

Oncohematología:

El acceso a los
biomarcadores
en España

Actitudes:

Empoderar sin olvidar al paciente

Salud digital:

Nanorobots en medicina: aplicaciones, futuro y desafíos

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

Directora del Observatorio de Sanidad de El Español e Invertia

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

Crespo de la Cruz, Pablo

Secretario General de FENIN

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)

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

Gilaberte, Yolanda

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

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

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

Immediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Pérez Raya, Florentino

Presidente del Consejo General de Enfermería

Pérez-Villacastín, Julián

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Pey Sanahuja, Jaume

Director General de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)

Polanco Álvarez, Ana

Presidenta de ASEBIO

Polo García, José

Presidente de 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

Rodríguez Ledo, Pilar

Presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

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

JEFA DE PRODUCTO

Dilenny Camacho Diplán
dilenny@newmedicaleconomics.es

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 y jefa de la Unidad de Participación del Hospital Vall d'Hebron.



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



José Manuel Martínez Sesmero,
Subdirector médico del Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza)



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.



Ana Rodríguez Cala,
PhD. Universitat de Lleida. Consultora de Proyectos Estratégicos, RSC, Calidad y Agenda 2030.



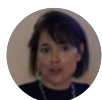
Rita Rodríguez Fernández,
Enfermera del Servicio Galego de Saúde.



Boi Ruiz García,
MD PhD. Profesor Asociado de la UIC.



Julia María Ruiz Redondo, Inspectora de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Asesora de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) en CLM y coordinadora de Salud Pública de la SEMG.



Delia Saleno,
Presidenta del Grupo de Trabajo One Health de CEOE.



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



Francisco Javier Valbuena Ruiz,
Presidente de la Fundación Pondera y gestor sanitario.



Nora Vázquez Martínez,
Jurista y Sanitaria

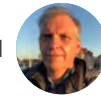


EXPERIENCIA DEL PACIENTE

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,
Advisor en Salud Digital y Finanzas. Experto en Investigación e Innovación Biomédica.



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 González,
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.



DERECHO

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



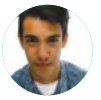
Ofelia De Lorenzo y Aparici,
Presidenta de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS).



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 TALENTO HUMANO

Francisco García Cabello,
Fundador, CEO del Foro Recursos Humanos y director de Valor Salud.



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.





SUMAMOS SALUD

En **HLA Grupo Hospitalario**, creemos que sumar salud es nuestro mayor valor, por eso queremos que nuestros números sigan creciendo:

+ 40 años de experiencia

18 hospitales

36 centros médicos

1278 camas

+ 3M consultas

300M invertidos en 10 años

- 6 RSC-RSE**
El papel de la visión sistémica en la transformación organizacional de los hospitales
- 9 Con ojo clínico**
La equidad, eterna asignatura pendiente
- 14 Cuestión de justicia**
El papel de las asociaciones de pacientes en el ahorro de costes a la Administración
- 18 En profundidad**
Hospital Beata María Ana: cuidando en cuerpo y alma
Salud, ¿derecho fundamental constitucional?
- 26 Actitudes**
Empoderar sin olvidar al paciente
- 30 Marketing sanitario**
El marketing, ¿inversión o gasto?
- 32 Salud digital**
Nanorobots en medicina: aplicaciones, futuro y desafíos
Extraigamos el valor de los datos para transformarlos en conocimiento útil para la medicina
- 40 Salud sin bulos**
Inteligencia Artificial para mejorar la adherencia terapéutica
- 42 Gestión**
Derechos fundamentales, corrupciones y corruptelas durante los estados de alarma
- 46 Nuestros encuentros con expertos**
El viaje del paciente con dermatitis atópica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)
- 49 Primera plana**
Oncohematología: el acceso a los biomarcadores en España
- 55 Noticias**
- 63 Nombramientos**
- 65 Lo más visto en las redes**
- 66 Economía**
- 70 Sanidad autonómica**
- 73 Biblioteca**



El papel de la visión sistémica en la transformación organizacional de los hospitales

Ana Rodríguez Cala

Las organizaciones sanitarias sin visión sistémica no pueden competir en la era post COVID. Por ello, es fundamental potenciar el buen gobierno para conciliar la resiliencia y la responsabilidad social, reflexionar sobre la misión y el propósito, tomar buenas decisiones y fomentar una comunicación clara y transparente que involucre a todos los grupos de interés.

La crisis económica, social y sanitaria significa un cambio de paradigma en la forma de gestión. Un enfoque sistémico en la gestión hospitalaria implica la consideración de factores externos que puedan afectar al funcionamiento del hospital, como las políticas de salud pública, los avances tecnológicos y las expectativas de los pacientes. Adaptarse de manera proactiva a los cambios del entorno puede ayudar a los hospitales a ser más eficientes.

En el ámbito de la salud, los hospitales desempeñan un papel importante en el cuidado de las personas. Sin embargo, en un entorno en constante cambio y evolución, es fundamental que estas instituciones sean capaces de adaptarse y transformarse para satisfacer las necesidades de



la sociedad y ofrecer atención de calidad. En este contexto, surge la pregunta: ¿la visión sistémica puede ayudar a la transformación organizacional de los hospitales?

Para abordar esta cuestión, es importante comprender primero qué implica una visión sistémica en el contexto hospitalario. La visión sistémica se refiere a la capacidad de ver y comprender un sistema en su totalidad, reconociendo las interconexiones y relaciones entre todas sus partes. En el caso de los hospitales, esto significa considerar no solo los aspectos asistenciales, sino también los aspectos administrativos, financieros, culturales y humanos que influyen en el funcionamiento de la institución.

Una visión sistémica requiere una comprensión profunda de cómo cada decisión y acción impacta no solo en un departamento o área específica sino en toda la organización. En el contexto hospitalario esto es fundamental dado el alto grado de interdependencia entre los diversos servicios/unidades, desde la atención al paciente hasta la gestión de recursos y la planificación estratégica.

Los hospitales que adopten una visión sistémica estarán más preparados para enfrentarse a los desafíos y oportunidades que surgen en el entorno de salud, entornos, cada vez más complejos a causa del envejecimiento, la pluripatología y la cronicidad. Al considerar el hospital como un sistema en su conjunto, en lugar de como una serie de partes desconectadas, los líderes y profesionales de la salud pueden identificar áreas de mejora, optimizar procesos y promover una cultura organizacional orientada al cambio y la innovación.

Un aspecto clave de una visión sistémica en los hospitales es la capacidad de anticipar y responder proactivamente a las transformaciones en el entorno externo, ya sea debido a avances tecnológicos, cambios en la normativa de gobernanza, o evolución en las expectativas de los pacientes.

La visión sistémica facilita la capacidad de adaptación al permitir a las instituciones identificar ten-

“

Los hospitales que adopten una visión sistémica estarán más preparados para enfrentarse a los desafíos y oportunidades que surgen en el entorno de salud

”

dencias emergentes, anticipar posibles escenarios futuros y diseñar estrategias flexibles y sostenibles.

Otro aspecto importante de la visión sistémica en los hospitales es la colaboración y la integración entre los diferentes actores y departamentos de la organización. Una visión holística del hospital fomenta la comunicación interdisciplinaria, la coordinación de esfuerzos y la sinergia entre equipos, lo que a su vez puede mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los servicios.

Sin embargo, a pesar de los beneficios evidentes de adoptar una visión sistémica, muchos hospitales todavía presentan desafíos para implementar cambios organizacionales efectivos. La resisten-



cia al cambio, las estructuras jerárquicas rígidas y la falta de recursos y capacitación, son algunos de los obstáculos que pueden dificultar la adopción de una perspectiva sistémica en la gestión hospitalaria. Para superar estos desafíos y avanzar hacia una transformación organizacional más eficaz, es fundamental que los líderes hospitalarios promuevan una cultura de aprendizaje continuo, fomenten la participación y el empoderamiento de los/las profesionales, y establezcan mecanismos de retroalimentación y evaluación para monitorizar el progreso y los resultados.

Los hospitales que tengan una visión sistémica estarán más preparados para impulsar cambios organizacionales sostenibles y promover la integración, la diversidad generacional, la igualdad de oportunidades, la colaboración, la transparencia y la adaptación continua. Solo a través de esta perspectiva holística y orientada al futuro, los hospitales podrán enfrentarse con éxito a los desafíos y aprovechar las oportunidades que se presenten en el entorno actual.

La adopción de una perspectiva sistémica no solo es esencial para sobrevivir en un entorno de salud de mucha incertidumbre y en constante cambio, sino que también nos ayudará a comprender las relaciones y dinámicas entre los diferentes elementos de la organización, como los departamentos, los equipos de trabajo, los procesos y las personas, y ayudará a liderar la transformación para garantizar la sostenibilidad y la eficiencia en el hospital.

PhD Universidad de Lleida. Consultora de Proyectos Estratégicos, Calidad, RSC y Agenda 2030. Emérita en el Institut Català d'Oncologia. Vocal de la Asociación Española de calidad Asistencial (SECA).

arcala@iconcologia.net



La equidad, eterna asignatura pendiente

José María Martínez García

Todos los seres vivos tendemos a ser diferentes que los demás, por mucho que se diga que los animales siguen solo a la manada y a la rutina, mientras que los humanos no lo hacemos y eso nos diferencia.

Mentira, en ambos casos comprobable y, si no, veamos cada día a las personas que soportan estoicamente tráfico de tres horas por el mismo camino, tanto para ir a trabajar como para volver a casa, habiendo otras alternativas, examinemos nuestros comportamientos rutinarios domésticos, o cómo seguimos a la “manada” de muchos partidos políticos o equipos de fútbol con esa pasión ciega, pase lo que pase y le pese a quien le pese.

Y en los animales es cierto que, quizás es menos notorio, pero para ser el líder de la manada has tenido que demostrar tus habilidades de superioridad frente a los demás, o en la época de celo para captar el interés del otro sexo.

Luego, ¿por qué nos va a extrañar que seamos incapaces de encontrar equidad en tantas facetas de la vida y, por supuesto, en temas de salud?

Y, por supuesto, tampoco va ligado a los regímenes políticos ni a sus falsas demagogias. Es un porcentaje muy alto, nuestra propia naturaleza.

Dos definiciones introductorias:



- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define inequidad como las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos poblacionales de un mismo país. La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad, por su parte, es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde la óptica de un sistema de valores.
- Mediante el artículo 43 de la Constitución Española, se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Durante el período franquista existía un grado de equidad alta a nivel de trabajadores, pero mucho cuidado y hay que leer bien, ... una equidad sin ninguna ambición de mejora y, por supuesto, de ansia de alcanzar una calidad asistencial de nivel, era una calidad con tendencia a lo mínimo.

Todos los trabajadores con nómina a final de mes tenían derecho a una atención sanitaria, fruto de los descuentos que cada mes se hacían en sus retribuciones, y al acceso a una cartera de servicios determinado, incluidos los medicamentos. Aunque la calidad del personal asistencial ya era muy buena, basada en el humanismo, se concentraba prácticamente solo en dos ciudades de todo el territorio español: Madrid y Barcelona.

Cualquier ciudadano que tuviera un problema importante de salud, incluidas las cirugías algo especiales, debía acudir a esas ciudades con el consiguiente gasto económico, insostenible para unas familias en las que el dinero no sobraba ni mucho menos.

Acabó aquel ciclo histórico, vino esta democracia actual y se produjo la descentralización territorial.

Todo tendió a la búsqueda de la excelencia y de un bienestar no conseguido del todo hoy en día en muchos aspectos, pero con grandes avances en el acceso a tecnologías e instalaciones novedosas en cualquier lugar de España, y al desarrollo de un talento

“

Salud y equidad no son cuestiones que hayan ido siempre de la mano

”

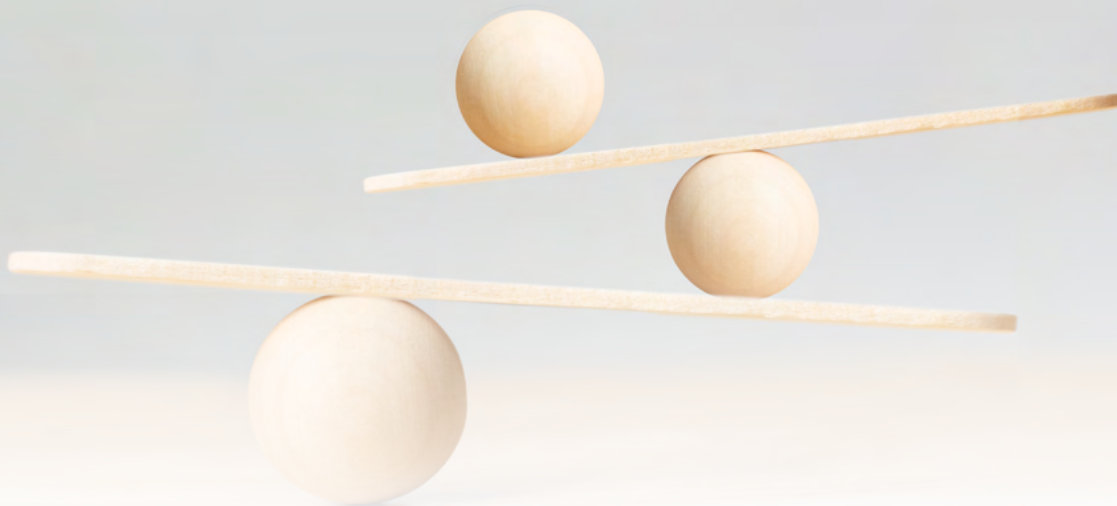
asistencial local que no siempre puede ser retenido, pero que da un soporte de salud cercano.

Eso sí, con un sistema de impuestos de complicado y, a veces, caprichoso reparto, desde el gobierno central en un principio, y posteriormente, desde los propios gobiernos regionales que lo hacen a su libre albedrío. Y, además, con diferente sistema de financiación.

Pero siempre que hay decisiones aleatorias o expuestas al libre albedrío, ¿cómo se puede esperar que haya equidad entre los pacientes de las CCAA unas con otras e, incluso, dentro de cada una de ellas?

Yo que viajo entre esas CCAA reuniéndome con las máximas autoridades locales, veo en ellas una increíble ilusión y voluntad por incorporar todo lo innovador, la I+D, la formación, los medicamentos, etc., pero sin un cariño especial en general, y entendedme el comentario, por los pacientes de la comunidad vecina.

Por cierto, que cada vez, es más frecuente la fuga de pacientes entre las zonas limítrofes de algunas CCAA



a la vecina, donde le aportan lo que no les puede dar la suya. Y no diré nombres donde este fenómeno ya es tremendamente frecuente y muy preocupante.

Y volvemos, en menor medida, pero volvemos, a la etapa anterior a la democracia y a las familias que se desplazan entre CCAA...

Y no es falta de solidaridad, no, pero a ese responsable no se le pueden pedir otros esfuerzos a nivel nacional, porque se debe a sus votantes y, por tanto, a sus resultados logrados en su región.

Claro, ya vamos a ir cerrando este artículo y debemos hablar de los medicamentos.

La OMS calcula que uno de cada tres habitantes del planeta carece de acceso, en condiciones apropiadas, a los medicamentos que serían necesarios para afrontar enfermedades evitables y garantizar una vida digna y segura. Estos porcentajes llegan a doblarse en el caso de las regiones más pobres de África, Asia y América Latina, pero el problema, en ningún caso se limita a los países menos adelantados y a las enfermedades denominadas tropicales. Sería un análisis muy simplista.

A medida que se incrementa la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como el cáncer o la diabetes, y las desigualdades en el interior de las naciones, se establecen como factor determinante de la vulnerabilidad de los pacientes, las dificultades para acceder a tratamientos esenciales y son reconocibles incluso en los países más desarrollados.

Hay algo profundamente equivocado en un sistema de innovación y acceso a medicamentos, que permite morir a millones de personas, cuando el trata-

miento que les salvaría la vida puede ser desarrollado, producido y comercializado a un precio que permita cubrir los costes de producción, incluyendo la I+D y un beneficio no abusivo. Hoy los pacientes de muchos países, ricos, emergentes y pobres, no solo se preguntan si se desarrollarán los medicamentos que necesitan, sino de dónde saldrá el dinero para costearlos, y por qué razón el precio que deben pagar es exorbitante.

Salud y equidad, al contrario de lo que pueda creerse, no son cuestiones que, desde el reconocimiento formal de la primera, a través de la Declaración de Derechos del Hombre (1948), hayan ido siempre de la mano. Es con la Declaración de Alma Ata, del año 1978, cuando comienza a plantearse seriamente la estrecha vinculación que entre ambas existe, y que llevó, en el año 2000, a diversas organizaciones del ámbito internacional a formalizar su preocupación por los factores que determinan que un sistema sanitario sea o no equitativo.

Desde entonces, la expresión "equidad sanitaria" ha adquirido especial relevancia en el momento de valorar la bondad o las deficiencias de un determinado sistema de salud. Sin embargo, con el tiempo, la equidad en salud ha pasado a identificarse casi exclusivamente con un asunto económico centrado en la distribución de los recursos sanitarios.

Ya hemos reflejado antes que hay múltiples ejemplos de desigualdades para los ciudadanos en nuestro Sistema Nacional de Salud, pero quizás una de las más grandes es el acceso al medicamento.

Hace unos años, las aportaciones en copago farmacéutico llegaron a suponer un grave problema para adquirir los medicamentos innovadores.

Entonces apareció el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, y se introdujeron nuevos copagos, sobre todo en pensionistas, que hasta ese momento estaban exentos, de forma que las aportaciones en aquellos años junto a los retirados de la financiación pública, superaron los 530 millones de euros anuales, según los datos de las oficinas de farmacia.

Según el barómetro sanitario, hasta 2,4 millones de personas reconocieron que no adquirieron los medicamentos por razones económicas, lo que afectaba estrechamente a la tan importante adherencia a los tratamientos, en muchos casos, de enfermedades crónicas.

En la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2021 fueron eliminados los copagos a personas con pensiones más bajas, a familias con rentas bajas y con menores a cargo, y a menores con discapacidad (hasta entonces les correspondía la aportación de sus padres, y suelen necesitar bastantes medicamentos). Con esa revocación se abordaron las principales desigualdades dependientes del propio SNS.

Pero, quizás, dos ejemplos donde más se nota la desigualdad, actualmente, es en la escasa cobertura de prestaciones en salud bucodental y en la prevención de las dificultades de desarrollo infantil.

La reciente aprobación del Plan de Salud Bucodental, y la incorporación en los presupuestos generales del Estado de partidas específicas para este fin, ha iniciado la progresiva incorporación de prestaciones en la cartera común y al impulso de medidas preventivas.

La atención temprana desde el nacimiento para niños y niñas con dificultades en el desarrollo físico, psíquico o sensorial también precisa una mayor cobertura de diagnóstico y tratamiento precoz, y prevenir las consecuencias en su maduración.

Estos ejemplos de desigualdades expuestas pertenecen a la propia configuración del SNS y al alcance de las prestaciones, pero las mayores desigualdades

provienen de los llamados determinantes sociales de la salud.

Es frecuente escuchar aseveraciones como que la esperanza de vida depende del código postal, es decir, del lugar donde viven las personas. De qué enferman depende de la contaminación del aire, de los trabajos que desempeñan, de la situación económica de la familia, cómo es su dieta o si mantienen actividad física. En definitiva, el barrio en el que viven.

Fue el epidemiólogo M. Marmot quien estudió en el Reino Unido por primera vez estas diferencias. Y los resultados fueron asombrosos: a tan solo 12 km de distancia entre dos barrios de Glasgow (rico y pobre) encontró casi treinta años de diferencia de esperanza de vida. Es lo que se viene a denominar el “efecto Glasgow”. En Madrid también se han encontrado unos diez años de diferencia entre barrios del norte y del sur.

Los determinantes económicos, sociales y ambientales influyen en la salud y, por tanto, en la esperanza de vida. Este fenómeno se observa sobre todo en la infancia. Los niños que viven en hogares pobres acumulan carencias, que van de la imposibilidad de seguir una dieta equilibrada y saludable a la imposibilidad de participar en determinadas actividades físicas.

Las consecuencias de esta situación son la obesidad y el sobrepeso, más intenso en niños de hogares pobres. Casi la mitad de niños y niñas que viven en hogares de rentas bajas tienen obesidad o sobrepeso, mientras quienes viven en hogares con rentas altas ello se produce en mucho menor cantidad. Y ya sabemos los terribles problemas que, para la salud pública, suponen esas consecuencias.

