



New Medical Economics

GESTIÓN SANITARIA - EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Nº128 • 15 de MARZO 2021

TECNOLOGÍA SANITARIA:

Reflexiones y retos ante un nuevo futuro

Gestión:

La formación médica
en el Siglo XXI

Con ojo clínico:

Urgencias: la conciencia de los
hospitales

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales.
Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Alfonso Jaén, Margarita

Secretaria General de FENIN

Arnés Corellano, Humberto

Director General de Farmaindustria

Asín Llorca, Manuel

Presidente de la Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología (ACD)

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

Campos Villarino, Luis

Presidente de la Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

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)

Cruz Martos, Encarnación

Directora General de BIOSIM

De Lorenzo y Montero, Ricardo

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

De Rosa Torner, Alberto

Director ejecutivo europeo de Centene

Domínguez-Gil González, Beatriz

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Fernández-Pro Ledesma, Antonio

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

Franco Fernández-Conde, Antonio

CEO Luzán 5 Health Consulting

García Giménez, Víctor

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC)

Garrido López, Pilar

Presidenta de la FACME

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Jaén Olasolo, Pedro

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

Lorenzo Garmendia, Andoni

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Macaya Miguel, Carlos

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

Martínez Solana, María Yolanda

Profesora de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM

Millán Rusillo, Teresa

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego

Presidente de la Fundación Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

Navarro Rubio, M^a Dolores

Directora de Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

Ondategui-Parra, Silvia

Directora de la Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

Peña López, Carmen

Immediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Pérez Raya, Florentino

Presidente del Consejo General de Enfermería

Pey Sanahuja, Jaume

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

Polanco Álvarez, Ana

Presidenta de ASEBIO

Polo García, José

Presidente de la SEMERGEN

Revilla Pedreira, Regina

Académica de las Reales Academias Nacional, Catalana Gallega e Iberoamericana de Farmacia

Rodríguez de la Cuerda, Ángel

Luis

Secretario General de la AESEG

Rodríguez García-Caro, José Isafas

Consejero en LLORENTE&CUENCA

Rodríguez Somolinos, Germán

Director de Seguimiento del CDTI

Ruiz i García, Boi

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

Rus Palacios, Carlos

Presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

Sánchez Chamorro, Emilia

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

Sánchez Fierro, Julio

Presidente del Consejo Asesor de Pacientes

Smith Aldecoa, Borja

Director General de Bio Innova Consulting

Somoza Gimeno, Asunción

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

Tranche Iparraguirre, Salvador

Presidente de la SEMFYC

Truchado Velasco, Luis

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

Vallès Navarro, Roser

Ex Directora General de Ordenación y Regulación del CatSalut

PRESIDENTE EJECUTIVO

José M^a Martínez García

REDACTORA JEFE

Carmen M^a Tornero Fernández
redaccion@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 606 16 26 72

REDACCIÓN Y DISEÑO

Jesús González Bonilla
jesus@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 629 940 354

DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

RELACIONES INSTITUCIONALES

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

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

EDITA

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

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN SANITARIA

Sofía Azcona Sanz,
Directora de Marketing Corporativo y RRII en Cofares



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



Blanca Fernández-Lasquetty,
Directora de EnferConsulty 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 Hospital Central de Cruz Roja de Madrid.



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



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



Fernando Mugarza Borque,
Director de Desarrollo Corporativo del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad).



Rita Rodríguez Fernández,
Directora de Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica en el Hospital Centro Médico el Carmen (Ourense).



Boi Ruiz i García,
MD PhD. Profesor Asociado de la Universidad Internacional de Cataluña.



EXPERIENCIA DEL PACIENTE

José Luis Baquero Úbeda
Director y Coordinador científico del Foro Español de Pacientes.



Gabriel Heras La Calle
Jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Intensiva del hospital Comarcal Santa Ana de Motril (Granada) Creador y Director del Proyecto HU-CI.



Andoni Lorenzo Garmendia,
Presidente de Foro Español de Pacientes.



Mercedes Maderuelo Labrador,
Gerente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).



Carlos Mateos Cidoncha,
Director de la Agencia de Comunicación COM Salud y Coordinador de #SaludsinBulos.



Virginia Pérez Rejas,
Coach personal y enfermera.



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Antonio Burgueño Jerez,
Director del Proyecto Venturi y Secretario General de la Fundación Economía y Salud



Óscar Gil García,
Head of Consulting & Service in Healthcare Spain & Portugal at IQVIA.



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.



DERECHO

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



Ofelia De Lorenzo Aparici,
Directora área jurídico contencioso, Bufete De Lorenzo Abogados.



Ricardo De Lorenzo y Montero,
Bufete De Lorenzo Abogados. Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario.



María Fernández de Sevilla,
Letrada del despacho Fernández de Sevilla.



Elisa Herrera Fernández,
Abogada. Experta en transparencia y gestión. Directora de la Fundación Transparencia y Opinión.



Julio Hierro Herrera,
Responsable del área de Corporate Compliance de Advocentur Abogados.



Carlos Lázaro Madrid,
Estudiante de Derecho por la Universidad de Zaragoza.



Julio Sánchez Fierro,
Presidente del Consejo Asesor de Paciente.



RRHH

Corpus Gómez Calderón,
Directora de recursos humanos, comunicación y RSC en Marinasalud. Denia (Alicante).



Jaime Puente y C.,
Socio Director de BÉsideU.



Manifiesto por una mejor Sanidad



¡Súmate!

1. Asistencia de calidad

Es necesario apostar por la **continuidad asistencial** dentro de un sistema orientado a las necesidades de los pacientes con la participación de los profesionales, donde la **coordinación** y el **enfoque de problemas urgentes** (listas de espera, adaptación a crónicos complejos) sean la clave. Además, se hace necesaria la creación de una Agencia de Salud Pública y un plan frente al rebrote de la pandemia.

3. Con los profesionales

Los profesionales sanitarios son **el mejor activo del sistema** y por tanto es importante cuidar sus condiciones laborales favoreciendo la mejora de los roles y profesionalización, el reconocimiento a los logros, metas y objetivos conseguidos.

5. Equitativa

Es clave que el acceso a pruebas diagnósticas, tratamientos y terapias se dé en **condiciones de equidad** independientemente del territorio en el que se tenga fijada la residencia: que la financiación pública garantice la **cobertura de la cartera de servicios** en todas las comunidades autónomas.

7. Reformista e innovadora

El sistema sanitario tiene que estar abierto a planes y reformas basados en **la investigación y la innovación responsable**. Impulsar redes asistenciales que integren los distintos niveles profesionales, asistenciales, sociales y sociosanitarios, con el hospital como centro de alta intensidad tecnológica.

9. Transparente

Una comunicación abierta y transparente aporta valor. Se hace necesario crear una **Agencia de Información, Evaluación y Calidad** con participación de **todos los agentes** implicados y ser capaces de **medir y comparar resultados** sanitarios, sociosanitarios y de salud, para poder mejorar.

2. Enfocada al paciente

Se hace fundamental **contar con la participación de los pacientes y sus representantes** a todos los niveles y medir su experiencia. Y atender la demanda social facilitando el acceso a los datos de la historia clínica electrónica que son propiedad del paciente, facilitando la implantación de las herramientas digitales a todos los niveles.

4. Colaborativa

Se ha de **contar con todos los agentes del sector**: administraciones, pacientes y sus asociaciones, profesionales, sociedades científicas, empresas e instituciones, en la construcción de un modelo sanitario y sociosanitario viable y sostenible. Un sistema público reforzado y un sistema privado colaborativo.

6. Eficiente

Se hace preciso que las organizaciones sanitarias tengan **capacidad de gestión** estratégica, económica y de personal, de tal forma que se reconozca el esfuerzo y el cumplimiento de objetivos y resultados, y por tanto la **eficiencia**.

8. Digitalizada y tecnológica

La **transformación digital** no es una opción, es una obligación. Es necesario implementar un plan de **actualización del parque tecnológico y planes estratégicos** asentados tanto en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como en la **medicina personalizada** de precisión.

10. Financiada adecuadamente

Es esencial una adecuada **financiación del sistema público**, en línea con los países más avanzados de la Unión Europea, atendiendo las necesidades crecientes de la Atención Primaria y Especializada y de la asistencia sociosanitaria, reforzando el fondo de cohesión interterritorial.

#QueremosLaMejorSanidad

#TodosSumamos



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Colabora



6

Gestión

La formación médica en el Siglo XXI

Un libro en las manos. Pensando en salud y bienestar

10

Con Ojo Clínico

Urgencias: la cenicienta de los hospitales

14

Enfermería

Contad con las enfermeras para hacer realmente un cambio en la atención a las personas con Enfermedades Poco Frecuentes

16

RRHH-Talento digital y vintage

Polivalencia

18

El Efecto Venturi

Ahondando más en el “efecto venturi” y su consecución

21

Cuestión de Justicia

Adaptación del puesto de trabajo por motivos de salud y discapacidad vs ineptitud sobrevenida del trabajador

23

En Profundidad

Revisión monográfica multidisciplinar sobre enfermedades inflamatorias Tipo 2

29

Salud Sin Bulos

Los bulos amenazan la vacunación contra la COVID-19

32

Primera Plana

INFORME COVID-19. “Construyendo un nuevo futuro” Fundación Tecnología y Salud

37

Entrevista

“Nuestra estrategia ha sido creer en Atención Primaria”

41

Las Noticias de la Quincena

47

Nombramientos

48

Economía

51

Sanidad Autónoma

53

Biblioteca



La formación médica en el siglo XXI

Luis Rosado Bretón

Cuando estudiamos la carrera de medicina en los tramos finales del siglo XX se decía que, junto a los estudios de derecho, era la disciplina en la que se hacía imprescindible poseer una gran capacidad para memorizar un sinfín de términos que se acumulaban en tomos de grandes compendios de conocimiento como “el Casas”, “el Cecil”, “el Farreras-Rozman” o “el Harrison”. Concretamente en mis estanterías he llegado a poseer ocho ediciones de este último, de las veinte que hasta ahora se han editado.

Después de una dilatada vida profesional se me acumuló una gran biblioteca de más de doscientos o trescientos textos de mayor o menor extensión y concreción, muchos de ellos ya muy superados.

Pronto percibimos que los libros a veces contenían aseveraciones que eran obsoletas desde hacía tiempo, por lo que era necesario disponer de una actualización de los conocimientos más cercanos al momento donde desarrollábamos nuestra actividad. Las revistas de nuestra especialidad nacionales e internacionales ocuparon un espacio similar al que ya tenían los libros, porque era necesario conocer lo que sucedía en nuestro entorno.

Intentar memorizar el conocimiento de nuestras bibliotecas hubiera sido complicado, si además pretendíamos ocupar nuestro tiempo en mantener una vida relacional y adquirir una cultura más amplia.

Para complicar las cosas, también descubrimos que no todo lo que leíamos nos lo debíamos creer. Empezó a hablarse de la evidencia y eso significaba seleccionar racionalmente las fuentes, que no siempre estaban bien construidas o respondían a intereses no muy científicos.

Estar al día de los conocimientos científicos y aplicarlos era un proceso difícil y tedioso. Para empezar, debías dedicar tiempo a seleccionar la información, y mucho más a construir un esquema propio y memorizarlo. Las bibliotecas de los hospitales y universidades eran uno de los puntos de mayor frecuentación junto al tiempo dedicado a la labor asistencial. Todo este esfuerzo a veces debía desarrollarse con una elevada frecuencia, por la rapidez de los avances clínicos (vivimos unos cambios muy rápidos en patologías emergentes como el SIDA).

Un médico del siglo XXI ya no sigue este procedimiento de adquisición del conocimiento y formación. Los médicos de hoy viajamos con nuestro móvil, tablet o PC y conocemos las fuentes de información al día. Hasta hace poco manejábamos un dispositivo de almacenamiento que renovábamos periódicamente (Up to date). Hoy ya ni eso, sabemos dónde buscar o “metabuscar” y cómo refrescar la información.

Actualmente no se tiene que dedicar tanto espacio a textos que se acumulan y hace años que no se abren por transmitir información que hoy es inútil. Antes debíamos utilizar un tiempo determinado de nuestras vidas a la formación sustrayéndolo de otras actividades. Generalmente



nuestro tiempo se distribuía en tres partes: trabajo, ocio o vida familiar y estudio.

