de edad para la temporada 2023-2024 y vacunación del VPH en varones a los 12 años. En la edad adulta, se introduce la vacuna del herpes zóster en cohortes de 65 a 80 años, progresivamente, y, también en grupos de riesgo inmunodeprimidos

Tabla 1. Resumen hitos actividad vacunadora en España. Fuente: vacunasaep.org

vacunas necesarias para protegerse contra la enfermedad en cuestión, independientemente de su lugar de residencia, ayudando a evitar la propagación de enfermedades inmunoprevenibles, y creando una sociedad más saludable, que pueda alcanzar su máximo grado en salud, posible.

Este análisis se deberá hacer siempre desde una perspectiva de garantía de mínimos de acceso de producto de vacuna frente a las patologías recomendadas a nivel central por la Ponencia de Vacunas, aprobadas con la Comisión de Salud Pública y finalmente por el CISNS, por parte de las Comunidades autónomas de España, donde no se abarquen cuestiones de coberturas que vienen determinadas por otros factores.

Cabe también la siguiente cuestión, en relación a la importancia de la pregunta planteada en el título de

este artículo, la coincidencia de resultados en trabajos realizados o información disponible, por sociedades científicas y organismo oficiales nacionales e internacionales, con iguales o similares alcances, que puedan ser comparables.

La confianza y credibilidad, evitación de la desinformación, consistencia y coherencia, transparencia y accesibilidad, son los principales motivos por los que incluir en este artículo, como elemento más de justificación la necesidad de la coincidencia de información entre diferentes páginas web oficiales, en relación a vacunas financiadas dentro de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), excluyendo la pauta de administración, la cual ha de estar realizada en base a las fichas técnicas de los productos de vacunación que estén utilizando las diferentes Comunidades autónomas.

¿Y por qué estos motivos? Es sabido que cuando la información coincidente aparece en múltiples fuentes oficiales, esto aumenta la confianza y credibilidad en la información proporcionada y los ciudadanos pueden estar seguros de que la información es precisa y confiable (confianza y credibilidad).

Por otro lado, la discrepancia en la información puede llevar a la confusión y propagación de información errónea. Cuando varias fuentes oficiales coinciden en la información, se minimiza el riesgo de que los ciudadanos encuentren información incorrecta o desactualizada (evitar la desinformación).

La consistencia en la información proporcionada en diferentes sitios web oficiales ayuda a mantener una imagen coherente y uniforme de la organización o entidad responsable. Esto facilita a los ciudadanos la comprensión de la información y evita malentendidos (consistencia y coherencia).

La coincidencia de información en diferentes páginas web oficiales promueve la transparencia y la accesibilidad. Los ciudadanos pueden acceder fácilmente a la información que necesitan sin tener que buscar en múltiples fuentes y confiar en la consistencia de la información proporcionada (transparencia y accesibilidad).

¿Qué es un calendario de vacunación en España?

Tomemos de referencia la definición de calendario único de vacunación, recogido en el documento de referencia aprobado por los miembros de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones el 27 de septiembre de 2011, por la Comisión de Salud Pública el 22 de febrero de 2012 y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de febrero de 2012, donde: "Se define Calendario Único de Vacunación como el calendario que incluirá los antígenos y número de dosis que se recomienda administrar de manera sistemática y voluntaria a toda la población en España, en función de la edad. La administración de algunas dosis, especialmente las de refuerzo, pueden recomendarse en un intervalo de edad en lugar de a una edad concreta. La elección de un intervalo se realiza cuando la respuesta inmu-

nológica obtenida es satisfactoria en cualquier edad del intervalo y se establece con el fin de facilitar la administración y captación de la población en base a las características organizativas de las CC.AA".

¿Cómo se decide en España qué vacunas se incluyen en el calendario recomendado de vacunación?

Para ello contamos con el CISNS. Es un organismo que adopta acuerdos para armonizar aspectos importantes de los programas de salud de las Comunidades autónomas, como ocurre con el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida y sus recomendaciones, tal y como se denomina en la actualidad. Se rige por normativas y regulaciones específicas que establecen su funcionamiento y competencias, siendo algunas de las principales:

- La Ley General de Sanidad, donde se establecen los principios y normas generales para la protección de la salud y la prestación de servicios en todo el territorio español (se fijan las bases para la coordinación entre el Gobierno central y las Comunidades autónomas en materia de salud)
- El Real Decreto 1030/2006 que regula la composición, funciones y régimen de funcionamiento del CISNS. Establece la estructura y los mecanismos de toma de decisiones del Consejo, así como la periodicidad de sus reuniones y la forma de adoptar acuerdos.
- El CISNS, que también adopta acuerdos y resoluciones que tienen fuerza normativa dentro del SNS. Estos acuerdos son resultados del consenso entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades autónomas y pueden abordar diferentes temas, como la financiación de prestaciones sanitarias, la regulación de medicamentos y la atención a enfermedades específicas. Está compuesto por representantes del Ministerio de Sanidad y de las diferentes Comunidades autónomas, y se reúne periódicamente para debatir y tomar decisiones sobre asuntos relacionados con la salud pública, la atención primaria, la atención hospitalaria, la farmacia, la investigación y otros temas relevantes para el sistema de salud.



Es bueno subrayar la importancia que tiene este organismo en la búsqueda de garantizar la equidad y la calidad en la prestación de servicios de salud en todo el territorio nacional. Todas las decisiones se acuerdan tras evaluaciones realizadas con una base científico-técnica, por organismos técnicos.

En materia de vacunaciones, la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, es el organismo técnico de la Comisión de Salud Pública (CSP), ambas dependientes del CISNS, que propone recomendaciones a instancias de la citada Comisión sobre los programas de vacunación, basadas en la evidencia científica y en la epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles, para todo el país.

Las vacunas recomendadas en el calendario de vacunación aprobado por el CISNS, ¿han de estar incluidas en la Cartera de Servicios Comunes del SNS?

La Cartera de Servicios Comunes del SNS está regulada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, texto consolidado el 29 de enero de 2022, el cual incluye las correcciones de errores publicadas

en BOE núm. 251, de 20 de octubre de 2006 y BOE núm. 281, de 20 de noviembre de 2014. En él se define la Cartera de Servicios Comunes como: “El conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”. E, incluyendo su inevitable referencia a la financiación.

Las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las Comunidades autónomas, de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómico, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las Comunidades autónomas están obligadas a destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, fundamentado en los principios de: generalidad, estabilidad, suficiencia, autonomía, solidaridad, coordinación, participación en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y participación en los Tribunales Económico-Administrativos y de acuerdo

con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

Otro tema a aclarar, relacionado con la financiación, es la Cartera de Servicios de las mutualidades de funcionarios (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización), la cual viene regulada en la disposición adicional única, donde recoge: “Conforme a lo señalado en la disposición adicional cuarta de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las mutualidades de funcionarios tendrán que garantizar el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en sus respectivos ámbitos de aplicación”. En base a la ley arriba referenciada, en su disposición adicional cuarta de extensión del contenido de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

En materia de salud pública, se exceptúan de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de dichas mutualidades las actuaciones de vigilancia epidemiológica, protección y promoción de

la seguridad alimentaria, protección y promoción de la sanidad ambiental, vigilancia y control de los riesgos derivados de la importación y tránsito de bienes y viajeros, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes.

En todo caso, los profesionales y centros sanitarios que prestan servicio al colectivo protegido por las Mutualidades de funcionarios en virtud de los conciertos suscritos por estas con las Entidades de Seguro Libre están obligados a colaborar con las autoridades competentes en las actuaciones emprendidas en materia de salud pública. “Las mutualidades de funcionarios, en sus respectivos ámbitos de competencia, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud”. En el anexo II (Real Decreto 1030/2006), que contiene la Cartera de Servicios Comunes de atención primaria, en su apartado 3 de actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria y en concreto en el 3.1.2 de actividades preventivas, donde se incluye: “Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del



Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen”.

Los criterios y requisitos de inclusión en la Cartera de Servicios Comunes, vienen regulados en el artículo 5 (Real Decreto 1030/2006): “Para la definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes se tendrá en cuenta la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo, basándose

en los criterios y requisitos establecidos en los apartados siguientes.”

Previamente a su inclusión en la Cartera, las técnicas, tecnologías o procedimientos que, para su realización, precisen utilizar un medicamento, producto sanitario, producto dietético u otro tipo de producto, resulta imprescindible que: “Los medicamentos estén autorizados para su comercialización de acuerdo con la legislación vigente, y se utilicen conforme a las especificaciones de su ficha técnica autorizada.”

Teniendo en cuenta la normativa vigente, anterior aplicativa, para decidir la inclusión de una nueva vacuna en los programas de vacunación o realizar alguna modificación de los mismos (introducción o

Sarampión, rubeola y parotiditis	1978: Introducción vacuna monovalente frente a sarampión a los 9m
	1979: Introducción vacuna monovalente frente a rubeola en niñas a los 11a
	1981: Introducción de TV a 15m (en sustitución de la vacuna monovalente frente a sarampión a los 9m)
	1996: Primer calendario de vacunación del CISNS. TV A 12-15m Y 11-13a
	2001: Adelanto de la 2ª dosis de TV a 3-6a
Enfermedad meningocócica invasora (EMI)	2012: Pauta de TV a 12m y 3-4a
	2019: Captación y vacunación de personas susceptibles
	2000: Introducción de MenC en noviembre. Pauta 2,4 y 6m
	2007: Pauta MenC 2+1 con 2d en 2-6m y 1d en 15-18m
	2012: Primovacuna MenC a 2 y 4m y recuerdo a 12-18m
Enfermedad neumocócica invasora (ENI)	2013: Pauta 1+1+1+ a 2m, 12m y 12a (Tras revisar la administración de la 1ªd se concreta a los 4m)
	2014: 1ªd de MenC a los 4m
	2019: Calendrio a lo largo de toda la vida. Vacunación de adolescentes no vacunados de MenC hasta los 18 años. En marzo, introducción de MenACWY en lugar de MenC a los 12a y vacunación de rescate 13-18a
Varicela	2015: Introducción de VNC en población infantil. Pauta 2,4 y 12m. Podrá hacerse efectiva en las CCA hasta diciembre 2016
	2017: Recuerdo a los 11m (en sustitución de la dosis que se administraba a los 12m)
	2019: Calendario a lo largo de toda la vida: Vacunación frente a neumococo a partir de los 65a
Virus de papiloma humano (VPH)	2005: Introducción de VVZ en adolescentes susceptibles a 10-14a
	2013: Vacunación de susceptibles a los 12a (2d)
	2015: Introducción de VVZ en población infantil. Pauta 15m y 3-4a
	2019: Calendario a lo largo de toda la vida. Vacunación con VVZ de adolescentes y adultos susceptibles.
Virus de papiloma humano (VPH)	2007: Introducción de VPH (3d) en una cohorte entre 11-14a
	2013: VPH (3d) a los 14a
	2014: 2 3d de VPH según vacuna utilizada
	2015: VPH a los 12a (pauta de 2d, solo en niñas)
	2019: Calendario a lo largo de toda la vida. Vacunación de mujeres no vacunadas con VPH hasta los 18a

Gripe	2019: Calendario a lo largo de toda la vida. Vacunación de embarazadas y anual en mayores (preferentemente a partir de los 65a)
Poliomielitis	<p>1963: Campaña piloto de vacunación con VPO en León y Lugo. Población infantil entre 3m y 7a</p> <p>1964: Campaña de vacunación sistemática con VPO. Población infantil entre 3m y 7a</p> <p>1975: Primer calendario de vacunación oficial. VPOI a los 3m y VPO a los 5 y 7m; Recuerdos a los 15m, 6a y 14a</p> <p>1996: Primer calendario de vacunación del CISNS. VPO a los 2-3,4-5 y 6-7m. Recuerdo a los 15-18m y 6-7a</p> <p>2002: VPO a los 2,4 y 6m. Recuerdo a los 15-18m y 4-6m. Recuerdo a los 15-18m</p> <p>2012: Recuerdo con VPI a los 18m</p> <p>2017: Pauta 2+1 con VPI en edad infantil (2,4 y11m). Eliminación recuerdo a los 18m. Segunda dosis de recuerdo con VPI a los 6a, para primovacunados con dos dosis a los 2 y 4m (nacidos en 2017, efectivo a partir de 2023)</p>
Difteria, tétanos y tosferina	<p>1965: Introducción en campañas de vacunación sistemática (junto con VPO) de población infantil entre 3m y 7a</p> <p>1975: Primer calendario de vacunación oficial DTP a los 3,5 y 7m; Recuerdos con DT a los 15m y con TT a los 6 y 14a</p> <p>1981: Primer recuerdo de DT a los 18m (en vez de a los 15m)</p> <p>1996: Primer calendario de vacunación del CISNS. DTA a los 2-3,4-5 y 6-7 meses. Recuerdo de DTP 15-18m, DT 6-7 y Td 14a y cada 10a</p> <p>2001: DTP a los 2,4 y 6 meses. Recuerdo DTP a 15-18m, DTP o DT a 4-6a y TD 14-16a y cada 10a</p> <p>2007: Sustitución de DTP por DTPa (en todas las dosis administradas)</p> <p>2009: No es necesario recuerdos cada 10a con Td si vacunación infantil completa. En este caso 1d de recuerdo Td a los 65a</p> <p>2012: Recuerdo DTPa 18m, dTpa a 6a y Td a 14a</p> <p>2015: Introducción dTpa en embarazadas (entre semanas 27 y 36)</p> <p>2017: Pauta DTPa 2+1 en edad infantil (2,4 y11m). Eliminación recuerdo a los 18m. Segunda dosis de recuerdo con DTPa a los 6a para primovacunados con dos dosis a los 2 y 4m (nacidos en 2017, efectivo a partir de 2023)</p> <p>2019: Calendario a lo largo de toda la vida. Vacunar o completar vacunación con Td en adolescentes o adultos que no tengan 5d. Si vacunados en la infancia correctamente, dosis de recuerdo con Td a 65a.</p>
Haemophilus influenzae tipo b(Hib)	<p>1997: Inclusión de la vacuna Hib. Pauta 2,4,6m y recuerdo a 15-18m</p> <p>2012: Recuerdo a los 18m</p> <p>2017: Pauta Hib 2+1 en edad infantil (2,4 y 11m). Eliminación recuerdo a los 18m</p>
Hepatitis B	<p>1991: Algunas CCAA empezaron a vacunar en la infancia</p> <p>1996: Primer calendario de vacunación del CISNS, 3 dosis HB en adolescentes a 10-14a (en todas las CCAA en 2004). Se aconseja introducir vacunación sistemática en recién nacidos, así como vacunar al nacimiento a hijos de madre portadora y vacunación de grupos de riesgo)</p> <p>2004: HB a 0,2 y 6m (otras pautas 0,1 y 6m o 2,4 y6m; así como en adolescencia a 10-14a).</p> <p>2017: Pauta HB 2+1 en edad infantil (2,4 y 11m)</p> <p>2019: Captación y vacunación de personas no vacunadas hasta los 18a.</p>

Tabla 2. Modificaciones en el calendario de vacunación (recomendaciones para población general) según el programa de vacunación para cada enfermedad o grupo de enfermedades. Periodo 1996-2019. Fuente: Limia A, Olmedo C, Soler M, Cantero E, Sánchez-Cambronero L. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y evolución del calendario de vacunación en España. Rev Esp Salud Pública 2020; 94: e1-15.

eliminación de una dosis de una vacuna o un cambio de la pauta de administración), se realiza una evaluación de 5 criterios, los cuales están contenidos en el documento elaborado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, del Ministerio de Sanidad, publicado en el 2013, (disponible en <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacuna->

[vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Criterios_Programa-Vacunas.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Criterios_Programa-Vacunas.pdf)), el cual, a fecha de hoy, sigue siendo el manual de trabajo de referencia por dicho grupo técnico asesor de la Comisión de Salud Pública.

A modo de resumen, dicho manual de referencia da respuesta a los principales ítems. a los cuales “ha de

contestar” el grupo técnico, para la elaboración de un informe en relación a vacunas a instancias del CISNS: carga de la enfermedad, vacunas: efectividad y seguridad, repercusiones de la modificación, aspectos éticos y evaluación económica.

Cualquier propuesta, ya sea de inclusión de una vacuna o una modificación en el programa de vacunación se debe justificar, ya que ninguna vacuna es 100% efectiva o totalmente libre de efectos secundarios. La situación se vuelve más compleja si hay que considerar varias opciones, cada una con sus ventajas e inconvenientes. Sólo cuando la carga de enfermedad se considera importante para la salud pública, preferentemente, desde el punto de vista poblacional y, secundariamente, desde una perspectiva individual, y se cuenta con una vacuna efectiva y segura, es cuando será razonable continuar con la valoración.

Subrayar, también, que la evaluación económica no debe de analizarse de manera separada ni en primer lugar con respecto a cualquiera de los criterios señalados. Este criterio sólo debería ayudar a fijar un precio para garantizar la sostenibilidad del programa de vacunación; en el caso de vacunas de nueva autorización de comercialización, es importante realizar este tipo de estudios antes de la fijación de precio

Entonces, resumiendo, ¿qué hemos conseguido a nivel de disminución de mortalidad y morbilidad con la implantación de un calendario común de vacunación a lo largo de toda la vía en España?

Para dar respuesta a esta cuestión, se dispone de una herramienta potente, como es el estudio de seroprevalencia, el cual permite la evaluación y ajuste posteriormente de los programas de vacunación, ya que identifica los grupos de población más susceptibles y adelantarse a escenarios epidemiológicos futuros. El primer estudio de seroprevalencia en España se realizó en el año 1996 y los resultados de este demostraron la correlación entre los niveles serológicos encontrados y las coberturas de vacunación.

Sus resultados permitieron realizar ajustes en los programas de vacunación, como adelantar la segun-



da dosis de la vacunación con triple vírica a los 3-4 años y sustituir las dosis de recuerdo de tétanos por Td. Han pasado unos 25 años desde el primer estudio realizado en todo el país y en este periodo de tiempo se han introducido nuevas vacunas y varias modificaciones en el calendario de vacunación, como se puede ver en la imagen anexa.

¿Cuáles son los objetivos establecidos para los programas de vacunación a nivel nacional para el 2025?

Es de gran relevancia conocer el muy reciente documento de objetivos/ programas de vacunación de julio 2023, disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/docs/Objetivos_vacunacion_2025.pdf (fecha de consulta 25/07/2023) y establecer los mecanismos oportunos por parte de las CC.AA. para el cumplimiento de los mismos a través de sus hojas de ruta (calendarios de vacunación

recomendados) basado en las recomendaciones del Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida 2023, aprobado por el CISNS el 19 de diciembre de 2022, siendo así capaces de obtener otro de los logros de la Salud Pública: la disminución de desigualdades, al máximo posible, según las recomendaciones científico-técnicas, en materia de equidad en vacunas.

Para terminar, si basamos la respuesta a la pregunta del titular del artículo: “Afecta el código postal a los programas de vacunación aprobados en España?”, la conclusión sería que Sí.

Pero ni todo es blanco ni todo es negro; hay tonos intermedios que nos permiten observar lo cerca o lejos que podemos estar de los objetivos planteados. Como hemos podido leer en el desarrollo del mismo, los calendarios de vacunación en España, se han ido adaptado a las necesidades y a la situación legislativa vigente en cada momento, de tal forma que, a través de los dos estudios serológicos realizados desde la instauración del calendario sistematizado de vacunas en España, se han ido cumpliendo hitos que han dado respuesta, en mayor o menor medida, al principal objetivo de consecución de un calendario de vacunación, que es la disminución de mortalidad o morbilidad de enfermedades infectocontagiosas prevenibles, a través de la administración de antígenos en formato vacuna, aunque son datos que no se comentan en este artículo.

Desde la instauración del primer calendario, podemos afirmar que en España disponemos de herramientas que se están aplicando, cada vez de forma más efectiva, que van reduciendo las posibles diferencias entre los mismos en las CC.AA., como es la elaboración de documentos técnicos por parte de la Ponencia de Vacunas y Programas del Ministerio, donde se encuentran representadas todas ellas, a través de sus técnicos, los cuales se hacen en base a la mejor evidencia científica disponible en ese momento y a una metodología aprobada y conocida por todos ellos, a solicitud de la CSP, estos informes son aprobados por consenso por todos los Directores Generales de Salud Pública de las respectivas CC.AA. y finalmente por el CISN.

Este mecanismo garantiza que se vayan reduciendo dichas diferencias, siempre respecto a recomendaciones de vacunaciones de mínimos, y a que cumplan el proceso de aprobación en la Cartera Común de servicios básicos.

Dado que la regulación normativa e interpretación de dichas recomendaciones dependen de cada una de las CC.AA., donde han de tener en cuenta también procesos administrativos de compras, se ha observado que en las últimas recomendaciones se han incluido tiempos máximos de incorporación de vacunas, de tal forma que se puede llegar a ser garantista en base a recomendaciones de mínimos de calendarios de vacunaciones.

También se ha observado que hay algunas CC.AA. que aún no regulan el Calendario Común a lo largo de toda la vida, lo cual se puede deber a diferentes motivos, pero que sí pueden servir para iniciar nuevos estudios entre la financiación de las vacunas de los calendarios según el tipo de régimen de aseguramiento del ciudadano, aunque tras la breve revisión realizada en materia normativa nacional, se puede deducir que estaría claro “quién paga la vacuna aprobada en el calendario de vacunación”, pero sería interesante un análisis en mayor profundidad por parte del ámbito jurídico, que diera como fruto un texto consolidado y que “pudiera facilitar”, la resolución de dudas que se crean entre profesionales y población en general, como la de: “ Yo soy de MUFACE y tengo 65 años, con régimen de aseguramiento diferente al SESCAM, ¿dónde tengo que ir a ponerme la vacuna recomendada una vez que he decidido ponérmela?... ”

Esta es una cuestión relevante, que también nos permitirá ser más concisos a la hora de poder responder a la pregunta de: “¿Afecta el código postal a los programas de vacunación aprobados en España?”

Por lo tanto, hay muchas variables que hay que tener en cuenta para dar contestación; algunas se han respondido en base a un ámbito muy pequeño recogido en este trabajo, pero hay muchas otras a analizar con detenimiento como puede ser la “accesibilidad”.

De ahí que la conclusión final a la que se puede llegar es que estamos en un proceso de mejora continua, donde disponemos de herramientas de control y regulación para la consecución de los objetivos establecidos para el 2025 por la Ponencia de Vacunas y Programas, dependiente del CISNS, donde la hoja de ruta establecida por el Ministerio de Sanidad en consenso con las CC.AA. está siendo aplicada a fecha de publicación de este trabajo, con mínimas diferencias.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo vacunación de adultos de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación de adultos. Recomendaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>
 2. Comisión Europea. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre el fortalecimiento de la cooperación frente a las enfermedades prevenibles por vacunación disponible en <http://www.ipex.eu/IPEXLWEB/dossier/document/COM20180244.do>
 3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad Exterior. Viajeros: “La salud también viaja”. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm>
 4. Documentos técnicos. Programas de vacunación. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/recoVacunasEspana.htm>
 5. Documentos técnicos. Vacunas y programas del Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/adultos/home.htm>
 6. Documentos técnicos y coberturas de vacunación. Datos estadísticos. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/home.htm>
 7. Documentos técnicos profesionales sanitarios. Enfermedades prevenibles. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/enfermedades/profesionales/home.htm>
 8. Documentos técnicos vacunas – profesionales sanitarios. Vacunas. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/vacunas/profesionales/home.htm>
 9. Documentos técnicos profesionales. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/documentos-tecnicos.htm>
 10. 2º Estudio de Seroprevalencia en España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
 11. Tablero de inmunización global de la OMS. Disponible en: <http://immunizationdata.who.int/index.html>
- *Dicho artículo está basado en el Trabajo Fin de Master realizado por Dña. Julia María Ruiz Redondo, para el I Master universitario en vacunas: Programa de actualización y desarrollo profesional en vacunaciones. Año 2021-2023. A fecha de 30 de Julio del 2023. Acreditado por la Universidad Católica de Murcia (UCAM).

Inspectora. Consejería de Sanidad de
Castilla – La Mancha



Marco regulatorio de la publicidad sanitaria

Ofelia De Lorenzo Aparici

En la práctica venimos advirtiendo la necesidad de que en materia de publicidad en el sector salud y sin perjuicio de las estrategias comerciales de las empresas, de cumplir con lo dispuesto en nuestra normativa sanitaria, así como la de conocer las limitaciones legales existentes y, por supuesto, las obligaciones deontológicas que aplican en dicha materia.