Por tanto, el impacto de esa inequidad en la salud sobrepasa las capacidades del propio SNS, aunque como apuntaba antes, se deban seguir introduciendo medidas creativas que avancen en la consecución de dicha equidad.

Presidente ejecutivo de New Medical Economics

jmmartinezgar@gmail.com

JUNTOS para estar mejor MEJOR para estar juntos

 **quirónsalud**
La salud persona a persona

Siempre hemos estado muy cerca de ti. A partir de ahora, vamos a estar juntos.

Porque la salud no está solo dentro de un hospital y aunque estemos para ti las 24 horas del día, nos alegrará saber que las puedes dedicar a lo que tengas planeado.

Creemos en una medicina estando siempre a tu lado.

Y eso es mucho más que estar conectados, eso es estar juntos.



Descubre más



CUESTIÓN DE JUSTICIA



El papel de las asociaciones de pacientes en el ahorro de costes a la Administración

Álvaro Lavandeira Hermoso

El nacimiento de las organizaciones de la sociedad civil se da a partir de que algunas personas deciden agruparse con objeto de acortar la distancia entre una determinada situación actual injusta o inadecuada y la situación que pretenden. Se pretenden remover los obstáculos que le permitan a la sociedad o a un sector de ella aproximarse a una situación ideal. Las organizaciones de la sociedad civil se proponen resolver problemas socialmente relevantes. Se constituyen por grupos de personas que se dan un marco de normas y reglas que regulan su acción de manera tal se vuelva previsible y deseable, con el objeto de resolver problemas en un contexto inmediato que les exige negociar, acordar, colaborar con otros actores, así como desarrollar estrategias que les permitan mejorar la situación existente.

Las asociaciones de pacientes son entidades formadas por personas que se agrupan, habitualmente, en torno a los problemas derivados de una patología que les afecta. Y aquellas otras entidades que representan a los pacientes o usuarios del sistema sanitario en general.

Las asociaciones de pacientes desempeñan un papel fundamental en la sociedad en muchas vertientes. Contribuyen a favorecer el apoyo y la solidaridad entre sus asociados y grupos de interés, ofreciendo un entorno de apoyo donde los pacientes y sus familias pueden compartir experiencias, consejos y recursos. Esto es especialmente meritorio para aquellos que enfrentan condiciones de salud graves o crónicas.



Igualmente defienden y abogan por los derechos de los pacientes, asegurando que tengan acceso a la atención sanitaria adecuada, a tratamientos innovadores y a la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud, a través de acciones de educación y concienciación a sus asociados y al conjunto de la sociedad sobre las diversas condiciones de salud, promoviendo una mayor comprensión y empatía hacia aquellos que las padecen, lo cual ayuda, por un lado, a mejorar la calidad de vida de los pacientes y, por otro, a reducir el estigma social que muchas patologías desgraciadamente padecen. De esta manera, se convierten en auténticos influyentes en políticas de salud participando en el debate político y trabajando para influir en las políticas de salud a nivel local, nacional e internacional, asegurando que las necesidades de los pacientes sean tenidas en cuenta en la formulación de políticas y programas de salud.

Las asociaciones de pacientes crean auténticas redes de comunidad proporcionando espacios donde los pacientes pueden conectarse entre sí, compartiendo recursos y experiencias, y sentirse parte de una comunidad que los entiende y los apoya, empoderándoles, mejorando su calidad de vida, promoviendo un sistema de atención sanitaria inclusivo y centrado en el paciente, promoviendo políticas de salud y de prevención. En este aspecto es de destacar el desarrollo de programas de apoyo entre pacientes, familias y sociedad, favoreciendo la necesaria interlocución. A este respecto puede ponerse de ejemplo el fomento y soporte en el reclutamiento para la participación en ensayos clínicos y estudios de investigación, facilitando la participación de los pacientes, proporcionando información, abogando por la inclusión y colaborando con los investigadores y promotores en la incorporación de pacientes como medidas de apoyo a la investigación y acceso a medicamentos y tratamientos innovadores, involucrándose activamente en la defensa de políticas que garanticen el acceso equitativo a los fármacos y la terapias necesarias, influyendo en la promoción de precios asequibles, la reducción de barreras de acceso y la lucha contra la discriminación en el acceso a la atención sanitaria y farmacéutica.

“

Las asociaciones de
pacientes son actores
clave en el ámbito de la
salud

”

De esta manera, las asociaciones empoderan a su colectivo, al desarrollar estrategias de defensa activa y recursos educativos y formativos, proporcionando herramientas y recursos para ayudar a los pacientes a comprender su condición, a comunicarse efectivamente con su entorno social y sanitario, y a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.

Uno de los aspectos más relevantes es el apoyo social y psicológico, ya que el abordaje y enfrentamiento a una enfermedad o una condición de salud es emocionalmente desafiante para los pacientes y sus familias. Las asociaciones de pacientes ofrecen un espacio seguro donde los individuos pueden expresar sus preocupaciones, miedos y ansiedades, y recibir apoyo social y psicológico de otras personas que están pasando por experiencias similares. Ello mejora la gestión de la enfermedad y reduce el aislamiento social, ya que muchas personas que viven con enfermedades crónicas o graves experimentan estos sentimientos de aislamiento social debido a las limitaciones físicas y emocionales impuestas por su



condición. Las asociaciones brindan oportunidades para que los pacientes se conecten entre sí, formen amistades y encuentren un sentido de pertenencia en una comunidad comprensiva, así como con el conjunto de la sociedad al generar herramientas de afrontamiento, comunicación y formación sobre la gestión de la enfermedad, ya que además de proporcionar información sobre la enfermedad en sí, se ofrecen recursos y programas educativos sobre cómo manejar los aspectos prácticos de vivir con una enfermedad crónica y grave y su mejor vivencia. Y todo ello, tanto a los propios afectados por la condición de enfermedad como a sus cuidadores y familiares que están involucrados en el cuidado de alguien con una enfermedad o discapacidad, incluyendo apoyo específico para cuidadores, capacitación en habilidades de cuidado, asesoramiento y asistencia con los desafíos emocionales y prácticos que enfrentan los cuidadores.

Desde un punto de vista institucional, las asociaciones colaboran con una variedad de organizaciones, incluidos grupos de defensa de la salud, instituciones médicas, colegios profesionales, administraciones públicas de ámbito sanitario, social, educativo y laboral, empresas farmacéuticas y organizaciones benéficas, para abordar los desafíos sociales y de salud de manera integral, con el objeto de integrar soluciones innovadoras y efectivas.

Fácilmente se percibe el beneficio que el entramado asociativo genera a la sociedad, pero no queda ahí, ya que las asociaciones cumplen un papel que pocas veces es valorado y reconocido, y es el enorme ahorro económico, de servicios y de gestión que producen a las administraciones públicas, y que no es reconocido ni valorado en su verdadera medida.

Las asociaciones de pacientes generan ahorros significativos a la administración pública en diferentes áreas. Al proporcionar apoyo y formación a los pacientes, las asociaciones ayudan en la mejora de la gestión de la salud de los pacientes, lo que resulta en una reducción de visitas innecesarias a urgencias o consultas hospitalarias, con el consiguiente ahorro en prestaciones sanitarias.

En sentido similar, las asociaciones promueven la prevención de enfermedades y la detección temprana a través de campañas de concienciación y programas educativos, lo que conlleva a una disminución en el número de casos de enfermedades y en su gravedad que requieren atención sanitaria además de tratamientos costosos y prolongados.

Al facilitar la participación de los pacientes en ensayos clínicos y estudios de investigación, y aportar su conocimiento y experiencia, las asociaciones ayudan a acelerar el desarrollo de nuevos tratamientos y medicamentos. Ello conlleva a una reducción en los

costes de investigación y desarrollo para la Administración y la industria farmacéutica. Igualmente, las asociaciones forman a los pacientes sobre la importancia del uso racional de medicamentos, incluida la adherencia adecuada a los tratamientos recetados y la prevención del uso excesivo o inadecuado de medicamentos. Esto ayuda a reducir los costes asociados por falta de adherencia, por efectos adversos de los medicamentos, visitas adicionales al médico y hospitalizaciones evitables.

Las asociaciones de pacientes abogan por políticas de salud que promuevan un acceso equitativo a la atención sanitaria y la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Al trabajar en colaboración con la Administración en la implementación de estas políticas, pueden contribuir a la optimización de los recursos y la reducción de costes legales, económicos y administrativos.

En otro orden de cosas, las asociaciones prestan servicios de apoyo a la atención domiciliaria y comunitaria, proporcionando recursos y programas de apoyo, para aquellos que requieren cuidados a largo plazo o seguimiento médico regular. Esto reduce igualmente la necesidad de atención hospitalaria, mejorando además la calidad de vida de los pacientes.

Las asociaciones de pacientes pueden colaborar estrechamente con la Administración para identificar áreas de ineficiencia en los procesos administrativos relacionados con la atención sociosanitaria, promoviendo la inversión en tecnología y soluciones innovadoras que mejoren la eficiencia y la efectividad de la atención al paciente, como puede ser el desarrollo de aplicaciones móviles para el seguimiento de la salud o la telemedicina para consultas desde el domicilio. Al ofrecer perspectivas desde la experiencia del paciente, las asociaciones pueden ayudar a simplificar y agilizar los procesos administrativos, lo que conduce a una reducción de costes en términos de personal, tiempo, procesos y recursos.

Además, fomentan la colaboración intersectorial, facilitando la colaboración entre diferentes sectores, como la Administración Pública, los profesionales sanitarios, la industria y la academia. Esta colabo-

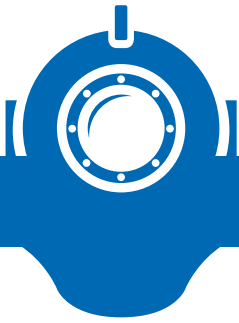
ración intersectorial genera sinergias que permiten el desarrollo de soluciones innovadoras y rentables para abordar los desafíos de salud pública y mejora la eficiencia del sistema de atención sanitaria integral a los pacientes.

Y, por último, las asociaciones de pacientes cubren aspectos de atención social que no financian las administraciones públicas, como atención psicológica, jurídica, así como diversas y numerosas prestaciones asistenciales y de soporte, como la fisioterapia, rehabilitación, logopedia, hidroterapia, etc., que son asumidas en su totalidad por las asociaciones, descargando al erario público de dichas obligaciones administrativas y económicas.

En definitiva, las asociaciones de pacientes son actores clave en el ámbito de la salud, trabajando en múltiples niveles para mejorar la vida de las personas afectadas por enfermedades graves y crónicas, desempeñando un papel multifacético y generando ahorros significativos para la Administración Pública al mejorar la gestión de la salud de los pacientes, promover la prevención y la detección temprana de enfermedades, facilitar la investigación, abogar por políticas de salud eficientes, apoyar la atención domiciliaria y comunitaria, fomentar la colaboración intersectorial, promover la medicina preventiva y centrada en el paciente, prestar servicios asistenciales y facilitar la inversión en tecnología y soluciones innovadoras.

Su contribución es fundamental para mejorar la eficiencia y la efectividad del sistema, garantizando que todos los pacientes reciben la atención que necesitan de manera oportuna y adecuada, en los necesarios términos de equidad. Estas acciones no solo reducen los costes directos e indirectos asociados a la atención social y sanitaria, sino que también contribuyen a una mejor salud y bienestar general de la población.

Abogado. Presidente del Instituto de Investigación y Formación en Salud (IFSASALUD)
alvaro.lavandeira@ifsasalud.com



Hospital Beata María Ana: cuidando en cuerpo y alma



Carmen Mª Tornero Fernández¹

Fundado en 1881 por San Benito Menni junto con María Josefa Recio y María Angustias Giménez, el Grupo Hospitalario Hermanas Hospitalarias nació para dar respuesta a la situación de abandono sanitario y exclusión social de las mujeres con enfermedad mental de la época, aunando dos criterios fundamentales: caridad y ciencia.

En la actualidad, Hermanas Hospitalarias es una congregación religiosa dedicada a brindar atención médica de calidad con un enfoque humanitario. Cuenta con 21 centros asistenciales repartidos por toda la geografía española y con más de 8000 trabajadores. Además, cada centro dispone de otros dispositivos comunitarios con el fin de acercar la atención al entorno del paciente, incluso en su propio domicilio.

La institución también tiene presencia en 25 países de África, Asia, Latinoamérica y Europa, lo que le permite mantener un camino de solidaridad constante con las personas más vulnerables en el mundo. Cada



Jesús González Bonilla²

uno de los centros de Hermanas Hospitalarias tiene un proyecto solidario asignado en el que se realizan acciones para aunar recursos y así poder ayudar a los más necesitados.

Una de las joyas de este grupo hospitalario es el Hospital Beata María Ana. Está ubicado en el centro de Madrid y destaca por su compromiso con la excelencia en la atención al paciente, y sobre todo por su cuidado integral y multidisciplinar.

Con un sólido compromiso con la ética y la excelencia en la atención, el Hospital Beata María Ana se ha ganado la confianza de los ciudadanos y se ha posicionado como un centro de salud referente en la región. Ya son más de 135 los años que el Hospital Beata María Ana lleva al servicio de los madrileños y a lo largo de todos ellos, nunca se ha alejado de los valores que marca la Congregación Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón y que tiene como pilar fundamental la hospitalidad.



Hospital Beata María Ana.

Su directora gerente, Olga Ginés, subraya que “la hospitalidad es el valor diferencial en el cuidado integral, no solamente cuidamos la salud de los pacientes, sino que tenemos en cuenta todo su entorno familiar, su entorno social y se atiende también desde el punto de vista espiritual, con absoluta libertad, respetando las creencias y valores espirituales que tenga cada una de las personas”.

Historia

Originalmente situado en la calle Huertas, a lo largo de los años el Hospital se ha trasladado a distintos emplazamientos, en busca de mejores instalaciones, como la calle Atocha o posteriormente la calle de la Cabeza. No fue hasta el año 1925 cuando se inició la construcción del edificio de la calle doctor Esquerdo, que incorporó los nuevos conceptos europeos de la época en arquitectura hospitalaria, con terrazas, ventanales y jardines; todo ello con el objetivo de prestar la mejora asistencia posible a las niñas y ofrecer los mejores tratamientos médicos, incluyendo pioneros servicios de rehabilitación.

La formación siempre ha sido otro de los grandes compromisos de las Hermanas, poniendo en marcha las escuelas de formación que se convirtieron en referencia del sector sanitario, como la Escuela oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, con sus especia-

lidades de fisioterapia y psiquiatría, y la Escuela de Asistentes Sociales.

En los años 70, el Hospital Beata María Ana se convirtió en un Hospital General redefiniéndose completamente el funcionamiento del centro y contando con todos los avances necesarios para las exigencias de la época. Dentro de esa labor de mejora constante, en el año 2000 se aprobó un nuevo plan director, para convertir al Hospital en un centro de vanguardia que abarcara un gran número de servicios y especialidades.

Ya más reciente, en 2010 se finalizó un ambicioso plan de remodelación que ha convertido a este hospital en un centro de referencia, con la tecnología más avanzada, apoyada por un cuadro médico de prestigio, para el diagnóstico y tratamiento de las patologías más complejas, y la mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas.

Este hospital, así como el Grupo Hospitalario, también se distingue por las acciones de voluntariado, que desde sus inicios siempre han estado presentes. Actualmente, 55 voluntarios colaboran con el Hospital Beata María Ana para mejorar la asistencia integral que ofrecen a sus pacientes o a sus familiares y allegados. Por su parte, las hermanas supervisan que los valores de la congregación se tengan en cuenta a



Olga Ginés Ferrero, directora gerente del Hospital Beata María Ana durante la entrevista realizada por Carmen Mª Tornero Fernández, redactora jefe de New Medical Economics.

la hora del cuidado del paciente, “ayudan en toda el área de pastoral, de identidad, de acompañamiento espiritual y religioso”, indica Ginés.

Asimismo, la experiencia del paciente es otro de los pilares para la mejora continua en la asistencia de este centro hospitalario. Cada cierto tiempo la dirección mantiene entrevistas con los pacientes o familiares, “hay un compromiso por parte de la institución en tener en cuenta las necesidades de los pacientes, todo ello es para mejorar su satisfacción y experiencia cuando son atendidos aquí”, cuenta Olga Ginés.

Con instalaciones modernas y un equipo de profesionales altamente cualificado, este hospital ofrece una amplia gama de servicios médicos especializados en satisfacer las necesidades de los pacientes. Las 160 habitaciones de las que dispone son todas individuales y la mayoría de las diez unidades con las que cuenta tienen un espacio pensado únicamente para las familias de los pacientes.

Fiel a la misión de las Hermanas Hospitalarias, el centro potencia la cobertura de patologías no adecuadamente cubiertas por la sociedad, tales como la neurorrehabilitación, los cuidados paliativos y la

atención sanitaria a las personas mayores. En palabras de Olga Ginés: “Contamos con toda la cartera de servicios y la única diferencia es que es un hospital de adultos, no atendemos niños, pero contamos con una unidad de rehabilitación infantil para pacientes con daño cerebral sobrevenido o parálisis cerebral”.

Las unidades que distinguen al hospital son la de daño cerebral rehabilitable y no rehabilitable; la de rehabilitación y cuidados prolongados; y la de oncología médica y radioterápica y la unidad de cuidados paliativos. En todas ellas cuentan con unidades de soporte y con una presencia médica 24 horas con profesionales especializados. Además, disponen de la tecnología más puntera para dotar de recursos y profesionalizar aún más la atención sanitaria, “hay que invertir en tecnología, nos ayuda a atender y llegar mejor y en más situaciones, incluso a domicilio, a nuestros pacientes, también estamos potenciando la telemedicina”, señala la directora gerente del Hospital.

Unidad de rehabilitación y cuidados prolongados

Según cuenta Olga Ginés, la robótica también es parte fundamental en el Hospital, sobre todo para la rehabilitación desde todos los puntos de vista, “hay determinadas unidades donde hay un equipamiento excepcional para ayudar a que la recuperación sea más intensiva y se alcancen mejor los objetivos. Se combinan las sesiones tradicionales de los pacientes con la robótica especializada. Somos pioneros en determinadas técnicas quirúrgicas”.

Los proyectos de investigación también son parte necesaria para avanzar en la mejora continua del tratamiento y cuidado de los pacientes. En el Beata María Ana están desarrollando proyectos de investigación específicos en Parkinson, Alzheimer y en daño cerebral. Además, cuentan con dos aulas de investigación dentro del hospital.

Uno de los neurólogos de esta Unidad y profesor de la Universidad de Vitoria, Juan Pablo Modelo, señala que están trabajando en ocho proyectos de investigación. “Estamos trabajando en un equipo de estimulación magnética transcraneal, lo usamos para facilitar las partes de la corteza que están inactivadas tras un ictus o en Parkinson. Trabajamos también en

análisis de electroencefalografía, es un programa de alta densidad que usamos para ver cómo las ondas cerebrales cambian en respuesta a la rehabilitación. También examinamos el equilibrio de los pacientes y uno de los proyectos que vamos a comenzar es la estimulación eléctrica transcraneal en niños para rehabilitarles el miembro superior y con un programa también de rehabilitación con realidad virtual inmersiva”.

Por su parte Marcos Ríos, coordinador de la Unidad de Rehabilitación, ensalzó el trabajo que se realiza desde la gerencia del Hospital para dotarlo de la mejor tecnología y equipos de rehabilitación robótica, todo combinado como no podía ser de otra manera, con el tratamiento individualizado y de forma coordinada con todos los profesionales que requieren estas patologías: logopeda, terapeuta, psicólogo o fisioterapeuta, entre otros.

“Contamos con un simulador de conducción gracias a Hyundai, hay muchos pacientes que después de la lesión no pueden volver a conducir, pero con el entrenamiento adecuado lo pueden lograr. Es un entorno seguro con el que podemos trabajar también el manejo de esas sensaciones, es espectacular”, relata Marcos Ríos.

Uno de los últimos dispositivos que han adquirido permite la bipedestación progresiva. Marcos Ríos explica que con esta última tecnología pueden lograr que el paciente progresivamente vaya estando en una posición vertical, “permite retomar la marcha con seguridad para evitar caídas”.