Para poder desarrollar este último debíamos buscar un lugar de aislamiento donde lográramos abstraernos y de forma activa centrarnos en los manuscritos de los que antes hablábamos sin poder desarrollar otra actividad. Tengo la sensación, que haber dejado de hacer muchas cosas por el estudio, como dedicar poco tiempo a nuestra pareja o nuestros hijos para conseguir alcanzar nuestro posicionamiento laboral engullendo términos y conceptos memorizados que no siempre fueron de utilidad, salvo para opositar frente a otros profesionales, más que para tratar mejor a nuestros pacientes.

Hoy los profesionales disponen de elementos que han convertido el antiguo leer y asimilar activamente, por el escuchar y ver en diferentes formatos muchos de ellos virtuales que, por penetración, consiguen inculcar las ideas y permiten adquirir el conocimiento nuclear en pequeñas porciones que pueden conciliar con su vida normal.

Pueden repartir el aprendizaje en pequeñas dosis durante los desplazamientos o descansos sin mermar su vida laboral o restar su ocio. Las denominadas “píldoras formativas” auditivas (podcats), visuales (videos), imágenes (infografías) o mensajes cortos (redes) que llegan a dispositivos móviles permiten aprender de una manera más natural y no forzada.

Pero además ha cambiado la necesidad de aprender. Las nuevas generaciones no necesitan saber hacer raíces cuadradas o calcular orbitales nu-

“

Las nuevas generaciones no necesitan saber hacer raíces cuadradas o calcular orbitales nucleares, ahora todo es posible conocerlo si se sabe encontrarlo

”

cleares, ahora todo es posible conocerlo si se sabe encontrarlo.

Es posible que ahora se tienda a la tecnificación y se haya perdido la visión global y fundamentada en las ciencias básicas, pero se ha ganado en inmediatez de la incorporación de nuevas aplicaciones del conocimiento, ya que todo se puede encontrar en la red. Es posible que un terrorista aprenda a hacer una bomba, pero de la misma forma un médico, en una zona aislada, podrá llegar a conocer los últimos avances en salud y poder aplicarlos.

Es verdad que avanzamos hacia un modelo en el que se valora más la competencia donde el conocimiento debe acompañarse de habilidades y actitud, pero desde luego la forma de adquirirlo ha cambiado.

El médico de ahora lleva el conocimiento en el bolsillo, ya sea para hacer una búsqueda de evidencia científica, usar una aplicación como herramienta para la toma de decisiones, oír o ver un tema que le interese o comunicarse con un paciente, un colega o un maestro. Y lo hace cuando él quiere, sin romper su rutina o dedicar un excesivo tiempo a ello.

Se podría decir que estamos ante una nueva transformación disruptiva, sobre la que se debería meditar si se quiere visionar el futuro de nuestra amada profesión y los derroteros donde debe establecerse el modelo de aprendizaje.

Director de New Medical Economics y
Consultor Senior Luzan5



Un libro en las manos. Pensando en salud y bienestar

Honorio-Carlos Bando Casado

La sociedad actual ha puesto de manifiesto que no dedica suficiente tiempo a la lectura, muchas veces por cuestiones de trabajo otras por desidia, pero sí es cierto, que hay muchas personas que entresacan tiempo para la lectura y a veces son las más ocupadas.

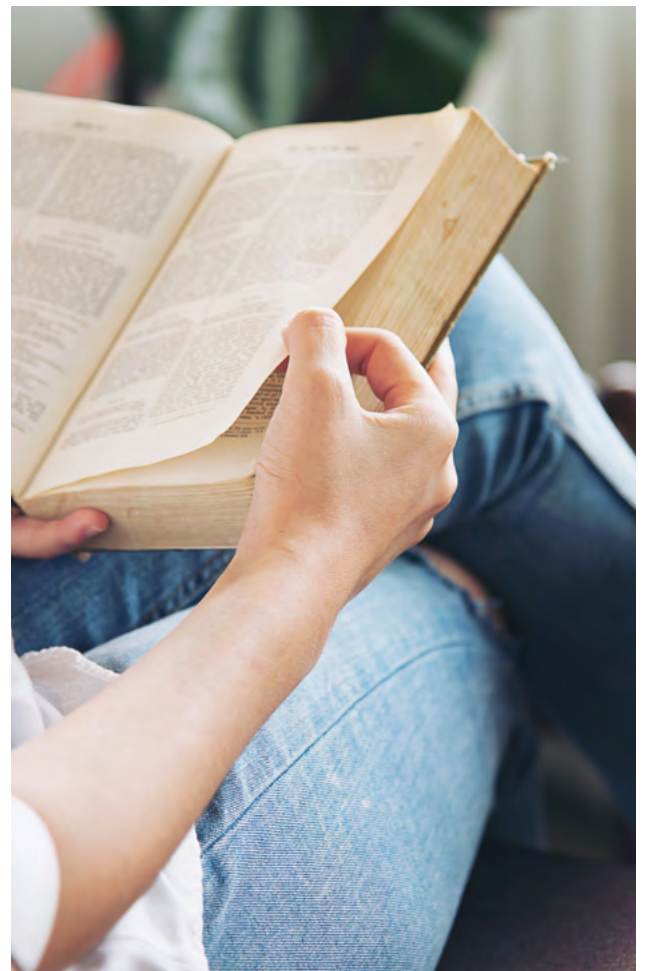
Muchas veces decimos para todo “que no hay tiempo”, pero ¿y los ratos, mejor dicho, las largas horas que se dedican a ver la televisión? ¿Y los espacios de tiempo que se dedican a simplemente no hacer nada por aburrimiento? ¿Y el excesivo número de horas de sueño?

¿Qué fines o qué bienes reporta la lectura? Todos sabemos que la vida es la mejor maestra, que lo que realmente hace a la persona son las situaciones concretas en las que el carácter y la forma de pensar maduran.

Los libros son el desarrollo de un pensamiento de muy diversas formas: unos autores prefieren mostrar las situaciones y problemas de una forma directa, y, por lo tanto, claramente pedagógica. Otros prefieren hacerlo de una forma novelada, es decir, presentar a unos personajes y a un ambiente en que estos se mueven y los dejan actuar o lo sujetan a su interés narrativo o didáctico.

¿Qué nos enseña la maestra vida si no es el carácter de otros o de uno mismo o también la forma de actuar de unas personas ante unas determinadas circunstancias que después asimilamos a nuestro entender?

Así pues, los libros nos muestran el carácter de un autor y el de sus personajes, lo cual es importante, porque un buen autor debe dejar rienda suelta a sus criaturas para que se muevan en sociedad independientemente. También nos enseñan a actuar ante una situación determinada que no siempre exige heroísmo, sino que en los mejores autores es tan sutil que no vemos esa heroicidad que, sin embargo, desarrollan en la sociedad en que viven frente a una problemática que se les plantea.



Mis inquietudes por la lectura y la pluma, me llevaron, como miembro de la Junta Directiva y coordinador-cirector del Grupo Sectorial de Salud, Investigación y Bienestar de la Asociación Española de Fundaciones (AEF), me movió a promover un convenio entre la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS), con María Sainz como presidenta, con la Fundación Germán Sánchez Ruipérez (Casa del Lector) y con la Fundación Canis Majoris de Investigación, para realizar un Foro de Lectura y Salud, que cristalizó en el Foro sobre Fomento de Lectura y Salud del Cerebro, celebrado el 8 de octubre de 2020, online, con un gran éxito y repercusión nacional e internacional.

La idea de la Fundación Germán Sánchez Ruipérez (FGSR), “era que la lectura puede ser una verdadera gimnasia para la mente y que aquí hay un vasto campo de trabajo y de potencial colaboración con científicos y médicos o fundaciones. Por este motivo se considera incorporar al debate y a la actividad en torno al fomento de la lectura la idea de una labor de estudio y actividad desde las instituciones dedicadas a la lectura para implementar una estrategia específicamente dirigida a personas mayores”.

Luis González, director general de la FGSR, señala, “no obstante, si tanto la labor de las organizaciones dedicadas a la lectura (escuelas, bibliotecas, asociaciones y fundaciones) como el propósito inmediato de las administraciones que lanzan los planes de fomento de la lectura, es impulsar la práctica de la lectura, no debería ser inconveniente que el fin último de esas actividades de fomento de la lectura fuese de otra naturaleza, siempre que se alcanzase el objetivo vinculado a la lectura. Por lo tanto, el fomento de la lectura puede presentar un valor instrumental para el logro de objetivos vinculados a la salud o al envejecimiento con calidad de vida de las personas. La lectura es una práctica que encierra potencialmente beneficios en la vida de las personas mayores y efectos positivos en el gasto público en medios utilizados para tratar las enfermedades cerebrales y en los apartados relacionados con la financiación de la dependencia”.

La lectura, en definitiva, nos hace pensar y estructurar por nosotros mismos esa personalidad que, queramos o no, tenemos que forjarnos solos, aunque también aprovechando la experiencia ajena.

“

La lectura es un instrumento clave para alcanzar mayores cotas de salud y bienestar

”

Tenemos que leer y mucho, pero cuidando y seleccionando muy esmeradamente lo que caiga en nuestras manos, y no solo por falta de tiempo, sino para evitar la lectura de autores que nos presentan un mundo y unas situaciones irreales que pueden producir en nosotros un excesivo idealismo y un ansia de llevar a cabo sólo grandes empresas, llenas de dificultades que no siempre se nos presentarán. En cambio, hay autores que nos presentan situaciones reales y soluciones que podemos incorporar a nosotros mismos en una dificultad parecida a la que el personaje de tal obra se encuentra.

Desde luego estas consideraciones tienen un sentido amplio y lógicamente no siempre es así, sobre todo con el tipo de lecturas a que me he referido, porque no todos los libros son novelas, y no todas las novelas presentan un claro realismo, siendo, sin embargo, sus autores grandes maestros de la literatura.

Vivimos cambios disruptivos para superar la gran crisis de 2020, y paliar los daños provocados por la pandemia. La lectura es un instrumento clave para alcanzar mayores cotas de salud y bienestar, ya que contribuye a mejorar los estados neurológicos que hemos sufrido con crisis de ansiedad. Ayuda también, a buscar un equilibrio y una fortaleza tan necesaria en estos tiempos que nos ha tocado vivir, aumentando las resiliencias y la solidaridad.

Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Académico de Varias Reales Academias Nacionales, Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Fundaciones (AEF). Vicepresidente de FUNDADEPS.



Urgencias: la cenicienta de los hospitales

José María Martínez García

La gestión de las urgencias hospitalarias supone un grave problema en todo el mundo y, por supuesto, en España donde está más acentuado en la pública que en la privada, pero sin excluir a nadie.

Y no me refiero a la situación actual con la pandemia, no. Olvidémosla. Pensemos que no existe ya porque algún día, espero que pronto, no será un factor importante de disloque del sistema y, excluyéndola, también se produce el problema.

Porque las urgencias siguen siendo la cenicienta de muchos hospitales, la peor percibida por los pacientes, con mucho trabajo y con no demasiada buena imagen en gran número de casos. Con mucha tecnología novedosa, eso sí, aunque lejos de la destinada en los presupuestos de los centros a la especializada.

Es un tema apasionante para debatir, y poco reconocido, partiendo de que la misma Medicina de Urgencias no lo es como especialidad, lo que trae como consecuencia que no exista ningún programa de formación específico del personal y, por tanto, no se preocupen muchas instancias de su formación. Ni tampoco existe definición de indicadores de calidad ni de estándares comparables entre centros.

Voy a empezar por escribir mis comentarios relativos a la congestión, que es la principal

causa de que las urgencias no sean casi nunca el servicio mejor valorado en la percepción de los pacientes; su principal motivo.

Mirándolo como pacientes, existen ocasiones en las que creemos tener una urgencia, pero no somos atendidos en el momento de llegar.

Una persona cuando va a urgencias piensa que se está muriendo, es el último día de su vida y, sin embargo, los médicos de allí están en su trabajo normal, a su ritmo laboral habitual. No le hacen caso..., o eso le dan a entender.