Actualmente, en nuestro país existe un gran número de normas que regulan la publicidad sanitaria, lo que deriva en un gran desconocimiento de las mismas por los distintos agentes por la falta de especificidad y actualización.

La Ley 34/1988, de 11 de noviembre General de Publicidad define la publicidad como toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional con el fin de promover de forma directa o indirecta la contratación de bienes muebles o inmuebles, servicios, derechos y obligaciones.

Aplicada al ámbito sanitario, la publicidad podría quedar definida como toda forma de comunicación efectuada en cualquier soporte con el fin de promo-

ver directa o indirectamente la contratación de productos, actividades o servicios sanitarios.

Efectivamente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ya en su articulado contempla la posibilidad que los centros y establecimientos sanitarios puedan llevar a cabo acciones de promoción y publicidad de sus servicios, pero también recoge en su articulado que, serán las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, quien se ocupará de realizar un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud.

Destaca que dicho control preste especial atención a la protección de la salud de la población más vulnerable.

Dentro de esta labor de protección por parte de la administración, destaca lo establecido en el artículo 5 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, donde se introduce una especial protección para la publicidad sobre determinados bienes o servicios, entre los que incluye la publicidad de materiales o productos sanitarios y de aquellos otros sometidos a reglamentaciones técnico-sanitarias, previendo su regulación por normativa específica así

como la necesidad de autorización administrativa previa para su desarrollo.

En estrecha relación con esta previa autorización, el Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, establece que la publicidad de los centros sanitarios regulados en la norma “requerirá la autorización previa y expresa de las autoridades sanitarias”.

Junto a la necesaria autorización previa de las autoridades sanitarias, la protección también se produce en relación con el contenido de la publicidad.

Así, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios recoge en su artículo 6 que: sólo los centros, servicios y establecimientos sanitarios autorizados podrán utilizar en su publicidad, sin que induzca a error, términos que sugieran la realización de cualquier tipo de actividad sanitaria, limitándose aquella a los servicios y actividades para los que cuenten con autorización, debiendo consignar en dicha publicidad el número de registro otorgado por la autoridad sanitaria de la correspondiente comunidad autónoma al concederle la autorización sanitaria de funcionamiento o la autorización específica de publicidad sanitaria.

Por tanto, corresponde a las autoridades de cada Comunidad Autónoma quienes otorguen las autorizaciones administrativas preceptivas; sin embargo, no todas las Comunidades Autónomas disponen de regulación específica, existiendo únicamente en País Vasco, Navarra, Asturias, Murcia, Aragón y Galicia.

En dichas Comunidades sí que se regulan específicamente la necesidad de disponer de autorización previa que deberá ser solicitada a la Consejería de Sanidad, quien a través de comisiones de control revisará el texto e imágenes.

En definitiva, la publicidad que de sus servicios realicen los centros sanitarios debe objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

“

En nuestro país existe un gran número de normas que regulan la publicidad sanitaria, lo que deriva en un gran desconocimiento de las mismas por los distintos agentes por la falta de especificidad y actualización

”

No solo se regula la publicidad de los centros y productos, también de los propios profesionales en el ejercicio de su actividad profesional, encontrándose su regulación en el artículo 44 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Finalmente, es necesario abordar la regulación por parte de las distintas profesiones sanitarias de la publicidad desde el punto de vista deontológico.

Como ejemplo, encontramos lo establecido en el recientemente publicado Código de Deontología Médica aprobado el pasado mes de diciembre.

Así, el Código de Deontología Médica nos dice en sus artículos 88 a 90 que es contrario a la deontología médica; la publicidad subliminal, la publicidad para



propagar conceptos infundados, fomentar esperanzas engañosas de alivio o curación, proponer como eficaces procedimientos que no tienen la mejor evidencia científica disponible o promover falsas necesidades relacionadas con la salud, el uso de personas de notoriedad pública ni pacientes reales como medio de inducción al consumo sanitario, que el médico se preste a que sus servicios se ofrezcan como premio de concursos o como promoción de negocios de cualquier índole o, que el médico se anuncie anunciarse como poseedor de una especialidad que no tiene, aunque esté capacitado para realizar actos médicos propios de la misma.

Tampoco se puede obviar las prohibiciones y limitaciones de la publicidad con pretendida finalidad sanitaria (artículo 4) del Real Decreto 1907/1996.

Respecto a medicamentos y productos sanitarios, señalar que toda oferta informativa que mencione medicamentos o productos sanitarios, constituye publicidad de los mismos, ya sea mencionando el principio activo o producto genérico, así como mencionando un medicamento o producto sanitario específico o marca, por lo que en tales supuestos se deberá tener en consideración, las prohibiciones y restricciones que sobre dicha publicidad se recogen

además de en la normativa expuesta, igualmente en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en el Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano y el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.

En resumen, la prolija normativa tanto nacional como autonómica vigente relativa a publicidad sanitaria, hace especialmente necesario tanto contar con una reforma legislativa para contar con una normativa específica, al igual que a los distintos agentes contar con un asesoramiento especializado de cara a evitar el incumplimiento de la misma y las consiguientes sanciones administrativas que pueden conllevar una importante sanción económica

Directora del Área Jurídico Contencioso del
Bufete De Lorenzo Abogados y Presidenta de
la Asociación Española de Derecho Sanitario
(AEDS).

odlorenzo@delorenzoabogados.es

Ruta Asistencial de los Pacientes con Enfermedades Neurológicas

Grupo de Trabajo y Debate

18

Septiembre

16:00-18:30h

OBJETIVO

Debatir y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los pacientes con enfermedades neurológicas, para conocer sus necesidades no cubiertas y poder definir nuevas rutas asistenciales que se adapten a los intereses y beneficio de todos, contando con la participación de todos los agentes implicados, desde la perspectiva nacional y autonómica, concretando en Cataluña.

Bienvenida institucional

Presentación de la ruta asistencial de los pacientes con enfermedades neurológicas: Atención Primaria-Atención Hospitalaria (5')

Ariadna Mas i Casals, subdirectora de Planificación en Salud de la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud del Departamento de Salud de Cataluña

1ª Mesa de trabajo y debate (60'): Rutas asistenciales de los pacientes con enfermedades neurológicas

Josep Maria Guiu Segura, director del Área de Farmacia y del Medicamento del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC)

Ricard Peiró Navarro, director del Equipo de Atención Primaria (EAP) de Arenys de Mar - Coordinación Asistencial Atención Primaria-Atención Hospitalaria Servicio Atención Primaria Maresme, Instituto Catalán de la Salud (ICS)

Assumpta Ricart Conesa, gerente de Procesos Integrados de Salud del Área Asistencial del Servicio Catalán de Salud (CatSalut)

Ferran Sala Piñol, coordinador del Área del Medicamento de Hospitales del ICS

2ª Mesa de trabajo y debate (80'): Modelos asistenciales de los pacientes con enfermedades neurológicas

Silvia Copetti Fanlo, representante de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC) y adjunta a la dirección del Servicio de Atención Primaria del Baix Llobregat Centre

Cristina González Mingot, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova - Servicio Catalán de Salud

Jordi Nicolás Picó, jefe de servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Mutua de Terrassa y Vicepresidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Javier Tapia Martínez, subdirector médico del Hospital de Bellvitge

Clausura

Boi Ruiz García, director del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC

Moderadora: Paloma Tamayo Prada, directora de operaciones de New Medical Economics

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#EENeurológicasNME

Organiza:



Colabora:





MARKETING SANITARIO



La marca de tu hospital no se diseña, se construye

Marta Iranzo Bañuls

El mundo hospitalario ha vivido, tradicionalmente, a espaldas del *branding*. Eso en España, porque en Estados Unidos tienen mucha experiencia en este tema. Solíamos achacar esta diferencia a lo dispares que son los sistemas sanitarios. Pero hoy construir una marca sólida no es una opción y en este artículo quiero compartir el porqué.

La marca es aquello que nos hace únicos, que es inimitable. Igual que el alma a las personas, o la vocación a los profesionales sanitarios. Dos personas pueden vestirse igual, imitar su lenguaje y gestos, pero nunca serán iguales porque el alma es inimitable.

Las ventajas competitivas del siglo pasado, eran mucho más duraderas y estables y se basaban fundamentalmente en los tratamientos, en la tecnología, pero hoy los tiempos se han minimizado.

En un mundo, donde todo avanza de forma tan veloz, donde la tecnología, los datos, la información y la competitividad a menudo es cuestión de inversión económica. Nuestra razón de ser es lo verdaderamente diferencial.

Hoy pueden construir un hospital en tu misma área de influencia, ofrecer los mismos tratamientos, dis-

poner de la última tecnología, pueden incluso llevarse a tus mejores profesionales (si no están comprometidos contigo) a golpe de talonario. Incluso, pueden acompañarlo de la mejor estrategia de comunicación y del diseño más innovador y de tendencia. Pero nada de esto es marca.

La marca es la tangibilización de nuestro para qué. La marca es nuestra forma de entender el mundo, nuestro papel en la historia, nuestro compromiso y, eso, no se puede copiar.

Cuando las personas conectan con esa razón de ser, la marca queda unida a ellas para siempre. La conexión emocional entre la persona y la marca está por encima.

El valor de la marca de tu hospital no es solo de posicionamiento, se traduce, también, en términos económicos.

Desde el punto de vista más transaccional, un posicionamiento sólido y positivo puede tener varias implicaciones económicas:

Si tienes una gran marca, probablemente tendrás mayor capacidad para cobrar precios más altos por tus servicios. Los pacientes están dispuestos a pagar

más en marcas que perciben como valiosas, confiables o innovadoras.

Tendrás una mayor lealtad del paciente: Si tienes marca tendrás una base de clientes más leales y comprometidos. Y sabes lo que significa: una mayor retención de pacientes con una relación a largo plazo. Y eso se traduce en números, ya que cuesta siete veces más atraer a un nuevo paciente que fidelizar a uno.

Si tu marca es fuerte puedes ganar una mayor participación en el mercado. Los pacientes están más inclinados a elegir una marca que sienten que se alinea mejor con sus valores y necesidades.

Conseguirás una mayor y más consolidada diferenciación competitiva.

Los hospitales con marcas fuertes pueden atraer inversores y tener una mayor valoración en los mercados financieros. Los inversores pueden considerar que una marca fuerte es un indicador de perspectivas de crecimiento y estabilidad a largo plazo.

¿Pero cómo creamos marca?

Desde la alta dirección de las instituciones hospitalarias hemos dedicado muchas horas y esfuerzos en definir nuestra misión, visión y valores. Al final sonaban todas igual. Tienen el foco en qué es lo que quiere conseguir el hospital en un espacio de tiempo determinado. Y claro, ¡todos queremos lo mismo! Ser número uno en asistencia hospitalaria, convertirnos en referencia en una determinada especialidad, etc. Dejemos de poner el foco en nosotros.

Hoy hablamos de propósito. El propósito habla de algo superior. Habla del papel y el rol que las instituciones sanitarias tienen en la sociedad. Tras la pandemia ha quedado muy clara la necesidad y la importancia de este sector, que, quizás, habíamos olvidado. Y ese propósito, es el que nos va a conectar con las personas.

En este escenario, crear marca, no es una opción, pero, he de reconocer que, en general, no lo estamos haciendo bien.

“

La marca es aquello que nos hace únicos, que es inimitable. Igual que el alma a las personas, o la vocación a los profesionales sanitarios

”

Estamos realizando construcciones de marca endeables y frágiles porque las construimos sobre un solo pilar: el pilar de la imagen pública y la imagen ante nuestros pacientes. Con un solo pilar la construcción no es consistente. ¿Se caería esa construcción en breve? Quizás no de manera inmediata, pero es cuestión de tiempo.

Necesitamos construir un segundo pilar. Y ese segundo pilar tiene nombres y apellidos: tus profesionales.

Sin el compromiso de tus profesionales, no hay segundo pilar. Si no hay segundo pilar, tu marca se desmorona. Si tu marca se desmorona, no tienes nada. Tendrás una construcción sin pilares que ofrecerá poca resistencia a los envites del futuro, que ya sabemos que serán bastantes y continuos.

Si quieres crear una marca sólida y duradera, cuenta con tus profesionales, ¿si no?, sigue como siempre.



¿Cómo es una gran marca?

Las marcas que se vean y actúen como personas, las que hablen de tú a tú con sus pacientes y en general con su comunidad y se comuniquen desde la empatía, son las que lograrán esa conexión. Y, ¿quién tiene el poder de que eso ocurra? Tus profesionales.

Las estrategias de *Employer Branding* son aquellas estrategias dirigidas a crear una marca empleadora fuerte. Y no estamos hablando de eventos internos, ni celebraciones o *merchandising* del hospital, eso son planes de acción concretos. Hablamos de la creación de una cultura que se transmita diariamente a través de comportamientos.

“La gente olvidará lo que dijiste, olvidará lo que hiciste, pero nunca olvidará cómo la hiciste sentir”

Maya Angelou

Las marcas no se diseñan, se construyen sobre un propósito.

Todas las marcas tienen un propósito, pero no todos los propósitos son inspiradores.

No se trata de "inventarse" un propósito inspirador. Se trata de tenerlo. He conocido marcas que han tenido propósitos poco o nada inspiradores. Que no

buscaban mejorar el mundo, que su centro no eran las personas. De donde no hay no se puede sacar. Puedes crear una gran campaña para comunicar un propósito inspirador inventado para tu hospital, pero su recorrido es corto y sin futuro.

Te invito a que hoy mismo reflexiones sobre tu marca empleadora y empieces a trabajar en ella. El primer paso es ser consciente de la necesidad. El segundo, y más importante, pasar a la acción.

Reflexión final: Puede que pienses que crear marca empleadora es únicamente para hospitales e instituciones privadas, pero espero tener la oportunidad de, a través de próximos artículos, eliminar esa creencia. Hoy comienzo una serie de artículos para hablar de *branding* y de personas, no de modelo de negocio.

Experta en Employer Branding. Consultora, speaker y formadora. CEO NEXIA.



Impacto y valor de las enfermeras en las redes sociales

Pedro Soriano

Las redes sociales tienen una gran importancia en el ámbito de la salud en nuestra sociedad actual. Casi el 80% de los pacientes consultan antes en Internet que a su propio profesional sanitario, y uno de cada cuatro pacientes utiliza las redes sociales para conocer la experiencia de otros pacientes con su misma enfermedad. Algunas de las utilidades que los pacientes encuentran en el uso de las redes sociales en el ámbito de la salud serían:

- Apoyo entre iguales: Los pacientes pueden crear grupos de personas agrupadas por intereses comunes, como grupos de apoyo en redes conformando las comunidades virtuales de pacientes, donde pueden hablar con otras personas en su misma situación y compartir material de interés.
- Información sanitaria: Las redes sociales pueden ser una fuente de información y de personas que difunden información fidedigna y real en lo relativo a la salud.

Sin embargo, también existen peligros asociados al uso de las redes sociales en el ámbito de la salud, como la rápida y fácil dispersión de la desinformación en salud debido a la falta de controles de los contenidos. Por ello, es importante que existan enfermeras que se conviertan en elementos de referencia que ofrezcan información veraz y fidedigna a las

personas que buscan información sobre salud en las redes sociales.

Además, las enfermeras debemos aprovechar las redes sociales para difundir campañas de *awareness*, alertas sanitarias, potenciar la investigación en salud y mejorar nuestra marca enfermera. También podemos utilizar las redes sociales para establecer una comunicación más directa y fluida con los pacientes. En general, las redes sociales pueden ser una herramienta útil para mejorar la educación sanitaria y la comunicación en salud.

Presencia de las enfermeras en las plataformas digitales

La presencia de las enfermeras en las plataformas digitales está más que justificada. Nuestro conocimiento experto en el cuidado y capacidad para brindar apoyo, educación y orientación hacen de nosotras un recurso inestimable en la promoción de la salud de bienestar.

Si nos centramos en las plataformas digitales, una enfermera podría cumplir las siguientes funciones:

1. Alfabetización en salud digital: Las enfermeras deben estar alfabetizadas en salud digital, lo que significa tener conocimientos y habilidades para utilizar las tecnologías digitales en el ámbito de la salud.

Tener estos conocimientos ayudará a que los pacientes tengan a una líder en su cuidado digital que les ayude a desarrollar estas habilidades digitales enfocadas en la mejora de la propia salud del paciente y/o cuidadoras.

2. Gestión eficaz de la información científico-sanitaria: Las enfermeras pueden utilizar las herramientas digitales para acceder a información científico-sanitaria actualizada y gestionarla de manera eficaz. Asimismo, las plataformas digitales ayudarán a que se pueda extender la ciencia enfermera. Debemos el punto de referencia en curación de contenido digital en salud.
3. Comunicación sanitaria 2.0: Las enfermeras podemos utilizar las redes sociales y otras herramientas digitales para comunicarse con los pacientes y otros profesionales de la salud de manera efectiva.

Las enfermeras destacamos por nuestras habilidades de comunicación como es la empatía. Una de las cualidades más valiosas que pueden brindar apoyo emocional, escuchar a las personas y transmitir comprensión en momentos difíciles a través de la red.

4. Creación de contenido digital: Las enfermeras creamos contenido digital, como videos educati-

vos, infografías y otros recursos, para promover la salud de los pacientes. Este es el caso de Rosa Pérez, una enfermera que te enseña a cuidarte a través de “[El Blog de Rosa](#)”. Consejos útiles para mejorar el autocuidado.

Debemos hacer hincapié en la importancia de proporcionar información educativa sobre enfermedades, tratamientos, procedimientos y consejos de autocuidado. Esto ayuda a disipar mitos y promueve la toma de decisiones informadas.

5. Telecuidados: Las enfermeras podemos utilizar herramientas digitales para brindar atención y seguimiento a los pacientes a distancia como se ha demostrado durante la pandemia de la COVID-19.
6. Plataformas digitales de educación: Las enfermeras pueden utilizar plataformas digitales de educación para mejorar su formación y actualización en temas de salud.

Enfermeras *influencers* que han logrado impactar en la sociedad

Como viene siendo habitual, cada año desde la página *socialmeditica* presentan el Top 10 de Enfermeras en Twitter 2023. Un espacio en el que su autor, Richard muestra un análisis detallado de las 10 enfermeras referentes en la red social Twitter.

X TOP 10 Enfermeras en Twitter 2023 X

Cuenta	Seguidores	Seguidos	Ratio
1.@PauMatalap	40.756	7.248	5,62
2.@la_oveja_negra	40.696	19.190	2,12
3.@urgenciasemerge	32.103	2.733	11,74
4.@uciero	30.176	23.362	1,29
5.@EnfermeroEnred	28.727	2.535	11,33
6.@EnfSaludDigital	22.144	4.374	5,06
7.@lovenursingmery	21.811	6.515	3,34
8.@Ebevidencia	21.129	1.235	17,10
9.@mrsrosaperez	20.605	19.973	1,03
10.@perdidueblog	20.233	1.354	14,94



La página proporciona información sobre el número de seguidores, seguidos, fotos y videos publicados, *likes* y otros datos relevantes de cada enfermera. Este reconocimiento público es esencial para brindar apoyo a la dedicación y trayectoria de las enfermeras en este ámbito.

Estas enfermeras utilizan su plataforma para educar y concienciar sobre temas de salud, promoviendo la importancia de la prevención, el autocuidado y el acceso a la atención sanitaria adecuada.



Como es el caso del proyecto @curaconevidencia de María González, enfermera especialista en Enfermería Familiar y comunitaria que a través de las redes sociales es capaz de empoderar a las enfermeras, compartiendo y aprendiendo conocimientos basados en evidencia científica.

Para María, las redes sociales le han permitido desarrollarse tanto personal como profesionalmente en ámbitos de habilidades comunicativas, digitales y de liderazgo.



Seguramente conoceréis a Esther Gómez, también conocida como @mienfermerafavorita que a través de sus redes sociales tiene un impacto importante en la divulgación en salud hacia la población compar-

tiendo conocimiento para cuidarse mejor y conseguir una sociedad más empoderada en salud.

Recientemente Esther se ha lanzado al mundo del emprendimiento empresarial y ha lanzado SANITALENT. Una manera de profesionalizar la divulgación en redes sociales, regulando y promoviendo un impacto consciente y remunerado. Una empresa que aspira a mejorar nuestra práctica digital de manera conjunta.

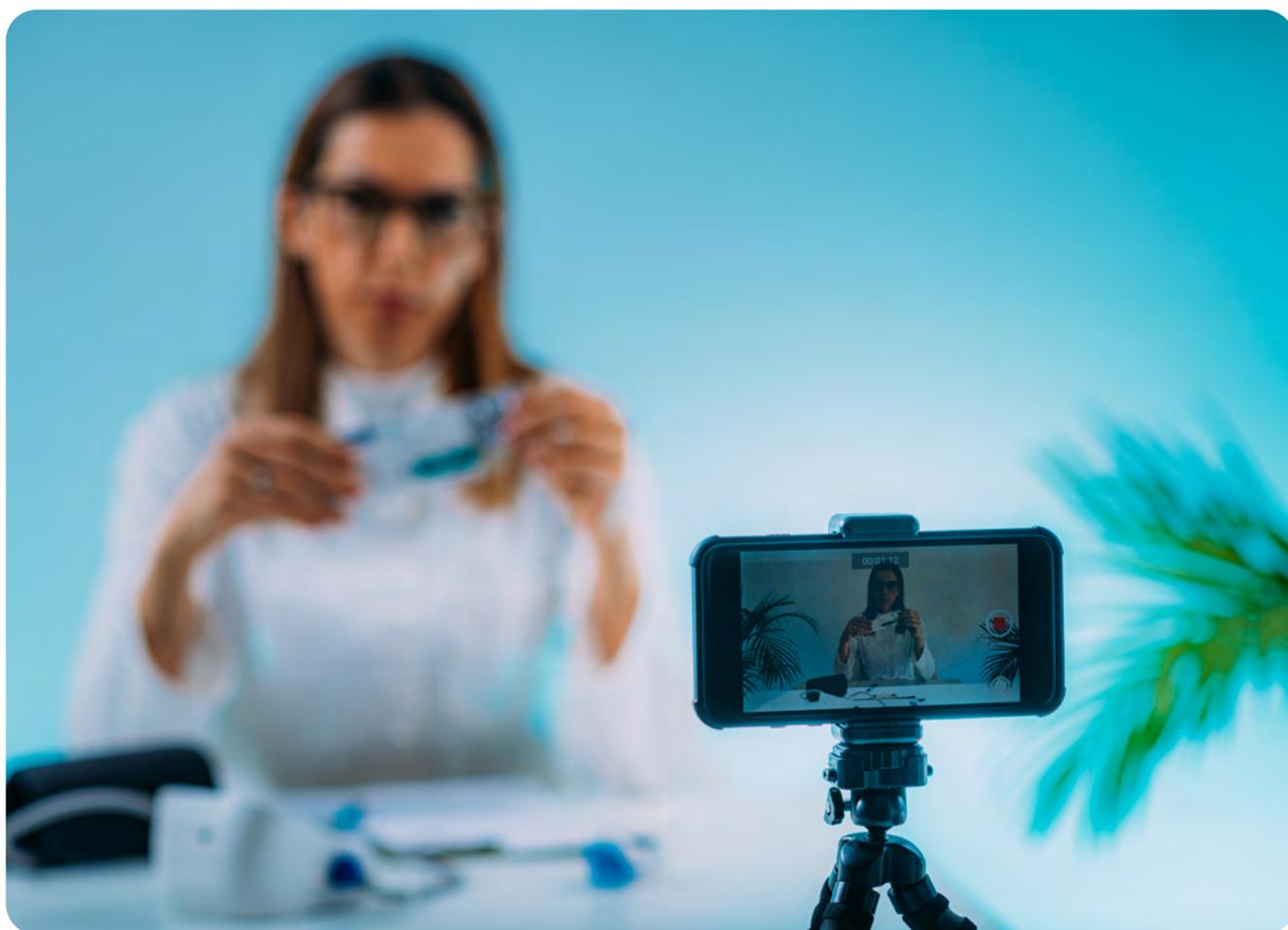


Una de las personas con las que más conversaciones tengo sobre las enfermeras en redes sociales se llama Elena Plaza Moreno, enfermera desde hace casi 16 que su experiencia ha sido mayoritariamente en el ámbito asistencial.

Desde hace un tiempo, @urgenciasyemergencias se ha creado una marca personal potente ofertando formación específica sobre urgencias y emergencias que podrás encontrar en su página web.