La sala de terapia ocupacional, el gimnasio infantil para trabajar la estimulación multisensorial o la sala de robótica, también son piezas clave en esta Unidad. Todas ellas hacen que el paciente verdaderamente se encuentre en el centro de la atención y que cuando vuelva a su vida normal, tenga la mayor independencia posible.

Unidad de oncología radioterápica

Oncología Radioterápica es otra de las unidades más avanzadas de este Hospital. El jefe del Servicio, el Dr. Rodrigo García, detalla que tienen la suerte de contar con la mejor tecnología para administrar radiación a



Simulador de conducción del Hospital.

los pacientes que la necesitan, “utilizamos un generador de fotones que es un acelerador lineal. Tenemos un equipo muy versátil que permite hacer radiocirugía maxilofacial, terapia intensiva normal, terapia volumétrica... todo lo deseable podemos hacerlo”.

También cuentan con un sistema muy avanzado de multilaminas y con una mesa robotizada que es capaz de responder en tiempo real, con un sistema informático, a cualquier error o cualquier modificación que se produzca durante el tratamiento, “localizamos dónde está la lesión y dónde tenemos que tratar y proteger. Se hacen todos los cálculos necesarios, no solo para tratar los tumores, sino para que los pacientes no tengan efectos secundarios, se realiza a través de un sistema de red que es transmitido al acelerador y la máquina hace lo que nosotros hemos diseñado”, cuenta el Dr. García.

El experto en oncología radioterápica especificó que: “La máquina es calibrada diariamente con los máximos estándares de precisión y exactitud. Ofrecemos calidad a los pacientes que vienen a tratarse al hos-



Acelerador de oncología radioterápica.

pital porque acortamos el tiempo de su estancia en el mismo”.

Unidad de cuidados paliativos

Su unidad de cuidados paliativos también es referente en la Comunidad de Madrid. Es multidisciplinar y es donde se cuida de la vida hasta el final. La directora gerente explica que tienen un profundo respeto a la vida, y, por tanto, “creemos que los cuidados paliativos es la manera de trabajar, cuidar y curar al paciente hasta el final de su vida”. Se cuenta con un psicólogo para ayudar a las familias en todo el proceso y también en el duelo. Además, hay fisioterapeutas que mantienen a los pacientes activos desde todos los puntos de vista. También gestionan las emociones de los profesionales ya que lidiar todos los días con la muerte no es tarea fácil y por eso, merecen ser cuidados.

Retos y prioridades

Una de las prioridades que tiene el Hospital en 2024 es hacer una revisión del plan estratégico. Olga Ginés considera que tienen que “revisar cómo queremos que sea el futuro del hospital de aquí a tres años”. En un sector tan concentrado y donde hay muchos operadores y competidores “tenemos que distinguimos por algo”.

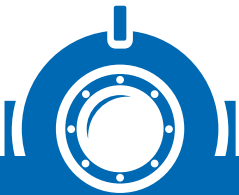
La forma de hacer las cosas y los valores que aplican a la asistencia del cuidado es el *core* de la institución. Además, la familia forma parte del proceso terapéutico del paciente, “el cuidado y el curar debe ser más allá del paciente, hay que tener en cuenta todo su entorno”, subraya la experta.

Aunque todas estas líneas de trabajo las tienen muy claras, quieren potenciar y ver de qué manera se pueden diferenciar del resto de hospitales, “también comprobar qué necesita el mercado y dónde podemos ayudar”, afirma Olga Ginés. Reforzar los lazos con la administración pública y seguir incrementando su cartera de servicios es otro de los retos que esperan alcanzar en los años venideros.

El Grupo Hospitalario Hermanas Hospitalarias y su buque insignia, el Hospital Beata María Ana, son ejemplos vivos de dedicación y hospitalidad en el campo de la atención médica. A través de su enfoque holístico y su compromiso con la excelencia, continúan transformando vidas y dando valor a lo verdaderamente importante, “el trato y experiencia del paciente”.

¹Redactora jefe en *New Medical Economics*

²Redacción y diseño en *New Medical Economics*



Salud, ¿derecho fundamental constitucional?

Rita Rodríguez Fernández

Recientemente, se ha celebrado el Día Mundial de la Salud, se celebra cada año el 7 de abril para crear conciencia sobre diversos problemas de salud en todo el mundo.

Desde la longevidad hasta la felicidad, la salud impacta en todas las esferas de la vida. En los tiempos modernos y especialmente en la era pospandémica, ha adquirido una mayor importancia y varios aspectos de nuestro bienestar ocupan un lugar central. A medida que pasa el tiempo, la mayor conciencia sobre varias enfermedades, los desafíos de salud mental y la importancia de la atención preventiva han hecho que la salud sea la máxima prioridad a nivel mundial.

En el mundo, el derecho a la salud de millones de personas está cada vez más amenazado.

Los conflictos devastan vidas y causan muerte, dolor, hambre y angustia psicológica.

La quema de combustibles fósiles está impulsando simultáneamente la crisis climática y quitándonos el derecho a respirar aire limpio, y la contaminación del aire interior y exterior se cobra una vida cada cinco segundos.

El Consejo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre economía de la salud para todos ha des-

cubierto que, aunque al menos 140 países reconocen la salud como un derecho humano en su Constitución, solo 4 países han mencionado cómo financiarla.

Actualmente, “en España la salud no está considerada como un derecho fundamental”, está reconocida en la Constitución Española en el artículo 43 “se reconoce el derecho a la protección de la salud”, como un principio rector de la política social y económica.





¿Qué es un principio rector de la política social y económica?

Son máximas que deben inspirar a los poderes públicos en sus actuaciones, pero no pueden ser reclamados directamente ante los Tribunales. Esto significa que la salud en España en realidad no es un derecho.

¿Cuál ha sido el tema de la Organización Mundial de la salud (OMS) este año 2024, para abordar este tipo de desafíos?

“Mi salud, mi derecho”

El tema de este año fue elegido para defender el derecho de todos, en todas partes del mundo, a tener acceso a servicios de salud, educación e información, así como a agua potable, aire limpio, buena nutrición, vivienda de calidad, condiciones ambientales y de trabajo decentes, y libertad de discriminación.

Sin embargo, aunque todos los derechos recogidos en la Constitución Española son derechos constitucionales, no todos los derechos constitucionales son derechos fundamentales.

¿Qué es un derecho fundamental de la Constitución?

Los derechos fundamentales son aquellos que, debido a su importancia, han sido blindados con una mayor protección. Estos derechos están protegidos por las siguientes medidas: gozan de reserva de ley orgánica, los procesos judiciales sobre su vulneración estarán regidos por los principios de preferencia y sumariedad, y son susceptibles de recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

Además, en este grupo debe añadirse el derecho a la igualdad del artículo 14, que a criterio del Tribunal Constitucional es un derecho fundamental, aunque no goce de la reserva de ley orgánica.

Derecho comparado

El artículo 32 de la Constitución italiana de 1947 establece que: "La república tutela la salud como derecho fundamental de individuo y garantiza el tratamiento médico gratuito a los indigentes. No puede obligarse a nadie a un determinado tratamiento sanitario sino por disposición de la ley, la cual en ningún caso podrá violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana".

El preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la salud (OMS) establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Aunque no tiene el mismo estatus legal que una constitución de un país, la Constitución de la OMS establece un marco normativo y ético para las acciones y políticas de salud a nivel internacional.

Aspectos fundamentales del derecho de la salud

Accesibilidad, los servicios sanitarios deben asequibles y físicamente accesibles a todos, sin discriminación.

Disponibilidad, se requiere que haya un número suficiente de servicios públicos sanitarios y centros de atención de la salud en funcionamiento.

Aceptabilidad, se requiere que los servicios sanitarios sean respetuosos de la ética médica, sensibles a las cuestiones de género y apropiados desde el punto de vista cultural.

Buena calidad, los servicios sanitarios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, y estén en buenas condiciones.

Participación, que requiere que los beneficiarios del sistema de salud tengan voz respecto del diseño y la aplicación de las políticas de salud que les afectan.

Rendición de cuentas, las autoridades sanitarias y los Estados rindan cuentas de su cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos en la esfera de la salud pública. Las personas deben poder solicitar una reparación efectiva cuando se vulnera su derecho a la salud, como en los casos de denegación de servicios sanitarios.

Libertades, las personas deben ser libres de no someterse a tratamientos médicos no consentidos, como experimentos médicos o la esterilización forzada, así como a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Derechos, las personas deben tener la oportunidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; y la salud materna, infantil y reproductiva, entre otros derechos.

¿Por qué la salud debería considerarse constitucionalmente un derecho fundamental en vez de un principio rector?

Convertir el derecho de la salud en un principio fundamental de la Constitución en lugar de un principio rector implicaría otorgarle un estatus legal más sólido y vinculante. Esto significa que el Estado tendría una obligación más clara y directa de garantizar el acceso a la atención médica y promover el bienestar de todos los ciudadanos. Al hacerlo, se fortalecería la protección de este derecho, se facilitaría su exigibilidad y se enviaría un mensaje contundente sobre su importancia en la sociedad. Además, elevar la salud a un principio fundamental podría prevenir retrocesos en políticas de salud pública y promover una cul-

tura de cuidado y prevención en todos los niveles del gobierno.

Conclusión

El Día Mundial de la Salud podría ser una oportunidad importante para recordar a los países la importancia de considerar la salud como un derecho fundamental en sus constituciones. Este día podría servir como plataforma para resaltar la necesidad de garantizar el acceso equitativo a la atención médica y promover políticas que mejoren la salud de todos los ciudadanos. Al enfocarse en este tema, se podría aumentar la conciencia pública sobre la importancia de proteger y promover el derecho a la salud, lo que a su vez podría impulsar la acción política y legislativa en esta dirección.

En España, la salud no está expresamente reconocida como un derecho fundamental de la Constitución, está protegida como un principio rector, lo que significa que es un valor fundamental que orienta las políticas públicas y la actuación del Estado en materia de salud.

Cambiar un principio rector como el derecho a la salud y elevarlo a un derecho fundamental en España requeriría una cuarta reforma constitucional, un proceso legislativo complejo y la voluntad política del gobierno como de las fuerzas políticas representadas en el Parlamento.

Esta elevación enviaría un mensaje claro sobre el compromiso del Estado con la protección y promoción de la salud de los ciudadanos. Influyendo directamente en la asignación de recursos, políticas de salud pública y decisiones políticas en general.

Proporcionando una mayor protección legal con calidad y exigibilidad. Ayudando a promover la equidad en el acceso a la atención médica y los servicios de salud, reduciendo las disparidades en salud y mejorar el bienestar de toda la población, independientemente de su condición socioeconómica.

Enfermera del Servicio Galego de Saúde
ritarf86@gmail.com



ACTITUDES



Empoderar sin olvidar al paciente

Francisco García Cabello

Coincide la elaboración de esta reflexión con el Día Internacional de la Salud concretado por la OMS para el 7 de abril. Además, en las últimas horas desde nuestro espacio de *Valor Salud* (todos los viernes a las 10 horas en Capital Radio) hemos elaborado un especial Día Mundial de la Salud donde hemos planteado distintas mesas con los temas más destacados y sus personas de la actualidad de la sanidad en nuestro país.

El Día Mundial de la Salud es una jornada destinada a concienciar sobre la importancia de mantener hábitos de vida saludables para prevenir enfermedades y promover el bienestar general que me ha dado la oportunidad de afrontar, incluso con el Ministerio de Sanidad y su secretaría de Estado grandes cuestiones de fondo como las competencias profesionales, los seguros de salud, la colaboración público-privada, el concepto de One Health y el bienestar, el estado de la cuestión por parte de políticos de distintos grupos



e ideologías, y muchos temas más con lo público y lo privado .

He de decir que en cuestiones como la colaboración público-privada vuelvo a salir un tanto pesimista después de muchos años afrontando este asunto ya que parece que la ideología y la política le siguen ganando la batalla a nuestra salud y sanidad ante el posible avance, si incluso la comparamos con otros países.

A lo que voy. De todos los temas afrontados en este Día Mundial de la Salud hay uno que me parece clave, es el que trata las competencias profesionales en el sector donde incluimos la escasez de profesionales y el futuro del capital humano en nuestra salud y sanidad.

Algunas cuestiones sobre esto.

Tenemos un déficit de profesionales en general por diversos motivos. ¿Cómo podemos afrontar el reto de un incremento de la presión asistencial y financiera en el futuro? ¿Es un problema de ordenación de recursos, de déficit de profesionales o de ambos factores?

¿De qué herramientas disponen los centros sanitarios para incidir en la motivación y orgullo de pertenencia de los profesionales?

Un aspecto importante es el de las competencias profesionales. ¿Están bien definidas en este momento o es necesario hacer una redefinición y ajuste en base a la situación actual y futura?

La formación de especialistas MIR es el eje sobre el que pivota la excelencia de nuestro sistema público y privado de salud. ¿Qué cambios, si es que hay que hacerlos, serían necesarios de cara al futuro?

¿Existe competencia entre el sistema público y privado en la captación y retención del talento? ¿Cómo ordenar este aspecto tan importante para que exista el equilibrio imprescindible en esta materia?

¿Es el carácter estatutario de las contrataciones en el sistema público un tema a revisar en el futuro? ¿Es un freno o es una fortaleza del sistema?

“

¿De qué herramientas disponen los centros sanitarios para incidir en la motivación y orgullo de pertenencia de los profesionales?

”

Son algunas preguntas que no siempre tienen respuesta.

En ocasiones algunos de los aspectos planteados por distintos sectores sanitarios dentro de este asunto comparan de forma directa lo que está ocurriendo con cualesquiera otras empresas de cualquier sector.

Las nuevas formas de trabajar en la sanidad y su repercusión en el capital humano, el concepto de trabajar desde la medicina por proyectos concretos y con cierto foco, recuperar la cultura laboral con el cariz de cada organización, eliminar la burocracia tan reconocida y por cada médico en cualquiera de los ámbitos, el empoderamiento de los médicos de atención primaria, la nueva formación en el sector, la atracción a la profesión y si me permiten *un employer branding* actualizado sin olvidar la atención que hay que dedicar al bienestar y la salud mental.

Todo influye en la escasez de talento.



La edad media del facultativo en España es de 50 años, algo que supondrá un problema a medio plazo, cuando casi la mitad de los especialistas se jubile y el cambio generacional no se haya producido al ritmo necesario. Además, se calcula que en 2027 el Sistema Nacional de Salud necesitará cerca de 9.000 médicos más al año para cubrir sus necesidades. Una demanda que también existe con el personal de enfermería, ya que el 95% de los hospitales privados presenta una necesidad media-alta de este profesional.

¿Qué factores explican esta paradoja de tener sanitarios en paro y al mismo tiempo necesitarlos? Algunos expertos apuntan a la falta de planificación y coordinación entre las comunidades autónomas, que tienen las competencias en materia de sanidad y recursos humanos. Otros, señalan las condiciones laborales precarias que sufren muchos sanitarios, especialmente los jóvenes, que tienen que hacer frente a

contratos temporales, bajos salarios y largas jornadas. Además, hay que tener en cuenta la fuga de talento que se produce hacia otros países que ofrecen mejores oportunidades profesionales y formativas.

Son factores críticos que no solo ocurren en el sector sanitario. Hay otros sectores y empresas que tienen los mismos problemas. ¿Dónde está la diferencia? Que aquí siempre estamos hablando de los grandes protagonistas como son los pacientes. Unos pacientes que fruto de todas las claves planteadas anteriormente sufren largas listas de espera que empeoran no solo su enfermedad sino su ánimo.

Fundador, CEO del Foro Recursos Humanos y
director de *Valor Salud*

frangarciacabello@azcglobal.com



**EL CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA
A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO
REGULA LA ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA
Y/O AMBULATORIA A LOS LESIONADOS
POR HECHOS DE LA CIRCULACIÓN.**

Consulta en: info@aspesanidad.es | 91 458 57 65



El marketing, ¿inversión o gasto?

Vicente Lluch Escandell

Cada año, las empresas se enfrentan a esta cuestión y, en ocasiones, es motivo de discrepancia entre la dirección de marketing y la dirección general o financiera de la empresa debido a la visión opuesta entre estas áreas. En ocasiones el presupuesto de marketing se entiende como un gasto y no como una inversión.

Esta visión condiciona cada año la pregunta “del millón”: ¿qué presupuesto de marketing aprobamos para este año? Cada vez que se elaboran los presupuestos anuales, cuando se va a lanzar una nueva unidad asistencial o cuando se va a abrir un nuevo

hospital, clínica o centro médico, surge esta duda. Es, probablemente una de las decisiones importantes que toma cada año una empresa y, sin duda, la decisión más importante que toma cualquier directivo de marketing. Es una decisión compleja. Una decisión con múltiples respuestas, ¿en función de qué? en función de los objetivos de negocio de la empresa, del crecimiento que hayamos presupuestado, de la coyuntura de mercado, del grado de competitividad del sector, de nuestra capacidad de fidelización y retención de pacientes/clientes, de los pacientes nuevos que queramos captar, de nuestra tasa de conversión, de nuestros costes de captación o de nuestro



CAC (Coste de Adquisición de Clientes) y de otras variables clave para la toma de decisiones, como el gasto medio por paciente, la frecuencia de compra, la capacidad que tengamos de hacer venta cruzada, etc.

Lo que se ha demostrado en los últimos años son dos cosas: la primera, que las empresas que apuestan por el marketing lo ven como una inversión y no como un gasto crecen más y ganan más. La segunda, que las mayores empresas del sector sanitario en España han apostado por invertir en marketing, por invertir en marca, en captación activa de pacientes y, también, en fidelización. Invertir en marketing de manera sostenida año tras año garantiza mayor diferenciación, mayor competitividad, mejor percepción del paciente, mayor reputación de marca y mayor preferencia de elección de centro o doctor.

Entonces ¿cuánto invierto?

Principalmente hay dos criterios que son los más utilizados por las empresas: invierto un porcentaje de mis ventas presupuestadas o invierto una partida fija en función de las necesidades anuales.

¿Un porcentaje sobre las ventas anuales presupuestadas? Este criterio es el más recomendado porque de esta manera se asigna un porcentaje fijo todos los años y la empresa y el equipo de marketing se asegura una inversión año tras año. El principal contra que tiene este criterio es que, en el caso de que la cifra de ventas esté por debajo o muy por debajo de lo presupuestado, no se puede mantener el porcentaje acordado porque puede terminar siendo mucho mayor y afectar más todavía a la rentabilidad de la empresa de ese año. Es muy importante equilibrar el porcentaje presupuestado con la evolución mensual, trimestral, semestral y anual de las ventas.

¿Una partida en función de las necesidades anuales de marketing? Este criterio suele emplearse para nuevas unidades, centros u hospitales en su etapa inicial o de lanzamiento ya que en fases iniciales hay inversiones de marketing elevadas que son necesarias para la actividad del centro y si fijáramos un porcentaje sobre las ventas, en la mayoría de los casos sería insuficiente. El principal contra es la dificultad de prever todas las inversiones del año y

“

En ocasiones el presupuesto de marketing se entiende como un gasto y no como una inversión

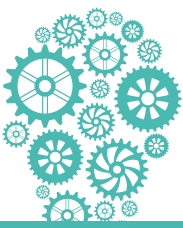
”

todas las partidas y su importe exacto. En ocasiones, muchas empresas que optan por seguir este criterio van designando partidas a lo largo del año y corren el riesgo de finalizar el año con una altísima inversión en el área de marketing. También puede suceder lo contrario y en cualquier momento, desde la dirección general, se decida no invertir ni un solo euro más en el área y no haya presupuesto para acometer inversiones necesarias.

El criterio de invertir un porcentaje sobre las ventas anuales presupuestadas es el criterio más empleado, el más flexible, el que mejor se adapta a las variaciones anuales, el más fácil de planificar y el más eficiente porque garantiza que la inversión que se realiza cada mes está orientada a la consecución de los objetivos de ventas de ese periodo, además de distribuir mejor la inversión a lo largo del año.