Realmente es difícil comprender la situación para el ciudadano, hasta para el que ya se ha sometido a la clasificación de su enfermedad como grave o no, recién llegado a urgencias.

Y en sucesivos artículos escribiré sobre lo que conforma un buen sistema de gestión de urgencias: la actividad asistencial que se realiza, la estructura física en la que se desarrolla, las relaciones con el entorno dentro del hospital, los recursos materiales y humanos que se utilizan y el nivel de calidad de la prestación. Ojalá reciba, como otras veces, vuestros comentarios y podamos enriquecernos mutuamente.

Y ello siempre sobre la base de que lo que más me interesa destacar, en todos los artículos, será la importancia que tienen esos profesionales sanitarios que trabajan en urgencias, y la mala elección que hacen en muchos hospitales, muy decantados a valorar la calidad es-

pléndida de sus especialistas, en la que basan su teórico prestigio, y sin hacerlo de la de sus urgentólogos.

Cuántas veces me han invitado a conocer un hospital paso a paso, y me han dicho eso de “y tenemos el mejor servicio de urgencias del mundo, el mejor dotado, con áreas incluso diferenciadas para pediatría...”, y ni una sola mención al cuadro médico o de enfermería.

Todo el prestigio que tiene o va a tener el hospital se basa en que hay mejores equipos, e incluso una mejor distribución arquitectónica, pero ¿y las personas? Enorme muestra de ingratitud y de error.

Empecemos por los orígenes. Un médico de urgencias que debe estar preparado para “lo que llegue”, no es una especialidad reconocida como tal y, a veces, acaba siendo alguien no tan cualificado el que ocupa ese lugar porque, evidentemente, no es el trabajo más cómodo del mundo y ni siquiera el mejor remunerado, con horarios y situaciones incómodas que impiden una vida laboral y familiar normal.

De momento es el que tiene que estar preparado para, con un adecuado triaje, hacer frente al principal problema de todos los países del mundo: la congestión.

Entendiendo por triaje la clasificación universal con la que se determina la integridad física de un paciente para poder concederle una atención prioritaria o no en función de su necesidad.

Ese triaje tiene, además, como objetivo principal mejorar el confort que se les brinda a los pacientes, disminuyendo su tiempo de espera para ser atendidos y mejorando la saturación de los servicios de urgencia.

A pesar de ello, la congestión en los servicios de urgencias se produce, muy frecuentemente, causando problemas a los pacientes y al personal, con tiempos de espera cada vez más largos, desvíos de ambulancias cada vez mayores, estancias cada vez más largas, mayor número de errores médicos, mayor mortalidad de los pacientes, y una mayor pérdida de recursos a los hospitales.

Definamos la congestión en el servicio de urgencias como la que existe cuando no queda espacio para satisfacer las necesidades del próximo paciente que requiere atención de ur-

“

La congestión en la unidad de urgencias puede abordarse mediante diferentes mecanismos

”

gencia. Si la atención de problemas urgentes se atrasa debido a aglomeración de pacientes, entonces hay un problema de congestión.

Pretendo describir la etiología de la congestión en los servicios de urgencia y las posibles soluciones, a través de un análisis de evidencia contrastada, porque, no olvidemos, en último término, la congestión en las salas de urgencias se origina, a su vez, por la aglomeración global de pacientes en los hospitales y, por tanto, la solución a este problema complejo radica tanto en la sala de urgencias como fuera de ella.

Durante muchos años se creyó que las esperas eran causadas por un mal diseño de la sala de urgencias, o por no ser capaz de optimizar el flujo de pacientes. En algunas circunstancias esto era incuestionablemente cierto. Sin embargo, una gran cantidad de literatura al respecto indica que la congestión en el servicio de urgencias se produce por la permanencia más duradera de lo deseable de los pacientes hospitalizados en este servicio.

De nuevo insisto en que la congestión en el servicio de urgencias se debe, realmente, a la de todo el hospital.

Por tanto, es importante distinguir lo que significa congestión en el servicio de urgencias versus lo que significa en las unidades de hospitalizados en la mayoría de las instituciones.

Así, otros servicios o salas de hospitalización se consideran “completas” cuando todas sus camas están ocupadas. En ese entendido se considera que son “incapaces” de recibir más pacientes. En cambio, las unidades de urgencia

se consideran “completas” cuando todas sus unidades de atención lo están, cuando todas las camillas de los pasillos están ocupadas y todas sus sillas también. De este modo, hay un gran contraste entre los servicios de urgencias y otros servicios del hospital respecto de su visión de lo que constituye “a toda capacidad”.

En forma similar, la proporción de administrativos o clínicos, con respecto a la carga de enfermos que se mantiene estable en los servicios de hospitalizados, son inalcanzables en las unidades de urgencias en épocas de congestión.

Últimamente, los medios de comunicación le han dedicado gran atención a la crisis de la congestión en los servicios de urgencias como si se tratara de un hecho reciente. A partir de ese tiempo, la congestión en hospitales y unidades de urgencias ha captado una atención cíclica de los medios, pero se ha hecho poco en lo concreto para solucionar el problema.

En las décadas de los 60 y los 70, los hospitales eran, en gran medida, lugares de admisión electiva, con sólo un pequeño porcentaje de pacientes no agendados o “de urgencia”, durante el día. Durante esa época, los hospitales eran administrados esencialmente de lunes a viernes en horario laboral de día, con un reducido personal para manejar el hospital o centro médico durante las tardes, noches y fines de semana. La duración promedio de estancia de los pacientes excedía los 12 días, de modo que el modelo clásico de atención con visita del equipo médico una vez al día era suficiente.

En los últimos 40 años, ha ocurrido un gran cambio. Actualmente, la mayoría de las admisiones no son agendadas o planificadas. Debido a que muchos procedimientos se cambiaron de hospitalizaciones a atenciones ambulatorias, en lugar de ingresar a través de admisiones agendadas, la mayoría de los pacientes lo hace, siguiendo su criterio, a través del servicio de urgencia, en su mayoría después del almuerzo y en las tardes.

En gran parte de los servicios de urgencia, el volumen de admisiones varía poco día a día, o entre el día laborable y el fin de semana.

Y, sin embargo, de muchas maneras, los hospitales y centros médicos siguen funcionando solo con ese horario administrativo citado

anteriormente, más o menos, y con personal reducido en las tardes, noches, y fines de semana. Esto puede explicar, en parte, el hecho de que las tasas de mortalidad sean más altas para los infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares admitidos en fines de semana versus en días de semana.

Con estancias hospitalarias de promedio actuales de 5-6 días, el modelo de la ronda médica una vez al día, tiene ya mucho menos sentido. Con este desajuste de recursos versus necesidades, poco sorprende que surjan problemas de capacidad hospitalaria.

Un ejemplo clásico de cómo crea problemas de capacidad hospitalaria el diseño institucional, queda demostrado a través de la programación de cirugías, la cual no se hace en forma uniforme a través de la semana, sino que se sobrecarga al comienzo de esta. ¿Por qué? Un traumatólogo, por ejemplo, sabe que su paciente, a quien le va a hacer un reemplazo de la cadera, necesita fisioterapia inmediata en los días que siguen a la cirugía para evitar complicaciones post-operatorias. Si el personal fisioterapeuta del hospital o centro médico es pequeño o inexistente durante los fines de semana, el traumatólogo no tiene otra opción que programar la mayor cantidad de cirugías al comienzo de la semana. Así, se produce un atasco en el hospital a comienzos de la semana quedando a capacidad máxima.

Esto hace que algunas instituciones parezcan empresas hospitalarias de tres días a la semana, lo cual tiene un efecto dominó en toda la institución.

Los problemas de congestión hospitalaria empeoran si no se puede dar de alta a pacientes durante el fin de semana, estrategia que permitiría mayor capacidad al iniciarse la semana. Se dice que las altas durante los días de fin de semana son casi la mitad de las altas ejecutadas durante solo un día de la semana. Ello indica que hay una oportunidad sustancial para disminuir la espera por cama para los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias que no se aprovecha en términos generales.

Como conclusión directa, y repetida ya, es que la congestión en la unidad de urgencias es causada por la que exista en todo el hospital, con la resultante permanencia de pacientes hospitalizados en la unidad de urgencias más tiempo del deseado.



La congestión en la unidad de urgencias puede abordarse mediante diferentes mecanismos. Por ejemplo, las mejoras dentro de los servicios clínicos de hospitalizados incluyen realizar la admisión administrativa de los pacientes en su cama y un uso efectivo de la adecuada plantilla de administrativos o gestores intermedios.

Como ya hemos dicho antes, otras soluciones son optimizar el sistema de triaje y la optimización de la programación horaria de ingreso, mientras que agregar camas a la unidad de urgencias no evita los problemas de congestión y permanencia de pacientes en forma predecible.

Fuera del servicio de urgencia, la programación estratégica de las admisiones agendables es, probablemente, la única y más importante intervención para mejorar la capacidad, disminuir la espera de cama desde la urgencia, mantener la proporción enfermera/paciente, y mejorar el acceso a la UCI.

Resumiendo, es muy probable que, si hubiera una amplia eficacia en la implementación del sistema de planificación en las admisiones, la capacidad no sería tema de preocupación. Esta función es imprescindible que se realice por profesionales bien preparados en logística hospitalaria.

Las altas dadas a tempranas horas de la mañana en las unidades de pacientes hospitalizados también disminuyen significativamente la permanencia de pacientes en la unidad

de urgencias. Aumentarlas durante los fines de semana y mejorar los servicios que se dan en esos días dará como resultado una mayor capacidad hospitalaria en general y una menor permanencia de pacientes en la unidad de urgencias.

El desvío de ambulancias no ha demostrado ser efectivo, y tiene múltiples efectos adversos tanto en la atención del paciente como en la salud financiera de la institución.

Mi mensaje final es que mientras los administradores de hospitales y profesionales de la salud no reconozcan que la congestión de la unidad de urgencias es realmente una congestión del hospital, un problema global, no particular, no se progresará en el abordaje de otros temas subyacentes.

Es fundamental que los hospitales tengan personal, médico o no, dedicado a estas labores de gestión de las urgencias. Ese trabajo proporcionará el prestigio necesario al centro que se transmitirá vía la percepción subjetiva de los pacientes llegando incluso a ser más valorado que el puro trabajo asistencial que se da por sentado obtener.

Invirtamos más en ello. Nos va el beneficio diferencial ante la competencia y la captación de pacientes satisfechos.

Presidente Ejecutivo de *New Medical Economics*

jmmartinezgar@gmail.com



Contad con las enfermeras para hacer realmente un cambio en la atención a las personas con Enfermedades Poco Frecuentes

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Con la reciente celebración del Día Mundial de las Enfermedades Raras o mejor llamadas Enfermedades Poco Frecuentes (EEPPFF), como casi todos los años, pero creo que en este más todavía, se han puesto en marcha diferentes iniciativas, actos y campañas en los medios, de cara a visibilizar y apoyar tanto a las personas que las padecen como a sus familias.

Recordemos que las EEPPFF son poco frecuentes por su baja prevalencia, aunque como señala la OMS existen alrededor de 7.000 enfermedades consideradas raras y que afectan al 7% de la población mundial. En España se habla de hasta 3 millones de personas afectadas, en concreto Madrid está tratando a más de 400.000 personas (INDEPF). No tan poco frecuentes entonces.

Dado el desconocimiento que existe sobre cada una de estas enfermedades, su diagnóstico es complejo y suele retrasarse mucho en el tiempo, con consecuencias importantes a largo plazo para los niños y sus familias. El acceso a la atención especializada, a los tratamientos, a los medicamentos, etcétera, es también una batalla a librar por las familias.

Y las cifras hablan por sí solas. Según el estudio ENSERio (CREER-FEDER, 2020), el 46,82% de los pacientes no se siente satisfecho con la atención sanitaria prestada, el 47% reciben un tratamiento que consideran inadecuado o que no es el que necesitan y casi el 50% de ellos tuvo que viajar en los últimos años fuera de su provincia por causa de su enfermedad. Podríamos seguir dando datos realmente alarmantes y que claramente ponen de mani-

“

Urge la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica a nivel estatal, la implementación de sistemas de telemonitorización, teleconsulta, teleasistencia y en general de eSalud

”

fiesto la necesidad de replantear la atención a la salud de estas personas con EEPPFF, con una mirada amplia del concepto de salud y de atención a la persona.