Durante nuestras conversaciones sobre emprendimiento, siempre reivindicamos ciertas cuestiones que nos dificultan que las enfermeras podemos emprender como pueden ser:

- La necesidad de una formación más amplia para las enfermeras, que abarque temas empresariales y fiscales.
- Falta de orientación sobre las diversas oportunidades profesionales, incluyendo la creación de tu propia empresa. Por norma general, entendemos que las enfermeras tienen salida asistencial, investigadora y docente, pero hay muchas más oportunidades.



- La percepción negativa como colectivo en el que subestimamos nuestro propio valor y habilidades de emprendimiento.
- La importancia de la colaboración y el apoyo mutuo entre enfermeras para superar desafíos y el desconocimiento en áreas de emprendimiento.

Retos para las enfermeras en Redes Sociales

Aunque es notable el crecimiento significativo de las enfermeras en el uso de las redes sociales en los últimos años también debemos destacar que con la innovación y las oportunidades vienen asociadas una serie de retos que las enfermeras deben enfrentar y superar para utilizar estas herramientas de manera efectiva. Algunos de estos retos podrían ser:

1. Mantener la protección de la privacidad y confidencialidad de la información de los pacientes es

uno de los principales desafíos. Tenemos que ser extremadamente cuidadosas al compartir casos clínicos y/o experiencias que puedan identificar a un paciente, incluso de manera indirecta.

Otro aspecto dentro de la privacidad es el de la propia enfermera. Sentir que por estar en redes sociales pueden invadir tu privacidad e intimidad es una de las principales causas para no utilizarlas.

No debemos olvidar que estar en este tipo de plataformas son voluntarias y que nuestros comentarios y aportaciones son propias. Esto implica que no tienes por qué exponer tu vida privada. Se puede focalizar exclusivamente a la parte estrictamente profesional.

2. La veracidad de la información juega un papel importante. Tenemos la responsabilidad de compartir información precisa y basada en evidencia

para evitar la desinformación y los mitos sobre la salud.

Aun así, no podemos olvidar que podemos cometer errores y que rectificar es totalmente válido y aceptable.

3. La constancia es la clave del éxito. Por norma general, trabajar contenidos digitales no es una tarea sencilla. Debemos trabajar un plan de comunicación propio que sea realista para evitar que nos frustremos y potenciar nuestra formación en el área de la salud digital. Es un espacio donde la información viaja a una velocidad de vértigo y las plataformas cambian y se actualizan constantemente.
4. La intimidación y el acoso en cualquiera de las plataformas digitales son posibles. Las redes sociales son abiertas por lo que cualquier persona con cualquier tipo de interés puede interactuar y por lo tanto opinar. Es importante saber manejar estas situaciones para proteger tu bienestar emocional.
5. Falta de capacitación en gestión empresarial como la financiera, el marketing, la gestión del personal, atención al cliente o la planificación estratégica puede ser un reto ya que puede requerir una capacitación adicional que generalmente, no tenemos en nuestra formación universitaria

Innovación, desarrollo profesional y nuevas empresarias enfermeras. Soledad en redes sociales.

El apoyo de los líderes de salud es fundamental para la nueva profesionalización de la divulgación sanitaria en enfermería. Esto incluye el reconocimiento de la importancia de la enfermería, el apoyo a la formación y capacitación, el fomento del emprendimiento enfermero, el impulso a la innovación enfermera y el reconocimiento social de la profesión enfermera.

Es importante que los líderes de salud reconozcan el papel crucial que desempeña las enfermeras

en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y apoyen su desarrollo profesional y empresarial para seguir avanzando.

“Como enfermeras, nuestra responsabilidad es aprovechar estas herramientas para marcar una diferencia positiva en la vida de las personas”

Pedro Soriano

Bibliografía

1. Manual sobre la Práctica empresarial Las enfermeras crean oportunidades como empresarias y como emprendedoras. Consejo Internacional de enfermeras. 2012. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/2012_Handbook_entrepreneurial_practice_sp.pdf
2. Enfermería en la transformación digital. <https://www.salusplay.com/apuntes/enfermeria-en-la-transformacion-digital/tema-0-enfermeria-en-la-transformacion-digital>
3. Lima-Serrano M, Carrión Robles T, Herráiz Mallebrera A, Arrabal Téllez AB. Enfermería Comunitaria y salud digital en tiempos de la COVID-19. *RIdEC* 2020; 13(2):34-42.
4. Herrera-Peco I. Comunicación en salud y redes sociales: necesitamos más enfermeras [Health Communication and social media: We need more nurses]. *Revista Científica De La Sociedad Española De Enfermería Neurológica*. 2021 January-June; 53:1-4. Spanish. doi: 10.1016/j.sedene.2021.03.001. Epub 2021 Mar 29. PMID: PMC8006184.

Enfermero profesor de la Facultad de Enfermería en la UEM. Presidente de la Asociación #FFPaciente
@enfermero_enred | www.pedro-soriano.com

A Propósito de la Dermatitis Atópica: **El Viaje del Paciente** Encuentro de expertos



OBJETIVO

Analizar y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con dermatitis atópica, contando con la participación de todos los profesionales implicados en el ámbito hospitalario.

PARTICIPANTES

Bienvenida institucional

Pablo Chicharro Manso, coordinador de la Unidad de Dermatitis Atópica del H.U. La Princesa

Esteban Daudén Tello, jefe del Servicio de Dermatología del H.U. La Princesa

Milagros Fernández Manzano, enfermera de la Unidad de Dermatitis Atópica del H.U. La Princesa

Fernando von Fischer-Treuenfeld Pérez, representante de pacientes con Dermatitis Atópica del H.U. La Princesa

Esther Ramírez Herráiz, especialista en Dermatitis Atópica del Servicio de Farmacia del H.U. La Princesa

Francisco J. Rebollo Laserna, senior medical manager Inflamación e Inmunología - Área de Dermatología en Pfizer

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

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#DermatitisAtópicaNME

Organiza:



Patrocina:





CUESTIÓN DE JUSTICIA



La necesaria regulación de la inteligencia artificial en salud

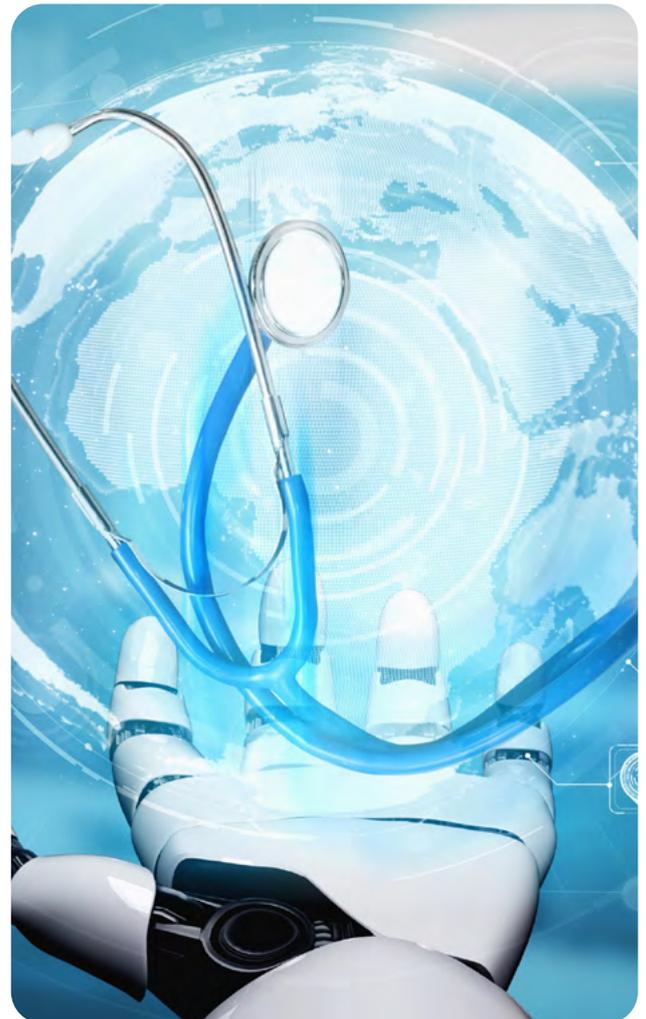
Álvaro Lavandeira Hermoso

La Unión Europea establece que el término inteligencia artificial (IA) se aplica a los sistemas que manifiestan un comportamiento inteligente, pues son capaces de analizar su entorno y pasar a la acción, con cierto grado de autonomía, con el fin de alcanzar objetivos específicos.

La UE considera la sanidad como uno de los campos de aplicación de la IA, como puede ser en el diagnóstico, tratamiento de enfermedades crónicas, desarrollo de técnicas y productos sanitarios, así como medicamentos o la reducción de tasas de mortalidad.

La aplicación de la inteligencia artificial (IA) en el campo de la sanidad o salud, está transformando actualmente la forma en que se diagnostican, tratan y gestionan las enfermedades.

Desde el punto de vista del diagnóstico, los sistemas de IA pueden analizar grandes cantidades de datos médicos, como radiodiagnóstico, pruebas de laboratorio, registros médicos electrónicos para identificar patrones y tendencias, ayudando así a los médicos a identificar enfermedades con mayor precisión y rapidez, lo que ayuda a la detección temprana de en-



fermedades, así como mejorar la toma de decisiones clínicas y la atención al paciente.

En un entorno donde la medicina se dirige a una personalización de los tratamientos, precisamente la IA puede analizar perfiles genéticos e ingente cantidad de datos sanitarios de pacientes, con objeto de conseguir la personalización de los tratamientos y terapias, maximizando así la eficacia y eficiencia de estos, colaborando a una mejor prestación sanitaria e incluso más económica, al estar perfectamente ajustada a las necesidades del paciente.

En este sentido, la IA permite una monitorización de los pacientes, lo que permite un seguimiento continuo, incluso en tiempo real o en momentos necesarios, en función de las condiciones del paciente y su patología. Así, mediante esta tecnología se puede alertar a los profesionales sobre cambios importantes o variables no deseadas en las circunstancias del paciente, favoreciendo la prevención de complicaciones.

En función de lo anterior, la IA puede ayudar a que los pacientes reciban información sanitaria, responder preguntas comunes, favoreciendo la accesibilidad a la atención médica.

A nivel de gestión, la IA puede administrar eficazmente recursos sanitarios, como camas, personal, suministros, citas médicas, telemedicina, etc., lo que mejora la eficiencia y reduce costes operativos.

Respecto a la investigación biomédica y el desarrollo de medicamentos, es patente que la IA acelera los procesos de investigación e impulso de medicamentos mediante el análisis de grandes bases de datos, predicción de su eficacia y seguridad, así como conseguir descubrimientos científicos y avances en la comprensión de enfermedades.

Por todo ello, la aplicación de la IA en sanidad promete mejorar la precisión del diagnóstico, la calidad de la atención al paciente, la eficiencia en la gestión de la salud, la investigación médica, el desarrollo de medicamentos y el avance en el conocimiento y manejo de enfermedades. Sin embargo, también plantea problemas y desafíos jurídicos, éticos, así como

“

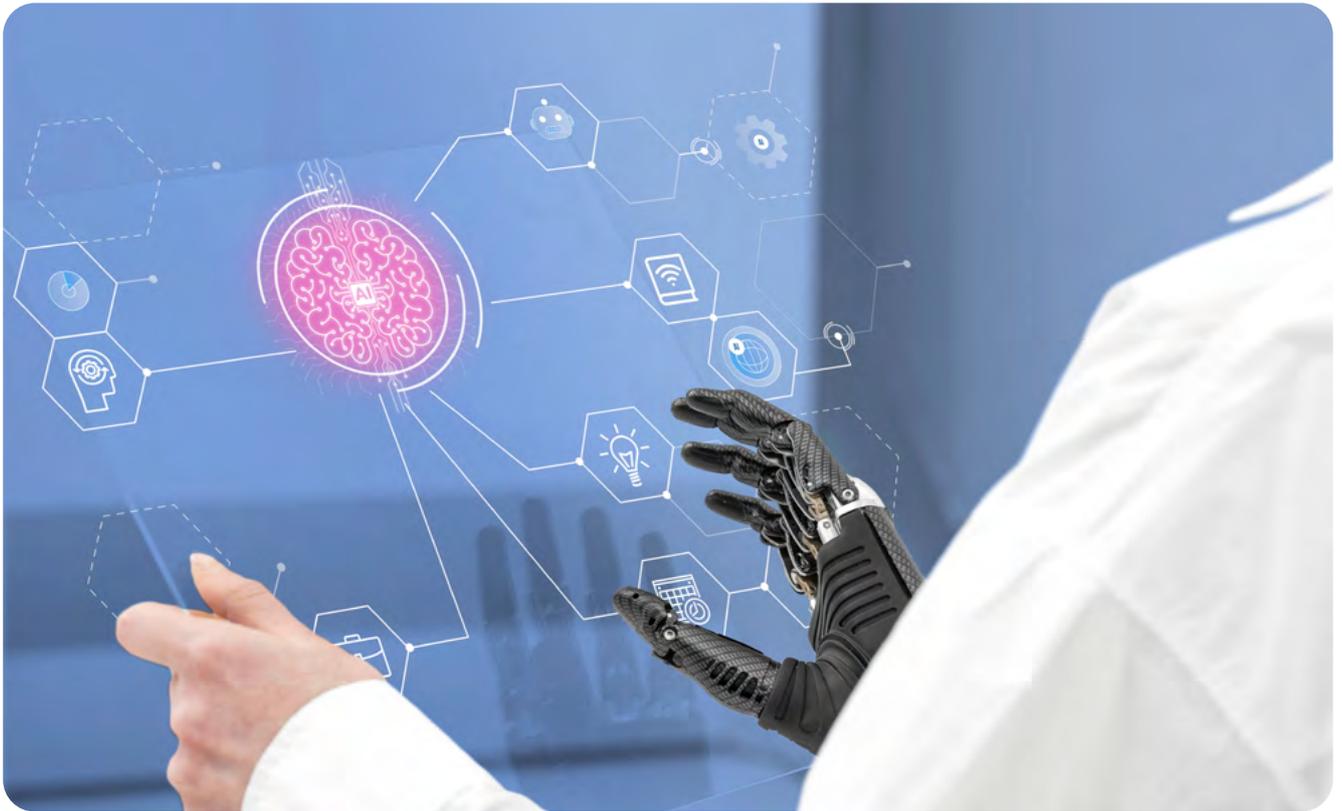
La aplicación de la inteligencia artificial en el campo de la sanidad o salud, está transformando actualmente la forma en que se diagnostican, tratan y gestionan las enfermedades

”

en materia de protección de datos y privacidad, lo que hace necesaria una regulación, de manera que este importante avance tecnológico no vulnere la intimidad de los ciudadanos y pacientes, lo que debe ser abordado cuidadosamente para garantizar los derechos de todos, favoreciendo además el desarrollo científico y tecnológico en beneficio de los pacientes y, por tanto, del conjunto de la sociedad.

En este sentido una adecuada regulación jurídica de la IA aplicada a la sanidad es un asunto trascendental para garantizar la seguridad, la privacidad, los derechos de los ciudadanos y la ética en la atención sanitaria en la que se ve involucrada la IA.

Es conocido que, para el derecho, la tecnología es todo un reto y, especialmente la IA por su propia idiosincrasia. Empezando por la rapidez que conllevan sus procesos, sus componentes que también necesi-



tan una regulación activa y las soluciones que debe brindar no solo desde la norma sino a través de la utilización de los principios generales del derecho que ayudan a la norma en caso de vacíos legislativos, y que en esta materia, por la rapidez en su desarrollo, pueden ser numerosos.

Esta tecnología avanza imparable y las legislaciones que las regulan, administran, controlan su uso y sancionan, van quedando obsoletas, resultan insuficientes o directamente ni existen.

Legalmente controlada o no, la IA es ya el presente y no para de crecer, por lo que legislarla, aun tardíamente, se convierte en una necesidad ineludible, de manera seria y responsable, por personas idóneas en la materia y con un profundo conocimiento de lo legal, lo innovador, lo ético y lo social.

En este sentido la Unión Europea procura una regulación armonizada de la IA a través de Reglamento comunitario, con objeto de asegurar la mayor uniformidad regulatoria posible a nivel de la UE. Y es que este instrumento legislativo permite la aplicación directa e inmediata de la normativa europea en todos los

Estados miembros, sin necesidad de incorporación a las legislaciones nacionales, con lo que se obtiene rapidez en la entrada en vigor en el conjunto de la UE, así como se evita introducir modulaciones nacionales, provocando diferencias entre Estados y, por tanto, inseguridad jurídica. En este sentido, ayuda que la IA es aún incipiente y no existen demasiadas normas nacionales que diferencien y atomen el espacio europeo. En el sector, claro ejemplo de la utilización de este instrumento regulatorio, es el Reglamento UE de medicamentos huérfanos, que precisamente tuvo el objeto de regular de manera uniforme en la Unión el desarrollo de estos medicamentos.

Este Reglamento (AI Act) debe considerar algunas áreas clave de regulación relacionadas con la aplicación de la IA en la sanidad. A saber:

1. Privacidad, intimidad y protección de datos: La recopilación y procesamiento de datos de salud por parte de IA debe cumplir, naturalmente, con la regulación de protección de datos europea y nacional. Probablemente se deben implementar medidas de seguridad adecuadas para protección de los ciudadanos, por las propias características de

la IA. Sin embargo, la nueva regulación no debe ser un obstáculo para el desarrollo científico. Es por ello, que el equilibrio entre estos dos aspectos se antoja como una cuestión fundamental y prioritaria.

En este sentido, el consentimiento informado deviene como un instrumento fundamental; debiendo los pacientes estar plenamente informados sobre la utilización, procedimientos y fines en el uso de la IA. En este sentido, se hace necesaria la revisión de la regulación del consentimiento informado y de la autonomía del paciente, actualizándola a las nuevas situaciones generadas con esta tecnología, y que no están contempladas actualmente, estando obsoleta la normativa actual, presentando importantes áreas de mejora.

2. Responsabilidad legal: Establecer responsabilidades en casos de errores o daños causados por sistemas de IA. En este sentido, ya se encuentran publicadas dos propuestas de Directiva que abordan algunas cuestiones relativas a la responsabilidad por daños causados por sistemas de IA. Con estas dos propuestas, se crea una estructura de interacción y complementariedad entre el futuro Reglamento y las propuestas de directivas para resolver la cuestión de la responsabilidad por daños causados por sistemas de IA.
3. Evaluación de seguridad y calidad: Los reguladores pueden requerir evaluaciones de seguridad y eficacia para sistemas de IA sanitaria antes de su uso generalizado. Estas evaluaciones pueden ser similares a las autorizaciones utilizadas para medicamentos y productos sanitarios tradicionales, asegurando el cumplimiento de ciertos criterios de calidad y seguridad.
4. Ética y transparencia: Es fundamental garantizar la transparencia en la toma de decisiones de los sistemas de IA y para abordar cuestiones éticas, en aspectos como la garantía en el acceso a prestaciones sanitarias, la equidad, la igualdad de oportunidades para todos, con la garantía del mantenimiento del estado social, minimizando los sesgos algorítmicos. Igualmente deben ga-

rantizarse los derechos de propiedad intelectual y patentes de los desarrolladores.

5. Interoperabilidad: La regulación en el conjunto de la UE debe servir para garantizar la interoperabilidad entre sistemas de IA y registros electrónicos sanitarios, estableciéndose estándares y protocolos de comunicación.
6. Formación y competencia: Se hace imprescindible una nueva formación, adquiriendo competencias en este ámbito, por lo que se deben incorporar las necesidades de formación a aquellos profesionales que trabajen con sistemas de IA, en el que se contemplen continuas actualizaciones, debido a que la IA evoluciona continuamente, por lo que la regulación debe contemplar este fenómeno, y ser a la vez lo suficientemente flexible como para adaptarse a los avances tecnológicos y las mejores prácticas emergentes.
7. Vigilancia y auditoría: En el sentido de las políticas de la UE, esta futura regulación implementará mecanismos de supervisión, auditoría y sanciones de sistemas de IA al objeto de garantizar su adecuado funcionamiento y su conformidad con la regulación.

Por todo ello, es importante la interacción y colaboración entre los Estados miembros, las diferentes instituciones de la UE; así como interlocutar con la industria, los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes, con objeto de desarrollar los esenciales marcos legales y éticos suficientemente sólidos para un adecuado desarrollo de la IA en sanidad, que garantice los derechos de los ciudadanos de la Unión, y que a la vez beneficie el desarrollo científico y tecnológico en favor de la sociedad y los ciudadanos.

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

alvaro.lavandeira@ifsasalud.com



ENFERMERÍA



La investigación enfermera... remando para alcanzar la meta

Alejandro Lendínez Mesa

La investigación en enfermería es un componente esencial para el avance y la mejora continua de la práctica y los cuidados de salud. A lo largo de los años, el papel de la enfermería ha evolucionado significativamente, pasando de ser una ocupación basada en habilidades técnicas a convertirse en una profesión

altamente capacitada y científicamente fundamentada. Es importante plantear que dentro de esta capacitación y como ciencia, las enfermeras deben seguir desarrollando y potenciando la investigación, considerando su importancia para el avance de la profesión, pero sobre todo para aplicar mejores cuidados a los pacientes y a sus familias.



Importancia de la investigación enfermera:

1. Mejora de la calidad de los cuidados de salud: La investigación en cuidados proporciona evidencia científica que respalda y mejora la calidad de los cuidados de salud proporcionados por las enfermeras. Estudios bien diseñados y basados en la evidencia ayudan a identificar las mejores prácticas y a garantizar que los pacientes reciban cuidados de calidad y seguros.
2. Avance de la profesión: la investigación contribuye al avance de la profesión al elevar su estatus y reconocimiento dentro del ámbito de la salud. A través de esta, las enfermeras pueden demostrar su capacidad en la toma de decisiones clínicas fundamentadas y basadas en pruebas científicas.
3. Innovación y desarrollo de nuevas intervenciones: La investigación impulsa a las enfermeras para que innoven ya que fomenta el desarrollo de nuevas intervenciones, protocolos y tecnologías que mejoran el bienestar de los pacientes y optimizan la gestión de los recursos de atención sanitaria.
4. Contribución al conocimiento científico: La investigación en cuidados es fundamental para ampliar el conocimiento científico y mejorar la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud y el cuidado de los pacientes. Esto permite que la profesión crezca y se desarrolle a medida que se abordan nuevas preguntas de investigación.

Avances en la investigación enfermera:

1. Métodos de investigación más sólidos: A lo largo de los años, los enfoques de investigación en cuidados han ido evolucionando, adoptando métodos más rigurosos y avanzados. La investigación cuantitativa, cualitativa y mixta se ha vuelto más común, lo que ha permitido abordar una amplia gama de temas y cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud.

“

La investigación enfermera es una herramienta poderosa que impulsa el avance de la profesión y mejora la calidad de los cuidados de salud

”

2. Investigación basada en la evidencia: La adopción de la investigación basada en la evidencia se ha convertido en un pilar fundamental de las enfermeras. Tras mucho trabajo y años de desarrollo profesional las enfermeras están más capacitadas para identificar, evaluar y aplicar la evidencia científica en su práctica clínica, lo que conduce a mejores resultados para los pacientes.
3. Desarrollo de programas de formación e investigación: Las instituciones académicas y los centros sanitarios han reconocido la importancia de la investigación en cuidados y han desarrollado programas de formación específicos para capacitar a los profesionales en el campo de la investigación. Esto ha contribuido al crecimiento de la comunidad de enfermeros investigadores.

4. Participación en proyectos multidisciplinarios: Los enfermeros han empezado a involucrarse más en proyectos de investigación multidisciplinarios, colaborando con médicos, científicos, psicólogos y otros profesionales de la salud. Esta colaboración ha enriquecido la investigación y ha generado resultados más completos y aplicables. Las enfermeras han aportado valor liderando líneas de investigación multidisciplinarias, han dado un paso adelante no siendo solo profesionales que realizaban técnicas para los estudios de otras disciplinas.

Estrategias para potenciar la investigación en enfermería:

1. Fomentar la cultura de la investigación: Es esencial crear una cultura que promueva y valore la investigación en enfermería. Esto implica reconocer y recompensar la investigación en la evaluación del desempeño profesional y proporcionar oportunidades para que los enfermeros realicen investigación durante su formación y carrera.

2. Apoyo institucional: Las instituciones de salud y académicas deben proporcionar apoyo y recursos para la investigación en enfermería, como fondos, tiempo protegido para investigar y acceso a bases de datos y laboratorios.

3. Colaboración y redes de investigación: Fomentar la colaboración entre instituciones y establecer redes de investigación en enfermería permitirá compartir recursos, conocimientos y experiencias, además de promover la realización de estudios multicéntricos y de mayor envergadura.