Experto en marketing sanitario, fundador y CEO de Estragency

vlluch@estragency.com



Nanorobots en medicina: aplicaciones, futuro y desafíos

David Castro González

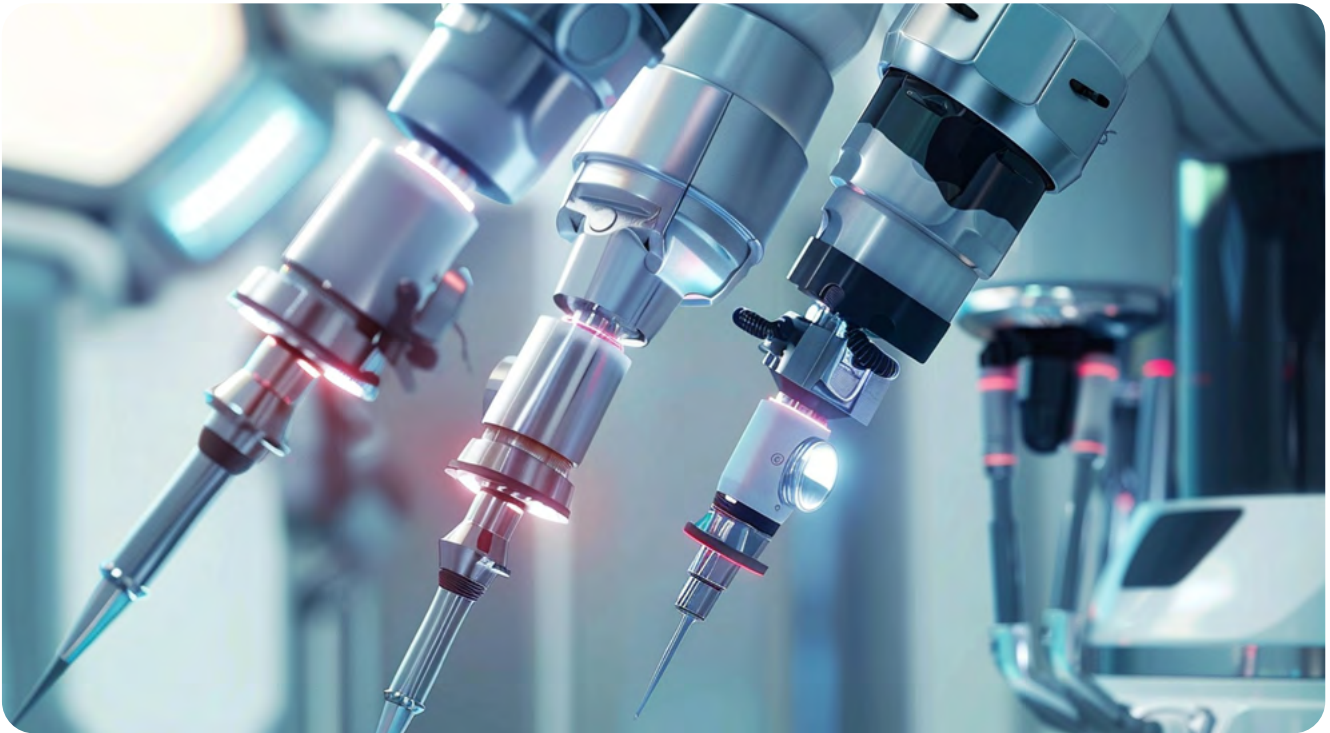
■ Crees que es posible un mundo en el que robots microscópicos, apenas del tamaño de una mota de polvo, naveguen por nuestro torrente sanguíneo, diagnostiquen enfermedades antes de que se manifiesten y administren tratamientos precisos a las células afectadas? No es el argumento de una película de ciencia ficción, es el objetivo real de la aplicación de la nanorobótica en el ámbito de la medicina.

El crecimiento del mercado de nanorobots en los últimos años ha sido extraordinario, y se espera que en el futuro inmediato crezca de manera exponencial. De acuerdo con *Verified Market Research*, el mercado mundial de la nanotecnología estaba valorado en \$10.63 billones en el año 2022, y las previsiones indican que en 2030 llegará a \$31.4 billones. Estos datos son muy importantes y se relacionan directamente con el ámbito de la salud, ya que según Naciones Unidas los nanorobots representarían una importante solución para dar respuesta a las necesidades sanitarias de más de 5 mil millones de personas que podrían carecer de acceso a servicios esenciales de salud en el año 2030.

Los nanorobots son robots minúsculos, a menudo más pequeños que el ancho de un cabello. Su

diámetro puede ir de aproximadamente 0,5 a 3 micrómetros (1 micrómetro = 1×10^{-6} metros) y están contruidos con piezas que pueden tener un rango de dimensiones de 1 a 100 nanómetros (1 nanómetro = 1×10^{-9} metros), invisibles para el ojo humano. La creación de estos nanorobots a nivel molecular exige de tecnología de vanguardia e investigación avanzada, ya que están compuestos por cadenas de átomos y utilizan computación cuántica y analítica avanzada para operar, por lo que habitualmente se desarrollan en conjunto por empresas tecnológicas, centros de investigación y universidades con equipos multidisciplinares de físicos, ingenieros, programadores e investigadores.

Estas máquinas minúsculas pueden recopilar y procesar datos utilizando energía externa, y tienen la capacidad de poder navegar por nuestro cuerpo mediante mecanismos magnéticos, químicos, ultrasonidos o luz, con una precisión excepcional, detectando y tratando enfermedades. Aunque son muy pequeños, los nanorobots pueden enviar señales eléctricas desde las computadoras directamente a nuestros órganos, moverse suavemente e ir directamente a determinadas células, detectar problemas e incluso realizar cirugías por sí solos, haciendo, por tanto, que la administración de medicamentos sea más preci-



sa, se detecten enfermedades mucho antes de que muestren síntomas y que las cirugías puedan ser mucho más seguras. Además, los nanorobots utilizados en la investigación médica están allanando el camino para descubrimientos innovadores y técnicas terapéuticas novedosas.

Aplicaciones de los nanorobots

Actualmente, las investigaciones y aplicaciones más importantes de los nanorobots están enfocadas en el diagnóstico, el tratamiento, la administración de fármacos y la cirugía, relacionadas con diversos escenarios médicos y diferentes enfermedades. Los investigadores esperan que, a medida que avance esta tecnología y el desarrollo de *software* sanitario, el uso de nanorobots pueda transformar radicalmente la atención del cáncer, el control de la diabetes, la curación de heridas o el cuidado dental, entre otras muchas áreas.

- **Sistemas de administración de medicamentos:** Los métodos tradicionales de administración de medicamentos suelen tener efectos secundarios, ya que no pueden distinguir entre células enfermas y sanas. En cambio, los nanorobots están programados para reconocer marcadores específicos de células enfermas, pudiendo actuar con

una precisión similar a la de un láser. Una vez que encuentran su objetivo, liberan el medicamento directamente en las células afectadas. Esto no solo maximiza el impacto del fármaco, sino que también minimiza el daño a los tejidos sanos. En esencia, la medicina con nanorobots ofrece una forma más inteligente y eficiente de tratar todo tipo de enfermedades, desde cáncer hasta enfermedades crónicas. Es como tener un GPS que guía el medicamento directamente a las células o tejidos enfermos. Un ejemplo real de esta aplicación de los nanorobots es la empresa *Tandem Nano*, surgida en la Universidad de Liverpool, que desarrolla sistemas de nanoadministración de compuestos activos directamente a determinadas células o tejidos humanos.

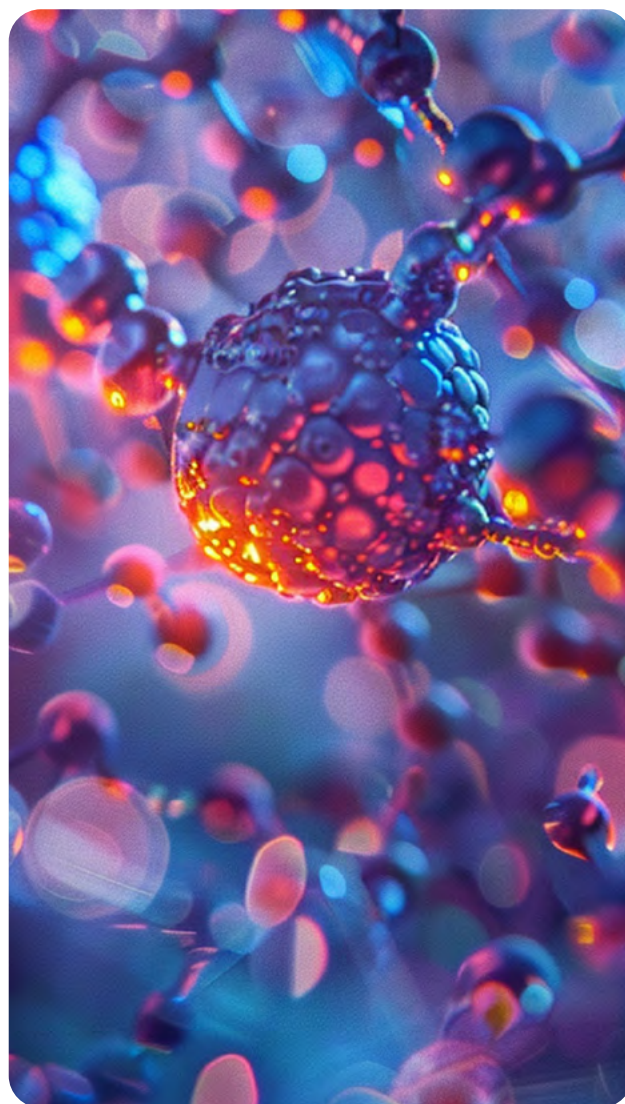
- **Procedimientos de diagnóstico:** Las ventajas de los nanorobots en relación con el diagnóstico son inmensas, particularmente en la detección temprana de enfermedades potencialmente mortales como las enfermedades cardíacas o el cáncer. Una simple inyección de nanorobots podría recorrer nuestro cuerpo buscando señales tempranas de diferentes patologías, y actuar en consecuencia, mucho antes de que aparezcan los síntomas. Esto es así gracias a que los nanorobots pueden

programarse para identificar células o marcadores anormales en el torrente sanguíneo. Por ejemplo, diferentes investigaciones lideradas por científicos del Departamento de Nanoingeniería de la Universidad de California en San Diego han demostrado que estas máquinas microscópicas pueden detectar células tumorales en una fase muy temprana, lo que permite un tratamiento rápido y más eficaz. En otros estudios relacionados con la prevención de enfermedades cardíacas llevados a cabo por investigadores de la Escuela de Ingeniería de la Universidad de Drexel en Filadelfia, los nanorobots han sido capaces de identificar la acumulación de placa en las arterias antes de que se convierta en un problema importante.

- Cirugía y reparación de tejidos: La nanorobótica puede ayudar a los cirujanos durante operaciones complejas, haciendo que todo el proceso sea más rápido, con menos probabilidad de complicaciones, menos doloroso para el paciente y más asequible. En cuanto a la reparación y regeneración de tejidos, los nanorobots pueden acelerar enormemente el proceso de curación administrando compuestos específicos que ayudan a los tejidos a crecer más rápido y de manera más eficiente. Esto significaría para el paciente menos tiempo para curarse y un regreso más rápido a la vida normal. En este sentido, la empresa sueca *NanoScientifica* ha sido capaz de desarrollar nanopartículas para uso en biotecnología y medicina capaces de actuar a una velocidad vertiginosa, superando con creces a cualquier tratamiento convencional.
- Terapia genética: Los nanorobots podrían emplearse para abordar las enfermedades genéticas desde su raíz, es decir, directamente en nuestro ADN, facilitando que los profesionales puedan tratar enfermedades hereditarias, como por ejemplo la fibrosis quística o la distrofia muscular, de una manera radicalmente nueva. En lugar de limitarse a controlar los síntomas, con estas máquinas microscópicas se podrían corregir los defectos genéticos subyacentes, lo que podría significar tratamientos más efectivos, menos efectos secundarios e incluso llegar a curar ciertas enfermedades genéticas.

Los estudios realizados con nanorobots muestran resultados prometedores a la hora de poder utilizar herramientas de edición genética como CRISPR directamente en las células afectadas, reemplazando o reparando los genes defectuosos. Si bien, todavía se está explorando todo el potencial de esta tecnología en relación con la terapia genética, investigadores de la Universidad de California en San Diego han logrado tratar diferentes trastornos sanguíneos de origen genético con nanorobots capaces de trabajar con varias herramientas de edición de genes.

- Vacunación inteligente: La integración de la nanotecnología en los protocolos de vacunación podría marcar un cambio de paradigma en la salud pública, ofreciendo una inmunidad más sólida y duradera. La vacunación inteligente, impulsada



por la nanorobótica, puede estimular el sistema inmunológico humano de manera más eficaz y eficiente que los métodos tradicionales. Un claro ejemplo de ello es la vacuna *Pfizer-BioNTech* contra COVID-19, que emplea nanopartículas de hierro para transportar moléculas de ARNm. Estas nanopartículas se dirigen únicamente a los glóbulos blancos. Una vez allí, las células producen proteínas que imitan los picos del coronavirus, lo que les permite reconocer y neutralizar el virus de manera más efectiva. Por lo tanto, la aplicación de nanorobots en medicina puede equipar nuestro sistema inmunológico para combatir las mutaciones virales de manera más efectiva, brindando un nivel de protección que las vacunas tradicionales no pueden igualar.

Desafíos y consideraciones éticas

La posibilidad de tratamientos dirigidos y personalizados, así como una curación rápida en multitud de enfermedades es algo muy atractivo. Sin embargo, es de vital importancia tener en consideración los

desafíos y dilemas éticos entorno a la nanorobótica, como la seguridad, la accesibilidad y el uso apropiado.

- **Desafíos técnicos:** Es crucial abordar los obstáculos técnicos que pueden dificultar el desarrollo de la nanorobótica y su adopción masiva. Primero, tenemos que pensar en el control, garantizando que estos robots microscópicos vayan solo a donde se les necesita, haciendo únicamente aquello para lo que están programados, lo cual requiere un ingente trabajo de investigación y desarrollo. Luego, además, está la cuestión de la biocompatibilidad. Los materiales utilizados para fabricar nanorobots con fines medicinales deben ser completamente seguros para el cuerpo humano. Por último, está el coste de los nanorobots médicos, ya que fabricar nanomecanismos inteligentes a gran escala no es barato, lo cual hace que actualmente sea un gran obstáculo para generalizar su uso en medicina. Por ello, el objetivo debe ser conseguir que el proceso de fabricación de los nanorobots sea de alta calidad y rentable.



- Preocupaciones éticas y legales: El consentimiento del paciente es una cuestión particularmente complicada cuando se trata del uso de nanorobots en medicina. Tradicionalmente, los médicos explican los riesgos y beneficios de un tratamiento y los pacientes dan su consentimiento basándose en esta información. Pero, ¿cómo se explican los riesgos potenciales de una tecnología tan nueva y compleja que incluso los expertos todavía están aprendiendo sobre sus capacidades y riesgos? ¿Y cómo se hace de manera que una persona sin conocimientos técnicos pueda entenderlo?

La confidencialidad de la información es una prioridad absoluta en la atención sanitaria, y esto se vuelve aún más crítico con el uso de nanorobots, ya que recopilan una gran cantidad de datos personales de salud, con lo que la protección adecuada de esta información debe ser imprescindible. Por ello, tanto los fabricantes de nanorobots como los proveedores de atención médica deben garantizar medidas de seguridad sólidas para mantener segura esta información confidencial de principio a fin.

Además, las cuestiones legales son también de gran relevancia. Por ejemplo, imaginemos un escenario en el que un nanorobot falla durante un procedimiento médico. ¿Quién será el responsable? ¿Es el médico, la empresa que fabricó el nanorobot o el equipo de desarrollo del *software* que lo programó? Las leyes actuales no están preparadas para responder a estas complejas preguntas, por lo que, sin un marco legal sólido, corremos el riesgo de socavar la confianza pública en esta tecnología disruptiva.

Perspectivas de futuro y conclusiones

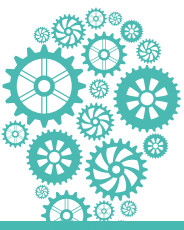
La nanorobótica tiene el potencial de remodelar la atención sanitaria de manera que apenas podemos empezar a imaginar, ayudándonos a combatir grandes problemas de salud. Una de las perspectivas más interesantes es la monitorización de la salud en tiempo real, con nanorobots en el torrente sanguíneo detectando signos tempranos de enfermedad y enviando alertas al primer indicio de cualquier problema, lo que ayudaría a los profesionales a diagnosticar y tratar a los pacientes en las primeras etapas.

Los nanorobots médicos también podrían llevar la medicina personalizada al siguiente nivel. Al analizar los genes únicos de cada paciente, podrían adaptar la administración de fármacos para hacerla más eficaz y minimizar los efectos secundarios. Asimismo, la reparación de tejidos a nivel celular y el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes harán avanzar tremendamente las prácticas de atención médica.

Asimismo, la nanorobótica podría ayudar a tratar afecciones de salud mental al administrar neurotransmisores exactamente donde se necesitan, lo que podría aliviar e incluso suprimir los síntomas de la depresión y la ansiedad. Además, la neutralización de toxinas o contaminantes en el cuerpo humano es otra área prometedora en la que los nanorobots pueden resultar muy útiles, especialmente para las personas que trabajan o viven cerca de zonas contaminadas. Por otro lado, no debemos olvidarnos de que el verdadero valor de los nanorobots en medicina va más allá de simplemente arreglar lo que está roto. De hecho, podrían hacernos mejores, más fuertes y más saludables.

Los investigadores y expertos apenas están comenzando a explorar las múltiples formas en que los nanorobots pueden beneficiar al sector de la salud, pero sin duda, el futuro que nos depara esta tecnología es muy esperanzador. Por supuesto, existen desafíos técnicos y dilemas éticos sobre los que hay que seguir trabajando, pero en mi opinión el potencial de la nanorobótica para mejorar la salud humana es tan grande que, definitivamente, merece seguir investigando, desarrollando e invirtiendo en estas máquinas microscópicas.

Advisor en Salud Digital y Finanzas. Experto en
Investigación e Innovación Biomédica
dcgsalud@gmail.com



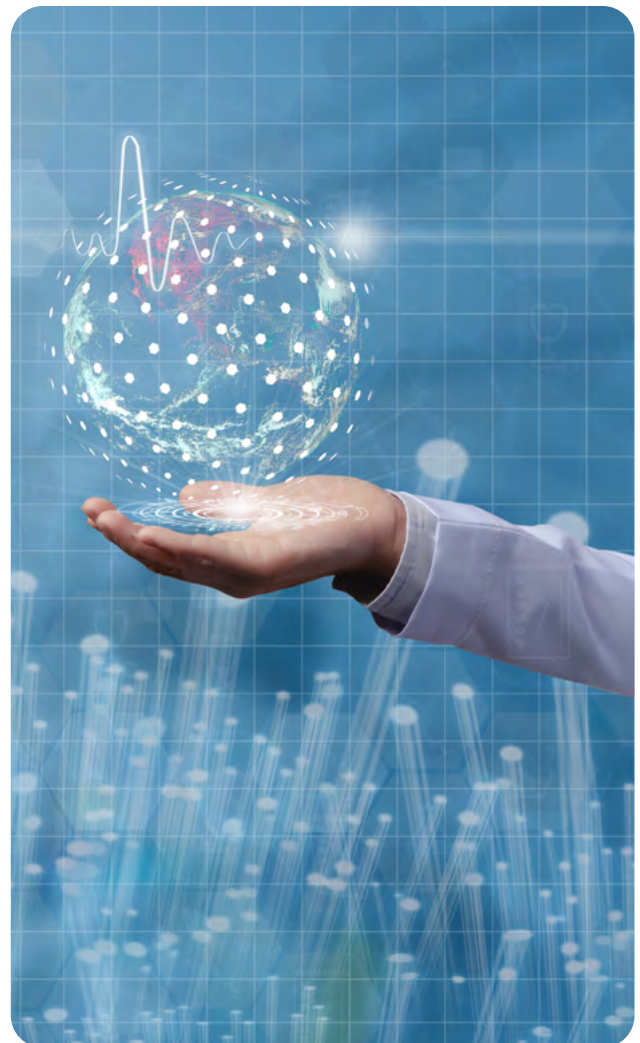
Extraigamos el valor de los datos para transformarlos en conocimiento útil para la medicina

Juan Carlos Santamaría González

Han pasado unos cuantos años desde que en medios especializados del sector asegurador me preguntaban en entrevistas si era legal que las compañías de seguros pudieran usar datos cogidos de pulseras de registro de actividad para adecuar la prima del seguro de salud.