Y esta ha sido la iniciativa puesta en marcha por el Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades Poco Frecuentes (INDEPF) con la colaboración de CaixaForum, analizar con profesionales de diferentes ámbitos, asociaciones de pacientes y la administración, si la mejor opción pasa por una descentralización de esta atención, siendo responsabilidad



de cada CCAA o por el contrario debe de ser un modelo de atención Nacional. Este análisis se ha hecho contemplando aspectos por supuesto sanitarios, pero además económicos, legales, de I+D+I, sociales y humanísticos. Y como no podía ser de otra forma, contaron con varias enfermeras para participar en este foro.

¿Qué planteamos las enfermeras en este análisis? Planteamos que aun siendo modelos de éxito el modelo de la ONT o el de la Agencia Española del Medicamento, entre otros, no podemos caer en el error de querer replicar, dado que estamos en un momento de cambio radical a todos los niveles y hay que hacer nuevos planteamientos. Que es urgente garantizar la equidad y que no es tolerable que según la CCAA de nacimiento de un niño se le haga el cribado neonatal (Prueba del Talón) de 7 o 30 enfermedades, que tenga o no acceso a especialistas y tratamientos o a la conciliación de los padres en el trabajo para poder atender y cuidar a su hijo enfermo.

Actualmente hay un grupo de investigación liderado por Héctor Nafría, enfermero y paciente de una enfermedad rara, que está estudiando el retraso en el diagnóstico según el lugar de origen de la persona y todas sus consecuencias, con resultados preliminares muy alarmantes.

Planteamos también que el abordaje de las EEPFFF, siendo la mayoría de ellas procesos crónicos, no puede centrarse solo en variables clínicas, sino que hay que tener en cuenta todos esos otros determinantes sociales de la salud que impactan definitivamente en la complejidad. Que es necesario disminuir el coste de las familias, el coste económico que recae sobre ellas por la falta de financiación de parte de los medicamentos y tratamientos y el coste emocional que cae sobre ellos como una losa.

Es necesario, además, adoptar nuevas modalidades de prestación de servicios que han demostrado excelentes resultados como es la Gestión de Casos. En concreto, en el abordaje

de las EEPFFF, siendo procesos de salud crónicos, el profesional que procede que provea este servicio es la enfermera, quien tiene los requisitos competenciales para ello. Este modelo de Gestión de Casos se basa en la coordinación, facilitando y organizando todo el proceso y a todos los proveedores de salud y entornos de atención. Además del acompañamiento, asesoramiento y ayuda en la toma de decisiones compartidas, adaptándose a las necesidades del niño/persona, su familia y entorno.

Esta Gestión de Casos ha de hacerse desde Atención Primaria adaptando el lugar de provisión de servicios a las necesidades y recursos de la persona, tratando de evitar en todo lo posible el impacto en el desarrollo de su vida lo más habitual posible. Hay que coordinarse con el colegio del niño, con su centro hospitalario de referencia, con la oficina de farmacia, con las asociaciones de la zona, con los servicios sociales, con entidades dedicadas al ocio y tiempo libre, restauración, ...

También hemos planteado, que dado el desconocimiento en muchas ocasiones de estas enfermedades, incluso por parte de los profesionales de la salud, es imprescindible incluir la atención a la salud de las personas con EEPFFF en los currículos académicos de los alumnos de grado de enfermería, medicina, psicología, farmacia, trabajo social, fisioterapia, dietistas, etcétera. Además de proveer de información en red de una forma ágil, actualizada y de consumo inmediato para el profesional que en un momento dado debe atender un caso.

Se necesita el desecho de ineficiencias con la agrupación de determinados servicios que perfectamente pueden unificarse y trabajar en red, duplicidad de peticiones de determinaciones y pruebas, traslados innecesarios perfectamente abordables mediante teleconsulta o interconsulta entre profesionales y sin necesidad de que el paciente se desplace. Urge la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica a nivel estatal, la implementación de sistemas de telemonitorización, teleconsulta, teleasistencia y en general de eSalud.

En definitiva, planteamos un rechazo pleno a modelos continuistas, exclusivamente biomédicos, reactivos y evaluados por actividad, virando hacia un modelo disruptivo, centrado en la persona, su familia y entorno con una visión holista, con una atención proactiva y evaluando el modelo en base a resultados en salud.

Directora de Enferconsultty y Secretaria de la Asociación Nacional de Enfermería (ANDE)

blancafl@enferconsultty.es



RRHH - TALENTO DIGITAL Y VINTAGE



“Vale más saber alguna cosa de todo que saberlo todo de una sola cosa”

Blaise Pascal

Entre aquel dicho de mi familia que decía que hay que servir para un roto y para un descosido y el *multiskill* de hoy en día han pasado tres generaciones. Unas cuantas más desde el origen del término. El anglicismo superfluo que tan poco me gusta utilizar viene a ser la polivalencia de toda la vida. Polivalencia tiene su origen en el griego y está formada con raíces latinas: el prefijo polys (mucho) y valere (permanecer en plenitud de fuerza, salud y vigor). En nuestro idioma, polivalente se aplica a lo que resulta valioso en diferentes situaciones o que ofrece varias prestaciones. Lo polivalente, por lo tanto, tiene valor (es importante o útil) en distintos contextos. La expresión “vale igual para un roto que para un descosido” sigue usándose para aludir a quien resulta muy útil por sus habilidades, por lo que puede desempeñar funciones o actividades muy diversas.

En cualquier empresa están definidas las funciones que se desempeñan en cada uno de los puestos y las habilidades necesarias para ello. En nuestros hospitales también, las funciones están claras, las habilidades para desempeñarlas no tanto. En todo caso lo están con un nivel

Polivalencia

Corpus Gómez Calderón

de detalle dispar que pasa desde definiciones genéricas a muy específicas. ¿Dónde encontramos el equilibrio entre la exhaustividad en la definición de funciones y la generalidad de estas?, ¿entre la especialización y la polivalencia?

Al hilo de este tema, suelo mencionar a menudo la definición de funciones recogida en el Estatuto Marco del personal al servicio de las instituciones sanitarias para la categoría profesional de celadores. Se trata de una Ley del año 2003 que mantiene vigentes, a los efectos de funciones de este personal, las recogidas en el antiguo Estatuto preconstitucional del año 1971. Estamos hablando de 50 años desde que se definieron esas funciones y continúan siendo el marco de referencia para el trabajo de estos profesionales en todas excepto en dos de nuestras comunidades



autónomas. Pues bien, esta norma define 23 funciones diferentes para esta categoría y finaliza con una que expresa literalmente: “también serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas”. Con esta contradicción entre el excesivo detalle y la indefinición generalista es posible que nos encontremos con gran variedad de interpretaciones y situaciones o casos extremos, desde el profesional que en un momento determinado puede alegar que la función de transportar cajas de un sitio a otro no está recogida en ninguna de las 23 y se niega a hacerlo, hasta el que acaba siendo el hombre (o mujer) orquesta, el personaje del circo que sirve para todo. También se puede dar el caso de necesitar celadores altamente especializados en la movilización de pacientes politraumatizados o parapléjicos y no disponer en los puestos necesarios de tan valiosos profesionales. La consecuencia lógica del desequilibrio entre las generalidades y la excesiva especificidad es que se termina, al fin y al cabo, gestionando voluntades.

En estos tiempos de pandemia no nos hemos parado a pensar en muchas definiciones de funciones, la gente se arremangaba y hacía y aportaba donde podía, debía o quería. Se ha puesto muy en valor el significado de la polivalencia en nuestros hospitales y se ha revelado como fundamental para afrontar la crisis sanitaria. Hemos tenido oftalmólogos y optometristas haciendo PCRs, neurocirujanos apoyando residencias de ancianos, especialistas de hospitales reforzando la Atención Primaria y viceversa, bibliotecarios complementando registros de pacientes, administrativos o financieros transportando material y vacunas, todos ellos integrados en equipos multidisciplinarios para dar lo mejor de sí mismos en esta lucha.

El debate entre la especialización versus polivalencia es un clásico en los foros de gestión de talento. La especialización excesiva cobra protagonismo con la Revolución Industrial y el apogeo de las fábricas. Cada trabajador se convertía en parte del engranaje de una gran máquina especializándose en tareas únicas de modo que se volvía más experto en ella y por lo tanto más productivo. Se mejoraba así la eficiencia de la fábrica en su conjunto. El gran problema que empezó a surgir fue que los trabajos repetitivos, al ser monótonos y tediosos, empobrecen a los profesionales y, la conse-

“

Deberíamos potenciar en mayor medida la polivalencia de los profesionales

”

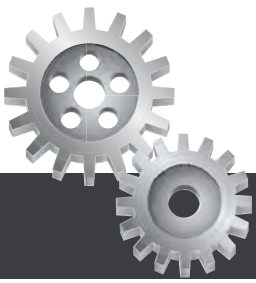
cuencia de ello era la disminución de la satisfacción de estos, su motivación y finalmente hacían caer la productividad.

Aunque nadie duda de que existe una amplia gama de trabajos técnicos que requieren de gran especialización y muy especialmente en el sector sanitario, hoy en día es indiscutible que la polivalencia ofrece beneficios tanto para el profesional como para la empresa. Por una parte permite a los profesionales adquirir nuevas habilidades y competencias, les hace más versátiles y con capacidad para adaptarse a diferentes entornos y asumir nuevos retos. Para las empresas supone contar con personas preparadas para desarrollar su actividad en un contexto y al ritmo que marcan las exigencias cambiantes que plantea el sector en el siglo XXI.

La polivalencia no significa realizar tareas de áreas totalmente diferentes a las que desempeña habitualmente el profesional. Obviamente un fisioterapeuta no puede asumir responsabilidades de un anestesista y tampoco debemos confundir la polivalencia con la necesidad de entrenar a nuestros profesionales para actuar de hombres orquesta. No, pero si debiéramos aprender de las lecciones que nos deja la pandemia y potenciar en mayor medida la polivalencia de los profesionales. Seguramente esto les evitará miedos e inseguridades a la hora de afrontar situaciones imprevistas y también nos beneficiaremos en mayor medida de sus capacidades y potencial para prestar una mejor asistencia a nuestros pacientes.

Directora de Recursos Humanos, Comunicación y RSC en Marinasalud. Denia (Alicante)

corpus.gomez@marinasalud.es



Ahondando más en el “efecto venturi” y su consecución

Antonio Burgueño Jerez

Como reza el título de esta columna, siempre es un buen momento para provocar el efecto venturi en el sistema sanitario español. Pero en los tiempos que corren es una obligación irrenunciable. En esta segunda reflexión queríamos entrar más en el cómo se debe provocar ese efecto.

En primer lugar, vamos a detenernos en el “efecto venturi”. Giovanni Battista Venturi (1746 – 1822) lo definió para explicar el comportamiento de los fluidos cuando la sección por la que transcurre disminuye, afirmando que la velocidad del líquido aumenta tras atravesar esa sección.

Trasladando la reflexión a la Sanidad, provocar el efecto venturi consiste en dar respuesta al incremento de la presión asistencial aumentando la capacidad de respuesta del sistema sanitario con los recursos de los que se disponen. Es decir, optimizando los recursos y aplicando fórmulas que incrementen la eficiencia.

La presión asistencial, es decir, la cantidad de pacientes a resolver su enfermedad ha aumentado exponencialmente desde el inicio de la pandemia. La aparición de for-



ma explosiva de una enfermedad como ha sido la del COVID-19, supuso la monopolización de los recursos en un primer momento, y de una gran parte de los mismos en los siguientes meses. Y aún continúa. Eso, en un sistema de presión alta pero controlada (daba respuesta aceptable al menos), provoca un colapso del sistema con un tapón asistencial para el resto de las patologías. En otras palabras, esperas más largas a tener hueco para ser operados los que estaban indicados para ello, para cualquier otro tratamiento, para finalizar su proceso diagnóstico otros muchos, y una cola creciente de personas con patologías sin diagnosticar. Demanda oculta estos últimos que hay que dimensionar para su abordaje.