4. Educación continua en investigación: Es fundamental proporcionar programas de educación continua en investigación para enfermeros en ejercicio y estudiantes. Esto ayudará a mejorar sus habilidades de investigación y les permitirá mantenerse actualizados con los avances en el campo.

5. Reconocimiento y difusión de la investigación: Es importante reconocer el trabajo de los enfermeros investigadores y difundir los resultados de sus estudios a través de publicaciones cien-





tíficas y presentaciones en conferencias. Esto fortalecerá la credibilidad de la investigación en enfermería y aumentará su impacto en la práctica clínica.

Cada vez más sociedades científicas, organismos profesionales e instituciones promueven proyectos para potenciar la investigación en cuidados desde distintos ámbitos profesionales, algunos ejemplos que están en funcionamiento:

- *Nursing Research Challenge*: promovido por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) y Osakidetza, este proyecto tiene como fin promover la gestión en investigación en cuidados de salud, potenciando a las enfermeras gestoras e investigadoras.
- Premios nacionales e internacionales de investigación: También hay numerosos colegios profesionales y sociedades científicas como la Sociedad Española de Enfermería Neurológica

(SEDENE) que promueven premios para incentivar el desarrollo de proyectos y la transferencia del conocimiento enfermero, ejemplo de ello es el premio al mejor proyecto internacional de investigación en enfermería neurológica o Premio Internacional de Investigación en Cuidados Neurológicos "Antonio Ibarzo".

- Figuras de enfermeras en las instituciones sanitarias que apoyan o dan soporte a la investigación, innovación o implantación de buenas prácticas extraídas de la evidencia en los centros asistenciales como en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Hospital Clinic Barcelona, Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, entre otros.

Estos son solo unos ejemplos de tantas iniciativas que están promovidas por muchas entidades donde las enfermeras están presentes (sociedades, colegio profesional, consejos profesionales, centros asistenciales, ...).

A modo de conclusión la investigación enfermera es una herramienta poderosa que impulsa el avance de la profesión y mejora la calidad de los cuidados de salud. A lo largo de los años, se han realizado importantes avances en la investigación en enfermería, pero aún hay mucho por hacer para fortalecer y potenciar aún más este campo. Al fomentar una cultura de investigación, brindar apoyo institucional y promover la colaboración y la educación continua, podemos garantizar que la investigación en enfermería siga creciendo y desempeñe un papel fundamental en la mejora de la atención y el bienestar de los pacientes y sus familias.

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



¿Qué hacemos con el sistema de salud?

Javier Carnicero
Giménez de Azcárate

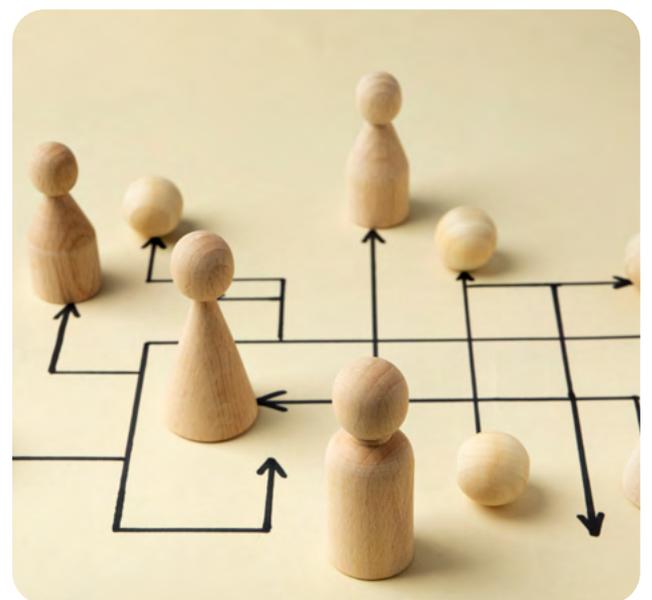
Cuando termina el período punta de las vacaciones y todas las comunidades tienen su gobierno constituido, es el momento de volver a pensar sobre nuestro maltrecho sistema de salud y sobre qué se puede hacer para que vuelva a ser la joya de la corona de nuestro estado de bienestar. La campaña electoral fue pobre en ideas y propuestas sobre la materia, y los discursos de investidura tampoco han sido especialmente brillantes en lo que se refiere a salud. Ahora es el tiempo de los gestores y de los técnicos, que son quienes deben proponer a la clase política qué hacer para salir de la situación actual.

Cuando nos enfrentamos a un problema existe la opción de no hacer nada, que con relativa frecuencia es la que se emplea y no siempre es una mala opción. Sin embargo, en la mayoría de los casos conduce a agravar la situación de forma inexorable. Cuando los problemas se pudren acaban apestando. Soy de la opinión de que esto es lo que ha ocurrido con nuestro sistema de salud, que no se ha hecho nada durante demasiado tiempo. En este caso, además, el no hacer nada se ha acompañado de aumento del gasto, excepto durante los años de la recesión económica, con lo que hemos conseguido un peor servicio y además más caro.

La segunda opción es hacer algo. En este caso hacer algo no se puede limitar a aumentar el presupuesto ni tampoco a decir con voz engolada que defende-

mos la sanidad pública. Es importante centrarse en medidas a corto plazo, prácticamente de contingencia, pero con pensamiento estratégico. Pero también es importante que la gestión no se limite a las medidas coyunturales o de contingencia. Todos sabemos que hay muchas plazas vacantes sin cubrir de médicos de familia y que no se dispondrá de médicos hasta dentro de unos años, si es que se consiguen cubrir las plazas de formación MIR. También sabemos que existe un serio y crónico problema de listas de espera.

En atención primaria tienen carácter urgente determinadas acciones para aliviar el trabajo de los mé-



cos. Para ello se necesitan acciones de microgestión, centro a centro, analizando cómo se puede mejorar, aunque sea parcialmente la situación. Por ejemplo, quitando todo el papel y toda la burocracia a los médicos, dotando a las consultas de personal auxiliar de apoyo, permitiendo a los profesionales que se organicen y apoyándose en todo lo que sea posible. La atención primaria también se vería muy aliviada con la reducción de las listas de espera, pues la demora la sufre el paciente, pero también la padece su médico, quien ha solicitado una consulta que no se le responde. Se debe mejorar sustancialmente la retribución de los médicos de familia a los que de manera estable se les pide -exige- que atiendan los pacientes de las vacantes que no se consiguen cubrir. Esta remuneración debería tener muy en cuenta el número de personas que se adscriben al médico (cupos) y su dispersión geográfica. En atención hospitalaria también deben aplicarse medidas de contingencia para reducir la lista de espera y también deben buscarse actuaciones específicas para atenuar el daño que ocasiona la escasez de profesionales de determinadas especialidades médicas.

Se necesita gestión estratégica para estabilizar y mejorar el sistema de salud. Es imprescindible que se planifique pensando en la mejora de la atención y no en la mejora de los servicios. Quiere decirse que se deben anteponer las necesidades de los ciudadanos y de los pacientes a las propuestas de crecimiento de los servicios cuando no se acompañen de mejoras significativas en la asistencia. El sistema público se defiende mejorando la asistencia que proporciona al paciente y al ciudadano. El primer objetivo debería ser la integración funcional de la atención primaria con la hospitalaria, de manera que las relaciones entre los profesionales de los dos niveles permitan la necesaria fluidez en la comunicación entre ellos, se discutan los casos, se protocolice cuando sea posible el manejo clínico de los pacientes y se evalúen conjuntamente los resultados. La “autoconcertación” o jornadas extraordinarias, vulgarmente llamadas peonadas deberían proscribirse de nuestro sistema y en cambio primar con generosidad a quien se esfuerza por no tener lista de espera gracias a su eficacia y eficiencia durante la jornada ordinaria, lo que exige medir estas dos magnitudes. Si el servicio correspondiente alcanza el óptimo de su rendimiento

“

Se necesita gestión estratégica para estabilizar y mejorar el sistema de salud

”

y se mantiene una demanda que le excede, deberían activarse soluciones con visión de largo plazo, que no necesariamente deben limitarse al aumento de la plantilla. Es importante el aprovechamiento de todos los recursos disponibles creando redes asistenciales de excelencia que incluyan todos hospitales públicos y los privados cuando sean necesarios. En el caso de los médicos de atención primaria también es imprescindible, además de facilitar que se puedan organizar para proporcionar la mejor atención y apoyarles en todo lo que sea posible, modificar su sistema retributivo de forma que una parte importante de su nómina esté vinculada al número de personas que tienen adscritas, además de primar de manera significativa el cumplimiento de objetivos de calidad.

En resumen, se necesitan medidas coyunturales para mejoras que no pueden esperar, pero también acciones en el medio y largo plazo que introduzcan cambios sustanciales en el sistema de salud, que permitan que los profesionales puedan organizar entre ellos el flujo de pacientes, primar la excelencia y modificar el sistema retributivo de los médicos. Si nos limitamos a no hacer nada o a hacer lo de siempre, el sistema de salud no mejorará y desgraciadamente todo lo que no mejora tiende a empeorar.

Consultor de sistemas y servicios de salud



Humanización y ciencia, pilares en el tratamiento de la Fibrosis Quística

Alexandra Vañes

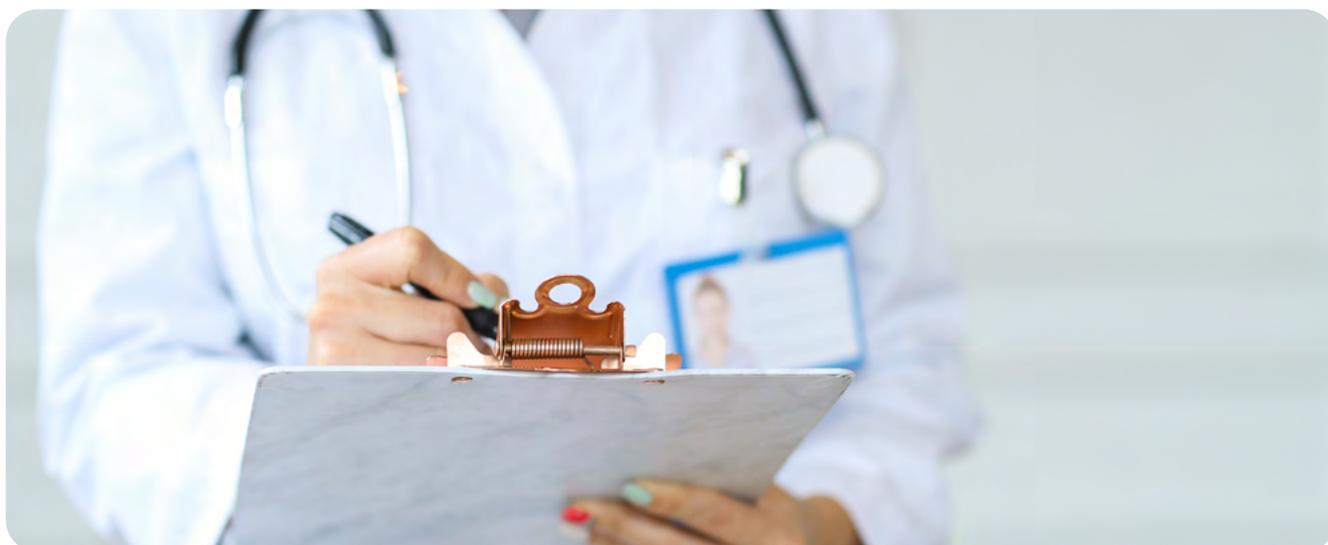
En las últimas décadas, hemos sido testigos de un avance significativo en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con Fibrosis Quística (FQ). Lo que antaño se consideraba una enfermedad que suponía una sentencia de muerte en la infancia, hoy se ha transformado en una enfermedad crónica que permite a los pacientes llegar a la edad adulta. ¿Cómo ha sido posible este logro? Sin duda, la investigación y la creación de Unidades Multidisciplinarias Especializadas han sido piezas clave en este rompecabezas médico. Sin embargo, hay un aspecto igualmente importante que ha emergido en las últimas décadas, uno que a menudo pasa desapercibido pero que juega un papel vital en la atención de los pacientes con FQ: la humanización de la asistencia médica.

Siglos antes de que la Dra. Dorothy Andersen describiera por primera vez la FQ en 1938, existían relatos que narraban el origen de esta enfermedad desde una perspectiva mágica, atribuyendo a la hechicería la causa de niños que tenían un sabor salado en la piel y que morían prematuramente. La evolución investigadora hizo que, en 1595, el holandés Peter Paaw, por medio de la autopsia de una niña de once años, describiera la primera relación con la alteración anatomopatológica que producía.

Desde entonces, la ciencia ha avanzado a pasos agigantados redefiniendo la FQ como una enfermedad genética crónica con manifestaciones multisistémicas

cuyo pronóstico depende del diagnóstico precoz y del manejo terapéutico de excelencia en centros especializados con carácter multidisciplinar. Estos avances científicos también han influido en la atención médica que tradicionalmente se prestaba a las personas con enfermedades crónicas. Esta, desde una visión médica, se centraba en aspectos fisiopatológicos, medidas preventivas y cuidados clínicos. En las últimas décadas, se ha producido un cambio fundamental en la forma en que abordamos estas enfermedades, incluyendo la FQ. La humanización de la atención médica ha emergido como un componente esencial en el manejo de esta patología y esto ha tenido un impacto significativo en la vida de los pacientes y sus familias.

De la casi inexistencia en la atención de aspectos sociales y psicológicos del paciente con enfermedad crónica hemos pasado a una abundante literatura científica sobre estos factores. Y no solo referidos al paciente, sino a todo su entorno, pues esta enfermedad sacude todo aquel que tiene relación cercana con el paciente, involucrando a familiares y amigos en un viaje que implica desafíos emocionales y sociales. Así, la atención médica evoluciona evitando limitarse solo a tratar los síntomas físicos. Se ha expandido para incluir el apoyo emocional y social necesario para ayudar a los pacientes y familiares a sobrellevar su enfermedad de manera integral. Hoy en día, esto es lo que se entiende por atención de calidad al paciente con FQ: la unificación de los últi-



mos conocimientos científicos y la Humanización de la asistencia multidisciplinar de todos los profesionales que intervienen en los diferentes centros sanitarios -entre los que se incluyen hospitales, centros de salud... así como los Centros de Atención Integral de Enfermedades Respiratorias- compartiendo todos ellos el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

Precisamente, esta calidad de vida se ve influenciada por diversos factores debido a la naturaleza multisistémica de la enfermedad. Sin embargo, el sistema pulmonar es el que está mayormente afectado y el que origina los mayores motivos de consulta e ingresos hospitalarios. Esta cuestión ha hecho que la atención y el cuidado de los pulmones se haya convertido en un pilar esencial para mantener la calidad de vida de las personas con FQ; pero también ha implicado la creación de lugares especializados, como los Centros de Atención Integral De Enfermedades Respiratorias (CAIDER), en los que no solo se pone el foco en proporcionar tratamientos médicos efectivos, sino que se presta asistencia priorizando en la ecuación otros aspectos como la escucha activa o el respeto a la dignidad, al bienestar, y a las particularidades personales y sociales del paciente.

La humanización que se presta en los CAIDER se refleja en una serie de prácticas y enfoques que benefician a los pacientes con FQ y a sus seres queridos. En primer lugar, implica una comunicación abierta y efectiva entre los profesionales de la salud y los pa-

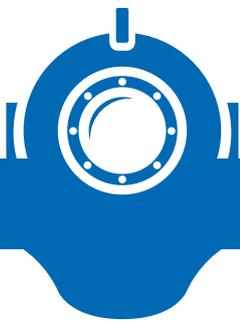
cientes, brindando un espacio para que estos últimos expresen sus inquietudes y necesidades. Esto crea un ambiente en el que los pacientes se sienten escuchados y comprendidos, lo que es fundamental para su bienestar emocional. Además, esta humanización se traduce en un enfoque multidisciplinar en el que se abordan todas las dimensiones de la enfermedad, tanto físicas como emocionales y sociales. La humanización también se refleja en la personalización de los tratamientos y cuidados.

Para nosotros, cada paciente con FQ es único, con sus propias necesidades y desafíos. Y entendemos que la atención médica debe adaptarse a estas diferencias individuales para brindar el mejor cuidado posible. Esto puede incluir la elección de tratamientos específicos, la atención a las preferencias del paciente y la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones sobre su atención médica. Desde Linde Médica, somos conscientes de que, al combinar los avances científicos con la empatía y la atención personalizada, estamos haciendo grandes avances en FQ y brindando a los pacientes la esperanza y la calidad de vida que merecen.

Bibliografía

1. D.H. Andersen. Cystic fibrosis of the pancreas and its relation to eliac disease. Am J Dis Child, 56 (1938), pp. 344

Directora médica de Linde Médica



La IA en medicina es... ¿sesgada e inexplicable?

David Castro González

La capacidad de la inteligencia artificial para analizar enormes conjuntos de datos y hacer predicciones precisas ha favorecido que su uso en el ámbito médico haya crecido rápidamente en los últimos años, especialmente en áreas como el análisis de imágenes.

Muchos estudios científicos muestran que los algoritmos pueden llegar a rivalizar e incluso superar a los especialistas médicos a la hora de diagnosticar diferentes enfermedades como, por ejemplo, la retinopatía diabética, el cáncer de mama o la tuberculosis pulmonar.

Los modelos de IA también pueden predecir con gran precisión aspectos como la duración de la estancia en el hospital de un paciente ingresado, la probabilidad de muerte hospitalaria o de reingreso no planificado.

Uno de los principios más importantes que debe guiar el desarrollo de la IA es el de justicia, lo que implica garantizar que las decisiones de los algoritmos son efectivamente justas y no se ven condicionadas por factores externos o internos al modelo de IA.

Aunque la IA puede parecer objetiva, lo cierto es que debemos tener en consideración que está sujeta a prejuicios humanos o sesgos, algoritmos opacos y dilemas éticos.

Sesgos

Los sesgos pueden aparecer en cualquier fase de desarrollo de la IA y adoptar diferentes formas. Los más habituales son los relacionados con factores demográficos: sexo, raza, edad, religión, orientación sexual, ingresos, ubicación geográfica, idioma, IMC, estilo de vida, etc.

Pueden producirse y expandirse desde la concepción del modelo, pasando por la obtención, etiquetado, caracterización de las variables necesarias y análisis de los datos, hasta las propias decisiones del modelo de IA.

No detectar o pasar por alto los posibles sesgos al construir o implementar un determinado modelo de IA podría traducirse en el llamado “sesgo de confirmación”, lo que llevaría a un especialista a estar de acuerdo con los hallazgos falsos negativos de un algoritmo, pasando por alto una determinada lesión o diagnóstico, además de replicar, agravar y perpe-

tuar disparidades e inequidades en la atención al paciente.

Asimismo, las recomendaciones basadas en modelos sesgados o aplicaciones incorrectas de un modelo de IA, podrían provocar un incremento de enfermedades, lesiones y muertes en ciertas poblaciones de pacientes, así como un sobrecoste de tiempo y dinero.

Los sesgos a menudo son involuntarios, pero también pueden introducirse deliberadamente. Algunos investigadores alertan de que las herramientas de IA en los hospitales podrían llegar a diseñarse para priorizar los indicadores de calidad o hacer recomendaciones que beneficien económicamente a la empresa desarrolladora, a una determinada compañía farmacéutica o a la propia institución, sin el conocimiento de los profesionales ni de los pacientes.

Para abordar la problemática relacionada con los sesgos es imprescindible, como punto de partida, tener en cuenta el contexto legal y social del país o región donde se desarrollará e implementará el modelo de IA, así como el objetivo final que se pretende alcanzar. Para ayudar a corregir o minimizar el sesgo pueden utilizarse diferentes fuentes para extraer los datos, entornos controlados de prueba y métricas denominadas de *fairness* o justicia, que se aplicarían en distintos puntos del proceso de desarrollo de un modelo, por ejemplo, al analizar los datos de entrada, para corregir un posible desequilibrio, durante el entrenamiento del modelo, o incluso si el modelo está ya desplegado.

Inexplicabilidad

Otra preocupación muy importante entorno a la IA en medicina es la opacidad de los algoritmos y la falta de transparencia, lo que se conoce como “caja negra” de la IA.

La necesidad de poder comprender cómo los modelos de IA toman las decisiones es crucial, ya que éstos funcionan de manera autónoma y no permiten conocer el peso que ha podido tener cada variable considerada en la configuración del resultado final que nos ofrece el modelo. En otras palabras, las recomendaciones obtenidas en los procesos al-

“

Los modelos de inteligencia artificial están revolucionando la atención médica y el cuidado de la salud a un nivel difícilmente imaginable pocos años atrás

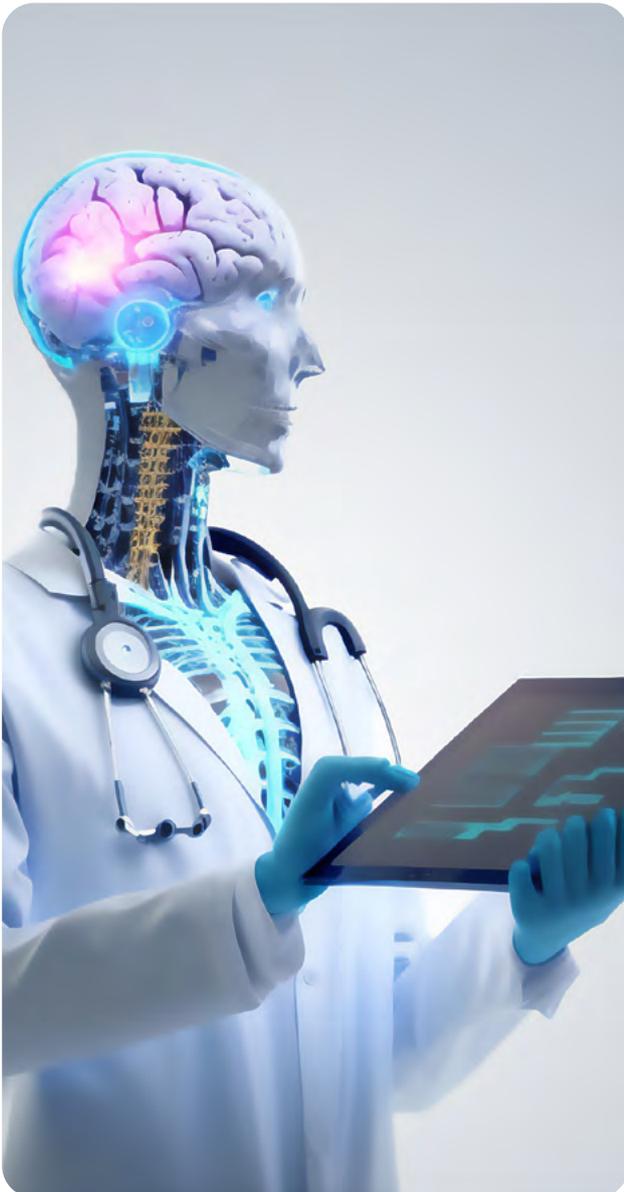
”

gorítmicos de los sistemas de IA son mecanismos causales inexplicables.

Diversos investigadores sostienen que la precisión, más allá de la explicabilidad, debe ser el pilar esencial de la IA en medicina. O lo que es lo mismo, si se logran resultados efectivos que conducen a tratamientos exitosos, no debe preocupar el hecho de no poder explicar las causas subyacentes que llevan a esos resultados.

No obstante, esto puede convertirse en un problema muy importante cuando el objetivo es utilizar la IA como un recurso para priorizar medios sanitarios limitados de manera equitativa.

Además, la inexplicabilidad de la IA dificulta la atribución de responsabilidades en el caso de que se hayan cometido errores médicos, obstaculiza el reconocimiento de los sesgos y pone en tela de juicio



la confianza y la transparencia necesarias para lograr la aceptación pública de esta tecnología.

Existen algunos tipos de técnicas de explicabilidad en IA que tratan de entender cómo funciona un modelo sin que haya que sacrificar su rendimiento. Sin embargo, aún es necesario seguir investigando sobre ellas y desarrollarlas para que puedan aplicarse a todo tipo de modelos, y nos ayuden a comparar qué técnicas de explicabilidad son mejores para cada caso, cómo aplicarlas para los modelos más novedosos, entender qué límites hay en el entrenamiento de los algoritmos o en los datos de entrada, detectar las vulnerabilidades antes de desplegar los modelos y lograr que éstos nos den cada vez mejores explicaciones para poder perfeccionarlos.

Conclusiones

Los modelos de inteligencia artificial son, en mi opinión, recursos excepcionales para los profesionales sanitarios. Están revolucionando la atención médica y el cuidado de la salud a un nivel difícilmente imaginable pocos años atrás.