En mi artículo anterior en *New Medical Economics* veíamos varios ejemplos de implementación de técnicas de gamificación por parte del sector asegurador en nuevos productos que se servían de las mediciones de actividad física y horas de sueño para vincular los hábitos de vida saludable del usuario con descuentos en la prima del seguro.

El pasado 8 de febrero, el recinto modernista de Sant Pau en Barcelona acogió el evento “*Health Data Talent 2024: Impulsando la innovación en salud a través de los datos*”, organizado por el Campus Health Tech de ENIIT, reuniendo a destacados expertos en el campo de la salud digital y la gestión sanitaria, con el objetivo de explorar el potencial transformador de los datos en la medicina. Quedó muy claro la importancia del *big data* y la Inteligencia Artificial (IA) en el ámbito de la salud, resaltándose la urgente necesidad de extraer valor y conocimiento de la abrumadora cantidad de datos disponibles en el mundo actual.



El *big data* y la IA permitirán desarrollar una medicina de precisión, basada en los principios de las 5P (personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional). La personalización de los tratamientos y la prevención de enfermedades emergieron como aspectos clave para el futuro de la atención médica.

Además, durante el encuentro se abordaron obstáculos importantes, como la proliferación de noticias falsas y las disparidades en los *softwares* utilizados para el análisis de datos. Estas cuestiones son cruciales para garantizar la integridad y la eficacia de las decisiones médicas basadas en datos.

El consenso entre todos los que participamos en el *Health Data Talent* es claro: este encuentro ha revolucionado las reglas del juego. El objetivo era transformar el panorama del *big data* y la inteligencia artificial en el sector sanitario. La atmósfera creada estuvo impregnada de intercambio de conocimientos, colaboración y descubrimiento de soluciones innovadoras.

Yo moderé la mesa “Emprendimiento: *Start Ups* en el ámbito del *big data* sanitario”, en la que participaron Pol Solà-Santos de Vincer.AI, Óscar Flores Guri de Genomcore, Antoni Matilla Dueñas de Biointaxis, Javier Jiménez de Kriba y Max Hardy-Werbin de Trialing.

Para Óscar Flores de Genomcore es fundamental que estudiantes y emprendedores sigan sus verdaderas pasiones, más allá de las consideraciones económicas. Aunque el aspecto financiero es importante, la dedicación y el compromiso con un área que genuinamente les interesa pueden llevar a resultados extraordinarios, tanto para ellos como para la sociedad.

Pol Solà de Vincer.AI instó a una mayor transparencia y responsabilidad por parte de los desarrolladores de IA, destacando la importancia de tener en cuenta la diversidad de la población en la evaluación de los sistemas.

Javier Jiménez de Kriba señaló que su principal impulso para emprender fue la inquietud de tener mayor impacto en el sector salud. Con relación a los desafíos enfrentados en el camino, lamentó que no haya habido mujeres en el panel, aludiendo a que es un reflejo de lo difícil que es emprender para ellas.

“

El *big data* y la IA permitirán desarrollar una medicina de precisión, basada en los principios de las 5P

”

También mencionó que retos significativos como la obtención de licencias o la capacidad de rechazar ofertas en momentos críticos, resaltan la importancia de la resiliencia y la necesidad de medir y planificar estratégicamente los riesgos. Para aquellos que deseen emprender, aconsejó validar la hipótesis nutriéndose de las experiencias de otros, adquiriendo así experiencia de manera acelerada.

Javier también subrayó que, frente a la creciente tendencia de trasladar la asistencia sanitaria al ámbito domiciliario, la cual es necesaria, aflora la necesidad de lograr una monitorización efectiva de pacientes en sus hogares, comparable a la del entorno hospitalario, y asegurar la obtención de medidas precisas. Se preguntó cómo se abordará la problemática de la recolección de datos a través de dispositivos domiciliarios, los cuales podrían generar un número considerable de falsos positivos, sobrecargando así el sistema sanitario. En cuanto a la búsqueda de financiación, destacó la importancia de establecer una relación de confianza con el inversor, ya sea público o privado. La cofinanciación privada es un indicativo saludable de la viabilidad y confianza en el proyecto,

y esta capacidad de atraer confianza inicial facilita la obtención de respaldo en rondas posteriores.

Para Antoni Matilla de Biointaxis uno de los retos planteados en la investigación en salud es la transferencia de los resultados a la mejora de la calidad de vida del paciente, es decir, el retorno a la sociedad. Como equipo de investigación desde hace más de 20 años en enfermedades raras, se plantearon el reto de hacer llegar los resultados de sus investigaciones reconocidas internacionalmente a las personas que las sufren. De esto surgió la iniciativa de Biointaxis, una *spin-off* establecida en 2018 del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP) en Can Ruti (Badalona), con el objetivo de desarrollar e implementar una terapia génica avanzada innovadora para la cura de la ataxia de Friedreich, una enfermedad rara devastadora que afecta a niños y adultos para la que actualmente no existe tratamiento.

Antoni dice que crear y mantener una *spin-off* requiere de mucha dedicación, aprendizaje, esfuerzo, horas de trabajo y rodearse de un equipo de profesionales excelentes que planteen retos y soluciones para los obstáculos que uno encuentra. Sin duda, la satisfacción personal y profesional de poder aportar una solución real a ese colectivo de miles de personas con ataxia de Friedreich supera cualquier duda, obstáculo y esfuerzo. A esos y esas jóvenes que durante su formación tengan ideas rompedoras y ganas de innovar, de emprender y de aportar soluciones a retos y necesidades actuales que tiene la sociedad, los anima a que no duden en intentarlo y a que no se dejen amedrentar por las dificultades que seguro se encontrarán por el camino. Si van acompañados por un buen proyecto y un equipo excelente no tiene duda que encontrarán la financiación y la motivación para llevarlo a cabo.

Max Hardy-Werbin explicó que Trialing es un proyecto que surge como respuesta a la escasez de herramientas para médicos que faciliten la búsqueda de ensayos clínicos disponibles y la derivación de pacientes. Aunque España se sitúa en el tercer lugar en términos de cantidad de ensayos clínicos, la oferta sigue siendo limitada en muchos hospitales, dejando desatendidos a aquellos pacientes en centros periféricos o de menor tamaño. La plataforma nace con el propósito de cambiar esta situación, recopilando,

analizando y presentando los datos de ensayos clínicos de manera accesible para los médicos.

Un hito memorable de Trialing fue el primer paciente derivado de un extremo a otro de Cataluña en el primer día del lanzamiento del MVP. Esto permitió que un paciente con una mutación rara pudiera entrar en un ensayo clínico al que no tenía acceso en su hospital de referencia. Esta experiencia ilustra el impacto inmediato y tangible que Trialing puede tener en la vida de las personas, conectando a pacientes con tratamientos que antes estaban fuera de su alcance. Está emocionado con el potencial de la inteligencia artificial y los modelos de lenguaje para impulsar aún más su misión.

Durante la moderación de la mesa les pedí que contasen algún proyecto o caso de uso que les hubiese hecho especial ilusión y que hizo que se sintieran especialmente orgullosos.

Con el poder que me daba ser el moderador de la mesa, me di la palabra a mí mismo, y recordando a aquellos dos jubilados, que apoyados en una valla de obras salían allá por el año 2003 en “Vaya Semanita”, el desenfadado y atrevido programa de humor de la televisión pública vasca ETB2, y que decían “Yo traje xxx a Euskadi”, mi frase fue la siguiente: “Me siento orgulloso de decir que yo traje a España, junto a otros compañeros de Inithhealth, la idea, la conceptualización y la tecnología del Grupo Inith para que varias compañías de seguros pudieran lanzar nuevos productos de los ramos de salud y vida, que vinculaban los hábitos de vida saludable de los asegurados con la prima de renovación o con descuentos en tarjetas de fidelización de grandes almacenes”.

¡Que sigamos teniendo motivos de orgullo en los próximos años con nuevos proyectos que sirvan para extraer datos que se transformen en conocimiento útil para la medicina!

Director de Comunicación de Inithhealth (Grupo Inith) y Cofundador de Health 2.0 Basque
jsantamaria@theinit.com



Inteligencia Artificial para mejorar la adherencia terapéutica

Carlos Mateos Cidoncha

Una de las claves de la adherencia terapéutica es la empatía del profesional sanitario con el paciente y la Inteligencia Artificial puede ayudar a potenciarla, tanto en consulta como en el diseño de campañas, según diversos estudios que se han presentado el simposio 'IA para la confianza en la vacunación', organizado por el Instituto #SaludsinBulos en colaboración con el Ministerio de Sanidad y diversas sociedades científicas.

En este simposio hemos presentado las posibilidades de la IA para entrenar las habilidades de comunicación del profesional sanitario y para dar respuestas a los pacientes de manera empática y comprensible, incluso en campañas. Y es que una de las posibilidades de la IA es modelar mensajes según el sistema de creencias de cada persona, a través de lo que se conoce en ciencia cognitiva como "Experimentación del desarrollo de reglas", que ayuda a distinguir cómo las personas creen sobre temas cotidianos mediante la identificación de patrones y la formulación de reglas y así poder desarrollar productos, servicios y mensajes adaptados a cada público. Investigadores de diversos centros de Nueva York publicaron en la revista *Vaccine* del pasado mes de marzo los resul-

tados de un programa que ayuda a identificar a los padres que tienen más probabilidades de dudar de las vacunas para sus hijos, con el objetivo de realizar campañas específicas. Los autores demostraron que la IA puede ayudar a diseñar mensajes adaptados a cada sistema de creencias sobre las vacunas.

Este posible beneficio de la IA también lo recoge un estudio publicado el pasado mes de enero en *British Medical Journal* sobre las posibilidades de la IA generativa en la reticencia vacunal. El trabajo, coordinado por Heidi Larson, fundadora de *Vaccine Confidence Project*, concluye que la IA "puede personalizar los mensajes de acuerdo con datos demográficos espe-



cíficos, amplificando su relevancia e influencia”. De este modo, se pueden desarrollar “estrategias de intervención específicas”. Por ejemplo, “*chatbots* basados en datos que proporcionan o contextualizan información de salud”.

Las interacciones con *chatbots* ya han demostrado que son vistas como “naturales” por los pacientes, e incluso con unos niveles de empatía que pueden llegar a superar a las de los humanos, como hemos comentado en esta tribuna. Por tanto, son una herramienta que puede ser muy útil para mejorar la adherencia terapéutica, sobre todo en especialidades en las que la interacción con el profesional sanitario es menor en frecuencia o en tiempo. Sin embargo, al igual que ocurre con las páginas web dirigidas a pacientes, los resultados serían mucho mayores si el médico recomendara una plataforma determinada y los mensajes que llegan a cada paciente se adaptarían a sus creencias, emociones y nivel de comprensión.

Emociones para desinformar

No hay que olvidar que la parte emocional es incluso más importante que la racional en la adherencia terapéutica y eso lo saben aprovechar muy bien los fabricantes de bulos, los negacionistas de la evidencia, que también encuentran un filón en la IA, como también advierte Heidi Larson en su estudio: “El potencial de la IA para replicar contenido similar al humano puede correr el riesgo de reproducir sesgos y amplificar la desinformación”. La clave es siempre agitar la emoción, ya que “puede amplificar los impulsores emocionales de la reticencia a vacunarse, especialmente la ira y el miedo, al generar mensajes emocionalmente estimulantes que son altamente contagiosos y tienen más probabilidades de ser creídos y difundidos”.

Este riesgo fue comprobado por investigadores australianos en un estudio publicado en *JAMA* el pasado mes de enero. En poco más de una hora generaron 102 artículos de blog distintos que contenían más de 17.000 palabras de desinformación relacionada con las vacunas y el vapeo. “Cada publicación era coercitiva y estaba dirigida a diversos grupos sociales, incluidos adultos jóvenes, padres jóvenes, personas mayores, personas embarazadas y personas con afecciones crónicas”. No solo estaban dirigidos a cada público, sino que tenían apariencia de científicos: “Los blogs incluían testimonios falsos de pacien-

“

La parte emocional es incluso más importante que la racional en la adherencia terapéutica y eso lo saben aprovechar muy bien los fabricantes de bulos

”

tes y médicos y obedecieron las indicaciones para la inclusión de referencias de aspecto científico”. También crearon 20 imágenes realistas en menos de 2 minutos. Por eso los autores proponen “medidas urgentes” de vigilancia de la IA.

Compromiso ético en IA

En este sentido, el [decálogo ético](#) sobre IA en salud promovido por el [Instituto #SaludsinBulos](#) y la Asociación de Innovadores en eSalud (AIES) recoge que “la IA debe ayudar a la alfabetización en salud y a la identificación y difusión de la información veraz en salud. Para ello, deben ayudar a identificar las fuentes de información y las referencias, tanto de texto como de imagen, y contrarrestar la desinformación con información veraz”. A este decálogo se han unido ya las tres sociedades científicas de medicina Atención Primaria (SEMERGEN, semFYC y SEMG), la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y la Federación de Asociación de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Director de la agencia COM Salud y coordinador
del Instituto #SaludsinBulos
cmateos@comsalud.es



Derechos fundamentales, corrupciones y corruptelas durante los estados de alarma

Javier Carnicero
Giménez de Azcárate

Cuando Estados Unidos todavía permanecía oficialmente neutral ante la guerra en Europa, el presidente Roosevelt solicitó, y el Congreso asignó apresuradamente, más de 10.500 millones de dólares, de entonces, para reforzar la defensa nacional, cantidad que se incrementó notablemente después del ataque a Pearl Harbor.

Diez meses antes de que se declarara el estado de guerra, el 10 de febrero de 1941, un senador relativamente desconocido, el demócrata Harry S. Truman

de Missouri, pronunció un discurso que cambiaría para siempre su destino, porque supuso el comienzo de su camino hacia la Casa Blanca.

Truman propuso entonces el control por el poder legislativo del programa de defensa nacional y de la gestión de los contratos públicos. Bajo el liderazgo de Truman, y con el apoyo de funcionarios muy competentes, el comité que desde entonces se denomina con su nombre investigó la escasez, los sobrecostes en la contratación pública, el nepotismo y las huelgas durante la guerra.



El Comité Truman demostró su eficacia durante un periodo crítico de la historia de Estados Unidos y mereció el reconocimiento general por combatir la corrupción, el despilfarro y el fraude, ahorrando así miles de millones de dólares a los contribuyentes estadounidenses.

Nadie ponía en duda la urgencia de la formalización de los contratos públicos para la construcción naval y aeronáutica, o la fabricación de armamento, en unos momentos en que Estados Unidos combatía en la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, tanto en aquel país como en el Reino Unido se mantuvo la actividad de sus parlamentos y las acciones de control del Gobierno durante toda la contienda, algo que un dictador como Stalin consideraba incomprensible. Churchill pronunció durante esa época sus más famosos discursos en la Cámara de los Comunes.

Esto es precisamente lo que no ocurrió en España durante la pandemia por la COVID-19, cuando tanto el Congreso de los Diputados como el Senado, y también los parlamentos autónomos, abdicaron de su obligación de controlar al Gobierno durante los sucesivos estados de alarma. Esta renuncia fue declarada inconstitucional porque limitaba el derecho a la participación política de los diputados y una de las obligaciones del Congreso es el control de la acción del Gobierno, más importante todavía cuando los derechos fundamentales de los ciudadanos están limitados.

Cuando se presenta una situación de emergencia no se puede actuar como se hace en situaciones de normalidad, esto es obvio, pero no todo está permitido. Las normas de contratación pública siguen vigentes, aunque se permita acelerar los trámites e incluso limitar la concurrencia para la adjudicación de los contratos. Todas estas actuaciones deben documentarse y justificarse para someterse a todos los controles que se contemplan en la normativa y también al control de los órganos legislativos. El control de la acción de gobierno no puede sustituirse por confusas ruedas prensa, ni discursos del presidente del gobierno dirigidos a los ciudadanos el fin de semana para anunciar las disposiciones de las que se va a informar dos o tres días más tarde a los presidentes

“

El control administrativo tiene muchas limitaciones, la corrupción no se combate con medidas administrativas

”

de las comunidades autónomas, que es lo que todos tuvimos que soportar.

Durante las últimas semanas se han conocido posibles casos de corrupción en la compra de material sanitario durante los peores momentos de la pandemia por la COVID-19. En una situación de extrema gravedad por la enorme mortalidad y en la que además no había material de protección para los profesionales, ni medios de diagnóstico en los laboratorios, ni respiradores para los enfermos; todos los servicios de salud hicieron lo que pudieron de la mejor manera posible para conseguir los medios con qué combatir la pandemia. Esta situación motivó que se comprara material a elevados precios, porque se compraba lo que se podía y al precio que se pedía, porque la otra opción era no disponer de nada. Esa gestión no merece reproche. Sin embargo, hubo quien se aprovechó de esa situación para cobrar enormes comisiones por sus gestiones de intermediación. También hubo quien se aprovechó para cobrar, incluso por adelantado, enormes cantidades por un material que nunca suministró o que resultó inservible.



En contraste con estos hechos, dos grandes compañías españolas con intereses en China (Grupo Inditex y el Corte Inglés), pusieron toda su capacidad logística y su red de contactos a disposición del gobierno para ayudar en la compra de equipos. Iberia, con tripulaciones voluntarias, hizo sucesivos viajes a China para traer material sanitario cubriendo la enorme distancia en tiempo récord. Como siempre ocurre en las catástrofes coincidieron los saqueadores con los comportamientos ejemplares. Confiemos en que la justicia ponga a cada uno en su sitio.

Tanto el informe que evalúa el desempeño de la gestión de la pandemia como algunos gestores sanitarios insisten en la necesidad de reservas estratégicas de material como medida de prevención ante una situación tan angustiosa como la que se produjo entonces. Discrepo de esa opinión. Las reservas estratégicas que se demandan hubieran sido insuficientes, nadie previó nunca una catástrofe como aquella, y además el material sanitario tiene fecha de caducidad. La crítica sería entonces por “despilfarro”. Lo que se puso dolorosamente de manifiesto entonces es que la industria española no produce material sanitario. Ni equipos de protección, ni simples mascarillas, ni reactivos de laboratorio, ni equipos de electromedicina se fabrican en España. Esa extrema debilidad motivó la escasez y con la escasez vino la corrupción, aunque también las muestras de solidaridad. En vez

de reservas estratégicas convendría reflexionar sobre la necesidad de empresas estratégicas, aquellas que deberían ser las proveedoras de material crítico en caso de emergencias sanitarias. El Estado debería promoverlas, incluso con su participación en el capital, para asegurar que no vuelva a ocurrir que los profesionales trabajen sin protección, los enfermos no tengan respiradores y los laboratorios no dispongan de reactivos. Si Telefónica o Indra son empresas estratégicas en las que se justifica la presencia de capital público, también lo son las empresas que fabrican material para emergencias sanitarias.

El control administrativo tiene muchas limitaciones, la corrupción no se combate con medidas administrativas -todos los casos de corrupción, o su mayoría, cuentan con expedientes impecables-, se combate con el Código Penal. La planificación de la respuesta a las emergencias exige también una estrategia industrial que evite la muy peligrosa situación de dependencia con que nos encontramos en la actualidad. Cuando los derechos fundamentales de los ciudadanos se limitan y las normas de contratación pública se relajan, es imprescindible aumentar el control del gobierno por los parlamentos.

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



Compartiendo experiencia, creando futuro.

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

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

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

PHARMACEUTICAL TECHNOLOGIES

Antibióticos
Inyectables estériles y liofilizados

SPECIALTY PHARMACARE

Dermatología
Osteoarticular

CONSUMER HEALTHCARE

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



reigjofre.com/es

Cotiza en el mercado de valores RJF.MC



Oncohematología: el acceso a los biomarcadores en España



De izda. a dcha.: José María Martínez García, Xandra García González, Belén Padrón Rodríguez, Fernando Rivera Herrero y José Luis Gutiérrez Sequera.

El acceso a la innovación en tratamientos oncológicos es esencial para mejorar las tasas de supervivencia, la calidad de vida y las perspectivas de los pacientes con cáncer. La inversión en investigación y desarrollo en este campo es fundamental para continuar avanzando en la lucha contra el cáncer y brindar mejores opciones de tratamiento a las personas afectadas por la enfermedad.