Es decir, en la misma capacidad de respuesta asistencial que nos ofrecen los recursos disponibles, debemos ser capaces de: resolver las demandas de los enfermos COVID-19, más la demanda habitual de los pacientes que se van generando de otras patologías, más los que no han sido tratados a tiempo y que van a necesitar su asistencia, tal vez, con una complicación de la patología que va a requerir más recursos de los inicialmente previstos. Lo de la misma capacidad es por aquello de “ceteris paribus” (“siendo el resto de las cosas iguales”), por no meter muchas más variables a la ecuación, pues tampoco es cierto que la capacidad haya permanecido estable. A modo de ejemplo: se aumentaron camas UCI en detrimento de otros servicios como quirófanos, se han abierto hospitales, se han cerrado servicios por reubicación del personal o se han producido variaciones de los profesionales disponibles, con más contrataciones, y con un número descomunal de bajas a lo largo de este periodo. Esto por no mencionar algunas variables.

Para abordar este problema con alguna probabilidad de éxito, de poco sirve actuaciones aisladas en un momento del proceso asistencial, si no se tiene en cuenta las consecuencias en el resto del proceso asistencial. Acelerar consultas con telemedicina, por ejemplo, va a incrementar la cola em diagnóstico por la imagen, in-

“

Provocar el efecto venturi consiste en optimizar los recursos y aplicar fórmulas que incrementen la eficiencia

”

crementando el tapón ahí. Y si se resuelve, volverá el paciente a consulta, o a hacer cola en otras especialidades, en la cirugía, etcétera. En otras palabras, el proceso asistencial del paciente es un sistema de múltiples colas que solo la planificación del mismo mediante la aplicación de modelos matemáticos va a poderse lograr el efecto venturi y, con ello, el objetivo de recuperar la situación anterior. Teniendo en cuenta que el primer punto del proceso a contemplar deben ser los pacientes ocultos que están enfermos, pero no han entrado en el proceso asistencial aún.

Es irrenunciable lograr hacer la paciente lo que hay que hacerle, todo lo que hay que hacerle, pero solo que hay que hacerlo, en el momento adecuado, y de la mejor forma posible. Con todo ello se logrará la eficiencia y la optimización de los recursos, que es la base de la seguridad. Pues un sistema no seguro queda invalidado.

Director del Proyecto Venturi y Secretario General de
la Fundación Economía y Salud
antonio.burgueno@enclavesalud.com



Especialistas en un modelo de salud sostenible

En Ribera Salud queremos garantizar el acceso universal a un servicio de salud integrado y sabemos hacerlo de manera sostenible.

En Ribera Salud apostamos por gestionar la sanidad de un modo distinto.

Bienvenidos a la gestión sanitaria del siglo XXI.

Descubre más sobre nuestro modelo de salud sostenible en:
<http://www.riberasalud.com/portal-del-ciudadano/>

riberasalud.com



 **ribera salud** grupo



CUESTIÓN DE JUSTICIA



Adaptación del puesto de trabajo por motivos de salud y discapacidad vs. ineptitud sobrevenida del trabajador

Álvaro Lavandeira Hermoso

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación del empresario de aplicar medidas para adaptar el puesto de trabajo con arreglo al principio preventivo de adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción.

Esta consideración legal protege a toda persona que, por su condición física, edad o enfermedad, no pueda realizar las tareas propias de su trabajo sin riesgo. Incluye también a las personas con discapacidad, en tanto que no pueden desarrollar puestos de trabajo incompatibles con sus características personales por motivo de discapacidad.

Así, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales desarrolla el principio preventivo que garantiza los derechos de las personas sensibles a determinados riesgos. Se reconoce la protección de las personas que, por sus características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

Para lograr la adaptación de los puestos de trabajo, desde el punto de vista preventivo, seguir los siguientes aspectos:

1. Las tareas que componen el puesto de trabajo.
2. Los equipos de trabajo a utilizar.
3. Los esfuerzos requeridos para la tarea y la ergonomía del puesto de trabajo.
4. El entorno de trabajo.
5. La accesibilidad del puesto de trabajo.
6. La propia valoración funcional del trabajador.
7. Evaluación y adaptación del puesto de trabajo.
8. Seguimiento del resultado de la evaluación y adaptación.

Solo se puede ocupar un puesto de trabajo si se tiene una aptitud médico-laboral favorable, en función de la necesaria vigilancia de la salud que refiere la Ley de Prevención de Riesgos Laborales; por la cual se establece que el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio

la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

El empresario será informado de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

Sin embargo, hay que tener cuidado porque en ocasiones, la declaración de “no aptitud” puede suponer la extinción del contrato de trabajo mediante un despido objetivo por ineptitud sobrevenida, en aplicación del Estatuto de los Trabajadores, con una indemnización de veinte días por año de servicio, prorrateándose por meses los periodos de tiempo inferiores a un año y con un máximo de doce mensualidades.

Ante una falta de definición legal, la ineptitud del trabajador puede entenderse, tal y como afirma el Tribunal Supremo, como la inhabilitación o carencia de facultades profesionales que tiene su origen en la persona de trabajador, bien por falta o actualización de los conocimientos, bien por deterioro o pérdida de los recursos de trabajo, rapidez, percepción, destreza, capacidad de concentración, etcétera.

Es decir, la ineptitud sobrevenida es la ausencia en el trabajador de las condiciones necesarias para desempeñar adecuadamente un determinado trabajo; como una inhabilidad, una falta de aptitud, preparación, suficiencia o idoneidad para desarrollar de manera útil y provechosa la prestación de trabajo (STS 5 de octubre de 1984 y 2 de mayo de 1990). Es ineptitud del trabajador aquella sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa.

Existen diferencias entre el concepto de ineptitud sobrevenida del trabajador y el de incapacidad temporal y permanente.

Cuando un trabajador tiene una incapacidad temporal debida a una enfermedad común no se podrá despedir en virtud por ineptitud, ya que es una cuestión temporal y no permanente, en cuyo caso el despido sería declarado improcedente, o incluso nulo.

No obstante, se puede llegar a considerar el despido objetivo si después de una incapacidad temporal, el trabajador no pueda realizar

sus tareas y sea imposible la readaptación en otro puesto de trabajo.

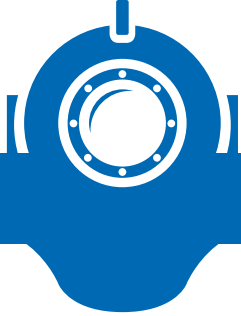
La gran invalidez o la incapacidad permanente total o absoluta del trabajador dan lugar a la extinción de la relación laboral, salvo que en la declaración de incapacidad permanente, a juicio del órgano de calificación, la situación de incapacidad del trabajador vaya a ser previsiblemente objeto de revisión por mejoría que permita su reincorporación al puesto de trabajo, subsistiendo entonces la suspensión de la relación laboral, con reserva del puesto de trabajo, durante un periodo de dos años a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente.

Es necesario entonces distinguir entre la ineptitud sobrevenida como causa extintiva y la invalidez permanente, pues esta última se define por remisión a la legislación de la Seguridad Social y requiere de una declaración administrativa o judicial. Se trata entonces de un concepto desconectado del de incapacidad física o psíquica, producida a consecuencia de alguna de las contingencias protegidas por la Seguridad Social. La ineptitud sobrevenida se refiere, según constante interpretación, a una inhabilidad o carencia de facultades profesionales que tiene su origen en la persona del trabajador y también, por deterioro o pérdida de sus recursos de trabajo, percepción, destreza, rapidez (STS de 2-5-1990), lo que es distinto al concepto de invalidez, situación aquella que por sí misma permite la extinción contractual de forma que puede declararse la resolución del contrato por tal causa cuando, como es el caso, el trabajador no alcanza ninguno de los grados de invalidez permanente en los grados previstos en la Ley General de Seguridad Social, sin embargo resulta incapaz en la realización de su trabajo ordinario. (Sentencia del TSJ de Cataluña del 23 de junio de 2011).

La ineptitud debe ser imputable al trabajador con carácter permanente y afectar a las tareas esenciales del trabajado realizado. (STSJ Andalucía de 2016).

En caso de no estar de acuerdo con el despido por ineptitud sobrevenida, el trabajador tiene un plazo de 20 días hábiles para recurrirlo solicitando la improcedencia o nulidad del mismo.

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



Revisión monográfica multidisciplinaria sobre enfermedades inflamatorias tipo 2 (proyecto FEP MoMu Enfin-2)



Virginia Rodríguez¹



José Luis Baquero²

La inflamación es un proceso fisiológico que, frente a una agresión, activa la circulación y pretende señalar la zona afectada al sistema de defensa, para combatir al agente causal y promover la reparación tisular. Sin embargo, en situaciones en que esta respuesta se produce de manera desproporcionada, como ocurre en las respuestas por hipersensibilidad del sistema inmunitario, la inflamación resulta patológica apareciendo enfermedades inflamatorias secundarias. Ejemplos de ellas son la alergia, la rinosinusitis crónica/pólipos nasal, la dermatitis atópica, la urticaria, el asma o la esofagitis eosinofílica, por ejemplo.

Existen varios tipos de inflamación entre los que destacamos los tipos 1, 2 y 3. En el caso que nos ocupa, estas enfermedades inflamatorias presentan una fisiopatología similar, induciendo una respuesta inmunitaria con células y mediadores inflamatorios, conocida como respuesta tipo 2 (ver tabla 1). En la etiopatogenia de las enfermedades inflamatorias tipo 2 influyen factores externos desencadenantes, junto a factores genéticos predisponentes, y es frecuente que en los pacientes coexistan varias de estas patologías. Por

ejemplo, más del 80% de los pacientes con asma padecen síntomas nasales (rinitis o rinosinusitis crónica/RSC), y más del 50% de los pacientes con rinitis y el 40% con RSC tienen asma. Asma y dermatitis atópica pueden coexistir en hasta el 50% de las personas, con una frecuencia cambiante de presentación de estas comorbilidades a lo largo de la vida.

Las enfermedades inflamatorias tipo 2 presentan rasgos comunes y comparten características, lo que complica la vida de los pacientes y su entorno, en detrimento de su calidad de vida. A la frecuente y múltiple comorbilidad, se une el difícil control de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. De hecho, el 75% de los pacientes con dermatitis atópica de moderada a grave, el 40-45% de los pacientes con asma, y más del 40% de los pacientes con RSC y pólipos nasales, no tienen un adecuado control de la enfermedad.

Por ello, desde el Foro Español de Pacientes (FEP) hemos promovido el proyecto MoMu Enfin-2, con el aval científico de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y con

	VIA INFLAMATORIA		
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Células inmunitarias primarias	Neutrófilos	Mastocitos	Neutrófilos
	Linfocitos T <i>helper</i> 1 (Th1)	Basófilos	Linfocitos T <i>helper</i> 17 (Th17)
	Células linfoides innatas 1 (ILC1)	Eosinófilos	Linfocitos T <i>helper</i> 22 (Th22)
	Células <i>natural killer</i> (NK)	células T cooperadores foliculares (Tfh)	Células linfoides innatas 3 (ILC3)
		Linfocitos T <i>helper</i> 2 (Th2)	
	Células linfoides innatas 2 (ILC2)		
Citoquinas claves	Interleuquina 2 (IL-2)	Interleuquina 4 (IL-4)	Interleuquina 6 (IL-6)
	Interleuquina 6 (IL-6)	Interleuquina 5 (IL-5)	Interleuquina 17 (IL-17)
	Interleuquina 12 (IL-12)	Interleuquina 13 (IL-13)	Interleuquina 22 (IL-22)
	Interleuquina 17 (IL-17)	Interleuquina 31 (IL-31)	Interleuquina 23 (IL-23)
	Interferón γ (IFN γ)	Alérgenos (IL-25, IL-33, TSLP)	
	Factor de necrosis tumoral (TNF)		
Objetivo	Virus	Alérgenos	Bacterias extracelulares
	Bacterias intracelulares	Parásitos	Hongos
	Células cancerígenas		
Enfermedades (ejemplos)	Enfermedades autoinmunes, como:	Enfermedades inflamatorias tipo 2, como:	Enfermedades autoinmunes, como:
	Psoriasis	Dermatitis atópica	Psoriasis
	Artritis psoriásica	Rinitis alérgica	Artritis psoriásica
		Asma	
		Rinosinusitis crónica con poliposis nasal	
	Esofagitis eosinofílica		
	Alergia a alimentos		

Aspectos claves de las enfermedades inflamatorias dependiendo de la vía inflamatoria

el objetivo de dar valor al abordaje multidisciplinar de las enfermedades inflamatorias tipo 2, e identificar los aspectos comunes de estas enfermedades y las necesidades de los pacientes en base a su experiencia.