A medida que la IA médica evoluciona, nos enfrentamos a preguntas complejas: ¿quién decide qué es justo? ¿cuánto sesgo es aceptable? ¿es necesario que los algoritmos sean más precisos que las personas, o es suficiente que sean igual de buenos? ¿cómo se debe valorar el uso de algoritmos inexplícables? ¿si es preciso, es siempre válido?

Las respuestas no son sencillas, más aún, teniendo en cuenta que temas tan importantes como la privacidad de los datos, la transparencia y la seguridad deben ser ejes centrales de los modelos de IA.

En este sentido, se hace más que necesario contar con regulaciones y normativas específicas, que además proporcionen un marco jurídico seguro tanto a los profesionales como a los pacientes. De igual modo, es esencial desarrollar planes estratégicos y protocolos normalizados de validación y monitorización de los modelos de IA. Para ello, es indispensable la creación de equipos transdisciplinarios que combinen diversos perfiles: científicos informáticos, bioinformáticos, médicos y enfermeras, investigadores, epidemiólogos, sociólogos, juristas, economistas y, por supuesto, pacientes.

Por todo ello, resulta obligatorio ser conscientes de las limitaciones actuales de esta tecnología y cuestionarnos diferentes aspectos relacionados con su viabilidad. Igualmente, es fundamental ir paso a paso en su implantación en la práctica médica habitual para que la inteligencia artificial se convierta en una auténtica palanca de transformación de los sistemas sanitarios.

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

david.castro.gonzalez81@gmail.com



Adaptación proactiva en la reestructuración laboral: ¿cómo ser flexible en el proceso de cambio?

Leticia Polignano

En la actualidad, la reestructuración laboral ha adquirido una presencia común en el panorama empresarial. Las empresas se encuentran en un constante estado de cambio debido a las fluctuaciones económicas, las innovaciones tecnológicas y los movimientos sociales. La adaptación a estas transformaciones ya no es meramente una opción, sino una necesidad imperativa. De hecho, es esta adaptación la que no solo permite a las empresas sobrevivir, sino también destacar y mantenerse en un mundo que evoluciona incesantemente. Y es en este contexto donde cobra vital importancia la flexibilidad, una herramienta esencial para abrazar estos cambios con éxito.

La capacidad de ser flexibles durante un proceso de reestructuración laboral ya no se considera un añadido opcional, sino más bien una habilidad necesaria para todos nosotros. La flexibilidad brinda a las empresas la capacidad de ajustar su estructura y su enfoque laboral de acuerdo con las demandas del mercado y las condiciones económicas imperantes. Esto conlleva la disposición a reorganizar equipos, redistribuir tareas e incluso replantear la manera en que abordamos las labores diarias. Las empresas capaces de adaptarse rápidamente a nuevas situaciones tienen una ventaja sustancial para superar obstáculos y prosperar.



Sin embargo, es crucial tener en cuenta que la flexibilidad no implica abandonar nuestros valores o lo que hace que nuestra empresa sea única. Mantener un equilibrio y no sacrificar la ética ni la calidad es esencial. En realidad, se trata de descubrir enfoques creativos para preservar esos valores mientras nos ajustamos a las nuevas circunstancias.

En medio de los cambios laborales, es de vital importancia evaluar el progreso. Esto se logra mediante el establecimiento de metas claras y alcanzables. Es crucial no confundir la flexibilidad con una falta de control. Establecer objetivos nos permite evaluar si los cambios están surtiendo el efecto deseado y, si es necesario, hacer ajustes en el rumbo. La definición de metas realistas brinda una estructura que ayuda a mantener el enfoque y a garantizar que las adaptaciones estén generando resultados positivos.

La disciplina también desempeña un papel fundamental en este proceso. La flexibilidad no debe malinterpretarse como la ausencia de un plan. La disciplina implica mantener el rumbo incluso cuando las cosas se tornan complicadas. Esto implica coherencia en la implementación de los cambios y asegurarse de que todos estén alineados con los objetivos de la reestructuración. La disciplina también abarca la disposición a aprender y a mejorar constantemente, viendo los errores como oportunidades para crecer en lugar de fracasos.

Navegar a través de la reestructuración laboral mediante una combinación de flexibilidad y disciplina se convierte en una habilidad esencial. La habilidad de adaptarse sin perder de vista nuestros valores, medir el progreso de manera objetiva y mantener la disciplina en la ejecución resultan claves para alcanzar el éxito en tiempos de cambio. En un mundo que evoluciona rápidamente, estas habilidades son fundamentales tanto para las empresas como para las personas que aspiran a prosperar en cualquier entorno laboral.

Este proceso no se trata solamente de cambiar, sino de salir de la zona de confort para lograr un cambio real y positivo en todas las direcciones. Sigamos manteniendo la motivación durante los cambios y los procesos de cambio. Tomemos medidas para verdaderamente ayudarnos a nosotros mismos en esta

“

La capacidad de ser flexibles durante un proceso de reestructuración laboral ya no se considera un añadido opcional, sino más bien una habilidad necesaria para todos nosotros

”

oportunidad y marcar la diferencia. Y es válido cuestionarnos: ¿qué hace que este intento sea diferente? La respuesta radica en nuestra propia transformación. Reconocer en qué aspectos somos distintos a como éramos antes, debido a un mayor nivel de conciencia, y trabajar basándonos en esta nueva perspectiva.

Y recordemos que ser flexible también nos capacita para ser más efectivos. Esta habilidad nos proporciona los recursos necesarios para adaptarnos y reaccionar ante situaciones inesperadas o novedosas.

Management en salud - Business Strategy

info@leticiapolignano.com



Estrategias para la sanidad y nuestro bienestar

Nora Vázquez Martínez

Uno de los grandes retos que tenemos por delante es la transversalidad en la calidad asistencial sanitaria y la prevención de enfermedades. La población, somos más partícipes y conscientes de lo que significa tener una sanidad pública de calidad, interoperable y con gran rigor asistencial desde la pandemia de la COVID-19. Exigimos más, porque hemos comprobado que todos los escenarios cuentan con un componente vital relacionado con la salud y bienestar. Y sin él, todo se paraliza.

Ahora bien, este reto debería ser abordado con dos prismas individualizados: pacientes y sanitarios. Dos protagonistas en el centro para poder paliar las necesidades y problemas que, desde su perspectiva, ven y viven cada uno. De manera continua y participativa, necesitamos de pacientes para que valoren y den conciencia de los problemas y necesidades que tienen, y por supuesto, de la parte sanitaria.

Comenzando por el lado del paciente es necesaria una medida educativa sanitaria, imprescindible para evitar bulos en la salud, el mal uso de los servicios sanitarios y la abrumante automedicación que existe en España. En este último aspecto, la automedicación no lleva a la prevención de enfermedades ni tampoco al correcto tratamiento de ellas. Incidir en la propuesta de una materia educativa genérica para la población y consulta de los riesgos que tiene esta

tendencia daría un entendimiento al paciente para no creer que sabe lo que el médico le va a recetar.

Pero otro de los problemas que agrava esa automedicación son las listas de espera. El paciente quiere atajar según qué tiempo de espera se encuentra y dando, en muchos casos, por hecho que no será nada grave.

En la parte del sanitario, hay dos grandes enfrentamientos internos en el día a día, uno producido por la falta de reconocimiento y motivación por las condiciones laborales que incluyen la temporalidad y ello lleva a una continua incertidumbre que frustra al personal y que debe cambiar con una solución de compromiso para fortalecer nuestro sistema sanitario y a nuestros sanitarios. Y por supuesto, el otro, la propia gestión de las listas de espera, que en muchos casos es muy larga y deja con un efecto bajo la acción propia de la existencia del sanitario: la asistencia, prevención y curación.

Es inevitable no hablar sobre la transformación digital en 2023, y la necesidad de varias medidas que podrían contribuir con seguridad a gestionar de manera más ágil y reducir los tiempos en las listas de espera: unas agendas sanitarias reorganizadas con interoperabilidad de datos e historias clínicas con una red de automatización incluyendo patrones de patología, antecedentes y edad que debe servir, entre otros, para la detección precoz del cáncer.

Las herramientas digitales para el servicio de admisión de todos los centros sanitarios, que son los que tienen la misión de buscar huecos o evitar errores de duplicidad, en la mayoría de los casos, son la primera cara visible y forman los cimientos organizativos de un hospital.

Por eso, es fundamental que la modernización de las estaciones clínicas y bases de datos sean interoperables y la revisión y organización de pacientes sea mucho más liviana y evitar el porcentaje de error. Todo ello ayudaría a tener mucha más certeza y enfocar el trabajo a anticipar la cita y con ello, quizá la enfermedad.

La estrategia en salud digital para los próximos años debe considerar la participación de pacientes y sanitarios de todas las especialidades, no dejar a nadie atrás. Y eso puede conseguirse con la transparencia y la voluntad de acercar a todos la oportunidad de mejora continua en sector sanitario. No se puede quedar a medias.

No es solamente una apuesta por seguir manteniendo el sistema sanitario universal, público y de calidad, sino por perpetuar y sellar nuestro sistema, abierto a los cambios y necesidades de los dos protagonistas. El foco en el paciente y el foco en el sanitario para conseguir reinventarnos en las necesidades vitales como lo es el acceso a la sanidad.

Quizá, una propuesta positiva para ayudar a la consecución de los objetivos comentados -y los demás pendientes- es la creación de equipos de trabajo, compuestos por distintas especialidades de salud y otros como juristas y economistas, que pueda medir, valorar y recoger la participación de pacientes y sanitarios en los problemas para exponer soluciones conjuntas y poder reaccionar más rápidamente ante situaciones que requieran de decisiones ágiles.

La mayor apuesta de recursos e innovación por la directa interoperabilidad entre la atención primaria y especializada, hasta el punto que los datos sean compartidos de forma directa en tiempo real, es otro de los puntos que tiene gran relevancia en la estrategia de salud digital para afrontar los peldaños a subir en la transformación de la sanidad.

“

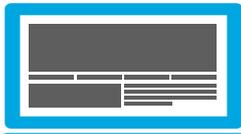
Las herramientas digitales para el servicio de admisión de todos los centros sanitarios, que son los que tienen la misión de buscar huecos o evitar errores de duplicidad, son la primera cara visible y forman los cimientos organizativos de un hospital

”

No podemos olvidar que nuestro sistema sanitario viene debilitado y exhausto después de varios años en pandemia y es más necesario que nunca antepo-nernos con el esfuerzo de todos a reinventar con astucia nuestro pilar básico y necesario, que nos ha demostrado una y otra vez, para vivir en un estado de bienestar.

Publicado en: https://www.elespanol-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.elespanol.com/enclave-ods/opinion/20230822/estrategias-sanidad-bienestar/787801216_13.amp.html

Consultora en Sanidad
noratramell@outlook.com



El derecho de acceso a la información. Un camino unido a la transparencia y sus vicisitudes en relación con la Inteligencia Artificial (parte I)

Elisa Herrera Fernández

Indiscutiblemente, la transparencia, como hemos reiterado incansablemente en esta columna, significa disponer de un derecho de acceso a la información, que, para poder ser real, aspira a tener “un procedimiento ágil, con un breve plazo de respuesta “para acceder a la información pública, junto a un sistema de reclamación ante el Consejo de la Transparencia y Buen Gobierno. Esto ya existe, en la propia ley 19/2013 de Transparencia (LTBG). Por lo tanto, podíamos pensar que ya hemos hecho un avance en el camino. Pero nada más lejos de la realidad. ¿Por qué? Pues sencillo, la transparencia se ha convertido en una serie de contenidos enumerados en la Ley, que han supuesto una palanca para la expansión de los portales de transparencia. La LTBG también contiene unos principios —o más bien declaración de intenciones— de buen gobierno, con lo cual hay una confusión de términos hacen más tortuoso si cabe el camino de acceso a la información, veraz, útil y acreditada.

El lugar natural de la transparencia, sin que esta columna pretenda plantear un estudio jurídico al respecto, pero si entendemos que necesario para

otorgar la importancia que tiene; como decíamos, la transparencia debe interpretarse dentro del artículo 20.1 d) de nuestra Constitución que garantiza un derecho “a recibir libremente información veraz”.

Hay que destacar así, que la transparencia cumple un importante papel a la hora de facilitar un ejercicio del derecho de acceso a la información y, de otros derechos adheridos al mismo, como la participación en los asuntos públicos.

Pero, con todo esto que ya de por sí es complejo no sólo en su ejecución, sino en su interpretación, en los diferentes sectores de actividad económica (no nos engañemos, la transparencia pasa de puntillas y sólo acaba siendo un triste portal de contenidos en las empresas, y entre ellas las sanitarias), hay otro agente más que ha venido a complicar la situación. Nos referimos a la Inteligencia Artificial, que en sanidad tiene y va a adquiriendo cada vez más, un papel esencial en cualquier acto médico y gestión de las entidades en instituciones sanitarias.

A pesar de lo comentado en el párrafo anterior, también debemos señalar que, cada vez se está dando



más importancia a la transparencia en sanidad y el impulso que últimamente se está dando en el sector de la sanidad privada.

Sabiendo la prioridad que está adquiriendo la IA en sanidad y la necesidad de conocer e interpretar la transparencia al respecto, esta es una columna que tendrá una segunda parte, ya que es de tanta envergadura la cuestión que en esta ocasión sólo podemos plantear el escenario que tenemos encima, y su análisis debemos dejarlo para más adelante.

Efectivamente, si hablamos de IA, debemos indicar que El principio de transparencia algorítmica está presente en la mayor parte de cualquier estudio o documentos de referencia sobre inteligencia artificial.

El principio de transparencia algorítmica encaja con la explicabilidad y ésta es la “pieza crucial” que complementa lo que se han llamado otros cuatro principios necesarios por los expertos en esta difícil materia de la IA. Nos referimos a los llamados principios básicos de la ética de la IA, que son: beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no hacer daño), au-

tonomía o acción humana (*human agency*)(respeto por la autodeterminación y elección de los individuos) y justicia (Trato justo y equitativo para todos).

Dicho lo anterior, es obvio que los lectores habrán podido intuir al menos la dificultad y las cuestiones ética, morales y jurídicas que conlleva el uso de la IA, tan necesaria sin embargo en el ámbito sanitario,

Por eso, vamos únicamente a señalar que la transparencia algorítmica es importante en el campo de la sanidad, donde la inteligencia artificial y los algoritmos desempeñan un papel cada vez más significativo en la toma de decisiones clínicas, la gestión de datos de pacientes y la investigación médica.

Y creemos que dada la importancia de la cuestión en nuestra próxima columna, trataremos este espinoso tema, tan interesante y actual, como complejo.

Abogada -Experta en Transparencia

elisa.herreraf@icam.es



RRHH - GESTIÓN DE PERSONAS



Un equilibrio inestable

Jaime Puente C.

Hace no demasiados años teníamos más o menos claro que aun pese a las dificultades las cosas tenían más o menos certezas. Sabíamos el precio del litro de aceite, de leche, en fin, de casi todas las comidas. Si subían era por el IPC, aunque desconociéramos el significado de esas siglas. Sin embargo, era decisión del gobierno y bastaba para admitirlo, aunque entre regañadientes.

Sabíamos también que poco a poco progresábamos en la sociedad. Sabíamos quién mandaba en el mundo, quién tenía más dinero, si podíamos estudiar una carrera universitaria o tener un oficio. Todo eso ya nos serviría para encontrar un trabajo estable o alguna otra oportunidad de crecimiento profesional que, además, podríamos compaginar con una familia estable y labores estándar de padres y madres. De la misma manera, nuestros hijos repetirían este mismo clico, eso sí, mejorándolo a ser posible.

Sabíamos también quiénes eran los amos del mundo: los americanos para unos y los rusos para otros. O los dos al mismo tiempo.

Quienes queríamos conocer la mejor manera de gestionar las empresas teníamos como libro de cabecera el *best seller* T, Peters y Waterman *Search of excellence*, el cual nos explicaba los principios básicos de gestión de las mejores 43 empresas de EEUU. De estas empresas han desaparecido el 77 % y el resto sobreviven sin ser las mejores ni las más reconocidas.

En el trabajo teníamos jefes que respetábamos y a veces hasta admirábamos. Porque además de enseñarnos, a los que queríamos crecer y aprender, nos daban oportunidades y con algo de suerte podríamos prosperar. Para ellos era un orgullo decir: “esta persona trabajó conmigo y ya decía yo que tenía mucho potencial”. Sin embargo, si no querías crecer profesionalmente, al menos nos marcaban el camino a seguir. Y así lo hacíamos, porque entendíamos que para eso estaban los jefes: para mandar y dirigir.

Y que voy a contar de los compañeros. El trabajo en equipo, el café en equipo, los cumpleaños en equipo, las bodas, comuniones, funerales, bautizos y demás fiestas de guardar; siempre en equipo. De hecho, conocíamos

a las familias de los más afines y con algunos de ellos compartíamos vacaciones. Eso sí que era un ambiente de empresa. La estabilidad estaba poco amenazada y por eso hacíamos planes de futuro, de un futuro estable y reconocible. Mejorado, eso sí, pero reconocible.

Pero ahora todo eso se ha terminado. Estamos haciendo equilibrios sobre un cable mientras nos sostenemos en una barra que nos ayuda a no caer. Mantenemos un equilibrio inestable con la sensación de que en cualquier momento nos la podemos pegar.

No quiero hablar de la situación política en nuestro país, porque es de risa. No sabemos si soplar o sorber. Si unos dicen una cosa, los otros la contraria. Si unos aportan unas pruebas, los otros también. Si unos constatan mentiras, los otros muchas más. Si unos son fachas, los otros son independentistas o terroristas. Si unos son *machirulos* los otros *feminazis*, en lugar de hablar de hombres mujeres sin cuestionar ninguna opción sexual, familiar o de relación, que siempre las ha habido. Y que pudiendo compartir o no, lo respetábamos y no le poníamos etiquetas.

Pero todo esto puede cambiar de la noche a la mañana. Podemos despertarnos y todavía estar más enfangados, en mayor desequilibrio. Ahora ya no sabemos quién manda en el mundo. Podría ser EEUU, China o los petrodólares. Rusia trata de recuperar la esencia de lo que fue, con los mismos métodos que utilizó para ser lo que fue, obviamente. La falta de identidad de Europa, este continente en el que estamos juntos pero no revueltos, en el que compartimos la OTAN por miedo y jugamos la *Champions League* y la Eurocopa como si fuéramos primos hermanos. Sin embargo, no nos centramos en lo importante: políticas económicas, fiscales, sociales, medioambientales, de justicia, sanitarias, etc. En fin, cada uno por su lado en lo importante y tratando de sacar tajada de esa bolsa de millones de euros que tiene Bruselas para nuestras cosillas. Mientras Taiwán se defiende como puede y con quien puede. Latinoamérica cada mañana es un “quilombo”, desde México hasta Chile y Argentina.

No se me escapa África ni los países árabes en conflicto, donde las mechas están encendidas y los po-

“

La empresa en la que los jóvenes van a trabajar hoy no existe, en un porcentaje altísimo de los casos. Y muchas de ellas las van a crear ellos mismos’

”

derosos se reservan las riquezas de la tierra, antes que exploten los bidones de gasolina que están desperdigados por estas geografías.

Las empresas ya no son lo que eran. Esa segunda familia donde uno accedía para tranquilidad, orgullo y sosiego de nuestros mayores, y que promulgaban “por fin tiene un trabajo” y respiraban hondo cuando a fin se iban de casas para casarse o para beber un poco de la libertad fuera del manto familiar.

Pero pronto empezaron las valoraciones de puestos, las nuevas organizaciones, las visiones de futuro de McKinsey, Andersen, Price, etc. que pedían nuestra opinión, se la debamos, y después la empaquetaban y vendían a nuestra empresa, eso sí, con unos ahorros importantísimos que requerían reestructuraciones.

Y llegaron los planes de jubilación, los ERES, los ERTES y se terminó la estabilidad en el empleo. Uno no sabe hasta cuando está seguro. Un ejemplo lo he



tenido esta semana: una gran amiga después de 37 años en una empresa muy importante en España, regreso el lunes de vacaciones de verano y la primera reunión la tuvo con representantes de la dirección de recursos humanos, que le pusieron sobre la mesa, digamos, un acuerdo irrenunciable, ar. 51.1 del E.T.

Ante estos hechos y combinado con el teletrabajo, modalidad cada día más presente en algunas empresas sobre todo en verano, puentes festivos, lunes y viernes, cada uno se va haciendo más resistente en su caparazón. Los jóvenes cada día pueden acceder a un mayor Portfolio de estudios tomando, por ejemplo, como referente la Universidad del País Vasco, se puede constatar que ofrece aproximadamente 135 Grados o Doble Grado y casi 200 Másteres y Títulos propios. Creo firmemente que cada vez mucho más difícil para ellos acertar en lo que quieren hacer y para que les va a servir. Es cierto que algunos de ellos son muy apetecibles como enología innovadora, diáspora vasca o fachadas ligeras.

Como repito a muchos jóvenes estudiantes en las charlas con pretensiones, que algunos llaman conferencias, les van a ocurrir con absoluta seguridad 3 cosas en un plazo no más allá del año 2030:

- Todos van a tener la oportunidad de trabajar, pero de una manera distinta de como hasta ahora lo hemos concebido. Es decir, compaginando uno o más trabajos y con distancia. Además, gestionados por proyectos y con resultados medibles. Por supuesto con remuneraciones muy variables.
- Todos trabajarán posiblemente en algo distinto de lo que han estudiado, con lo cual el aprendizaje debería continuar día a día porque el escenario de las profesiones cambia rápida. No se entendería a un cirujano que no supiera manejar un equipo de intervención en tres dimensiones, aunque no lo hayan aprendido en la facultad.
- La empresa en la que van a trabajar hoy no existe, en un porcentaje altísimo de los casos. Y muchas de ellas las van a crear ellos mismos.

¿Existe mayor inestabilidad? Pues sí. Aparece la Inteligencia Artificial, que hace que atravesemos el cable, pero ya sin barra para mantener el equilibrio. Y todo o la mayor parte de lo que he dicho, más o menos es predecible, inestable, pero predecible.

Pero ahora lo que viene no es ni estable ni predecible. *Deepfakes, phishing, spoofing*, premios, concursos, regalos, correos electrónicos, mensajes o *smishing, malware*, fraudes en pago en línea, hasta fraudes románticos o nigerianos.... Y todo esto gracias a la evolución, a internet, los móviles que tenderán a desaparecer y a las redes sociales mal administradas.

Y no olvidemos que en la Sociedad siempre hay malos que aprovechan que los buenos somos más ingeniosos para hacerse más malos. Italia quiso limitar el acceso y uso de la AI, que ilusos, ¿verdad?

Bueno, mañana será otro día en el que al menos sabremos con certeza que tendrá 24 horas y saldrá el sol por el este, que tengo trabajo que hacer, pastillas que debo tomar, a quien tengo que llamar, felicitar o reunirme y donde están los miembros de mi familia... ¿O no?

Socio director de Besideu
jpuente@besideu.es



Salud centrada en la persona y su familia

Iñaki Alegría Coll

Safia es una niña de 12 años que acude a la consulta de su centro de salud por picor en las manos. El pediatra que la atiende, abrumado por la lista de las visitas sin fin de la mañana, se limita a ofrecerle cinco minutos por la visita y se limita a

“tratar” el prurito con un antihistamínico y enviarla nuevamente a su domicilio.

Meses después, Safia acude de nuevo, aparentemente por el mismo motivo al centro de salud. En esta ocasión, tras más de una hora de espera en la sala, le atiende un pediatra que le ofrece tiempo.



Ejerce una medicina centrada en la persona, su familia y la comunidad.

Realiza una anamnesis completa en la que incluye aspectos sociales como la estructura y red familiar y asociativa, conocer con qué red dispone, las condiciones de vida y laborales, lugar de residencia, condiciones de la vivienda actual convivientes nivel de formación...

Gracias a todo ello, descubrimos que Safia una niña de 5 años que vive en una casa compartida con tres familias más, una en cada habitación. En su habitación vive con un hermano mayor que ella. Llegó hace dos años de Senegal, donde su padre vive y su madre falleció hace escasos meses, tras varios meses viajando por distintas ciudades y siendo violada en varias ocasiones. Viajaba con tres amigas de edades similares. Las dos murieron en la travesía por el mar.

Safia hace meses que tiene tos, está cansada, no puede dormir por las noches y no tiene ganas ni de levantarse de la cama. En la casa pasan frío, no tienen calefacción y utilizan agua fría para ahorrar dinero. No fue a la farmacia a comprar la medicación que le dieron porque podía pagarla.