Es por ello, que New Medical Economics ha organizado, en colaboración con Servier, un Grupo de Trabajo y Debate titulado “Acceso a la innovación farmacéutica” en el que se han realizado dos mesas redondas con expertos destacados en la materia. Ambas han estado moderadas por José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics.

En la primera se trató el “Acceso a los biomarcadores en Oncohematología en España. Hoja de ruta para garantizar la equidad en el acceso al tratamiento”, y participaron: Xandra García González, farmacéutica adjunta al Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid); Belén Padrón Rodríguez, farmacéutica hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; y Fernando Rivera Herrero, jefe del Servicio de Oncología

Médica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Acceso a determinaciones genéticas para el tratamiento de los pacientes oncológicos en España

Una de las primeras cuestiones que se pusieron sobre la mesa fue sobre la situación de las determinaciones genéticas necesarias para el tratamiento de los pacientes oncológicos en España, además de si se cuenta con un acceso normalizado. A pesar de venir de un hospital pequeño, Belén Padrón cree que ya han arrancado en cuanto a la detección de biomarcadores, pero “todavía no hay un acceso normalizado, nosotros dependemos del Hospital de Santiago de Compostela, estamos en ello”.

Para Xandra García, la clave está en regular y hacer equitativo el acceso, “hay muchas estructuras y plataformas, públicas y privadas, el trabajo está en redirigirlas y utilizarlas de la manera más práctica y oportuna”. En la misma línea, Fernando Rivera considera que hay mucha diferencia entre los hospitales y destacó que por parte de la industria farmacéutica ha habido mucha financiación en biomarcadores, “nos hemos hecho un poco dependientes de esto y no debería ser así”.

El principal problema que la farmacéutica hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense ve en este asunto es la equidad, “cada comunidad autónoma va por su lado, tiene que ser un proceso centralizado por parte del Ministerio, sino todo va a depender del código postal”. Según Xandra García, el Ministerio ha dado un primer paso, “hay que establecer una lista mínima o no de aquello que vemos más claro, que todos sabemos que es necesario, que determina tratamientos y diagnósticos. Es fundamental y obliga a que las comunidades se muevan”.

Por su parte Fernando Rivera aportó un dato importante, “entre el 60-70% de los pacientes oncológicos sin biomarcador no se puede tratar y el número va creciendo y creciendo. Es materialmente imposible. De hecho, muchos tratamientos no se pueden dar sin biomarcadores”. Para el experto hace falta poner un orden y crear un catálogo común de test genéticos.

En la incorporación de una determinación genética en el circuito del paciente oncológico, “lo primero que hay es un dato científico de que un biomarcador y un tratamiento producen un avance importante”, indicó el jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. También señaló que realizar los biomarcadores es muy baratos comparado con el coste del tratamiento “no determinar el biomarcador es costoso porque muchos biomarcadores seleccionan de una manera negativa. Si no haces el biomarcador vas a utilizar medicamento de manera inútil y se suele hacer por el método *bottom-up* ('de abajo arriba')”.

La farmacéutica hospitalaria del Hospital Universitario Gregorio Marañón también piensa que la incorporación se hace a iniciativa de los clínicos. García manifestó que con los fondos europeos ahora está viniendo dinero para la medicina de precisión, “es un ámbito prioritario y un momento bueno, pero también hay limitaciones de recursos humanos”. En este sentido Fernando Rivera comentó que la cartera de profesiones que pueden ser contratadas por el sistema de salud es limitada y no evoluciona. Además, Rivera manifestó que los comités moleculares de tumores son esenciales en los hospitales, “aquí se comparten las características clínicas del paciente, los resultados del análisis hecho, que a veces es muy complejo, se pone en valor y se ponen en su justa medida lo que hemos visto y se intenta buscar una salida terapéutica, que eso sea útil para algo y además se deben de recoger esos datos y esos datos se

deben de compartir y deben de generar conocimiento. Esto sería el circuito perfectamente montado y cada centro hacemos lo que podemos”, explicó.

Con respecto a la localización de tumores para que las pruebas genéticas estén más implantadas y de qué depende, el especialista en oncología mencionó que hay tumores que han sido pioneros como los hematológicos o los de pulmón. Además, Rivera señaló que se puede objetivar la utilidad de los biomarcadores a través de la escala ESCAT (*Scale for Clinical Actionability of molecular Targets*) de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO).

“¿Quién debe tomar el liderazgo en la mejora del acceso a las determinaciones genéticas?”, quiso saber el moderador. La farmacéutica del Hospital Universitario Gregorio Marañón detalló que el Ministerio ha dado el primer paso, pero el siguiente lo tienen que dar las comunidades autónomas, luego los gerentes de los hospitales y para finalizar cada uno de los profesionales, “esto requiere cambios organizativos importantes. Los profesionales deben tener clara la importancia de estos biomarcadores, tienen que conocerlos y tienen que aprender a usarlos. Todo el mundo hasta su nivel de responsabilidad debe tener que asumirlo e incorporarlo”.

Recogida de datos e inteligencia artificial

“¿Quién recoge los datos?”, preguntó el moderador del encuentro. Rivera indicó que no hay una persona dedicada exclusivamente dedicada a la recogida de datos, “se suelen recoger en cada centro y luego, los grupos cooperativos, como las sociedades científicas, buscan mejorar el conocimiento”. En este tema, Belén Padrón considera que los profesionales deberían formar más parte de ellas.

Xandra García cree que cada vez es más necesaria esta colaboración entre diferentes profesionales a la vez, además cada vez más diferentes, “se amplía el abanico de profesionales que necesitas para hacer una buena interpretación, nos enriquecerían muchísimo. Si queremos tener unos datos globales tiene que haber un sistema unificado para compartirlos”. Ante esta cuestión, Belén Padrón abogó por integrar a los economistas, “darían su punto de vista entre el gasto y la inversión”.

En cuanto al papel que va a jugar la inteligencia artificial en la selección de la terapia más adecuada, Rivera



Mesa redonda I: Acceso a biomarcadores en oncohematología en España. Hoja de ruta para garantizar la equidad en el acceso al tratamiento.

destacó que les puede ayudar en el análisis y recogida de datos, “generaría mucho conocimiento, pero el responsable siempre sería el profesional”. “La inteligencia artificial nos quita trabajo, puede combinar y entrelazar muchos datos y nos va a ahorrar mucho tiempo”, subrayó Belén Padrón. Por su parte Xandra García estuvo completamente de acuerdo con lo comentado en este tema, “el potencial es enorme, aunque no va a sustituir a los profesionales, es una herramienta más que tendremos que aprender a usar e incorporar dentro de nuestras decisiones”.

Para incrementar el volumen de datos, “¿se puede coordinar con otras comunidades?”, cuestionó Martínez García a los ponentes. Ante esta pregunta, Fernando Rivera explicó que el Espacio Europeo de Datos es un marco legal que permite compartir datos de manera mucho más fácil, “va a generar mucho conocimiento”. Belén Padrón corroboró que “se está cogiendo carrerilla” en este ámbito.

Diferencias en los beneficios de los pacientes

Con respecto a las diferencias existentes para los pacientes, entre los que se benefician de estos biomarcadores por estar cerca de un centro de referencia o los que no; todos los ponentes estuvieron de acuerdo en que existía mucha inequidad. Esta situación retrasa el inicio del tratamiento para muchos pacientes, “esta falta de homogeneidad genera mucha angustia a los pacientes con cáncer”, apuntó Rivera.

Según el especialista en oncología, a los pacientes hay que incluirlos mucho más en el sistema y formar parte de los órganos decisorios. Sin embargo, Belén Padrón piensa que demasiada información les puede llevar a errores, “tenemos que informarles correctamente, de

forma que ellos sean capaces de entenderlo y que se queden convencidos”.

En el aspecto económico, “¿consideráis que el coste de las determinaciones influye, además del coste del fármaco, en la decisión de financiación?”, manifestó el presidente de New Medical Economics. Xandra García considera que cada vez menos. Y Fernando Rivera afirmó que van unidos. En cuanto a la complicación por toxicidad, a nivel de coste también se considera, “no podemos manejar a un paciente sin los biomarcadores, no solo es para escoger tratamiento, sino para evitar toxicidades”.

Para finalizar con esta primera mesa, Martínez García preguntó a los expertos sobre su valoración y expectativa sobre el catálogo común de pruebas genéticas presentado por el Ministerio el pasado 23 de enero. En opinión de Fernando Rivera “es bastante correcto, se va actualizando y se ajusta mucho a los criterios objetivos de la escala ESCAT de ESMO, es muy buen catálogo y si se sigue actualizando creo que es una herramienta útil”.

En cuanto a su implantación, Rivera considera que puede ir bastante rápido. En la misma línea, Belén Padrón cree que es más sencillo que se incorpore homogéneamente que otras cosas. Y, Xandra García también considera que va a ir rápido, “oncología es el ámbito donde mas rápido va a ir, por tradición, organización y sensibilización, pero requiere un esfuerzo organizativo importante”. Los tres expertos mostraron su preocupación por los recursos humanos a la hora de llevar a cabo esta propuesta y añadieron que hay muchos profesionales preparados para ello, “hay que darle flexibilidad al sistema”.



El viaje del paciente con dermatitis atópica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)



De izda. a dcha.: Elisa Barriendos, Jeremías Guerrero, Dr. Mariano Vicente Ara, José María Martínez, M^a del Pilar Fortes, Dra. M^a Victoria Villaverde, Dra. Tránsito Salvador y Ángel González.

Dando continuidad al proyecto 'A propósito de la dermatitis atópica', New Medical Economics en colaboración con Pfizer está desarrollando una nueva fase titulada 'El viaje del paciente', contando con la colaboración de diferentes hospitales y sus profesionales para analizar y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con dermatitis atópica en el ámbito hospitalario.

El cuarto y último encuentro de expertos de este ciclo se celebró en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) y se contó con algunos de sus profesionales implicados en esta patología, como: el Dr. Mariano Vicente Ara Martín, jefe del Servicio de Dermatología; la Dra. M^a Victoria Villaverde Royo, subdirectora médica; Dra. Tránsito Salvador Gómez, jefa de Servicio de Farmacia

y Elisa Barriendos Ambroj, enfermera del Servicio de Dermatología. También participó en esta jornada M^a del Pilar Fortes Soto, senior medical advisor en Dermatología-Specialty Care de Pfizer Spain y Jeremías Guerrero Aguilar, paciente afectado con dermatitis atópica. El presidente de New Medical Economics, José María Martínez fue el moderador de este encuentro de expertos.

Descripción del modelo asistencial de los pacientes con dermatitis atópica

El primer tema que el moderador puso sobre la mesa fue sobre el modelo asistencial que se desarrolla en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para los pacientes con dermatitis atópica. La Dra. M^a Victoria Villaverde indicó que en el caso de los pacientes pediátricos entran en el circuito asis-



Expertos debatiendo sobre la dermatitis atópica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

tencial a través de pediatría, y a través del médico de atención primaria, en el de los adultos. “Antes de llegar al Servicio de Dermatología se hace una interconsulta virtual con los pacientes, el Servicio revisa esas demandas y decide si las puede resolver sin un viaje del paciente, de una forma sencilla con unas recomendaciones terapéuticas o con un abordaje más conservador que se pueda llevar a cabo por el médico o el pediatra. En el caso de que las lesiones sean complejas, citan a los pacientes en sus consultas”, explicó.

En su intervención, la subdirectora médica del Hospital reconoció la buena relación existente entre los equipos de atención primaria y el Servicio de Dermatología, “en este Hospital existe esa cultura desde hace tiempo”.

En la misma línea, el Dr. Ara comentó que el acceso de los pacientes ha mejorado muchísimo ya que hay veces que no es necesario que el paciente acuda a consulta, aunque en los casos más graves sí. El jefe del Servicio de Dermatología también señaló que otro volumen de pacientes entra a través del Servicio de Urgencias, “en este Hospital tenemos la ventaja de que dermatología atiende directamente en urgencias y podemos valorar muy bien a los pacientes en el momento en que llegan y echar mano de todos los recursos del hospital, se les puede citar al día siguiente e ingresar si es necesario”.

Con respecto a la formación de los médicos de atención primaria y pediatría en dermatitis atópica, el Dr. Ara considera que tienen que formarse más en esta enfermedad, ya que es muy prevalente y

conlleva un gran impacto psicosocial tanto para el paciente como para sus familiares. “En los últimos años hemos realizado programas para mejorar esta formación, han venido médicos de AP a nuestras consultas para conocer a fondo el problema de esta enfermedad, pero aún queda camino por recorrer”, añadió el Dr. Ara.

Tras estas intervenciones, Jeremías Guerrero contó su viaje como paciente con dermatitis atópica, “con dos años comencé a tener dermatitis atópica, he tenido brotes en diferentes épocas, pero sobre todo en la adolescencia y no podía controlarlos solo con cremas. Al derivarme al hospital, tras un brote muy grave, el Dr. Ara buscó la mejor solución para mi enfermedad, hasta que hace unos años dieron con el tratamiento adecuado”. Para Jeremías fue un punto de inflexión ya que esta enfermedad le afectaba en todas las esferas de su vida y ahora puede llevar una vida normal.

Desde el Servicio de Farmacia también ayudan a que el paciente tome conciencia de su enfermedad y que conozca el objetivo del tratamiento, “reforzamos los mensajes para que el tratamiento haga el efecto deseado, hacemos una valoración integral del tratamiento del paciente desde los fármacos pautados por el médico de atención primaria hasta los prescritos por el especialista”, señaló la Dra. Tránsito Salvador.

El papel de la Enfermería en pacientes con dermatitis atópica también es muy importante, “en la consulta se les hace una valoración bio-psico-social y un control de sus comorbilidades, se registran es-



De izda. a dcha.: Dr. Mariano Vicente Ara, José María Martínez, Dra. M^a Victoria Villaverde y Elisa Barriendos, durante el Encuentro de Expertos.

calas de calidad de vida, parámetros antropométricos y se les da una educación para su salud con medidas higiénico-dietéticas. Para este tipo de pacientes también tendría que estar integrada la psicología, ya que es una enfermedad que va más allá de la piel y afecta a todos los ámbitos de la vida”, contó Elisa Barriendos.

Diferencia entre pacientes adultos y pediátricos con dermatitis atópica

“Son mundos diferentes”, declaró el Dr. Ara, y continuó: “La dermatitis atópica de los niños no afecta solo al niño, afecta a toda la familia y a veces es devastador. En el adulto es diferente, pero su impacto en la calidad de vida también es muy grande porque es una enfermedad muy visible y puede provocar el aislamiento de la persona e incluso un problema psicológico, etc.”.

Con respecto a los tratamientos también hay diferencias, la Dra. Tránsito Salvador indicó que los últimos medicamentos que se han incorporado en el arsenal terapéutico de la dermatitis grave no todos tienen indicaciones en paciente pediátrico, “algunos tienen aprobación en ficha técnica en mayores de 18, algunos en mayores de 12 y otros en mayores de 6, pero por debajo de 6 años no hay indicación debido a que la evidencia científica es más limitada”.

En este sentido, la representante de Pfizer reiteró que los desarrollos clínicos comienzan en pacientes adultos o a partir de los 12 años de edad y en fases

posteriores se incluyen pacientes de menos edad, esto es porque esta es una población especial en donde la dosificación es por peso y la seguridad es particular. Todo esto explica que la autorización de las terapias pediátricas lleva más tiempo. “Necesitamos cuanto antes respuestas con estos fármacos en niños que vemos que funcionan tan bien en los adultos”, expuso el jefe del Servicio de Dermatología.

El papel de Enfermería es servir de apoyo al paciente y a la familia con una buena comunicación que favorezca la expresión de sentimientos y dudas. En cuanto al paciente pediátrico hay que implicar a los padres para que sean co-terapeutas en el tratamiento de su hijo y, según la edad del menor, involucrarle en el manejo activo de su enfermedad desde el comienzo.

Adherencia a los tratamientos

“En este tipo de situaciones la adherencia es muy buena, el paciente está muy concienciado de que necesita una solución a su problema”, argumentó la jefa del Servicio de Farmacia. Desde este Servicio hacen un seguimiento del tratamiento en las diferentes consultas que el paciente tiene en Farmacia, conocen si el paciente está tomando otra medicación que pueda interferir con su tratamiento actual garantizando la eficacia del mismo.

Elisa Barriendos incidió en la hidratación de la piel, “los pacientes con dermatitis atópica deben usar emolientes a diario además de realizar ejercicios



De izda. a dcha.: Jeremías Guerrero, M^a del Pilar Fortes, Dra. Tránsito Salvador, Dr. Mariano Vicente Ara y José María Martínez, durante el Encuentro de Expertos.

cada día y evitar el sedentarismo y otros hábitos perjudiciales como el consumo de alcohol y el tabaco”.

Uso de las nuevas tecnologías

Según la Dra. M^a Victoria las nuevas tecnologías han ayudado mucho en dermatología. Sin embargo, considera que aún se puede avanzar más con el desarrollo de nuevas aplicaciones, “aún no podemos videoconectarnos con nuestros pacientes más complejos o videoconectarnos internamente”.

En el Servicio de Farmacia hacen telefarmacia, mediante llamada telefónica con los pacientes, sobre todo a aquellos que cumpliendo unos requisitos están más alejados del centro hospitalario. “Debutó en la pandemia, todos los servicios de farmacia a nivel nacional pusimos en marcha este tipo de estrategias, a partir de ahí se quedó y en la actualidad se mantiene en un número elevado de pacientes del sector. En lugar de que el paciente venga aquí a recoger la medicación, le llamamos previamente por teléfono, hacemos una atención farmacéutica telefónica y les hacemos llegar la medicación con unas fechas concretas, nos está yendo muy bien y al paciente le ha facilitado mucho la vida”, argumentó Tránsito.

Aunque Jeremías prefiere las consultas presenciales indicó que en el caso de tener algún brote hubiera agradecido tener contacto directo con su dermatólogo para poder contarle su situación y no tener que esperar a la cita médica. Para el Dr. Ara, Enfermería en este sentido juega un papel fundamental porque es la vía más accesible para los pacientes.

Ensayos clínicos y nuevos tratamientos

En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en este momento no se está realizando ningún ensayo clínico específico en dermatitis atópica, aunque se han elaborado estudios sobre prevalencia y calidad de vida. El Dr. Ara considera que la innovación ha supuesto una revolución en el tratamiento de la dermatitis atópica, “podemos tratar de una manera muy eficaz bloqueando estrictamente las moléculas responsables de la inflamación en la atopia con unas contrapartidas de seguridad muy importantes”.

La voz del paciente es muy importante a la hora de realizar los ensayos clínicos, por eso se incluyen entre los objetivos de las nuevas terapias, los resultados en salud reportados directamente por el paciente, es una fuente de datos que se utiliza para describir el estado de salud del paciente y su respuesta al tratamiento, así lo señalaron M^a Pilar Fortes y la Dra. Tránsito Salvador.

El futuro del paciente con dermatitis atópica

Para finalizar con la jornada, José María Martínez preguntó a los ponentes su visión sobre el futuro del paciente con dermatitis atópica. Todos coincidieron que es esperanzador y prometedor gracias a los nuevos tratamientos que están ahora en el mercado. También comentaron que es un reto para los clínicos el poder utilizar esta innovación terapéutica de manera sostenible y que llegue a todos los pacientes de una manera eficaz, con equidad y sin que les genere un coste adicional.

Dimensión sanitaria de la **artrosis**

**RETOS Y MEDIDAS PARA
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Entrada gratuita

18 de abril | 9:30h a 13:30h

Vital Fundazioa Kulturunea

C.C. Dendaraba La Paz, 5 - 1ª planta 01005 Vitoria-Gasteiz

Dimensión sanitaria de la artrosis: retos y medidas para mejorar la calidad asistencial

Lugar: Vital Fundazioa Kulturunea, C.C. Dendaraba La Paz, 5 - 1ª planta 01005 Vitoria-Gasteiz

Fecha: 18 de abril, de 9:30h a 13:30h; coincidiendo con el Día Europeo de los Derechos de los Pacientes

Participación: Presencial

Objetivo

Analizar la situación sanitaria en relación con el progresivo incremento de pacientes con artrosis en España y sus consecuencias, especialmente en lo que respecta a la atención primaria, y proponer de medidas que posibiliten una solución eficaz y sostenible presente y futura, incorporando la perspectiva del paciente.