Seguimos dos etapas:

1. SONDEO PREVIO, revisando la situación actual en base a la experiencia de los pacientes afectados por estas enfermedades, determinamos los aspectos críticos y las necesidades insatisfechas.
2. FORO DE DISCUSIÓN en una reunión multidisciplinar y transdisciplinar, telemática por videoconferencia el 24 de noviembre de 2020, revisamos primero los aspectos comunes de la estas enfermedades; y posteriormente y siguiendo el método de Grupo Nominal de McMillan, se acordaron ciertas recomendaciones para su abordaje.

Participamos 7 representantes de Organizaciones de Pacientes (OOPP) afectados por este tipo de enfermedades (por orden alfabético de primer apellido):

- José Luis Baquero, del Foro Español de Pacientes (FEP).

- Patricia Calvo, de la Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex (AEPNAA).
- Belen Delgado, de la Asociación de Afectados por la Dermatitis Atópica (AADA).
- Miriam Espinosa, de la Asociación Española de Esofagitis Eosinofílica (AEDESEO).
- Esther Esteban, también de AEPNAA.
- Jaume García, de la Asociación de Afectados por Urticaria Crónica (AAUC).
- Irantzu Muerza, de la Asociación de apoyo a personas afectadas por el asma de Bizkaia (ASMABI), y en representación de los afectados de patología respiratoria superior (rinosinusitis crónica y poliposis nasal).

Así como un foro multidisciplinar de 12 profesionales:

- Paloma Casado Duráñez, subdirectora general de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.

- Eusebi Chiner, neumólogo, director de SEPAR-pacientes, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
- Miquel Díaz, *public affairs* de Multiple Sclerosis & Immunology en Sanofi.
- Agustín Frades Rodríguez, enfermero de Atención Primaria en Toro (Zamora). Comité de Enfermería de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC).
- José Tomás Gómez Sáenz, médico de familia en el Centro de Salud de Nájera (La Rioja) y coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.
- Carolina Gutiérrez-Junquera, gastroenterólogo pediátrico en Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).
- Carme Hernández, responsable Dispositivo Transversal Hospitalización a Domicilio Dirección Médica y enfermera Hospital Clínic Barcelona. Directora de SEPAR-pacientes (SEPAR).
- Joaquim Mullol, Unidad de Rinología y Clínica del Olfato del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínic de Barcelona; e Inmunología Respiratoria Clínica y Experimental del IDIBAPS.
- Carmen Pérez Habas, enfermera y presidenta de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha.
- Virginia Rodríguez, alergóloga del Complejo Hospitalario de Santiago (Servizo Galego de Saúde).
- Sandra Ros Abarca, psicóloga en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
- Esther Serra, dermatóloga en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
- Carmen Vidal Pan, alergóloga del Hospital Clínico Universitario de Santiago, profesora asociada de Medicina de la USC y representación de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC).

En la etapa previa se seleccionaron como aspectos críticos y necesidades insatisfechas por los pacientes:

- Calidad de vida:
 - o Esfera física:
 - Problemas con actividades cotidianas: deporte, estudios, trabajo, entre otros.
 - Problemas de sueño, apetito, ...
 - Pérdida de rendimiento laboral o escolar y absentismo.
 - Síntomas específicos de la enfermedad, como son los nasosinuales, oculares, bronquiales, digestivos y cutáneos.
 - o Esfera emocional:
 - Como miedo (incluso a morir), estrés, ansiedad, depresión y variabilidad de carácter.
 - Falta en el SNS de abordaje emocional (del paciente y su entorno) y motivacional (para no dejar el tratamiento).
 - o Esfera social:
 - Barreras para la relación (afonía, voz nasal, aspecto, problemas en la deglución, etc.) que lleva al aislamiento.
 - Barreras a la percepción del entorno: por pérdida de olfato, gusto o audición.
 - Clínicos/tratamiento:
 - o Prevención: limitada a la evitación.
 - o Multimorbilidad con otras patologías relacionadas.
 - o Retraso en el diagnóstico.
 - o Pronóstico: cronicidad, incertidumbre, brotes repentinos, tiempo y curación/alivio.
 - o Síntomas limitantes: picor, disnea, disfagia, pérdida del olfato y del gusto, etc.
 - o Infecciones secundarias.
 - o Posibilidades de tratamiento y temor a la “resistencia” y recaída.
 - o Efectos adversos de tratamientos prolongados (como con corticoides).
 - o Investigación, desarrollo, innovación de nuevos tratamientos y acceso (IDi+a).



- Gestión:
 - o Referido a los costes:
 - Coste de la enfermedad añadido para el paciente y su entorno: dietas, alimentos especiales, emolientes.
 - Costes directos (visitas, pruebas de diagnóstico y tratamientos entre otros) e indirectos (como el presentismo y absentismo) de la enfermedad para el SNS.
 - Gestión economicista de las Administraciones, limitando la cartera de servicios.
 - La sostenibilidad del SNS, debe ser de la calidad.
 - o Atención centrada en el paciente:
 - Inadecuada funcionalidad del SNS, no estando centrada en el paciente sino en su estructura, fragmentándose por especialidades. Complejidad de procedimientos.
 - Múltiples citas en el hospital y problema de multiconsultas: disparidad en los abordajes, repetición de pruebas, plurimedicación, etcétera.
 - Cuando falta información, se busca y se da crédito a bulos, informaciones incorrectas o incompletas.
 - Difícil comunicación con el especialista: falta de tiempo, confianza .
 - Prácticamente nulo acceso a la Historia Clínica por el paciente.
 - Generalmente los pacientes se centran solo en su caso y se implican poco en la política y estrategias de carácter general. Aspecto que debe ser cubierto por la OOPP.
- Siguiendo la sistemática de Grupo Nominal como técnica creativa que facilita la generación de ideas y el análisis de problemas, llegando por consenso a proponer como abordaje:
- Calidad de vida:

El paciente y su entorno, aprecian por encima de todo la calidad de vida, debiendo ser esto el principal objetivo del abordaje.

Debería sondearse incluso sobre aspectos íntimos, como las relaciones sexuales; sociales y laborales (adaptándose a cada paciente). Ayudaría disponer de un checklist u hojas de verificación, integrada en el protocolo de atención al paciente. Debe incluir aspectos sociales y laborales, así como aspectos íntimos, como son las relaciones sexuales.
 - o Esfera física:
 - Debe facilitarse el acceso al especialista específico (como el nutricionista p.e.), ante la sospecha de afectación.
 - Preguntar y abordar, los síntomas específicos de la enfermedad.

o Esfera emocional:

- El paciente debe ser instruido en cuanto a técnicas de relajación, "mindfulness", asertividad, relación con los demás, automotivación, ... Así como proponerle técnicas como pilates, yoga,....
- Debe facilitarse el acceso al especialista específico (especialista en salud mental p.e.), ante la sospecha de desequilibrio emocional.
- Solo el "acompañamiento" del paciente le hará al profesional desarrollar su sensibilidad, imprescindible para llevar a cabo un estilo humanizado del abordaje.

o Esfera social:

- Se hace necesario buscar la comprensión y colaboración del entorno del paciente. Trabajar con la familia y amigos, a través de talleres que den a conocer qué es la patología y cómo ayudar en el día a día al paciente.
- Debe facilitarse el acceso al especialista específico (trabajador social, etc.), ante la sospecha de afectación y acceder a las ayudas, los beneficios fiscales o laborales, etcétera.

• Clínica:

o Prevención:

- Advertir e informar del riesgo de comorbilidades relacionadas (resto de enfermedades inflamatorias tipo 2), complicaciones y efectos adversos.
- Informar y formar para empoderar al paciente, y su capacidad de autocuidado.

o Diagnóstico precoz:

- Exploración presencial ante el menor indicio: disminución/perdida de olfato, problemas de deglución, etc.
- Los síntomas de inicio pueden ser leves e inespecíficos, incluso suele haber adaptación a la limitación, por lo que debe preguntarse proactivamente.
- En muchos casos, aparecen en edad infantil.
- Es necesaria la formación de los profesionales en estas patologías, a nivel universitario y posterior formación continuada a diferentes

especialidades, así como campañas de concienciación a la sociedad y en las consultas médicas.

- Campañas en las consultas, para llegar a los pacientes aun sin diagnosticar.

o Tratamiento:

- Debe practicarse la toma compartida de decisiones con el paciente. Es un "contrato" aceptado por ambas partes y que les compromete. En todo caso, debe estar basado en la evidencia científica y, cuando sea posible, recomendado en guías de práctica clínica.
- También debe implicarse al paciente en la valoración y seguimiento de su proceso. Valorar su experiencia (Medida de la Experiencia Reportada por el Paciente – PREM; y Medida de los Resultados Reportados por el Paciente - PROM).
- El paciente debe ser instruido en cuanto a la importancia de la adherencia, etc.

o Pronóstico:

- La implicación y compromiso del paciente es fundamental, por lo que debe ser cómplice mediante la toma compartida de decisiones.
- Se debe "acompañar" al paciente, dándole apoyo emocional y social, técnicas de afrontamiento y autocuidado, etc.
- Se deben "prescribir" las organizaciones de pacientes, al paciente, como elemento de valor, por el apoyo que prestan y la formación al paciente, acompañándolos en el día a día. Hacer ver su interés.
- La figura del "paciente experto" es un apoyo al profesional, dado que, siendo también afectado, generalmente resulta muy (a veces más) convincente. Es importante a lo largo de todo el curso de la enfermedad.

o Control:

En las enfermedades crónicas, el objetivo no es curar sino controlar la enfermedad: reducir síntomas y gravedad, aumentando la calidad de vida.

- Gestión:

o Costes:

- Para el diagnóstico precoz es suficiente muchas veces una anamnesis detallada y un seguimiento adecuado. No siempre son precisos costosos procedimientos,
- Es patente la falta de estudios de costes y los pocos que hay son parciales. Además, es difícil valorar en estas enfermedades los costes indirectos e intangibles. Deben promoverse estudios independientes.
- En todo caso, la gestión no debería centrarse en costes sino en recursos. Su eficiencia debe fundamentarse en el valor aportado al paciente (determinado por pacientes y representantes de pacientes).
- La sostenibilidad del SNS no solo debe basarse en la limitación al acceso a la farmacia y tecnología, sino también en la eficiencia de la estructura.
- El acceso a ciertos tratamientos nuevos y tecnologías, se debe valorar adecuadamente en base a análisis coste-beneficio completos (incluyendo costes indirectos y basarlos en el valor aportado) e imparciales.
- Los recursos son limitados, debiendo personalizar el abordaje y las prioridades.
- La valoración debe contar con el consenso multidisciplinar (profesionales y OOPP).

o Atención centrada en el paciente:

- Considerar a las OOPP como partícipes del sistema sanitario y empoderarlas participando en las comisiones y órganos de decisión.
- Se hace necesaria la colaboración interdisciplinar y los equipos multidisciplinares coordinados, incluyendo a profesionales y OOPP.
- Si no son posibles las consultas de alto rendimiento multidisciplinar, al menos debe existir un coordinador para planificar a las diferentes especialidades.
- Disponibilidad real de la Historia Clínica por el paciente e información común entre todas las especialidades intervinientes.
- El estudio y abordaje no debe reducirse a solo el área de experiencia del especialista. La "vía aérea es única" y si hay problemas nasales, debe ser explorado el pulmón y viceversa, remitiéndose al especialista correspondiente.
- En el dialogo con el paciente, debería preguntársele e identificar la/las máximas prioridades, para ser abordadas de inmediato.
- La evolución del paciente sufre altos y bajos, que le hacen desconfiar del tratamiento, lo que solo se puede combatir con la información y motivación. Los profesionales deben ser formados en técnicas de comunicación y "entrevistas motivacionales".
- La prevención es muy rentable y se ejerce poco desde las Administraciones. Impulsar la educación a través de canales eficaces (no vale subir solo la información a una web)
- Deben "prescribirse" fuentes de información fiables, entre las que están las Administraciones, las sociedades científicas, y las OOPP.
- Deben desarrollarse las TICs para facilitar el contacto telemático profesional-paciente como complemento a la consulta presencial. El teléfono es un recurso del SNS, pero apenas aporta valor al paciente.
- Hospitalocentrismo excesivo, debiendo reforzarse la AP y atención domiciliaria.
- Aprovechar la labor de las OOPP complementando la cartera de servicios: apoyo psicológico, adiestramiento, orientaciones dietéticas, etc.
- No debe dejar de reconocerse el papel fundamental del profesional y lo importante de mantener su motivación.
- Debe aportarse de los medios, espacio y tiempo necesarios al profesional, para un mejor ejercicio de su trabajo.
- La relación lingüística con Latinoamérica, facilita el trabajo conjunto con España y una oportunidad para desarrollar el liderazgo e influencia, dentro y fuera de nuestro país.