El sistema sanitario no nos facilita el tiempo necesario para poder ejercer la medicina que queremos.

Salud integral y global

La salud no es solo la ausencia de enfermedad. La salud es bienestar y equilibrio entre estos siete pilares: emocional, mental, espiritual, ambiental, ocupacional, social y físico.

Cada vez se habla más de salud integral, de salud holística. La salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva holística, global, integral.

Humanizar la salud es generar salud integral

La salud holística como tal nace en 1946 de la mano de la Organización Mundial de la Salud. Fue en ese

“

La salud no es solo la ausencia de enfermedad. La salud es bienestar y equilibrio entre estos siete pilares: emocional, mental, espiritual, ambiental, ocupacional, social y físico

”

año, cuando el organismo definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, bienestar mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.

A partir de este momento se comenzó a profundizar en la definición de salud holística, hasta que en 1992 la OMS incluyó la armonía con el medioambiente a los requisitos para que el ser humano pueda considerarse plenamente saludable.

A contracorriente

Para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir contracorriente en relación con la mentalidad contemporánea, que va

por el camino de la fragmentación y la super-especialización.

No confundir

No confundamos la salud holística o integral con la medicina holística que es considerada medicina alternativa

Holística proviene del griego ὅλος [hólos]: que significa "todo", "entero", "totalidad".

Para evitar confusiones podríamos hablar de la salud integral, la salud del todo.

La salud será para todos o no será.

El desarrollo será para todos o no será.

Para todos lo es también en todos los niveles de la sociedad y en todos los sentidos de la salud y la educación.

La salud no es plana ni bidimensional.

La ausencia de salud genera pobreza, y la pobreza genera ausencia de salud. Es un círculo vicioso.

La medicina se ha encargado de buscar vacunas y medicamentos para cada enfermedad, necesario pero incompleto. Es una Medicina que genera desigualdad, genera dependencia y genera pobreza. Por el contrario, la salud integral empodera y genera independencia

El derecho a la salud

La salud debe ser un derecho, no un bien de lujo.

En un mundo global, la salud o será para todas las personas que habitan nuestro planeta, sin distinción como marcan los dos primeros artículos de la declaración universal de los derechos humanos que citamos a continuación:

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de

razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

De las palabras a los hechos

En los hospitales los pacientes van y vienen, las enfermedades permanecen.

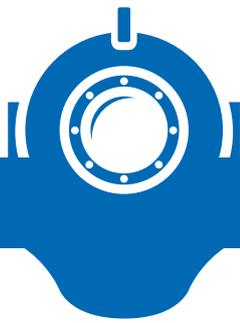
En la vida, las enfermedades van y vienen, las personas permanecen.

Es el momento de poner el enfoque en la vida.

Se dice que tratamos a personas y no enfermedades, sin embargo, el sistema sanitario está montado para tratar enfermedades. Es momento de pasar de las palabras a los hechos y ejercer la medicina centrada en la salud de las personas, su familia y su comunidad.

Pediatra. Coordinador del Proyecto de Salud
en el Hospital de Gambo, Etiopía

<https://gambohospital.org>



Tecnología sanitaria española: retos por resolver

El sector de la tecnología sanitaria en España desarrolla un papel clave para garantizar la calidad de la atención sanitaria y para acometer los retos actuales y futuros del Sistema Nacional de Salud (SNS). En este contexto, destaca la importancia del tejido empresarial de capital español por su aportación en términos de riqueza y sanitarios, ya que contribuye a reducir la dependencia de nuestro país respecto al extranjero en lo que se refiere al abastecimiento de productos sanitarios esenciales.

La tecnología sanitaria española ha sido clave durante la pandemia provocada por el COVID-19. Ha demostrado ser sector clave y de innovación para la resolución de los principales retos sanitarios. Sin embargo, es necesario impulsar su internacionalización y hacer que los productos sanitarios de fabricación española se conviertan en referencia dentro y fuera de nuestras fronteras.

El sector debe dar respuesta a las principales necesidades y tendencias de los sistemas de salud y del bienestar de la sociedad. Las innovaciones tecnológicas, las transformaciones demográficas y sociales, los factores ambientales y los condicionantes económicos, entre otros, le imprimen una enorme complejidad a sus actividades de I+D y de negocio. Los retos, por tanto, vienen derivados de esta complejidad.

Por otro lado, en la etapa post-covid se han detectado limitaciones del sistema de las que no se tenía constancia en 2019: la fragilidad de las cadenas de suministro y de valor, la dependencia tecnológica

de otras regiones globales o la necesidad de agilizar respuestas y decisiones, todo bajo el concepto resiliencia, lo que ha marcado mucho la estrategia de este sector desde 2020.

Situación de la tecnología sanitaria en España

Según el informe de la Asociación Española de Bioempresas (Asebio) de 2022, el sector de la tecnología sanitaria es de los pocos que aumentaron su crecimiento en cuanto a producción. En concreto, las *biotech* lo hicieron en un 7,8%. Es un sector que durante y después de la pandemia siguió creciendo y captando financiación. Según esta misma entidad, las *biotech* se mantuvieron entre las primeras posiciones de inversión en I+D tras la pandemia. En comparativa internacional, en España se encuentran algunos de los principales *hubs* de ciencias de la salud europeos. Según el *Investment Monitor* de 2022, las principales ciudades para las ciencias de la vida en la UE son Eindhoven, Estocolmo, Amsterdam, Londres, París, Dublín, Düsseldorf, Munich, Berlín y Barcelona, lugares en los que se han establecido fuertes colaboraciones entre universidades e industria y que atraen a los fundadores de *startups* y las inversiones.

España es el sexto país del mundo con más potencial, con un notable ascenso en el ranking de potencial de crecimiento de las principales economías farmacéuticas para el año 2024 según la macroencuesta que el *Convention on Pharmaceutical Ingredients (CPI)* ha realizado a miles de directivos de la industria farmacéutica. Con una puntuación histórica de 6,6 (un aumento del 17,8% respecto al año anterior),



España ocupa en la actualidad la sexta posición a nivel mundial y la tercera europea. Barcelona ha sido identificada como la segunda ciudad europea más atractiva para la inversión en el sector. Como muestran los datos de [Fenin](#), el sector de tecnología sanitaria y equipamiento médico es otro de los sectores clave en el ámbito sanitario: en el año 2021, alcanzó una cifra de facturación de 9.500 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 7,5% respecto a 2020. Asimismo, el número de empleos directos generados por este Sector ascendió a 29.000, lo que supone un aumento del 2,5%.

Sin embargo, “existe espacio para la mejora: es preciso aumentar los recursos para fabricación de productos, en especial dirigidos a hacer frente a la evolución de la industria sanitaria hacia las terapias avanzadas. En el capítulo de las inversiones, se deben crear oportunidades para la inversión local e internacional, como las exenciones fiscales o programas de inversión. Más iniciativas público-privadas que apalancen inversiones. También es preciso capacitar más talento para el sector, atendiendo a las nuevas tendencias en digitalización y sostenibilidad.

Y aunque hay más mujeres directivas en este sector que en otros, sigue estando desequilibrada la proporción entre hombres y mujeres en las posiciones de mayor liderazgo”, ha manifestado Montserrat Daban Marín, directora científica y de relaciones internacionales de Biocat.

Desde la perspectiva de la industria de la tecnología sanitaria y equipamiento médico, Óscar M. Jordán director gerente de Hersill, empresa fundada en 1973 que se dedica al diseño, fabricación y comercialización de productos y equipamientos médicos de las áreas de anestesia, ventilación, oxigenoterapia, aspiración y emergencias, opina que si bien este sector, entendido como ‘Marca España’, es reconocido fuera de nuestras fronteras, se produce un desequilibrio en el sentido de que dentro del país falta un reconocimiento de la contribución de esta industria.

Para Nila Castelló, directora de operaciones de Bio-Hope, es posible crear un entorno favorable que facilite el crecimiento de la industria sanitaria en España mediante la implementación de una serie de medidas estratégicas como la incentivación fiscal, la colaboración público-privada para impulsar proyectos

de investigación aplicada y desarrollo de tecnología médica y fomentar la adopción de soluciones innovadoras en el sistema de salud público nacional, para mejorar la eficiencia de los servicios médicos.

“En lo que respecta a regulación, es vital que los procesos de aprobación y registro de productos y dispositivos médicos se agilicen, para reducir plazos y costes. Nos encontramos en un campo altamente regulado. Sin embargo, la regulación no debe convertirse en una barrera comercial como está pasando actualmente. Estas medidas pueden ayudar a crear un ambiente propicio para el crecimiento de la industria sanitaria en España, fomentando la innovación, la inversión y la competitividad en el sector”, ha señalado Castelló.

Para la directora científica y de relaciones internacionales de Biocat, el impacto que esta industria tiene en la economía y la salud de las personas obliga a un crecimiento continuo: “no se trata sólo de crecimiento sino de impacto social, sostenibilidad y talento; aspectos que conducen a un crecimiento diferente al status quo”.

Principales retos del sector

“En el ámbito tecnológico, la transformación digital es uno de los grandes retos. El uso de datos de salud, los estándares, la interoperabilidad, la privacidad o las capacidades de profesionales y usuarios serán algunos de los retos a tratar”, explica Montserrat Daban Marín. La adopción de tecnologías es un proceso de diversos pasos que actualmente encuentra múltiples barreras: regulatorias, de financiación, de modelos de compra, de innovación, etc.

En el ámbito demográfico y social, se encuentran retos derivados del envejecimiento de la población, transformaciones sociales, nuevas maneras de vivir la salud, estilos de vida, prevención... “La medicina evoluciona hacia conceptos 5P, con la prevención, la participación del paciente, la predicción, la personalización y los aspectos poblacionales o de salud pública. A nivel de enfermedades, la resistencia antimicrobiana, la cronificación de determinadas condiciones, la salud mental, las enfermedades infecciosas, etc., incluyen retos propios que requieren enfoques y nuevas terapias que a su vez plantean retos regulatorios y de acceso a mercado. Es un mercado altamente

regulado que necesita tiempo, inversión, colaboración y talento en enormes cantidades; y Europa debe encontrar recursos para todo ello sin perder el tren respecto a otras regiones”, ha añadido Daban Marín.

Inversión privada en I+D+i en España

En el sector de la tecnología sanitaria española se necesita inversión, y no sólo privada. Los procesos son costosos y en las fases clínicas y etapas finales de desarrollo de los productos y servicios, la inversión necesaria es de enormes dimensiones. Se necesita inversión para las primeras etapas también, para lanzar nuevas tecnologías y escalar las *startups*. En el informe elaborado por Asebio se detalla que el 64% de la inversión en I+D de las biotech se financia mediante fondos propios y solamente el 10% proviene de ayudas públicas.

Según datos de Fenin, se alcanzó un nuevo récord de inversión en I+D en 2021 con 1.267 millones de euros, un 9% superior a la del año 2020. En lo relativo a fondos públicos, la salud es una de las grandes líneas dentro de los proyectos estratégicos para la recuperación y transformación económica del PERTE (Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia). Bajo el título “salud de vanguardia”, España se plantea desarrollar procedimientos innovadores para mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes de forma personalizada. La transformación del sector de la salud para hacer frente con tecnología a los actuales y futuros retos sanitarios se dotaría con una inversión del sector público y privado de 1.469 millones de euros para el periodo 2021 y 2023, según datos ministeriales.

En palabras de Nila Castelló, directora de operaciones de BioHope, “la inversión privada en I+D+i es fundamental para el crecimiento económico y la competitividad de España. La inversión privada en I+D+i puede impulsar la innovación, la creación de empleo y el desarrollo de nuevos productos y servicios, lo que a su vez puede contribuir al crecimiento sostenible a largo plazo de la economía. También puede provenir de empresas de diversos sectores, incluyendo la biotecnología y las tecnologías sanitarias, entre otros”.

Aumentar la inversión privada en I+D+i supondría fortalecer la capacidad de investigación y desarrollo, lo que a la vez, permitiría competir en mercados glo-



Montserrat Daban Marín, directora científica y de relaciones internacionales de Biocat.

bales y mantener a la tecnología sanitaria española a la vanguardia de la innovación.

“Para fomentar una mayor inversión privada en I+D+i, es importante crear un entorno empresarial favorable que incluya incentivos fiscales, acceso a financiamiento adecuado y una regulación que facilite la inversión en innovación. Además, es esencial fomentar la colaboración entre el sector público y privado, las universidades y los centros de investigación para impulsar la transferencia de conocimientos y tecnología. En resumen, una mayor inversión privada en I+D+i puede ser un factor clave para el crecimiento económico y la competitividad de España en la economía global”, ha argumentado la directora de operaciones de BioHope.

Óscar M. Jordán, gerente de Hersill, ha destacado la importancia de que los desarrollos tecnológicos se realicen en España: “los decisores no valoran la importancia de que los desarrollos tecnológicos se lleven a cabo aquí porque no tienen el conocimiento suficiente sobre la existencia de la tecnología española y la necesidad de que crezca. Al país le interesa que se produzca aquí, y es lo que nosotros estamos

intentando hacer. Un aspecto importante para lograrlo es la colaboración entre el hospital, la universidad y la industria. Hay que unir esfuerzos para conseguir la industrialización de los proyectos, para que acaben siendo útiles para los pacientes y para que esto suceda tiene que generar negocio y ser rentable”.

Colaboración entre hospitales e industria tecnológica

Para garantizar la llegada de tratamientos disruptivos y prometedores a los pacientes, en especial ante el reto que representan las terapias avanzadas, la colaboración entre la industria, hospitales y administración es clave. Como destaca Fenin, La colaboración público-privada es clave para crear polos tecnológicos competitivos, generar y retener talento, e incorporar innovación.

“A nivel en concreto de los hospitales, España tiene una altísima colaboración entre hospitales e industria. Según el Informe de la BioRegión de 2022, publicado por el Biocat en colaboración con los principales agentes de innovación en Cataluña, España ocupa la segunda posición en la UE en la realización de ensayos clínicos”, ha expuesto Daban Marín. Cabe destacar que en Cataluña se realizan el 75% de éstos, principalmente en oncología y cardiovascular, con las principales multinacionales farmacéuticas globales trabajando con los hospitales, tanto en general en España como en concreto en Cataluña.

Óscar M. Jordán, Gerente de Hersill ha destacado la importancia de la colaboración, ya que “contamos con un sistema sanitario, tanto público como privado, de gran calidad y con unas capacidades tremendas, así como con un buen sistema universitario y una industria que, aunque está infradesarrollada, tiene ganas y recursos”.

Desigualdad entre Comunidades Autónomas

En España, como sistema de salud descentralizado, existen dos actores principales: el Ministerio de Sanidad y los Departamentos de Sanidad de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA), en consonancia con la organización territorial del estado. Por supuesto esto conlleva a una multiplicidad de proveedores de servicios de salud, pero prevalece el principio de equidad, con incorporación de acciones sobre con-

dicionantes sociales y políticos, planes y programas que promuevan la disminución de las desigualdades sociales en salud y en el uso de tecnologías sanitarias (diagnóstico, tratamientos...).

Según datos del Ministerio de Sanidad (2022), Cataluña es la comunidad autónoma de España con más hospitales (206), seguida de Andalucía (127) y la Comunidad de Madrid (90), con lo que ello representa respecto al acceso a las tecnologías sanitarias. Otro aspecto a destacar es el nivel de compra pública de innovación sanitaria. Existe también aquí una desigualdad entre comunidades, que refleja Fenin (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria) en un estudio de 2021, analizando el valor de las licitaciones de Compra Pública de Innovación de las CCAA en función de la clase de fondos, con diferencias relevantes entre comunidades.

“Los condicionantes de las desigualdades que se puedan hallar son demográficos, de nivel educativo y de nivel económico, y no son sólo entre comunidades, sino en general entre toda la población. Se dedica un gran esfuerzo a reducirlas, desde las instituciones y la industria. Por ejemplo, la industria de tecnologías sanitarias tiene un papel clave en la coordinación del desarrollo de estas tecnologías, como destaca Fenin, federación intersectorial española que agrupa empresas y asociaciones de fabricantes, importadoras y distribuidoras de tecnologías y productos sanitarios. Por otro lado, las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, constituidas en la Red Española de Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), destacan en su plan estratégico 2025 su papel y actuaciones para contribuir a las prioridades del SNS y las necesidades de la población en general”, expone Daban Marín.

Para el gerente de Hersill, existe poca industria Medtech en España y está muy localizada en Madrid y Barcelona, aunque con presencia también en otros territorios como País Vasco, Andalucía, Comunidad Valenciana o Galicia. Añadiendo que la capacidad innovadora de esta industria se encuentra al nivel de los países más avanzados, aunque si la comparación es por volumen o potencial hay países mucho más aventajados como Estados Unidos, Alemania, Francia, Japón o China.



Nila Castelló, directora de operaciones de BioHope.

El paciente: participe en su proceso de salud

Hacer partícipe a la población general de la importancia de contar con una industria propia sólida de tecnología sanitaria es uno de los factores que más se debería potenciar. La directora científica de Biocat destacó el valor de que el paciente participe en su proceso de salud, de modo que debería estar presente en la toma de decisiones sobre la cartera de servicios o las validaciones de tecnología sanitaria.

La ciudadanía debería tener además la perspectiva de las ventajas que supone tener en el mismo territorio toda la cadena de valor y ser competitivos. Según Montserrat Daban Marín, en el modelo de la medicina 5P (preventiva, predictiva, personalizada, participativa y poblacional) es preciso prevenir, mejorar la calidad de vida, adaptarse al individuo, predecir la evolución de la enfermedad y poner al paciente en el centro. “Es imperativo que el paciente esté involucrado en la toma de decisiones y, de manera muy importante, aportando la perspectiva de la diversidad. A la ausencia del paciente se suman los sesgos de género y de condiciones”, afirma Daban Marín.



ENTREVISTA

Álvaro Granados del Río y Francisco Javier López Ruiz, Gerente y Director Económico del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

“En el ámbito científico el IMIBIC es una referencia a tener en cuenta a nivel nacional”



Álvaro Granados del Río y Francisco Javier López Ruiz, Gerente y Director Económico del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

El Gerente y Director Económico del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) han hablado con New Medical Economics para contar los proyectos científicos que se están llevando a cabo en el IMIBIC, así como sus próximos retos y la importancia de fomentar la investigación biomédica en el ámbito hospitalario.

El IMIBIC es uno de los 35 institutos acreditados en España para la investigación sanitaria por el Instituto de Salud Carlos III, ¿cómo se trabaja? ¿cuáles son sus principales objetivos?

Efectivamente, nuestro Instituto cuenta con 15 años de historia y está acreditado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), lo que pone de manifiesto la calidad de la investigación que lleva a cabo. Podemos decir que estamos consolidados. Se trata de un Instituto de Investigación Sanitario en el que participan diferentes Instituciones, pero en las que debemos destacar como núcleo principal al Hospital Universitario Reina Sofía y la Universidad de Córdoba.

Las líneas de trabajo a seguir se marcan en un Plan Estratégico quinquenal, en cuyo diseño participan perfiles multidisciplinares de la organización, desde personal investigador al equipo de gestión y soporte. Los objetivos y acciones que se marcan en dicho Plan se revisan a lo largo del año, y se trabajan en comisiones por áreas (formación, calidad, investigación clínica, innovación, etc.), que realizan un seguimiento de qué se está desarrollando adecuadamente y sobre qué factores debemos incidir en caso de desviaciones respecto al indicador objetivo. El actual Plan Estratégico se conforma en torno a 5 ejes, de los que dependen los objetivos concretos, que son: Ciencia Excelente / Innovación y Traslación / Internacionalización / Talento y Formación y / Responsabilidad científica y social. Todo ello, monitorizado por nuestras Instituciones a través del Consejo Rector, como órgano máximo de Gobierno y rendición de cuentas. El IMIBIC está liderado por un equipo de Dirección compuesto por la Dirección y Subdirección Científica, los Dres. Pablo Pérez Martínez y M. Mar Malagón Poyato, y la Gerencia.

¿Podrían hacernos un balance de su gestión en el IMIBIC?

Sí podemos afirmar que hay cuestiones por las cuales estamos razonablemente satisfechos, como la buena sintonía que existe con las diferentes instituciones colaboradoras del Instituto, pertenecientes a la Junta de Andalucía y Universidad de Córdoba; por

la absoluta implicación del Instituto de Investigación con el Hospital Reina Sofía en los momentos más crudos de la pandemia de COVID; el crecimiento en la atracción de financiación que ha multiplicado por 2 el presupuesto del Instituto en apenas 6 años o que el IMIBIC a día de hoy sea un importante empleador de la provincia de Córdoba con más de 270 empleos directos a través de la Fundación que lo gestiona.

También debemos hacer partícipes de estos éxitos a los diferentes equipos de Dirección que nos precedieron, al fin y al cabo, ellos fueron los que impulsaron lo que inicialmente era una idea que a mucho parecía muy lejana. Y cómo no, también debemos agradecer la implicación de todos los grupos de investigación, ya que sin su ambición por ofrecer los mejores resultados, estos datos no serían posibles.

¿Qué proyectos han llevado a cabo durante este tiempo?

En el ámbito científico el IMIBIC es una referencia a tener en cuenta a nivel nacional, como refleja ser uno de los 35 institutos acreditados por el ISCIII desde hace más de 10 años. En otros campos con mayor influencia por nuestra parte destacaríamos la construcción en 2015 del Edificio IMIBIC donde se realiza la Investigación Básica, que destaca por su singularidad y complejidad técnica y que ya se queda pequeño con 10.000 m². Pero sobre todo, debemos destacar el esfuerzo que se ha dedicado hacia la Investigación Clínica Traslacional, que no solo convierte a los/as pacientes de Córdoba en destinatarios preferentes de Ensayos Clínicos para la muy competitiva industria farmacéutica sino que permite revertir los ingresos que se generan en una mejor investigación y asistencia sanitaria.

No debemos olvidarnos tampoco de la Innovación en estos años han sido más de XX las licencias de patentes que se han convertido en productos de mercado, desarrolladas por investigadores/as del IMIBIC, así como la puesta en marcha del laboratorio de Innovación Tecnológica, laboratorio pionero en Impresión 3D y Bioimpresión, que permite ade-



más prestar una mejor asistencia sanitaria al disponer de servicios de planificación de intervenciones quirúrgicas altamente complejas.

¿Cuál o cuáles han sido el/los que mayor satisfacción les ha proporcionado?

Destacar sólo uno sería como decir a cuáles de mis hijos quiero más. Creemos que el crecimiento y consolidación del Instituto en la provincia ya es todo un éxito en una ciudad y entorno como el que tenemos. Pero si debemos destacar algo, esto sería el reconocimiento que los pacientes que participan en nuestros proyectos nos transmiten, y las ganas y la entrega con la que participan en nuestros ensayos, sabiendo que, en muchos casos, servirán para ayudar a la sociedad en su conjunto más que a ellos

a título individual. Esa entrega merece un reconocimiento especial.

No obstante, somos conscientes de que aún nos queda mucho por hacer, estamos empeñados en que cada cordobés nos conozca y se sienta muy orgulloso de lo que hacemos y les aportamos.

¿Tienen algún proyecto innovador en mente para realizar en los próximos años?

¡Muchos! Por suerte, ni el equipo de dirección ni el personal del IMIBIC es nada conformista. Ahora mismo es prioritario consolidar la Unidad de Innovación Tecnológica que sea un referente para los profesionales de la salud haciendo realidad soluciones técnicas para su día a día, en la cual se han

invertido más de 600 mil euros entre ayuda de la Consejería de Universidad, Investigación e Innovación, y recursos propios del Instituto.

¿Cuáles son sus siguientes retos?

En primer lugar, y como le decía antes, el principal reto es que la sociedad de Córdoba nos conozca y reconozca. Ellos son nuestro principal fin, el reto que tenemos es ayudarles a tener una mejor salud a través de la investigación.

Desde una perspectiva de gestión, esto se traduciría además en conseguir que el Instituto siga creciendo en volumen de captación de fondos, calidad de las publicaciones y la consolidación del empleo de calidad y excelente, acorde a los ejes estratégicos que comentamos anteriormente. Además, diría que es preciso avanzar en mejoras de eficiencia energética del edificio, que es increíblemente demandante por su alta ocupación y singularidad de los equipamientos, mientras que los recursos que recibe el Instituto son finitos y no se han incrementado al nivel que lo está haciendo la vida en general.

En definitiva, debemos trabajar en ganar visibilidad y reconocimiento, así como en buscar la sostenibilidad (económica y medioambiental) no sólo nuestra, sino también del Sistema Sanitario Público.

¿Cuál es la política de calidad del IMIBIC? ¿Y la de I+D+i?