Programa

Presentación y moderación: Sr. Andrés Goñi, comunicador y consultor en comunicación

09:30h Bienvenida e introducción

- Sr. Igor Zabala Rementería, psicólogo y Jefe de Servicio de Integración y Cronicidad de Osakidetza, País Vasco.
- Sr. Gorka Urtaran Agirre, Servicios Sociales, Diputación Foral de Álava. Pendiente de confirmar
- Dr. Jon Armentia Fructuoso, 2º teniente de alcaldesa, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Pendiente de confirmar
- Dr. Josep Vergés Milano, farmacólogo clínico, presidente de la Fundación OAFI y AECOSAR

10:05h Perspectivas actuales en el tratamiento de la artrosis

- Dr. Josep Vergés Milano, farmacólogo clínico, presidente de la Fundación OAFI y AECOSAR

10:50h Terapias biológicas y enfoques quirúrgicos en la gestión de la artrosis

- Dr. Mikel Sánchez, traumatólogo y cirujano ortopédico, director científico y médico de la Unidad de Cirugía Artroscópica, Vitoria-Gasteiz

11:35h Artrosis y deporte: estrategias para el bienestar articular

- Dr. Francisco Angulo, doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte
- Dr. Josean Lekue, Jefe de los Servicios Médicos del Athletic Club de Bilbao

12:15h Mesa Redonda: Propuesta de nuevo modelo de gestión ARTRO 360

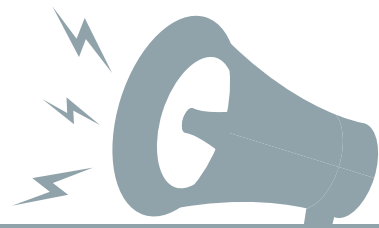
Moderador: Dr. Jose María Martínez García, presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad, y presidente ejecutivo y editor de New Medical Economics

- Dr. Jose Luis Baquero Úbeda, coordinador RSC, RRII y Acceso en I+D, de OAFI y AECOSAR.
- Dr. Rafael Sánchez Berna, jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Sanitaria en Red de Salud Mental de Álava, Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
- Dr. J. Francisco García Llorente, reumatólogo, jefe del Servicio de Reumatología, Hospital de Galdakao Vizcaya, Sociedad Española de Reumatología (SER).
- Dr. Jose Manuel Calleja Pascual, Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Lakuabizkarra, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).
- Sr. Igor Zabala Rementería, psicólogo y Jefe de Servicio de Integración y Cronicidad de Osakidetza, País Vasco.

13.15h Conclusiones y clausura

Dr. Josep Vergés Milano, presidente de OAFI y AECOSAR

13:30h Coctel de despedida



La descarbonización y su relación con la salud global



En un contexto global donde la salud y el bienestar se consolidan como prioridades indiscutibles, la transición hacia un modelo descarbonizado de las empresas se revela como parte fundamental del camino hacia un futuro más sostenible, limpio y, en consecuencia, saludable. Desde la Feria Net Zero Tech han analizado la adopción de prácticas de eficiencia energética, electrificación con fuentes renovables e integración de hidrógeno en nuestras vidas cotidianas como cambios clave para alcanzar beneficios significativos para la salud pública y el medio ambiente.

Algunos de estos beneficios relacionados son la reducción de la contaminación del aire: Muchas de las fuentes de energía basadas en combustibles fósiles emiten contaminantes atmosféricos, como partículas finas, óxidos de azufre y óxidos de nitrógeno, que tienen efectos perjudiciales para la salud respiratoria. La descarbonización, al promover fuentes de energía más limpias como la solar y la eólica, ayuda a reducir la contaminación del aire.

Menos enfermedades respiratorias: “Desde Naciones Unidas se ha puesto especial énfasis en la importancia de las alianzas y en el valor de la colaboración

para un desarrollo sostenible, porque solo mediante la participación de todos los implicados se podrán adoptar nuevos modelos de producción y consumo que sean realmente sostenibles”, Miguel Vega, director general de SIGRE.

Menos eventos climáticos extremos: El cambio climático, impulsado en gran medida por las emisiones de gases de efecto invernadero, contribuye a eventos climáticos extremos, como olas de calor, inundaciones y tormentas intensas. Estos eventos pueden tener impactos directos en la salud, como lesiones, enfermedades relacionadas con el clima y problemas de salud mental debido a desastres naturales.

Fomento de estilos de vida más saludables: Las estrategias de descarbonización suelen incluir la promoción del transporte sostenible, como caminar, andar en bicicleta o utilizar el transporte público. Esto puede fomentar un estilo de vida más activo y saludable, con beneficios para la salud cardiovascular y la reducción de enfermedades relacionadas con el sedentarismo.

Y seguridad alimentaria: El cambio climático afecta la producción de alimentos y la disponibilidad de re-

curso naturales, lo que puede tener implicaciones para la seguridad alimentaria. La descarbonización y la mitigación del cambio climático contribuyen a preservar la estabilidad de los sistemas alimentarios, asegurando un suministro de alimentos más estable y previniendo la malnutrición.

En este contexto, la primera edición de Net Zero Tech, que se llevará a cabo los días 5 y 6 de junio de 2024 en el Recinto ferial La Farga de L'Hospitalet-Barcelona, reunirá a empresas líderes en tecnologías de cero emisiones, junto con expertos y profesionales comprometidos con la transición hacia la neutralidad climática.



La actuación temprana ante el Parkinson, clave para ralentizar su avance y mejorar la calidad de vida de los pacientes

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por la triada clínica: temblor, rigidez y dificultad de movimientos. Sin embargo, en su evolución pueden aparecer síntomas más amplios como enlentecimiento en el pensamiento, depresión y trastornos comportamentales, dificultades en la deglución, trastornos del sueño, problemas olfatorios, alteraciones esfinterianas y apatía y astenia.

En el día mundial de esta enfermedad, que se celebró el pasado 11 de abril, cabe destacar que se trata de una patología que ha experimentado un notable auge en el mundo occidental en los últimos años. Según la Sociedad Española de Neurología, “el Parkinson afecta actualmente a 150.000 personas a nivel nacional, aunque el número de afectados se triplicará en 2050”. Asimismo, se estima que más del 50% de las personas que han comenzado a tener síntomas de la enfermedad están aún sin diagnosticar.

“Dado que hablamos de una afección neurodegenerativa progresiva, actuar en las etapas iniciales suele ralentizar su avance y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por ello, desde el punto de vista de los sanitarios, es necesario saber cómo ayudar y apoyar a quienes la sufren. Cuando afecta a la población mayor, la prioridad es potenciar su bienestar mediante una atención sanitaria integral que se adapte a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta siempre el avance de la enfermedad”, explica David Curto, director médico de Sanitas Mayores.

En este sentido, la Unidad de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela cuenta con un equipo especializado que trata de manera individualizada a los pacientes con Parkinson desde el inicio de la enfermedad hasta sus etapas más avanzadas. Este equipo lo componen el Dr. Alejandro Méndez, la Dra. Carolina Ochoa y el Dr. Ventura Anciones.

“Inicialmente, el manejo del Parkinson es más sencillo, con distintos fármacos que se toman vía oral o transcutánea, pero conforme se produce la pérdida de neuronas dopaminérgicas el control se hace cada vez más desafiante, debido a que ya no basta con administrar de forma pulsada la dopamina y esto conlleva efectos secundarios en muchas ocasiones discapacitantes”, comenta el Dr. Anciones.





El Reglamento de productos sanitarios para diagnóstico in vitro presenta aún desafíos por resolver dos años después de su aplicación



De izda. a dcha.: Carlos Sisternas, director de Fenin Catalunya; Carmen Ruiz-Villar, jefa del Departamento de Productos Sanitarios de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); Dr. Rafael Pérez-Santamarina Feijóo, gerente del Hospital Universitario La Paz; Susana Álvarez Gómez, subdirectora general de Contratación del Servicio Madrileño de Salud; María Aláez, directora técnica de Fenin y el Dr. Antonio Buño, jefe del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario La Paz.

Casi dos años después de su fecha de aplicación, la implementación práctica del Reglamento 2017/746 de Productos Sanitarios para Diagnóstico in Vitro y la adaptación de empresas y laboratorios públicos a sus requerimientos aún presenta desafíos por resolver, cuyas soluciones pasan por la colaboración público-privada entre todos los agentes implicados. Así se ha puesto de manifiesto en la jornada ‘Reglamento 2017/746 de Productos Sanitarios para Diagnóstico in Vitro (DIV) ¿estamos preparados?, con la asistencia de más de 350 personas tanto en presencial como a través de streaming, organizado por el Hospital Universitario La Paz de Madrid y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin.

Este Reglamento fija nuevos requisitos para la fabricación y uso de estos dispositivos, a los que deben dar cumplimiento tanto el sector de tecnología sanitaria como los hospitales y centros sanitarios que fabrican y utilizan este tipo de productos —conocido como fabricación “in house”—. En este encuentro, repre-

sentantes de la Administración, agencias regulatorias, gestores, profesionales de sociedades científicas e industria han ofrecido una visión 360° de las novedades del Reglamento Europeo, los requisitos nacionales, sus implicaciones y necesidades que puede presentar para compañías y laboratorios.

En la intervención de la subdirectora general de Contratación del Servicio Madrileño de Salud, Susana Álvarez Gómez indicó que “lo que se pretende con la aplicación de los nuevos reglamentos europeos es conseguir la introducción de la innovación con plena seguridad, para ponerla a disposición de los hospitales y que los profesionales sanitarios puedan tratar adecuadamente a los pacientes y al conjunto de la ciudadanía de manera segura, con una mejora de la atención sanitaria, y para ello es muy importante una compra pública estratégica basada en valor”.

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios ha estado representada en esta jornada

por Carmen Ruiz-Villar, jefa del Departamento de Productos Sanitarios, quien señaló que “la fabricación *in house* es una herramienta muy útil para poblaciones donde no existe alternativa. Por eso es importante establecer unos criterios claros para garantizar que los centros sanitarios los usan adecuadamente”.

Cabe recordar que, desde su entrada en vigor en mayo de 2022, la Comisión Europea ha aprobado periodos transitorios para la certificación de productos para DIV que, según la tipología, finalizan entre 2025 y 2029. “Las dos ampliaciones que se han llevado a cabo son muy valiosas para identificar los puntos críticos y los problemas existentes para poder rectificarlos y permitir que los fabricantes puedan realizar a tiempo la transición de todos sus productos a la nueva regulación”, destacó María Aláez, directora técnica de Fenin. “Es imprescindible un marco regulatorio robusto, transparente y sostenible que garantice un alto nivel de protección de la salud y la seguridad, pero sin que este proceso suponga un freno o retraso en la disponibilidad en el mercado de estos productos. Las empresas fabricantes están invirtiendo grandes esfuerzos para adaptarse a los nuevos requerimientos”, añadió.

El Dr. Antonio Buño, jefe del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario La Paz y presidente de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio

(SEQCML) afirmó que “aunque el Reglamento está claramente orientado a mejorar la seguridad de los pacientes, hay que asegurar que su implantación no impida que técnicas y métodos de laboratorio específicos útiles en pacientes con patología compleja pueden seguir realizándose. Desde las sociedades científicas nos ofrecemos a colaborar con la agencia en tareas de asesoramiento, formación de nuestros socios, mejora de los programas externos de calidad o con la elaboración de documentación útil para los laboratorios, para la Entidad Nacional de Acreditación en España (ENAC) o para la propia agencia”.

Entre los puntos a abordar identificados en esta jornada se encuentran: completar la infraestructura necesaria y agilizar la designación de los organismos notificados, un diálogo temprano entre reguladores y fabricantes que reduzca tiempos en los plazos para las evaluaciones de conformidad, mayor previsibilidad e intercambio de información, viabilidad financiera en el proceso para pymes y medianas empresas, etc. También desde las sociedades científicas se ha destacado la importancia de que se asegure la disponibilidad permanente de estos productos para el buen ejercicio de la práctica clínica y de que se cuente con su opinión en el desarrollo de la legislación nacional sobre fabricación “*in house*” de los productos para DIV.



Éxito rotundo de la I Jornada de la Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología

La Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología celebró recientemente, la I Jornada de la Fundación bajo el lema “Todo sobre tu piel” en el Centro Cultural Casa de Vacas del parque del Retiro, en Madrid.

Este encuentro atrajo a más de 6.600 personas, superando con creces el objetivo de acercar la dermatología a la población, de manera accesible y directa. Alrededor de 50 profesionales se reunieron en esta jornada para abordar temas tan interesantes como los hábitos saludables para cuidar la piel; ¿cómo cui-

darse la piel en cada etapa de la vida?; el cuidado de la piel en las enfermedades más frecuentes y las enfermedades raras, cómo alcanzar la belleza de la salud; o la salud sexual, diversidad de género y piel.

“Los dermatólogos tenemos el deber de transmitir hábitos saludables, ya que no entendemos una piel bella si no está sana”, concluyó la Dra. Yolanda Gilaberte, presidenta de la Academia Española de Dermatología y Venereología, y de la Fundación Piel Sana, que destacó como metas cumplidas en la jornada, “haber podido enseñar a los asistentes a cómo cuidar su piel

y cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes dermatológicos que también acudieron a informarse acerca de sus patologías”.

El evento incluyó una amplia gama de actividades, desde talleres diseñados tanto para niños como para adultos, hasta stands con una amplia variedad de temas que van desde la realización de pruebas diagnósticas hasta visiones históricas del Madrid del Siglo XIX a través de la dermatología. Además, la fundación también pudo contar con la participación de diversas asociaciones de pacientes, comunicadores

especializados, otras instituciones y colaboradores de la Fundación Piel Sana de la AEDV.

En la celebración de esta primera Jornada, desde la Fundación Piel Sana de la AEDV, tal y como explicó el Dr. Buendía, se ha querido poner el foco en la “inclusión de todos los sectores sociales dentro de la dermatología”, y en mostrar a la población “la importancia que tiene la evidencia científica en cuanto al cuidado de las enfermedades de la piel ante la amenaza de informaciones que llegan a la población sin ningún respaldo científico”.



Las XIII jornadas nacionales de SEDISA pondrán en valor la percepción de los directivos de la salud sobre la salud global

“ Analizar el impacto de los nuevos entornos que ya dibujan la Inteligencia Artificial, el *blockchain* o la computación táctica son unas de las claves que serán abordadas a lo largo de las XIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Además, nos detendremos en lo más importante de las organizaciones, las personas, deteniéndonos en los distintos agentes que forman el nuevo ecosistema de la salud e impactan directamente en la gestión global”, señala Francisco Dolz, presidente de las XIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y miembro de la Junta Directiva de SEDISA.

Con este objetivo, desde SEDISA se ha puesto en marcha un sondeo que tiene como fin conocer la percepción de los directivos de la salud sobre la gestión global de la salud, su implementación en nuestro país, así como sus retos, medidas necesarias y el importante papel en ello de los directivos, cuyos resultados serán presentados durante XIII Jornadas Nacionales de SEDISA, que tendrán lugar en el Palacio de Congresos de Valencia del 22 al 24 de mayo.

A lo largo de estas jornadas, que se celebrarán bajo el lema la “Gestión Global de la Salud” se desarrollarán 32 sesiones de innovación, simposios y mesas de de-

bate, sendas mesas de consejeros de salud y gerentes de servicios regionales de salud y una conferencia magistral *One Health*, en torno a las 6 áreas temáticas (salud global #onehealth, estrategia, datos, usuarios, transformación e ingeniería biomédica y talento).

Estas jornadas serán completamente sostenibles, contando con un catering estará basado en productos locales de temporada, además, se facilitará el camino al Palacio de Congresos de Valencia a través de otros medios de transporte que reduzcan o no incrementen la huella de carbono, facilitando hoteles cercanos, desplazamientos en metro y medios como bicicletas o medios propulsados por energía limpia. Contarán con la colaboración de 70 sociedades científicas y entidades del sector de la salud.





FEDER y Farmaindustria firman un convenio para impulsar el conocimiento sobre las enfermedades raras, su investigación y tratamientos

Trabajar de forma conjunta en el fomento del conocimiento sobre las enfermedades raras, su investigación y tratamiento. Este es el principal objetivo del convenio marco de colaboración que han firmado la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y Farmaindustria, que además prevé la colaboración de ambas entidades para el desarrollo de actividades formativas en relación con investigación biomédica, ensayos clínicos o medición de resultados en salud, entre otros aspectos de interés para estos pacientes y sus familias.

Igualmente, ambas partes se comprometen a impulsar actividades que favorezcan el empoderamiento del paciente y el refuerzo del movimiento asociativo en enfermedades raras, así como a la elaboración conjunta de informes o estudios sobre aspectos esenciales de las enfermedades raras y sus tratamientos.

Este acuerdo es la materialización de años de cooperación entre ambas entidades y nace del convencimiento de que la colaboración y la suma del trabajo de los actores del sistema sanitario tiene como consecuencia directa una mejora en la atención a los pacientes.

“Para la familia FEDER es muy significativo formalizar esta alianza. En primer lugar, porque es una herramienta para estrechar la relación y enmarcar las acciones en las que ya veníamos trabajando históricamente con Farmaindustria, y, en segundo lugar, porque es una evidencia del valor de trabajar en red en enfermedades raras, en este caso, a través de la sinergia entre expertos de la industria y comunidad de pacientes”, afirma Juan Carrión, presidente de FEDER.

“Queremos dar las gracias a Farmaindustria por permitirnos dar este paso, por acompañar a las organizacio-

nes de pacientes y dar continuidad a nuestra acción, reconociendo el importante papel que tenemos en la prestación de servicios, la investigación y la transformación social”, añade Carrión.

Por su parte, Jesús Ponce, presidente de Farmaindustria, recuerda que “este convenio es el ejemplo de cómo la industria farmacéutica viene trabajando desde hace años con las organizaciones de pacientes, bajo los principios de independencia, colaboración y transparencia, para conocer mejor las necesidades de los pacientes, sus familiares y cuidadores y poder así responder mejor a ellas, por un lado, y apoyarles para que su voz sea cada vez más escuchada y su presencia sea una realidad en los órganos de decisión del sistema sanitario español, por otro”.

“Quiero subrayar también el compromiso real de la industria con la investigación en enfermedades poco frecuentes. Pero esta actividad no sólo la estamos desarrollando para los pacientes, sino cada vez más con los pacientes, por dos razones muy sencillas: las organizaciones de pacientes han reivindicado desde hace años una mayor capacidad de decisión y las compañías farmacéuticas aprecian mucho el valor que aportan a todo el proceso de investigación, desarrollo y comercialización de los nuevos medicamentos”, afirma el presidente de Farmaindustria.

El convenio entre FEDER y Farmaindustria se prorrogará automáticamente cada año, salvo expresa renuncia de cualquiera de las partes, que además velarán por que en todas las actividades que se desarrollen lo hagan al amparo de lo marcado por el Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica en materia de relación entre las organizaciones de pacientes y las compañías farmacéuticas.



Acibadem Healthcare Group conquista Madrid y Barcelona redefiniendo un nuevo concepto de turismo sanitario de lujo



“ Nuestro mayor éxito se encuentra en el cumplimiento de los estándares internacionales de Excelencia, lo que garantiza a nuestros pacientes seguridad y tranquilidad a la hora de realizarse cualquier tipo de intervención hospitalaria ”. Así comenzaba la rueda de prensa celebrada recientemente en Madrid, Tanya Nevenova, *sales executive* de Acibadem Healthcare Group.

El grupo hospitalario situado ya en 104 países por todo el mundo, de reconocido éxito en el sector sanitario y siguiendo con su política de expansión, introduce en España un estándar de atención mé-

dica internacional que mejora la experiencia de los pacientes.

Acibadem Healthcare Group , afincado en Turquía ha decidido abrir sus oficinas en Madrid y Barcelona para constituirse como nexo de unión entre ambos países y así, poder ofrecer con mayor seguridad y atención al cliente, sus servicios, entre los que se encuentra la última tecnología para cualquier tipo de tratamiento.

Sin lugar a duda, una de las principales novedades en las que hicieron hincapié, es que aseguran a

sus pacientes un trato exquisito junto con el apoyo y asesoramiento de un equipo especializado desde su llegada a Estambul hasta que concluyen su tratamiento y posterior regreso a casa, con un intérprete que viajará constantemente con ellos, debido a la barrera lingüística.