El proyecto ha sido realizado con la colaboración de Sanofi-Genzyme.

¹Servicio de Alergología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (Servizo Galego de Saúde) y coordinadora de la Comisión de Relación con las asociaciones de Pacientes de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)

²Director y coordinador científico del Foro Español de Pacientes (FEP)



Los bulos amenazan la vacunación contra la COVID-19

Carlos Mateos

La desinformación en vacunas es una de las principales amenazas para conseguir la vacunación universal y la protección a la población frente a epidemias y pandemias como la causada por la COVID-19. Por ese motivo, ha surgido una iniciativa para hacerle frente: la Alianza contra los Bulos en Vacunas.

Casi la mitad de la población recelaba de las vacunas contra el coronavirus antes de que las primeras vacunas estuvieran en nuestro país, según una encuesta del CIS. Aunque esos miedos se han reducido en posteriores encuestas, los bulos sobre las vacunas no han dejado de aumentar, algunos originados por los llamados negacionistas o antivacunas, otros derivados de una mala información y algunos más espoleados por el deseo de obtener clicks a las publicaciones, a costa de titulares sensacionalistas.

La consecuencia de los bulos sobre las vacunas de la COVID-19 es menores tasas de vacunación, según un estudio del Imperial College y la London School of Hygiene and Tropical Medicine publicado en febrero en *Nature Human Behaviour*. Los científicos comprobaron que, cuando se sometía a la población a bulos sobre vacunas, el deseo de vacunarse para

protegerse se reducía en 6,2 puntos porcentuales en el Reino Unido y 6,4 en Estados Unidos. También se reducía el interés por vacunarse para proteger a otros.

La reducción es preocupante porque el porcentaje de personas que estaban dispuestas a vacunarse frente a la COVID-19, en septiembre de 2020, cuando se hizo la encuesta, era ya de por sí bajo, apenas la mitad: 54,1% de los británicos y un 42,5% de los estadounidenses.

Tras exponer a los encuestados a bulos de vacunas sobre la COVID-19, una cuarta parte aseguró tras la prueba que estaba de acuerdo con parte de los contenidos falsos o los consideró confiables. El estudio también demuestra que los bulos más peligrosos sobre las vacunas son los que usan imágenes o enlaces que den sensación de que el contenido viene avalado por expertos en la materia.

Para actuar de manera coordinada contra la desinformación en vacunas, diferentes organizaciones del ámbito de la salud y la sociedad civil han unido sus fuerzas en una Alianza contra los Bulos en Vacunas, de la que forman parte inicialmente el Instituto #SaludsinBulos, la Asociación Española de Vacunología, la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas, la



Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria, el Instituto Balmis de Vacunas, el Consejo General de Farmacéuticos y la Asociación de Enfermería Comunitaria y la Escuela de Pacientes de Andalucía, a la que se espera que se sumen otras entidades.

El objetivo de la Alianza es contribuir a la información veraz sobre vacunas y combatir la desinformación sobre las mismas. Para ello, recurrirá a campañas de concienciación, formación en habilidades de comunicación a profesionales sanitarios, herramientas de consulta y sistemas de monitorización sobre bulos en vacunas.

Principios

Los principios de la Alianza son:

- Los bulos sobre vacunas ponen en peligro la salud de la población y, en especial, a los más vulnerables.
- Cuando una persona deja de vacunarse porque cree que las vacunas son nocivas no sólo se expone a un virus que puede ser mortal, sino que pone en riesgo al resto de la comunidad.
- La eficacia y seguridad de las vacunas no están basadas en creencias sino en ciencia.

Todas las vacunas disponibles han pasado las evaluaciones de las autoridades sanitarias y han tenido que demostrar que son seguras y funcionan.

- La difusión de bulos sobre las vacunas es un acto repudiable e irresponsable. Basta que una sola persona se crea el bulo y no se vacune o no vacune a sus hijos para causar un daño irreparable.
- Las redes sociales y las cadenas de mensajería instantánea pueden multiplicar el alcance de un bulo y su daño, por lo que cualquier distorsión de la realidad puede equivaler a un efecto dominó cuyas consecuencias finales son impredecibles.
- El humor es un arma de doble filo sobre las vacunas frente a la COVID-19. Si bien puede ayudar a desmontar los argumentos de los antivacunas también puede contribuir a crear un estado de opinión contra ellas. Por eso, la responsabilidad a la hora de difundir bulos se extiende a los memes.
- Se necesitan campañas de concienciación sobre los bulos en vacunas que apelen a la responsabilidad individual y que lleguen a todos los colectivos implicados.
- Los profesionales sanitarios tienen una labor fundamental a la hora de difundir información veraz sobre vacunas y contribuir a la confianza de la población en ellas, tanto en su contacto directo con el paciente como en redes sociales.
- La educación sobre los beneficios de las vacunas debe iniciarse desde edades tempranas. Un ciudadano formado en salud contribuye a una sociedad más sana.
- La tecnología debe contribuir a combatir los bulos en vacunas y la creciente amenaza que suponen los bots creados por grupos antivacunas y gobiernos autoritarios cuyo fin es desestabilizar democracias.

Coordinador del Instituto #SaludsinBulos y director de la agencia de comunicación COM Salud

cmateos@comsalud.es

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



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

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

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





INFORME COVID-19

“Construyendo un nuevo futuro”: Reflexiones y nuevos retos, desde un enfoque clínico y organizativo

A continuación, reproducimos la Introducción y Conclusiones del Informe COVID-19: “Construyendo un nuevo futuro” de la Fundación Tecnología y Salud. Si desea acceder al Informe completo puede hacerlo [aquí](#)

INTRODUCCIÓN

El papel de la Fundación Tecnología y Salud (FTYS) en este nuevo escenario

A lo largo de esta pandemia, la Tecnología Sanitaria ha desempeñado un papel clave en la prevención, diagnóstico, tratamiento y soporte vital de los pacientes y en la protección de los profesionales sanitarios a través de productos esenciales como mascarillas, batas, guantes, soluciones hidroalcohólicas, productos de desinfección de superficies e instrumental, productos sanitarios de un solo uso, bombas de infusión, equipos de monitorización, respiradores, test de diagnóstico, etc., evitando así mismo el aumento del número de contagios por la COVID-19 entre la población.

Las empresas del sector sanitario se han constituido como la vanguardia en la re-acción a la crisis de la COVID-19 en nuestro país, tanto desde la perspectiva de la atención clínica y sanitaria, como para asegurar todo tipo de suministros críticos.

En este contexto, la Fundación Tecnología y Salud es un agente comprometido con el sistema cuyo objetivo es la difusión del valor de

la Tecnología Sanitaria y sus importantes aportaciones al sistema sanitario.

Sigue un camino paralelo a Fenin, en el que existen puntos de convergencia que aseguran el trabajo comprometido y coherente de ambas organizaciones, aprovechando sinergias y reforzando sus estrategias, con enfoques complementarios y con una orientación de cada institución a lo que son sus objetivos primarios.

En los próximos meses y años, su aportación y servicio al paciente seguirá siendo decisiva, ya que debe afrontar el importante desafío socio-sanitario que plantean retos como el envejecimiento paulatino de la población y el aumento del número de enfermos crónicos y dependientes o crisis sanitarias como la derivada de la pandemia de la COVID-19:

- Uniendo esfuerzos con los pacientes y los profesionales sanitarios para mejorar la vida de las personas y consolidándose día a día como punto de encuentro y re-flexión y socio estratégico de todos los agentes que participan en el sistema sanitario, para llevar a cabo la necesaria reconstrucción del sistema.

- Colaborando estrechamente con los profesionales sanitarios y la Administración para desarrollar un nuevo modelo de atención sanitaria que tenga en cuenta la nueva estructura demográfica, o diseñar y promover soluciones de mejora que aportan valor y resultados tanto económicos, como sociales y sanitarios.
- Impulsando y colaborando con las sociedades científicas y los profesionales sanitarios en el desarrollo de recomendaciones, medidas preventivas y protocolos que ayuden a planificar y a implantar iniciativas que mejoren la práctica clínica y la esperanza de vida de los ciudadanos.
- Estimulando y promoviendo la innovación tecnológica y dando a conocer los beneficios que aportan las nuevas herramientas que ofrece la Tecnología Sanitaria aportando calidad, seguridad y eficiencia en los procesos asistenciales, permitiendo su evolución y mejora continua.

El papel del sector de Tecnología Sanitaria ante la pandemia

Las empresas de Tecnología Sanitaria, han trabajado 24 horas al día, 7 días a la semana para reforzar y reconvertir las operaciones productivas, abastecer de todo tipo de material de protección, productos y Tecnología Sanitaria para proteger a los profesionales y para atender y diagnosticar a los pacientes.

Por ello es necesario, ahora más que nunca, apoyar y fortalecer a este Sector que además de ser esencial, tal y como se ha comprobado en esta pandemia, es un motor económico, una fuente de empleo de calidad y desempeña un papel tractor para muchos sectores auxiliares.



Prioridades desde el sector de Tecnología Sanitaria para la reactivación del sistema sanitario y de la actividad asistencial

Antes de abordar la implementación de medidas necesarias a medio plazo para reforzar el sistema sanitario y prepararlo para futuras posibles pandemias, es preciso garantizar la actividad sanitaria no COVID-19, para atender a los pacientes con otras patologías que precisen ser atendidos de forma inmediata. En ese sentido, desde el Sector de Tecnología Sanitaria, se proponen una serie de medidas para la reactivación del sistema sanitario y la actividad asistencial.

6 Medidas prioritarias

1. Una nueva oportunidad para las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad

- Establecimiento de un foro que integre los diferentes actores vinculados a la sanidad (Ministerios, CCAA, profesionales sanitarios, pacientes e industria) que permita establecer los mecanismos de coordinación y guía en el proceso de normalización en el ámbito sanitario.
- Coordinación de los programas y protocolos de las CCAA desde el Ministerio de Sanidad, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de cara a determinar los cambios necesarios en las actividades asistenciales y quirúrgicas.

2. Plan específico de recuperación de listas de espera

- Reprogramar las cirugías aplazadas por la crisis, a través de un Plan específico de recuperación de listas de espera que garantice absorber a lo largo de los próximos meses el 100% de la demora generada.
- Coordinar con la Sanidad Privada, la posible gestión de servicios asistenciales, integrando sus capacidades.

3. Garantizar la continuidad de la formación médica a través de las sociedades científicas

4. Garantizar el acceso a los hospitales de forma segura

Trabajar con las asociaciones de pacientes para crear un marco de confianza que facilite su visita o ingreso en hospitales y centros sanitarios cuando sea estrictamente necesario, para el seguimiento, el diagnóstico y el tratamiento de sus patologías.