Para el IMIBIC, la calidad es un elemento transversal que debe incorporar todas las acciones que desarrolle el Instituto. Desde la investigación a la formación, innovación, o difusión de sus resultados, y debe ser cuantificada y, por tanto, medida de una forma objetiva también externamente por otras instituciones, con el fin de asegurar la mejora continua de la calidad.

Para ello, se cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) acreditado por la norma ISO 9001, bajo responsabilidad y compromiso de cumplimiento de la Dirección y Gerencia del Instituto

Toda la actividad del Instituto está orientada a satisfacer las necesidades de profesionales, pacientes y grupos de interés, en el contexto de un Sistema Integral de Calidad Total acorde con el modelo de acreditación de los IIS del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

En nuestra política de I+D+i, la Innovación consiste en la introducción en el sistema de un nuevo producto, servicio, o proceso organizativo para garantizar la aplicación efectiva de los resultados de investigación que se traduzcan en un beneficio real para la salud de los ciudadanos.

Nuestra política de I+D+i descansa sobre los pilares estratégicos de la colaboración multidisciplinar y la medicina de precisión, como bases de un Instituto traslacional con alcance nacional e internacional. Y yendo a lo concreto, sobre un sistema de gestión de I+D+i bajo requisitos establecidos por la norma UNE 166002:2014

¿Cómo internacionalizan sus proyectos?

En investigación o trabajas en red y mediante colaboraciones, o directamente estás fuera del sistema. La internacionalización es por tanto un eje fundamental de nuestra estrategia, no sólo por la capacidad de atracción de fondos (principalmente de la Unión Europea), sino también por la necesidad de ampliar el impacto de los resultados de los proyectos que llevamos a cabo a la mayor parte de la sociedad.

No obstante, esto no es una tarea fácil. Acceder a fuentes de financiación allende nuestras fronteras requiere de una trayectoria científica, liderazgo y habilidades en las que estamos apoyando a nuestros grupos de investigación. No tenemos alternativa, en unos años la mayor parte de los proyectos y fondos que atraigamos deben provenir de colaboraciones público-privadas y de fuera de España, ese sería el mejor indicador de calidad que podríamos tener.

¿Cuántos ensayos clínicos está desarrollando en estos momentos el IMIBIC?

Ahora mismo hay activos 420 ensayos clínicos en el Instituto, lo que es una gran responsabilidad para cumplir tanto con los pacientes como con la propia industria farmacéutica, en un sector increíblemente competitivo. Aquí hay que resaltar el inmenso apoyo que ha recibido el IMIBIC desde siempre de sus centros hospitalarios de referencia, y en especial desde la Dirección del Hospital Reina Sofía de Córdoba, tanto la actual como las anteriores, que han creído y apostado en todo momento por la Investigación Clínica que se realiza desde Córdoba.

¿Cómo se puede fomentar la investigación biomédica en el ámbito hospitalario?

A día de hoy, la investigación en el ámbito puramente hospitalario necesita de un componente vocacional muy importante, porque para el personal técnico y sanitario es menos rentable económicamente que otras alternativas, o porque simplemente requiere de una dedicación en tiempo muy significativa que restar de su vida personal.

En este punto debemos revisar la literatura científica e incidir en que aquellos servicios hospitalarios que hacen investigación, prestan una mejor asistencia sanitaria. Tenemos por tanto la obligación de seguir fomentando la generación de perfiles asistenciales con un componente de dedicación a la investigación importante. En este sentido, en Andalucía se cuenta afortunadamente con contratos asistenciales específicamente financiados por la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Andaluz de Salud, y en cuyo desarrollo profesional la dedicación a la investigación es un pilar fundamental. No obstante, queda mucho por hacer en este sentido. En cualquier oferta pública de empleo o concurso de traslados, la importancia y valor que se da a la investigación es mínimo, lo que en muchos casos desmotiva a los profesionales a optar por desarrollar una carrera investigadora ligada a su actividad asistencial. Debemos seguir haciendo ver a todos los actores políticos y sociales que para tener mejores centros

sanitarios y ser más sostenibles, debemos dar más valor a la investigación que nuestros profesionales sanitarios llevan a cabo.

¿Cuáles son los principales problemas de los investigadores?

Si bien se han realizado notables avances para el personal investigador en cuanto a financiación de su actividad y estabilidad laboral, su sector es y será siempre enormemente competitivo.

¿Nuestros investigadores son valorados en el plano internacional?

Indudablemente. Tenemos la suerte de contar con muy potentes grupos de investigación reconocidos internacionalmente. Este mismo año uno de ellos realizó la presentación de resultados de un estudio de muchos años en Harvard. Nuestro anterior subdirector científico del IMIBIC acaba de lograr una de las ayudas de investigación más prestigiosas otorgadas por la UE dotada con 2,5 millones de euros. Remontándonos al periodo de la pandemia, uno de los estudios de mayor repercusión basado en los efectos de la vitamina D surge de nuestro personal investigador. Estamos muy orgullosos de nuestro personal investigador, y estamos seguros que estos reconocimientos irán a más en los próximos años.

¿Qué importancia tienen los gases medicinales para una institución como el IMIBIC?

Los proveedores son un *stakeholder* fundamental para cualquier institución. Para garantizar que un Instituto como el nuestro, con una clara vocación de excelencia, funcione razonablemente bien, creemos que es imprescindible poder contar también con apoyo externo de calidad para los servicios y suministros. En el caso del suministro de gases medicinales, por ejemplo, se ha contado desde los inicios con el soporte de Praxair primero, ahora Nippon Gases, convirtiéndose en un colaborador más que en un mero proveedor, por la manera de entender las necesidades del personal investigador y de la singularidad del propio edificio.



La gestión de las Enfermedades Crónicas, a debate en Sevilla (y II)



Inauguración de la VI Jornada Gestión de las Enfermedades Crónicas”, celebrada en el Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla (RICOMS). De izda. a dcha.: Jose María Martínez García, presidente de New Medical Economics; Miguel Ángel Guzmán Ruiz, consejero de Salud y Consumo de Andalucía; Jesús Corredor Molina, *market access head* en AstraZeneca; Juan Manuel Contreras Ayala, secretario general RICOMS.

New Medical Economics en colaboración con la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía y el laboratorio farmacéutico AstraZeneca organizó la “VI Jornada Gestión de las Enfermedades Crónicas”, celebrada en el Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla (RICOMS). En esta segunda parte del reportaje se aportan los resúmenes y conclusiones de las 3 últimas mesas redondas.

Miguel Ángel Guzmán Ruiz, consejero de Salud y Consumo de Andalucía; José María Martínez García, presidente de New Medical Economics; Juan Manuel Contreras Ayala, secretario general RICOMS; y Jesús Corredor Molina, *market access head* en AstraZeneca fueron los encargados de inaugurar este encuentro, que congregó a más de 100 personas

del sector sanitario, así como a profesionales, gestores y representantes de la Administración.

Cribado, diagnóstico, manejo y cuidados en las enfermedades crónicas

La mesa redonda “Cribado, diagnóstico, manejo y cuidados en las enfermedades crónicas” estuvo moderada por Fco. Javier Félix Redondo, responsable de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES). En ella participaron: Alejandra Adalid Ortega, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria del SAS; María José Castillo Moraga, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de La Algaida-Barrio Bajo de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz); M^a Inmaculada Mesa Gallardo, subdirectora



3ª mesa de la VI Jornada 'Gestión de las Enfermedades Crónicas': Cribado, diagnóstico, manejo y cuidados en las enfermedades crónicas.

de Gestión Sanitaria del SAS; y Paula Salamanca Bautista, coordinadora de Programas de Salud Comunitaria en el SES.

Alejandra Adalid comentó que la gestión de las personas con enfermedades crónicas se desarrolla principalmente en AP. La experta indicó que la prevención, la detección y la promoción de la salud siempre aparece en primera línea de cualquier documento estratégico que hable de la gestión de enfermedades crónicas, pero no es fácil llevarlo a cabo. “Todos los programas de promoción y prevención requieren un cambio de visión, en el que el sistema sanitario ponga a disposición de los profesionales programas estructurados aplicables en nuestra asistencia diaria, en los que necesitamos también mejorar la formación de los profesionales que participamos”, contó la especialista en enfermería familiar y comunitaria.

En cuanto a la codificación en el registro de las enfermedades, María José Castillo señaló que hasta ahora no hay una codificación común para todo el sistema, “habría que simplificar y ayudar al profesional de atención primaria con sistemas informáticos sencillos, intuitivos, en los que varios términos referentes a una misma patología se codifiquen bajo un mismo número y todos trabajemos con ese

mismo sistema y con esos mismos datos para tener datos reales de prevalencia”.

Para mejorar la detección y prevención de una patología oculta tras una enfermedad crónica, M^a Inmaculada Mesa señaló la necesidad de contar con datos de calidad porque “permitirá que elaboremos modelos predictivos o herramientas de ayuda a la toma de decisiones, esas herramientas podrán ayudarnos a gestionar mejor y a detectar antes ciertas patologías”.

Con respecto a la figura del gestor de casos, que en algunas comunidades como en Extremadura no existen, Paula Salamanca considera que es necesario redefinir las competencias de cada una de las especialidades de enfermería y definir para que en ningún momento el paciente se quede huérfano entre tantos roles y entre tantas especialidades.

Además, durante la mesa se propuso trabajar en un plan terapéutico consensuado y compartido que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas como activos y recursos comunitarios. Los expertos también presentaron proyectos fundamentales para la comunicación como la teleconsulta, interconsulta virtual, telemonitorización, vías clínicas o procesos asistenciales adaptados en lo local.



4ª mesa de la VI Jornada 'Gestión de las Enfermedades Crónicas': Complejidad del abordaje de la persona con enfermedad crónica.

Complejidad del abordaje de la persona con enfermedad crónica

La cuarta mesa redonda que abordó la complejidad de la persona con enfermedad crónica estuvo moderada por Inmaculada Mesa Gallardo y contó con los siguientes expertos: Manuel Aguilar Diosdado, jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz); Roberto Alcázar Arroyo, FEA Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid); Bernardino Alcázar Navarrete, FEA Neumología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada); Carlos Escobar Cervantes, médico adjunto de Cardiología en el Hospital Universitario La Paz (Madrid); y Francisco Javier Medrano Ortega, especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

En continuidad con la tercera mesa también se puso manifiesto cómo es de fundamental el diagnóstico precoz en las personas con enfermedades crónicas. Otro de los temas tratados fue los indicadores que contribuyan a conocer la evolución hacia la complejidad. En este aspecto, Francisco Javier Medrano contó que en Andalucía tienen en su historia de salud un identificador de pluripatológico “integra a todos los pacientes más complejos del área médica”.

En la Comunidad de Madrid, comentó Carlos Escobar, gracias a la inteligencia artificial y con la tarjeta sanitaria, “se está trabajando en la automatización de procesos sanitarios, con el fin de facilitar el manejo de los pacientes”.

En cuanto a la derivación de un paciente de AP al hospital, todos los ponentes consideran que hay protocolos que agilizan, sin embargo, su aplicación no es la misma en todas las comunidades autónomas. Manuel Aguilar cree que tenemos las herramientas, pero tenemos que aplicarlas de forma estructural en el sistema sanitario, “hace falta que el sistema dedique recursos para que estas propuestas estén actualizadas, sean ágiles y sean utilizadas”.

Para conseguir un abordaje integral del paciente con patologías crónicas, Roberto Alcázar cree que el médico de familia necesita herramientas de inteligencia artificial que ayude a la toma de decisiones y vía de comunicación bidireccional, “eso facilitaría muchísimo el seguimiento compartido, con un tratamiento homogéneo, sin alteraciones en la prescripción y de forma consensuada”.

Con respecto a las sociedades científicas, Bernardino Alcázar indicó que “tienen que poner la ciencia ayudando a los clínicos que están viendo a los pacientes para que todo sea más sencillo y al final el



5ª mesa de la VI Jornada 'Gestión de las Enfermedades Crónicas': El papel del farmacéutico en las patologías crónicas.

paciente gane. Si la sociedad científica es potente, tiene socios, se involucran, ... siempre es más exitosa”.

El papel del farmacéutico en las patologías crónicas

La última mesa de la jornada trató sobre el papel del farmacéutico en las patologías crónicas. Moderada por el presidente de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (SAFAP), Carlos Fernández Oropesa, contó con los siguientes expertos: Raúl Ferrando Piqueres, jefe de Servicio de farmacia del Hospital General Universitario de Castellón; Sandra Flores Moreno, jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla); Arantzazu García Colinas, farmacéutica de Atención Primaria en el Servicio Aragonés de Salud; y Josep Maria Guiu Segura, director del Área de Farmacia y del Medicamento del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC).

En este debate se destacó el papel del farmacéutico en los distintos ámbitos. En el ámbito hospitalario se considera que está aportando mucho valor en el análisis y diseño del plan farmacoterapéutico de los pacientes que ingresan o que acuden a las unidades ambulatorias de la farmacia hospitalaria, pero

no existen de forma estandarizada protocolos específicos del abordaje del paciente crónico. Según Raúl Ferrando, “se deberían desarrollar planes específicos para ese paciente crónico tan específico y tan concreto que es el que más necesidad asistencial requiere”. Por su parte, Sandra Flores contó que en una de las líneas estratégicas de su Servicio es el abordaje del paciente crónico y le han dado prioridad. Para Flores debería haber más comunicación con los farmacéuticos de Atención Primaria.

Con respecto a los farmacéuticos comunitarios, que tienen una relación directa y continuada con las personas con enfermedades crónicas, Josep Maria Guiu piensa que deben interactuar más con este profesional, “nos puede dar oportunidades en el seguimiento y manejo de estos pacientes”.

Y los farmacéuticos de atención primaria, que hacen de enlace entre los farmacéuticos hospitalarios y los comunitarios, participan en la creación de sistemas de información integrados que facilitan que médicos y enfermeros dispongan de cuadros de mandos ligados a los distintos procesos o problemas de salud. En Aragón, según contó Arantzazu García, disponen de cuadros de mando que ligan diagnóstico con tratamiento y tiene acceso cada médico y enfermero de familia.

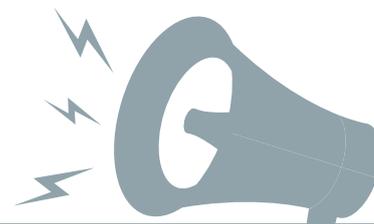
La **revista**
con toda la información
necesaria
para conocer el
mundo
empresarial



SECTOR EJECUTIVO

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

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



NOTICIAS

AMA América recibe la mayor calificación de riesgo desde su constitución en 2014



Diego Murillo, presidente de A.M.A.

Class International Rating otorga a la entidad la calificación de riesgo AA por su fortaleza financiera y su capacidad para cumplir con sus asegurados.

La aseguradora cerró 2022 con un extraordinario resultado, gracias al apoyo de más de 7.000 sanitarios y 90 sociedades profesionales de Ecuador.

AMA América ha recibido la mayor calificación de riesgo desde su constitución en 2014. La calificadora *Class International Rating* le ha otorgado la calificación de riesgo AA por “su solidez financiera, su capacidad para cumplir con sus asegurados y sus obligaciones contractuales”, según destaca el informe realizado tras la reunión del Comité de Calificación celebrada el pasado 13 de junio.

En dicho informe se subraya “la aceptable solvencia financiera e indicadores de capital adecuados” de AMA América que, además, “tiene una apropiada posición competitiva y reputación en el mercado” respaldada por A.M.A. Grupo, del que recalca “sus buenos antecedentes de desempeño, sus políticas de inversiones, reaseguros y calidad de activo”.

Por último, la calificadora de riesgos resalta “el compromiso de los accionistas” que se ve reflejado “en un constante respaldo de capitalización para cumplir con los requerimientos normativos”.

La calificación es un reconocimiento al esfuerzo y trabajo desarrollado por la Mutua en Ecuador, que en 2022 había recibido la calificación AA- por su sólido

récord financiero y su buena aceptación en los mercados.

En los últimos años la entidad ha afianzado su presencia y crecimiento ocupando los primeros puestos en términos de solvencia. Así, AMA América cerró 2022 con un extraordinario resultado, gracias al apo-

yo de más de 7.000 sanitarios y 90 sociedades profesionales de Ecuador.

Para el Dr. Diego Murillo, presidente de A.M.A. Grupo, este aumento de calificación “supone un espaldarazo a nuestra gestión y a la consolidación de A.M.A. como marca de garantía a nivel nacional pero también en el plano internacional”.



Fenin pone en valor la innovación biosanitaria “con acento femenino”

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, ha celebrado recientemente la segunda edición del *Smart Woman Forum & Awards*, un acto en el que se ha reconocido la contribución de mujeres en el ámbito de la innovación en Tecnología Sanitaria, se ha visibilizado la necesidad de avanzar hacia la igualdad de género y se ha premiado a cinco mujeres por su reconocida trayectoria profesional. La ceremonia, se ha realizado el auditorio de la Universidad Carlos III de Madrid y ha contado con representantes de Fenin y de la industria de Tecnología Sanitaria, junto a representantes de la Administración Pública y profesionales sanitarios.

El encuentro ha estado presidido por Raquel Yotti, secretaria general de Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación y premio a la Mejor Trayectoria Profesional en Innovación de la anterior edición, quien ha pronunciado la conferencia magistral. Yotti ha destacado que “los clínicos investigadores desarrollan una labor fundamental en nuestro sistema nacional de salud, pero a lo largo de la última década se observa cómo el número de personas que opta por desarrollar itinerarios clínico-científicos está disminuyendo, y las tasas de abandono son desproporcionadamente altas entre las mujeres, especialmente en momentos cruciales de su carrera profesional”. Por ello, ha señalado que “es necesario identificar las barreras adicionales que encuentran las mujeres, como la falta de apoyo institucional, el acceso limita-



Tecnología
Sanitaria

do a oportunidades de desarrollo profesional, la persistencia de estereotipos de género o la distribución de los cuidados en la familia”.

El rol de la mujer en la reindustrialización en el ámbito sanitario

Junto a la entrega de los galardones, se ha desarrollado una mesa redonda titulada ‘El papel de la mujer en la reindustrialización y la transformación del sistema sanitario’, moderada por Margarita Alfonsel, en la que han participado Julio Mayol, catedrático de Cirugía, editor de *Surgery* y secretario de la BJS Society; Cristina Castejón, investigadora del Grupo MAQLAB y vicerrectora adjunta de Emprendimiento y Programa Propio de Investigación de la Universidad Carlos III de Madrid; e Idoia Muñoz, managing director del Basque Health Cluster.



PSN lleva la exposición sobre 'El Médico Rural' al Complejo San Juan, en Alicante

La exposición itinerante 'El Médico Rural. Homaje a la sublime Humanidad de estos héroes comprometidos' continúa su recorrido tras una exitosa estancia en la sede de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) en Sevilla. Ahora, se traslada al Complejo San Juan, en Alicante, donde permanecerá hasta el mes de septiembre.

La ubicación estratégica de la exposición, en el hall de entrada del Complejo, tiene un significado especial. Este lugar es conocido como punto de encuentro para numerosos profesionales sanitarios vinculados a la mutua, lo que añade un valor único a la muestra. De esta manera, la exposición se convierte en un espacio de inspiración y reconocimiento para aquellos que dedican su vida a la atención médica.

La muestra recopila una amplia selección de objetos del Museo do Médico Rural de Maceda (Orense) a través de la Fundación del mismo nombre, impulsada por PSN, la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Aomega. Estas piezas, que datan de principios y mediados del siglo pasado, son ejemplos tangibles del compromiso y la dedicación de los profesionales de la Medicina Rural.

Entre los objetos exhibidos se encuentran fórceps utilizados en el 90% de los partos, fonendoscopios centenarios, básculas para pesar bebés, oftalmoscopios, pinzas e instrumental quirúrgico, así como elementos representativos de una botica de época y material de laboratorio médico. La visita a esta exposición ofrece una oportunidad única para comprender las dificultades y desafíos a los que se enfrentaban los médicos que ejercían en entornos rurales, alejados de los grandes centros urbanos.

Para Miguel Carrero, presidente de PSN, a través de la promoción de la Fundación, materializada en esta exposición, “pretendemos poner en valor la humanidad y sensibilidad de estos profesionales: los médicos rurales. Hoy, estos valores de cercanía, disponibilidad y vinculación han pasado a un segundo plano. Es necesario recuperar ese valor humano, tan ligado al mundo de la Medicina y cuya máxima expresión la representa la Medicina Rural”.

José Manuel Lage, promotor del Museo, ha puesto el acento en la finalidad fundamental de esta exposición. “Es vital poner en valor la humanidad y vocación del médico durante el siglo XX para que su ejemplo sirva de faro para las presentes y futuras generaciones de profesionales de la Medicina”.





Fenin inicia un periodo de transición para el relevo del cargo de Secretaría General en 2024

Margarita Alfonsel, secretaria general de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, ha comunicado que a comienzos de 2024 finalizará su trayectoria de más de tres décadas en la organización.

De este modo, Fenin inicia un proceso de transición en el que los órganos de gobierno han trabajado de forma coordinada con el fin de garantizar la estabilidad y la continuidad de la Federación, habiendo sido designado como sucesor Pablo Crespo de la Cruz, actual director de Operaciones de Fenin, quién asumirá este cargo en el ejercicio 2024. Crespo es licenciado en Derecho por la Universidad Complutense, Executive Máster en Dirección de Organizaciones Sanitarias y PMD por Esade, entre otros programas de desarrollo directivo. Anteriormente ocupó el puesto de director Legal de la Federación acumulando, en sus distintas responsabilidades, 14 años formando parte del equipo de la actual secretaria general de Fenin.

Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin desde 2001, secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud desde su creación en 2007 y codirectora de la Cátedra Interuniversitaria 'Tecnología Salud y Sociedad' constituida en este 2023, ha desarrollado con gran acierto su labor en la representación pública e institucional de las empresas del Sector de Tecnología Sanitaria y ha liderado con éxito el proceso de transformación de la Federación a todos los niveles.

Una trayectoria de éxito

Bajo su mandato, Alfonsel ha abordado, con éxito, grandes retos como la interlocución y colaboración permanente con Gobierno y comunidades autónomas, así como con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y resto de *stakeholders*. En este sentido, la colaboración desde Fenin durante toda esta etapa no solo se ha centrado en los procesos de tramitación de normativas de afectación a la Sanidad y al Sector, sino también en su óptima aplicación, como



Margarita Alfonsel, secretaria general de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

ocurre actualmente con la trasposición en España de la nueva reglamentación europea de productos sanitarios.

Respecto a la expansión y visibilidad de la industria de Tecnología Sanitaria, Alfonsel ha impulsado importantes iniciativas como la creación del Departamento Internacional de Fenin para proyectar la marca “*Healthcare Technology from Spain*” en el exterior —apoyando la internacionalización de las empresas—, que se ha completado con otras acciones como la constitución del Foro de fabricantes nacionales. También ha desarrollado el área de Innovación como pilar fundamental del Sector y la creación de la Plataforma de Innovación en Tecnología Sanitaria, para apoyar el emprendimiento y visibilizar y potenciar la I+D+i de nuestro país. De igual manera, ha promovido la incorporación de startups a Fenin, como modelo organizativo de futuro y de convivencia con empresas consolidadas bajo el ‘paraguas’ de la Federación.

NOMBRAMIENTOS



En la Comunidad de Madrid, **Joaquín Rubio Agenjo** ha sido designado Secretario General Técnico del Servicio Madrileño de Salud. Además, **Pilar Jimeno Alcalde**, será la nueva Directora General de Inspección, Ordenación y Estrategia Sanitaria. En cuanto a la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del paciente, será liderada por **Celia García Menéndez**. Por otro lado, **José Macía Losada** ha sido nombrado como Director General Asistencial y **Almudena Quintana** será la nueva Directora General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud.

La dirección General de Coordinación Sociosanitaria quedará a cargo de **Carmen González Paz**. Por su parte, **Ana Cabrero López** será la nueva Directora General de Infraestructuras Sanitarias. También cabe destacar el nombramiento de **Miguel Ángel Rodríguez Roiloa** como Director General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales; y el de **Victoria Buezas Díaz-Merino** como Directora General de Aseguramiento, Adecuación y Supervisión Sanitaria.

En la Comunidad Valenciana, **Marciano Gómez Gómez**, ha sido nombrado como Conseller de Sanidad. **Francisco J. Ponce Lorenzo** ocupará la Secretaría Autonómica de Sanidad y **Bernardo Valdivieso** dirigirá la Secretaría Autonómica de Planificación, Información y Transformación Digital. Por otro lado, **Eva Suárez Vicent** ha sido nombrada Directora General de Atención Primaria; **María Jesús Arilla Morell** será la Directora General de Atención Hospitalaria; **Ruth Usó Talamantes** asume la dirección de Salud Pública y **Elena Gras Colomer**, la Dirección General de Farmacia.