Entre los servicios que destacan, resaltaron el amplio catálogo de tratamientos y cirugías médicas entre los que subrayaron, los tratamientos con células madre o trasplantes de órganos, así como cirugía de columna, neurocirugía pediátrica, cirugía torácica o cardiovascular, entre muchas otras.

Al mismo tiempo, reconocieron que entre sus tratamientos estrellas se encuentran los tratamientos como la terapia con células CAR-T (o terapia de linfocitos T), o la implementación de ETHOS (sistema de tratamiento que combina la inteligencia artificial y la terapia adaptativa).

Sin olvidarnos, del demandado injerto capilar, este grupo nos invita a conocer diferentes técnicas como la Extracción de Unidades Foliculares (FUE) y la Implantación Directa de Cabello (DHI), que permiten "resultados más naturales y una recuperación inminente.

Otros de los temas en los que reconocen ser absolutamente innovadores es en la creación de la Uni-

versidad de Estambul de Acibadem, lo que fortalece su enfoque en la investigación, y la educación médica, asegurando que sus profesionales estén constantemente a la vanguardia del conocimiento en el sector salud.

Otro de los productos que aglutinan son, la compañía de seguros Sigorta, Project Management Company, la compañía A-Plus, Acibadem Mobil, Acibadem Tecnología y Acibadem Labs, reforzando todos ellos, la reputación del grupo como líder en la prestación de servicios sanitarios.

Finalmente desde Acibadem Healthcare Group se insiste a todos aquellos pacientes que deseen viajar a Turquía para realizarse cualquier tipo de intervención, que se Informen debidamente de todo, antes de ponerse en manos de un especialista, lo que garantizará la decisión más adecuada.

Bienestar y Seguridad van de la mano en esta institución con facultativos de primer nivel y tratamientos pioneros de alta calidad que junto con un enfoque integral en el cuidado de las personas, combinando la experiencia con cirujanos estéticos de renombre y cosméticos con las últimas innovaciones tecnológicas en el campo de la belleza, hacen de la experiencia sanitaria en Turquía, algo inolvidable.

NOMBRAMIENTOS



En Galicia, **Antonio Gómez Caamaño** ha sido designado nuevo Consejero de Sanidad.

El Consejo de Ministros ha nombrado a **Isabel Muñoz Machín** como nueva Directora General del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa).

Y en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), **Ana Rosa Rubio Salvador** ha sido nombrada como responsable de la Coordinación del Área de Farmacia.



XVII JORNADAS DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD

8 al 10 mayo 2024

Auditorio Municipal
Ourense

*Valor y sostenibilidad,
compromisos de futuro*

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
Miércoles, 8 de mayo			
11:30 - 12:00	Recepción y recogida de la documentación		
12:00 - 13:15	MESA 1 GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 1
13:15 - 14:30	MESA 2 CAMBIO ORGANIZATIVO	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 2
14:30 - 16:00	ALMUERZO		
16:00 - 17:15	ACTO OFICIAL APERTURA		
17:15 - 18:30	CONFERENCIA INAUGURAL		
Jueves, 9 de mayo			
9:30 - 10:30	MESA 3 INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA SOSTENIBLE	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 3
10:30 - 11:30	MESA 4 EXPERIENCIAS Y RESULTADOS EN VALUE BASED HEALTH CARE	CONFERENCIA	TALLER/SIMPOSIO
11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		
12:00 - 13:15	MESA 5 CONSEJEROS	Comunicaciones orales 4	Defensa posters 1
13:15 - 14:30	MESA 6 ECONOMÍA CIRCULAR E IMPACTO MEDIOAMBIENTAL	CONFERENCIA	TALLER/SIMPOSIO
14:30 - 16:00	ALMUERZO		
16:00 - 17:15	MESA 7 PERSONAS: SOSTENIBILIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS	PROFESOR BAREA: desarrollo y evaluación de proyectos premiados	Comunicaciones orales 5
17:15 - 18:30	MESA 8 FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: ¿HACIA DÓNDE VAMOS?	PROFESOR BAREA: desarrollo y evaluación de proyectos premiados	Comunicaciones orales 6
Viernes, 10 de mayo			
9:30 - 10:30	MESA 9 IMPACTO DE LAS TIC EN LA EFICIENCIA Y MODELOS APLICADOS DE IA	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 7
10:30 - 11:30	MESA 10 DIRECTORES GENERALES DE RECURSOS ECONÓMICOS: COSTES, MEDICIÓN POR PROCESOS Y ACTIVIDAD, NUEVOS INDICADORES	Comunicaciones orales 8	Defensa posters 2
11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		
12:00 - 13:15	CONFERENCIA	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 9
13:15 - 14:30	ENTREGA DE PREMIOS Y CIERRE DE LAS JORNADAS		



Lo más visto en las redes

- **Juan Abarca Cidón**
La ministra deshojó la margarita sobre la colaboración público-privada en Sanidad
- **Rodrigo Castelblanque**
Sanidad, Alta Dirección: Gobierno, Dirección, Gestión y Representación
- **Alberto de Rosa Torner**
La Medalla de Oro de Vigo para Ribera Povisa: orgullo y compromiso
- **Ignacio Hernández Medrano**
El tiempo y el miedo
- **Miguel Ángel Mañez**
¡Son las personas!
- **Leticia Polignano**
Cuidado de la Salud Mental, Gestión Emocional y Optimización de Talento en el Ámbito Laboral: Pilares de la Sostenibilidad en Recursos Humanos
- **Pedro Soriano Martín**
Libro blanco de salud y género

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



La Junta General de Accionistas de Reig Jofre aprueba seis nuevos acuerdos

laboratorios Reig Jofre ha informado de que la Junta General Ordinaria y Extraordinaria de Accionistas, que se celebró el pasado 10 de abril, aprobó con mayoría suficiente todos los acuerdos propuestos en dicha junta.

En primer lugar, se aprobaron las cuentas anuales individuales y consolidadas, el informe de gestión individual y consolidado, aplicar el resultado obtenido por la Sociedad individual durante el ejercicio (1.467.020,05 euros) a la dotación de la reserva legal obligatoria por un importe de 95.073,60 euros y a reservas voluntarias por un importe de 1.371.946,45 euros, y la gestión del consejo de administración. Todo ello en relación con el ejercicio 2023.

En segundo lugar, se aprobó, con carácter consultivo, el Informe Anual sobre remuneraciones de los consejeros de la sociedad correspondiente al ejercicio 2023; asimismo se aprobó la reelección del miembro del Consejo de Administración de la sociedad a D. Álvaro Ybarra Zubiria, y la reelección de los auditores de cuentas de la sociedad y, de su

grupo consolidado KPMG Auditores, S.L., para el ejercicio 2024.

Por otro lado, se aprobó, dentro del plan “Dividendo Flexible Reig Jofre”, un aumento del capital social de la sociedad con cargo a reservas por un importe determinable según los términos del acuerdo, mediante la emisión de nuevas acciones ordinarias de cincuenta céntimos de valor nominal y con previsión de asignación incompleta, con ofrecimiento a los accionistas de la compra de sus derechos de suscripción preferente por un precio garantizado, y delegando facultades en el Consejo de Administración, con expresa facultad de sustitución, para la especificación de los detalles concernientes a la referida ampliación de capital. La suma del valor de mercado de referencia de las Acciones Nuevas, en los términos establecidos en el acuerdo, tendrá un límite máximo de 3.265.073,75 €. También se facultó al Consejo de Administración, con expresa facultad de sustitución, para la formalización, interpretación, subsanación, o ejecución de los acuerdos adoptados por la Junta General.

PSN incrementó su facturación cerca de un 15% en 2023

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) incrementó su facturación un 14,5% en 2023, hasta los 267,5 millones de euros, según cifras ofrecidas por la directora general del Grupo PSN, María Luisa Díaz-Meco, durante la Convención Comercial que ha reunido a una parte importante de la Red de la mutua durante dos días en el Complejo San Juan (Alicante). El ahorro gestionado por PSN también creció el pasado ejercicio, en este caso un 1,95% hasta superar los 1.610 millones de euros.

Estas cifras han supuesto un punto de partida para analizar el pasado, presente y futuro de la organización en una reunión en la que el presidente de PSN, Miguel Carrero, ha hecho un repaso a la historia del grupo, haciendo hincapié en la importancia de sus valores, encabezados por un profundo humanismo. "Es algo tan arraigado que podemos afirmar con rotundidad que PSN es un sentimiento hecho realidad de personas para personas, para sus familiares, sus bienes y patrimonio, sus riesgos y su seguridad". Asimismo, ha recalcado la necesidad de una continua orientación a la excelencia en favor de nuestro colectivo protegido y nuestro compromiso y vocación de servicio al mismo.

Bajo el lema 'Compromiso Mutuo', se han desarrollado jornadas y talleres de trabajo en equipo sobre líneas estratégicas de la entidad. De igual modo, se ha puesto el acento en todo aquello que hace de PSN una compañía diferencial, productos o servicios que trascienden en muchas ocasiones el mundo del seguro. Un claro ejemplo son las acciones de interés social para con los mutualistas más mayores y los más pequeños a través del resto de empresas que otorgan un valor añadido al colectivo, caso de su residencia para mayores en Madrid, su escuela infantil en Salamanca o el propio complejo vacacional en el que se celebró la convención.

Finalmente, el encuentro ha servido para reconocer el trabajo más destacado de aquellos miembros de la Red comercial cuyos resultados fueron los más destacados durante el pasado 2023. Los premiados recogieron su reconocimiento de manos del presidente y la directora general del grupo, que estuvieron acompañados por el secretario del Consejo de Administración, Estaban Ímaz, y los consejeros Armando Solís y Elena Carrascosa.

El Grupo Prim mejora las expectativas económicas: incrementa sus beneficios un 51%

El Grupo Prim fundado a finales del siglo XIX, es un referente en suministros hospitalarios y de material clínico para ortopedias, fisioterapias y rehabilitaciones. Ha cerrado el año 2023 con unas mejoras en los resultados anuales que han crecido un 51% el beneficio neto y que se situó en casi trece millones de euros. Tras presentar las cuentas se deja latente que la compañía ha implementado un plan estratégico que funciona, ya que, el resultado antes de impuestos implicaba una mejora del 56%, según atestigua la empresa.

Con un crecimiento del 9,8% en las ventas, alcanzando los 216.5 millones de euros, y una clara estrategia comercial, PRIM ha superado las expectativas y fortalecido su posición en el mercado.

Desde la implementación del Plan Estratégico 2021/2025, PRIM asegura que ha priorizado el crecimiento tanto orgánico como a través de adquisiciones selectivas. Este enfoque ha permitido a la empresa consolidar su liderazgo comercial y expandir su cuota de mercado. Durante el ejercicio 2023, PRIM ha superado consistentemente las medias del

mercado en sus segmentos de referencia, demostrando la efectividad de su estrategia.

Desde el grupo afirman que han mantenido un equilibrio entre las dos áreas clave definidas en su Plan Estratégico: tecnologías médicas y movilidad y cuidados de la salud. Este enfoque diversificado ha contribuido al éxito general de la empresa.

En respuesta a los desafíos de inflación y de suministro a nivel mundial, PRIM asegura que se ha centrado en mejorar los márgenes brutos, que han aumentado del 46,4% al 48,7% en el último año. Además, la compañía ha logrado contener los gastos, manteniéndolos en el 38% de las ventas.

El ejercicio 2023, según aseguran desde la compañía, han basado su trabajo en el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico, con la realización de diversas operaciones corporativas, incluyendo adquisiciones clave y desinversiones estratégicas. La implementación exitosa de SAP ha sido fundamental para modernizar las estructuras y mejorar la eficiencia operativa del grupo.

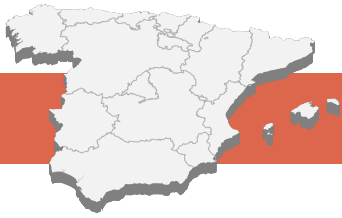
La **revista**
con toda la información
necesaria
para conocer el
mundo
empresarial



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



El SAS y el CACOF firman un acuerdo para la promoción de medicamentos genéricos en Andalucía

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF) han firmado una adenda --que consiste en una modificación del actual convenio por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia de Andalucía-- para conseguir, por un lado, la promoción de la dispensación de medicamentos genéricos en las oficinas de farmacia cuando se prescriba por principio activo y, por otro, la colaboración y contribución de las oficinas de farmacia a la sostenibilidad de la prestación farmacéutica en Andalucía, mediante una aportación económica sobre el consumo de este tipo de medicamento.

Este acuerdo, valorado por ambas partes como “necesario” para ahondar en la seguridad de los pacientes, incluye medidas para promocionar los medicamentos genéricos, como el diseño y distribución de cartelería informativa dirigida a las personas usuarias sobre las ventajas de estos medicamentos -al poder identificar fácilmente el medicamento, evitando confusiones y posibles duplicidades terapéuticas-, que se expondrán en las oficinas de farmacia y en

otros formatos digitales, y la formación a profesionales de las oficinas de farmacia sobre de estos medicamentos y la importancia de la sensibilización de los pacientes para la aceptación de la dispensación de genéricos.

Andalucía es pionera y líder a nivel nacional en prescripción por principio activo. Gracias a esta forma de receta, se contribuye al conocimiento de los medicamentos por los pacientes y a una utilización más segura. Esto evita, por ejemplo, la sobredosificación provocada por la toma de un medicamento con el mismo principio activo, pero con distinto nombre comercial.

El medicamento genérico es aquel con la misma composición en principios activos (que son los que producen el efecto terapéutico) y la misma forma farmacéutica (comprimidos, sobres, jarabe...) que la marca original y además es bioequivalente con ella.

La prescripción por principio activo y el uso de genéricos permite proveer a profesionales y pacientes de una terminología común, que permita el reconocimiento inequívoco de los medicamentos.



El Gobierno transfiere al País Vasco la homologación de títulos en contra del CGCOM y algunas CCAA

El Consejo de ministros ha aprobado recientemente el traspaso al País Vasco de la competencia para homologar títulos y estudios extranjeros en enseñanzas universitarias. La homologación de títulos será una realidad a partir del 1 de julio de 2024, una decisión que ha dividido al colectivo médico y a algunas comunidades autónomas.

Desde la Consejería de Sanidad de Aragón señalan que se muestran a favor de esta posibilidad y ya han pedido por carta al Ministerio de Sanidad recibir las competencias para la homologación o equivalencia de títulos universitarios extranjeros. Por su parte, desde la Consejería de la Comunidad Valenciana, afirman que esta competencia es una medida que debe tomarse a nivel nacional. Asimismo, desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) muestran su “preocupación” ante la posibilidad de que existan diferentes criterios para la homologación de títulos y no descartan emprender las “acciones legales necesarias” si se atentase contra el derecho de igualdad.

Según fuentes del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática al País Vasco se le otorgan las funciones de homologación y equivalencia de títulos extranjeros en su territorio. Pero el estado español mantendrá las competencias sobre la regulación general y las condiciones básicas para que un título pueda homologarse en todo el país. Además, aunque

el País Vasco podrá convalidar títulos universitarios, la homologación de la especialidad seguirá siendo una competencia del Ministerio.

En este sentido, la consejera vasca de Gobernanza Pública y Autogobierno, Olatz Garamendi, afirmó el pasado 23 de febrero en una comparecencia de urgencia en Vitoria que este traspaso tiene “una gran relevancia en un momento de necesidad de profesionales de diferentes sectores. Así, Euskadi será la única comunidad autónoma que gestionará esta tramitación. La valoración económica estimada de este traspaso va ligada al ajuste a la gestión de los títulos a través de las tasas”, agregó.

El Gobierno vasco volvió a pedir al gobierno central en mayo de 2023 la transferencia de homologación de títulos extranjeros, una transferencia incluida en el cronograma de traspasos acordado en 2021, siendo con esta la séptima propuesta de transferencias remitidas por Garamendi. Hasta el pasado 11 de marzo, el ministro de Política Territorial y Memoria Democrática, Ángel Víctor Torres, en la Comisión Mixta de Transferencias Administración, no ratificó el traspaso de tres competencias acordadas entre el Gobierno y el País Vasco. Entre ellas, la homologación y equiparación de títulos universitarios, incluidos los sanitarios, será una realidad a principios de julio de este año.



Madrid crea el primer recurso sanitario público de atención integral a pacientes neurológicos y de salud mental

La Comunidad de Madrid ha creado en el Hospital Universitario 12 de Octubre el primer recurso sanitario público de la región que prestará atención integral y multidisciplinar a pacientes con enfermedades neurológicas complejas y de salud mental.

Se trata del Instituto Clínico de Neurociencias (ICN), integrado por las especialidades de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, una estructura innovadora que supone una transformación hacia un nuevo modelo de atención de la máxima calidad, centrado en mejorar la salud y experiencia del usuario y su entorno.

El ICN facilitará en un único acto asistencial las valoraciones de los diferentes facultativos y evitará pruebas diagnósticas innecesarias o redundantes, mejorando la comunicación entre los servicios clínicos y promoviendo la especialización de los profesionales en áreas de conocimiento concretas. Hará más sencilla la coordinación, y mejorará la eficiencia, incorporando los cuidados de enfermería, investigación y docencia.

Las primeras actividades interdisciplinares de este Instituto se han centrado en el deterioro cognitivo,

el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión mayor y la epilepsia refractaria. Estas patologías tienen un impacto directo sobre los afectados y su entorno familiar, social y profesional, y se han convertido en la actualidad en un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que requieren de equipos con conocimientos específicos y del uso de tecnología muy avanzada.

El ICN potenciará también la investigación, especialmente en neuromodulación y alternativas farmacológicas, así como la formación de médicos residentes de las tres especialidades. El trabajo conjunto de neurólogos, neurocirujanos y psiquiatras ayudará a que este ente se convierta en un referente nacional e internacional en este ámbito.

Según la literatura científica, en los últimos años se ha demostrado que la organización de los cuidados de algunas enfermedades en estructuras como el ICN mejoran significativamente los resultados en salud. De ahí la importancia de la iniciativa que el Hospital público 12 de Octubre acaba de poner en marcha.



BIBLIOTECA



Filosofía Lean *Conceptos y principios*

Rafael Paniagua Gómez-Álvarez

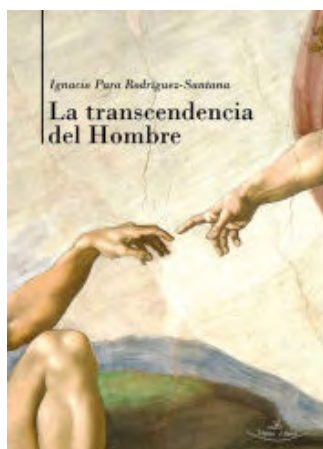
Este libro es una introducción a la filosofía *Lean*, en la que el liderazgo y las personas serán una parte esencial, ya que se trabaja en equipos transversales y departamentales para poner en marcha las herramientas en las estrategias empresariales, la mejora continua y la resolución de problemas con la búsqueda de sus causas raíz. Se desarrolla desde sus cinco principios básicos: definir el valor desde el punto de vista del cliente, identificar la corriente de valor, crear flujo, producir según sistema *pull* (tirar), en vez de *push* (empujar) y perseguir la perfección.

Así, Rafael Paniagua identifica cómo integrar la filosofía *Lean* con las operaciones en una empresa para estabilizar y mejorar el rendimiento operativo hacia una ejecución sostenible, orientada a la satisfacción del cliente y sin defectos, mediante un sistema de madurez robusto.



La trascendencia del hombre

Ignacio Para Rodríguez-Santana



Este libro trata sobre el hombre y su actitud ante la vida y la muerte; su necesidad de seguridad de permanencia consciente tras la muerte. La existencia de Dios, el alma y la situación del hombre tras la muerte, sus valores y su actitud hacia la vida y las circunstancias morales, sociales, económicas y políticas que envuelven al hombre en la actualidad.

También trata sobre futuro del hombre, en relación con los enormes progresos de la biología molecular, la nanotecnología, la robótica y las tecnologías digitales, especialmente la Inteligencia Artificial.

En el libro se plantea la deriva autoritaria, conductista y tecnicista en la que estamos inmersos, que propugna el derrumbamiento de los valores tradicionales del hombre, que, de prosperar, lo llevaría a su desaparición, en aras de un transhumanismo que se acabará transformando en un posthumanismo, es decir, la desaparición del hombre.



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