La Dirección General de Información Sanitaria Calidad y Evaluación, será responsabilidad de **Juan Manuel Beltrán Garrido**; la Dirección General de Personal, será gestionada por **María Amparo Pinazo Gamir** y la Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras, por **Pedro Manuel López Redondo**.

En Aragón, **José Luis Bancalero** será el nuevo Consejero de Sanidad. Asimismo, **Jorge Luis Emperador Bartumeus** ha sido designado como el líder de la Secretaría General Técnica del Departamento de Sanidad. Por su parte, **Ramón Boria Avellanas** será

Director General de Asistencia Sanitaria y Planificación del Departamento de Sanidad. Además, la Dirección General de Salud Digital e Infraestructuras del Departamento de Sanidad estará bajo el mandato de **Joaquín Velilla Moliner**.

En Extremadura, **Sara García Espada** ha sido nombrada como nueva Consejera de Salud y Servicios Sociales. Además, se ha nombrado a **Silvia Torres** como Directora general de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias; a **Jorge Rebollo** como Director de Accesibilidad y Centros; a **José Antonio Bote** como Director de Recursos Humanos y Asuntos Generales y a **Yolanda Márquez** como Directora de Salud Pública.

En las Islas Canarias, **Esther García Cabrera**, ostentará el cargo de Secretaria General Técnica de la Consejería; **Carlos Gustavo Díaz Perera**, el de Director del Servicio Canario de Salud (SCS). La secretaría general del SCS quedará a cargo de **María Jesús López-Neira**. Además, **José Ángel González**, será el nuevo Director General de Recursos Humanos y **Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río**, ha sido nombrado como Director General de Salud Mental y Adicciones.

Por su parte, **Rita Tristancho Ajamil**, será la nueva Directora General del Paciente y Cronicidad; **José Díaz-Flores Estévez**, será el nuevo Director General de Salud Pública; **Carlos Jesús Viera Rodríguez**, ocupará el cargo de Director General de Relaciones Externas e Inspección; **Lidia Esther Mejías Suárez**, el de Directora del Área de Salud de Gran Canaria y **Tomás Marcial Pérez**, será el Director del Área de Salud de Fuerteventura. Asimismo, **Javier Suleimán Padrón**, ha sido nombrado como Gerente de los Servicios Sanitarios de Fuerteventura; **Roberto Gómez Pescoso**, se encargará de la Gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y **Miguel Ángel Ponce González**, de la Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Rafael Luis Martín Domínguez, será el nuevo Director del Área de Salud de Tenerife; **Esther Machín Henríquez**, ocupará el cargo de Directora del Área de Salud de Lanzarote; **Cecilia Sánchez Rodríguez**, el de Directora del Área de Salud de La Palma; **Eva Ravelo González**, el de Directora del Área de Salud de La Gomera; **Adasat Goya González**, el de Gerente del Hospital Universitario de Canarias y **Pablo Eguia del Río**, la Gerencia de los Servicios Sanitarios en Lanzarote.

En Navarra, cabe destacar el nombramiento de **Fernando Domínguez Cunchillos**, como Consejero de Salud de Navarra. Además, **Pilar García García** será la Secretaria

General técnica del Departamento de Salud de Navarra. También se han comunicado los nombramientos de **Antonio López Andrés** como director general de Salud y de **Alfredo Martínez Larrea** como Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

En Castilla-La Mancha, **Alberto Jara Sánchez** se ha convertido en el nuevo Director Gerente del Servicio de Salud (Sescam). **Laura Ruiz López** ha sido designada como Directora General de Salud Pública. **María del Pilar Cuevas** se convertirá en la nueva Delegada Provincial de la Consejería de Sanidad en Guadalajara, mientras que **Jaime David Corregidor** hará lo propio en Toledo. Además, **Íñigo Cortázar Neira** ocupará el cargo de Director General de Transformación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) e **Ibrahim Rafael Hernández Millán** el de Director General de la Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

En Asturias, **Concepción Saavedra Rielo** asume la Consejería de Salud. Además, **Aquilino Alonso** ha sido nombrado como nuevo Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa). Asimismo, la Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria estará bajo la dirección de **Rocío Allande Díaz**; **Montserrat Bango Amat** asumirá la Dirección General de Planificación Sanitaria y **Ángel José López**, la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

En La Rioja, **María Martín Díez de Baldeón**, como Consejera de Salud y Políticas Sociales **Jesús Álvarez Ojeda** ha sido nombrado como Director Gerente del Servicio Riojano de Salud (Seris); **Begoña Ganuza Bernaola**, como Gerente de Atención Primaria

Por último, cabe destacar el nombramiento de **Manuela García Romero** como Consejera de Salud del Gobierno de Baleares. Además, **Antònia Elena Esteban Ramis**, será la Directora General de Salud Pública; **Vicenç Juan Verger**, será el Director General de Investigación en Salud, Formación y Acreditación y **Juan Simonet Borràs**, será Director General de Prestaciones, Farmacia y Consumo.

*Dada la amplitud de nuevos nombramientos debido a los resultados de las elecciones municipales y autonómicas celebradas el 28 de mayo de 2023, esta lista estará en constante actualización durante los próximos números de New Medical Economics.





Lo más visto en las redes

► **COM SALUD**

Inteligencia Artificial, aliada en el marketing de salud

<https://comsalud.es/inteligencia-artificial-aliada-marketing-salud/>

► **diarioenfermero.es**

Las enfermeras ponen en valor el papel de las enfermeras especialistas en Salud Mental

<https://diarioenfermero.es/valor-el-papel-de-las-enfermeras-especialistas-en-salud-mental-canarias-alicante/>

► **Ñaki Alegría**

Consejos que habría agradecido antes de “ir de cooperación”

<https://cooperacioambalegria.co/consejos-que-habria-agradecido-antes-de-ir-de-cooperacion/>

► **Leticia Polignano**

Fracasos que desafían el Status Quo

<https://leticiapolignano.com/fracasos-que-desafian-el-status-quo/>

► **Miguel Ángel Máñez**

La cruda realidad (lo que tal vez no te contaron en el curso de liderazgo)

<https://www.linkedin.com/pulse/la-cruda-realidad-lo-que-tal-vez-te-contaron-en-el-dema%25C3%25B1ez-ortiz/?trackingId=uG9EuPcLTcG%2Bufb90R2vg%3D%3D>

► **luciamipediatra.com**

¿Comparas a tus hijos?

<https://www.luciamipediatra.com/comparas-a-tus-hijos/>

► **David Castro González**

¡Un robot que SIENTE!

<https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7104704711861125120/>

► **Fundación Signo**

El emprendimiento en salud digital

<https://www.fundacionsigno.com/blog.php?pid=84&p=&search=salud+digital&ym=>

En esta sección hemos seleccionado los mejores blogs y posts de gestión sanitaria actuales, preparados de acuerdo con el perfil de nuestros lectores, que sirven de formación adicional a todos los contenidos que figuran en nuestra revista. Estos contenidos irán variando en función de su periodicidad o grado de interés.



ECONOMÍA



REIG JOFRE crece un 19% en ingresos y 25% en EBITDA hasta el segundo trimestre de 2023

Reig Jofre alcanza 157 millones de euros de ventas, un 19% por encima del primer semestre de 2022. Un semestre excelente en la División de *Specialty Pharmacare* y la progresiva utilización de la capacidad de la nueva planta de Barcelona lo hacen posible. Se consigue también mejorar la rentabilidad, con un crecimiento del EBITDA del 25% hasta alcanzar 17,8 millones de euros frente a 14,2 millones de euros en el primer semestre del año anterior.

La división de *Specialty Pharmacare*, centrada en el producto médico de receta consigue cerrar con el mayor crecimiento en ingresos, un 31%. La división de mayor peso en ventas, *Pharmaceutical Technologies*, dedicada a productos inyectables y antibióticos, logra un crecimiento del 14%, el mismo que la división de *Consumer Healthcare*, la división de productos de consumo en el mercado francés, belga y español, y los productos OTC de Reig Jofre.

La compañía farmacéutica ha obtenido en el primer semestre de 2023 el 54% de los ingresos en los mercados internacionales. De este volumen de venta fuera de España, la mitad (49%) se obtiene desde los países en los que Reig Jofre tiene presencia con filiales propias, y la otra mitad mediante acuerdos de distribución o licencia.

Las divisiones con mayor presencia exterior son *Pharmaceutical Technologies*, con un 57% de in-



gresos internacionales, y *Consumer Healthcare* que por la fuerte presencia de la marca Forté Pharma en Francia y Benelux concentra el 71% de las ventas fuera de España.

España concentra un 46% de las ventas del grupo, creciendo un 25% en ingresos. Destaca la progresión en las tres unidades de negocio, todas ellas logrando incrementar los ingresos a ritmo de más del 20%.

El resto de mercados europeos (41% de las ventas) han crecido más moderadamente, un 7%, siendo Polonia el país que más contribuye a esta progresión.

El resto de países, que en conjunto representan el 13% de las ventas, logran un incremento del 45%, gracias al impulso de la división de *Pharmaceutical Technologies*, en especial en los mercados asiáticos. Asia representa en este primer semestre el 9% de los ingresos del grupo.

El cierre del primer semestre de 2023 presenta crecimientos relevantes, tanto en Ventas (+19%) como en EBITDA (+25%) y Resultado Neto (+57%). El mayor peso de productos de mayor rentabilidad y el control

de gastos consigue compensar los impactos de subida en el coste de materiales y gastos de fabricación y asegurar la rentabilidad de este crecimiento.

En el segundo semestre a los ingresos por el contrato de reserva de capacidad con la Unión Europea, se seguirá sumando el efecto de la utilización progresiva de la nueva capacidad de fabricación, y las estrategias de desarrollo internacional. Todo ello deberá permitir alcanzar 300 millones de euros de ventas y superar los 35 millones de euros de EBITDA.

Venter Pharma amplía su capital en más de 6 millones de euros en sólo dos años

El CDTI Innovación, a través de su programa INVIERTE y conjuntamente con *Cross Road Biotech S.A. S.C.R.*, ha alcanzado un acuerdo con los socios de Venter Pharma S.L., para entrar en el capital de la compañía.

La aportación comprometida por el CDTI Innovación es de 539.939 euros. Han completado la operación con 600.034 euros adicionales, Cross Road Biotech S.A. S.C.R. junto con otros socios de la compañía que han invertido 404.027 euros.

La biotecnológica española Venter Pharma, propietaria de una plataforma tecnológica para diagnosticar patologías gastrointestinales de alta prevalencia, cerró el 4 de julio de 2023, una ampliación de capital. Con esta última ampliación, los socios de la compañía han invertido en los últimos dos años 6.232.000 euros.

Esta ampliación, que evidencia el compromiso con el proyecto empresarial y el apoyo de los socios a la compañía, va a permitir ejecutar el Plan de Negocio previsto por la compañía, desarrollar nuevos productos y abordar otros mercados.

A corto plazo, el objetivo en España es, a través de su distribuidor, el Grupo Juste, incrementar su presen-

cia en centros hospitalarios públicos y privados para el uso de LacTEST 0,45 g, un test no invasivo para el diagnóstico de la intolerancia a la lactosa, que es una de las patologías más prevalentes a nivel mundial. LacTEST 0,45 g es además, el único test cuantitativo en el diagnóstico de esta patología.

Venter Pharma S.L., en cumplimiento de su estrategia más inmediata, prevé que en los próximos meses LacTEST 0,45 g esté comercializándose en los mercados portugués y mexicano.



La industria farmacéutica da el ‘sorpasso’ al automóvil como mayor exportadora de España

Según un estudio de *BBVA Research*, la industria farmacéutica superó al motor como la principal exportadora de bienes de España en 2022, debido a la dificultad de la industria automovilística para recuperar la normalidad precovid, sobre todo por la crisis de suministro de microchips que golpeó con dureza a las fábricas españolas los dos últimos años, y el auge del negocio farmacéutico tras la llegada del COVID-19.

Según el informe, las especialidades farmacéuticas pasaron de suponer el 5% de las exportaciones de bienes antes de la pandemia al 9,5% en 2022. El motor, por su parte, recorrió el camino inverso, recorriendo su peso en casi tres puntos del 11,5% al 8,7%.

El automóvil sufrió una caída de sus ventas al exterior del 20% respecto al periodo precovid.

Las especialidades farmacéuticas han sobrepasado a los vehículos de motor como las principales exportaciones de bienes españolas: de representar alrededor de 13.000 millones de euros al año en 2019 a más de 25.000 millones en 2022.

Según datos de Farmaindustria, existe un alto nivel de internacionalización de las plantas farmacéuticas españolas, ya que lo que se envía al exterior supera el 75% de la producción en el conjunto del país, según las cifras recogidas del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Secretaría de Estado de Comercio Exterior.



Para futuros líderes de la calidad y seguridad de la atención

MÁSTER Y DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN ONLINE EN GESTIÓN Y METODOLOGÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Inicio del curso: 25 de septiembre de 2023

 masteronline@fadq.org

 www.fadq.org



El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y AstraZeneca presentan el proyecto *GaliOn*

El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) ha presentado recientemente el proyecto *GaliOn*, un nuevo modelo de atención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) que cuenta con la colaboración de AstraZeneca. *GaliOn* nace con el objetivo de transformar el abordaje de los pacientes con enfermedad renal crónica mediante la definición y despliegue del que es el primer modelo de atención virtual y presencial a nivel nacional. *GaliOn* ha sido desarrollado con el liderazgo del SERGAS y sus profesionales sanitarios.

La elección de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) para este proyecto se debe a que se trata de un importante y creciente problema de salud pública nacional. La enfermedad renal crónica (ERC) afecta a uno de cada siete adultos en España y tiene asociada una elevada mortalidad. Además, se prevé que su incidencia y prevalencia se incrementen en el futuro, lo cual conlleva relevantes implicaciones tanto sociales como económicas. Ante esta situación, los impulsores de la iniciativa apuntan que es necesario poner énfasis en la detección temprana de esta enfermedad.

Con la puesta en marcha de *GaliOn*, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) en colaboración con AstraZeneca, buscan, por un lado, mejorar el diagnóstico, los resultados clínicos y la experiencia del paciente con ERC y, además, mejorar la eficiencia y maximizar los recursos del sistema sanitario, así como promover la excelencia y la innovación y fomentar el diálogo y la investigación sobre la enfermedad renal crónica dentro del SERGAS.

El conselleiro de Sanidade de la Xunta de Galicia, Julio García Comesaña, ha destacado la incorporación al Proceso Asistencial Integrado (PAI) del “Código Fístula”, una vía rápida para los casos en los que se produzca una trombosis de la fístula arterio-venosa.

Por otro lado, el titular de la cartera de sanidad de la Xunta de Galicia, quiso subrayar también que los pacientes con enfermedad renal crónica que lo necesiten, tendrán incluida atención por parte de los nutricionistas de Atención Primaria.

Por su parte, Marta Moreno, directora de Asuntos Corporativos y Acceso al Mercado de AstraZeneca España, se ha mostrado entusiasmada por el hecho de que AstraZeneca haya podido ser parte fundamental en este proyecto que ha permitido la creación de un modelo innovador de colaboración público-privada. “Nos sentimos muy satisfechos de poder ayudar a mejorar el conocimiento del entorno sanitario español con este tipo de proyectos en los que aportamos soluciones de valor añadido, contribuyendo en la digitalización y refuerzo de un sector clave para la sociedad como es el sector sanitario”, ha expresado.

***GaliOn*, proyecto elegido para el despliegue de la 8ª Área Sanitaria Digital de Galicia**

Galicia es la segunda comunidad autónoma española con la población más envejecida y con gran dispersión geográfica. Además, la cifra de profesionales sanitarios se reduce con el paso del tiempo, por lo que la transformación del sistema sanitario gallego hacia un modelo de salud digital avanzado es una prioridad.

Fruto de esta necesidad, nace la 8ª Área Sanitaria en la región apoyada en las nuevas tecnologías, tratándose de un centro sanitario virtual que dará soporte a las otras 7 áreas de salud existentes en el territorio y que está orientada hacia un nuevo modelo de atención personalizada, predictiva, preventiva y participativa, con un fuerte componente investigador. El proyecto *GaliOn* se ha elegido por su carácter transformador en la atención de la enfermedad renal crónica para la definición y diseño del despliegue de esta 8ª Área Sanitaria Digital.

Ana Pérez, Directora Médica y de Asuntos Regulatorios de AstraZeneca España, ha formado parte de los grupos de trabajo que han participado en la implementación de GaliOn. Estos mismos expertos explican que con la creación de este ecosistema virtual se avanza hacia una historia clínica que permite comportamientos inteligentes y predictivos, proporcionando la información necesaria para medir resultados en salud, facilitando el avance en la integración efectiva de la información gestionada en todos los niveles de atención, posibilitando, a su vez, herra-

mientas colaborativas para que los profesionales se comuniquen y consoliden la información transmitida.

En estos momentos se lleva a cabo un proyecto piloto de la iniciativa *GaliOn* en un centro de salud de Mariñamansa (Ourense). Al finalizar el proyecto piloto, y en base a los resultados obtenidos, se valorará la aplicación de la iniciativa a toda Galicia, primero extendiéndolo a otras patologías más allá de la ERC y, más tarde, con la implementación en otras regiones de España y, potencialmente, en otros países.



Nuevo hito sanitario en la Región de Murcia con la primera donación en un hospital privado

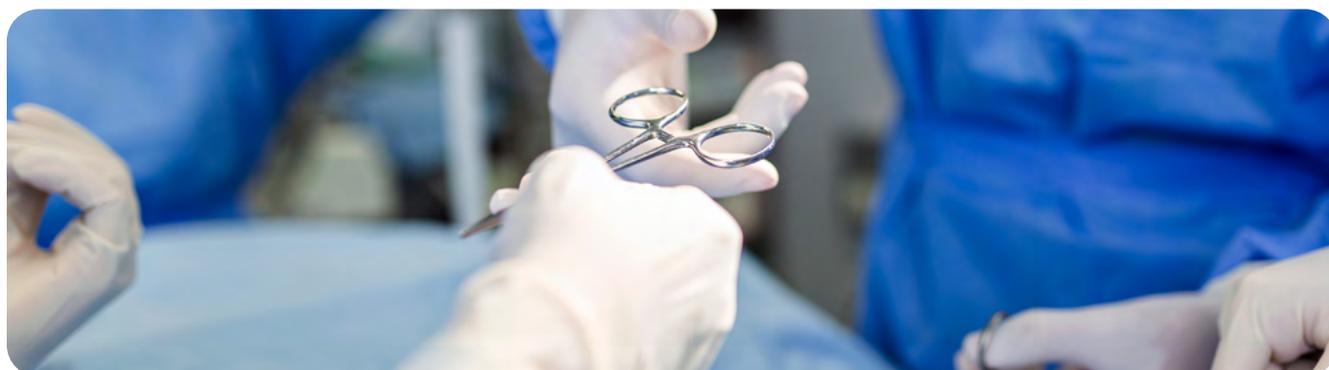
El equipo de trasplantes de La Arrixaca se trasladó el pasado día 4 de agosto al Hospital HLA La Vega para llevar a cabo una extracción múltiple de órganos en asistolia, jamás practicada hasta ahora en centros ajenos al SMS.

El hospital HLA La Vega acogió a principios de agosto la primera extracción de órganos que se realiza en un centro privado de la Región. El donante permanecía ingresado en la UCI de este hospital y, tras su fallecimiento, se llevó a cabo un proceso de extracción en asistolia.

La donación en asistolia ha supuesto todo un revulsivo para el programa de trasplante cardíaco regional, que batió récords en 2022, con 16 intervenciones en total. Esta nueva vía para la obtención de órganos nació como alternativa al descenso de pacientes fa-

llecidos por muerte cerebral. Estos nuevos donantes son personas que se encuentran en UCI por diferentes motivos y entran en una fase irreversible, de forma que la muerte pasa a ser inevitable. Cuando eso sucede, y si las familias acceden a la donación, se procede a retirar el soporte vital, de forma que cuando se produce la parada cardiorrespiratoria, los cirujanos pasan a extraer los diferentes órganos.

Los programas de donación en asistolia comenzaron en España en 2009, y La Arrixaca se sumó en 2014. Hasta 2020 se descartaba el corazón en estas donaciones, dado lo especialmente sensible que es este órgano, pero ahora no solo han pasado a realizarse también trasplantes cardíacos mediante esta vía, sino que La Arrixaca se ha puesto a la cabeza de España.





El Dr. Fernando Prados Roa se incorpora al Hospital Los Madroños como nuevo Director Médico



Fernando Prados Roa, Director Médico del Hospital Los Madroños.

El Hospital Los Madroños ha nombrado recientemente al Dr. Fernando Prados Roa como nuevo Director Médico. Esta decisión refleja el compromiso continuo del Hospital de fortalecer su equipo directivo con profesionales de reconocido prestigio y marca un importante paso en su constante búsqueda de excelencia y liderazgo en la atención médica.

El Dr. Prados cuenta con una amplia experiencia en atención, coordinación y gestión sanitaria, y ha desempeñado numerosos cargos en la Comunidad de Madrid, destacando la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, la Gerencia y puesta en marcha del Hospital de campaña de IFEMA y del Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zandal durante la pandemia del COVID. También ha ostentado la Dirección Médica del SUMMA 112 así como la Subdirección General del SAMUR-Protección Civil en el Ayuntamiento de Madrid, con el cual participó como responsable en las misiones por catástrofes

naturales organizadas por la AECID en Haití, Indonesia, Pakistán y Filipinas entre otras.

Su liderazgo, conocimientos y visión humana contribuirán al continuo crecimiento de la institución y serán esenciales para ofrecer servicios médicos de la más alta calidad y llevar adelante proyectos futuros de expansión.

"Estamos encantados de dar la bienvenida al Dr. Prados Roa a nuestro equipo. Su experiencia y conocimientos contribuirán a fortalecer aún más nuestra oferta de servicios, y la calidad de la atención médica que brindamos a nuestros pacientes y profesionales", ha expresado Beatriz Alejo, Gerente del Hospital Los Madroños.

El Dr. Prados Roa ha expresado su entusiasmo por este nuevo desafío: "Comienzo esta nueva etapa como Director Médico del Hospital Los Madroños con gran ilusión, una fuerte determinación y muchos proyectos en mente".

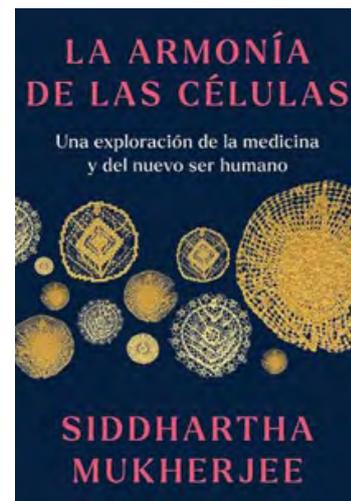
BIBLIOTECA



La armonía de las células *Una exploración de la medicina y del nuevo ser humano*

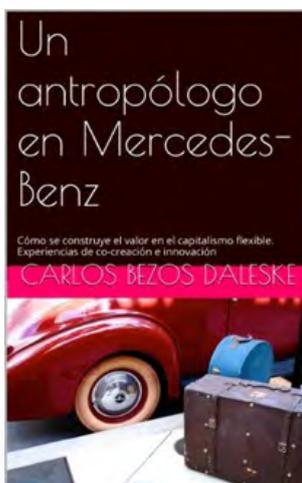
Siddhartha Mukherjee

El oncólogo y divulgador Siddhartha Mukherjee nos acompaña en un viaje fascinante a partir de uno de los mayores descubrimientos científicos de la historia: el hecho de que todos los organismos vivos complejos estén constituidos por unidades diminutas, autónomas y autorreguladas, esas que en el siglo XVII Robert Hooke vio a través de su microscopio y bautizó con el nombre que hoy conocemos.



Un antropólogo en Mercedes-Benz: Cómo se construye el valor en el capitalismo flexible.

Carlos Bezos Daleske



¿Cómo construyen el valor las empresas? ¿Por qué se dice un departamento como marketing "aporta más valor" que contabilidad? ¿Por qué unos empleados se consideran más valiosos que otros? ¿Y si la realidad fuese la contraria? Esta etnografía relata cómo los empleados de la contabilidad de Mercedes-Benz considerados poco productivos, mayores y listos para ser despedidos logró ahorros de millones de euros aprendiendo a innovar y a cambiar el valor de su trabajo.

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