- Acceso seguro del personal de las empresas a centros sanitarios. Es imprescindible para el soporte y formación a los profesionales sanitarios en la utilización de la tecnología, acompañamiento en intervenciones quirúrgicas, mantenimiento y calibración de los equipamientos médicos.

5. Impulsar la atención domiciliaria

- Las soluciones de Salud Digital han permitido la mejora de la gestión clínica de los pacientes con coronavirus, liberar recursos, evitar re-ingresos e identificar a los pacientes con COVID-19 que, por su sintomatología, carga de morbilidad o complejidad clínica, han podido ser atendidos preferentemente en sus domicilios, aliviando la carga asistencial de los hospitales en el momento de mayor tensión del sistema sanitario.
- En el caso de las Residencias de mayores y dependientes, deben dotarse de más recursos tecnológicos y sanitarios para proteger a los más vulnerables y descongestionar hospitales de crónicos pluripatológicos.

6. Vigilancia epidemiológica y campañas de vacunación

- Desarrollo de soluciones digitales a nivel ministerial y en coordinación con las CCAA para conocer en tiempo real la situación de contagios, ingresos hospitalarios e ingresos en UCI.
- Preparación del sistema sanitario para las campañas de vacunación: adquisición del material de inyección necesario y soluciones digitales para la identificación y registro de los pacientes vacunados.

Medidas de apoyo al sector de Tecnología Sanitaria

Por otro lado, también se proponen una serie de medidas prioritarias de apoyo al Sector.

6 Medidas prioritarias

1. **Plan nacional de promoción de la industrialización del sector de Tecnología Sanitaria**
 - Financiación en tiempos de crisis a las empresas que reorganizan o intensifican su producción para poder comprar materia prima y multiplicar los turnos de trabajo.
 - Plan estratégico para que las empresas emprendan líneas de producción de pro-



ductos esenciales con posibilidad de continuidad y permanencia y sostenibilidad.

- España debe de compatibilizar la creación de un tejido productivo nacional esencial con la promoción de la presencia e inversión de empresas multinacionales que apuesten por la producción y la economía del país, con plantas de fabricación, centros y capacidades de distribución, centros de innovación y generación de empleo de alta cualificación.
2. **Aumentar y agilizar la llegada de liquidez a las empresas**
 - Normalizar los plazos de pago de las Administraciones Públicas, conforme a lo que dicta la ley.
 - Otras medidas fiscales, económicas, etc, que incentiven la actividad de las empresas.
 3. **Contratación Pública**
 - Reforzar el valor de la calidad en los criterios de valoración de los procesos de contratación para que no haya problemas de



seguridad y calidad observados en esta crisis sanitaria.

- Modificar la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) incluyendo una especificidad para el ámbito sanitario como han hecho otros países europeos garantizando que la calidad no sea menor que el 50% de los criterios de adjudicación.

4. IVA superreducido

- Proponer a la Comisión Europea un cambio legislativo para que el tipo de IVA que se aplique a los productos sanitarios sea superreducido (4%), por ser productos esenciales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como se ha demostrado en esta crisis.

5. Legislación de productos sanitarios y productos sanitarios para el Diagnóstico In Vitro

El sector de productos sanitarios está regulado a través de directivas armonizadas a nivel europeo, que darán paso a nuevos Reglamentos de Productos Sanitarios y Productos Sanitarios para el Diagnóstico In Vitro (IVD), prevista su aplicación de forma inmediata. En este sentido proponemos:

- Dotar de recursos necesarios al Organismo Notificado (ON) español, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para que pueda solicitar su designación como ON para el Reglamento de productos sanitarios para el Diagnóstico In Vitro y, de esta forma, pueda responder a la industria nacional en la certificación de los productos sanitarios y pueda ser considerado por las multinacionales como elemento favorable para la puesta en marcha de plantas de fabricación en nuestro país.

- Fomentar una mayor colaboración con la AEMPS para reforzar la regulación que garantice la calidad de los productos y empresas.
- Reforzar el sistema de control y vigilancia del mercado que permita detectar de forma ágil la introducción en el mercado de productos que no cumplan con la legislación de aplicación a este sector.
- Vigilar la venta al público de productos sanitarios a través de medios digitales para impedir, por ejemplo, la venta al público de tests de diagnóstico de uso profesional.

6. Internacionalización

La actual reconversión de algunas empresas y el establecimiento de nuevas líneas de producción complementarias a las ya existentes va a llevar consigo para muchas de ellas el inicio de la actividad exportadora o la búsqueda de mercados exteriores.

- Es necesario impulsar y liderar la internacionalización de las empresas del sector, para mejorar su competitividad y proyección internacional, a través de la digitalización y la formación en mercados y en instrumentos de apoyo a la internacionalización.
- Para ello se deben incrementar las ayudas públicas a este sector que se han visto mermadas significativamente en los últimos años.

CONCLUSIONES

Aprender del pasado, analizar el presente y construir el futuro

Una situación de excepcionalidad, como la ocasionada por la COVID-19, nos ha servido

para identificar tanto los puntos fuertes como los débiles del sistema actual. Así, creemos que es el momento adecuado para implicarnos, de nuevo, en un proceso sosegado y consciente de análisis en el que identifiquemos dichas fortalezas y debilidades, para potenciar las primeras y para mejorar las segundas, con el objetivo de optimizar la calidad de los sistemas de atención a nivel estatal.

Esta crisis sanitaria ha demostrado que se debe construir un verdadero sistema sociosanitario basado en las personas y en las necesidades de los pacientes y que esté preparado ante futuras crisis sanitarias. Para ello, y tal y como se ha señalado a lo largo de este Informe, el sector de Tecnología Sanitaria considera necesario:

- Construir un sistema sanitario digitalizado e integrado que garantice una atención sanitaria de calidad a todos los pacientes, adaptándose a sus necesidades según sus patologías, basado en la prevención y el diagnóstico precoz, y con capacidad de respuesta a las crisis sanitarias que se presenten con solvencia y eficacia. Un sistema sociosanitario basado en Smarthealth, en donde la tecnología es clave para mejorar la coordinación entre los hospitales, centros de atención primaria y las residencias, que deben reunir las condiciones adecuadas para el cuidado y la atención médica de nuestros mayores (la mayoría crónicos y pluripatológicos).
- Diseñar un marco estable de colaboración entre las administraciones sanitarias y el sector de Tecnología Sanitaria, un sector de trayectoria reconocida y credibilidad consolidada, aliado estratégico del sistema y que debe ser considerado un agente clave en el proceso de reconstrucción, como se ha puesto de manifiesto en esta crisis. A través, por ejemplo, de la participación de representantes del sector, en los diferentes foros y comités técnicos que se pongan en marcha.
- Crear un nuevo modelo asistencial basado en valor. Para ello se debe poner foco en la financiación y en políticas de compras que pongan en valor la calidad y los resultados sobre el precio, y que valore las empresas comprometidas con la calidad, la seguridad y la ética.

Es preciso construir una “estrategia país” y apostar de manera prioritaria por el sector de Tecnología Sanitaria, para que sea considerado como estratégico en la práctica real, como se ha puesto de manifiesto en esta crisis. Hay que trabajar sin demora en un plan integral que sitúe a nuestro país en una posición de liderazgo y que fortalezca e impulse a nuestro tejido em-

presarial, apoyando el desarrollo de empresas innovadoras dentro del sector Salud con programas de financiación que les permitan avanzar en su implantación y que permitan llevar a cabo un correcto seguimiento y control de sus resultados. Y para ello es preciso continuar fomentando el diálogo y sumando esfuerzos, capacidades y voluntades.

Es esencial avanzar en la recuperación y construir esa nueva realidad ya que es ahí donde radica nuestra verdadera aportación al entorno social.

Toda crisis supone al mismo tiempo una oportunidad, y aunque aún es prematuro establecer conclusiones, es cierto que esta situación debería ser un aprendizaje para corregir determinadas situaciones en el futuro:

- Ausencia de protocolos de actuación en casos de epidemias/pandemias definidos y conocidos y desarrollados por el gobierno central con la colaboración de las CCAA. Planes de contingencia para poder dotar de las necesidades de productos sanitarios y medicamentos a todo el sistema sanitario.
- Que la fuerza fundamental de nuestro sistema sanitario está en los profesionales en todos los ámbitos sanitarios que han llevado el peso de la pandemia, y que es necesario mejorar la formación multidisciplinar y acabar con la temporalidad de los contratos.
- Las decisiones políticas han de basarse en las directrices de los expertos multidisciplinarios.
- Es importante una comunicación transparente a la sociedad que conciencie sobre la importancia del papel de cada ciudadano para lograr un compromiso colectivo que facilite el control de la pandemia.
- La Salud Pública debe reforzarse y tener un papel prioritario en las políticas sanitarias y que debe ser común en todo el territorio y a nivel europeo y mundial.

La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto el papel esencial que juegan los productos sanitarios en la prevención, detección y tratamiento de la COVID-19 y evidencia la necesidad de sumar esfuerzos y estrategias para hacer frente a los retos de futuro del sistema sanitario.

Queremos continuar poniendo en valor la aportación sanitaria, social y económica que realiza la Tecnología Sanitaria, no solo la implicada en dar solución a la pandemia. Por ello, continuaremos invirtiendo esfuerzos en difundir y dar continuidad a la campaña #TecnologíaParaVivir



ENTREVISTA

Joaquín Casanova Izquierdo, Responsable de Continuidad Asistencial del Hospital de Manises

"Nuestra estrategia ha sido crear en Atención Primaria"



El responsable de Continuidad Asistencial del Hospital de Manises, Joaquín Casanova Izquierdo ha hablado con New Medical Economics para hacer un balance sobre su trayectoria profesional. Además, durante la entrevista ha explicado la situación actual de la Atención Primaria y los retos a los que se enfrenta. También ha dado su opinión acerca de la colaboración público-privada entre otras cuestiones

Es Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Su trayectoria profesional ha pasado por diferentes fases, y desde hace 16 años de la mano de Sanitas, ha sido Director de Atención Primaria, Director Quirúrgico y actualmente lidera la Continuidad Asistencial del Hospital de Manises, ¿podría hacernos un balance de este recorrido?

Ha sido un recorrido muy rápido, el tiempo pasa deprisa. Durante esta etapa han surgido tres subetapas de trabajo. Trabajar en la provisión propia como O.O. Clínicas Milenium (Sa-

nitias Hospitales). Trabajar en Sanitas Seguros como Director Territorial en Madrid y Andalucía. Trabajar en un hospital público de gestión privada de la mano de Sanitas. En esta etapa he desarrollado las posiciones de Director de Primaria-Continuidad Asistencial, Director Quirúrgico y Director Médico del departamen-

to. El balance ha sido muy positivo, el poder ver la gestión de la Sanidad desde todos los frentes, incluida la sanidad privada que ya la conocía antes de estar en Sanitas, más mi etapa como

empresario te da un valor añadido a la posición de solo médico.

También he podido ver que lo más importante de todo son las personas, sin ellas no hay nada que gestionar. Por eso les digo a los más jóvenes que aprendan a gestionar personas y que aprendan a ver los distintos tipos de personalidades que se encuentran en el ámbito profesional para poder aprender a gestionarlos. Todo son patrones de comportamiento, al igual que los modelos predictivos para otras áreas de la empresa.

Creo que soy de los pocos médicos que tienen un perfil con el cual puedes analizar lo que gestionas desde ángulos distintos a la medicina, tuve una etapa de empresario larga y complicada. En esta etapa aprendí muchas cosas nuevas, sobre todo cuando tu formación es pura de medicina.

Mis etapas en Sanitas me han servido muchísimo porque te enfrentas a una multinacional y nunca había trabajado en una de ellas. Sanitas me ha dado mucha fortaleza a nivel personal y una capacidad de trabajar con personas muy importante.

Es verdad que la edad que tengo también es un plus añadido, esta hace que puedas ver la vida siempre sumando. Ves todo de otra forma. Lo negativo deja de serlo, siempre hay otro ángulo para poder analizar las cosas. La edad te da el poder de tamizar las cosas.

Alguna vez lo he comentado con algún compañero, la edad me hace analizar las cosas de una forma peculiar. Cuando todos sabemos que un minuto de reloj tradicional es el mismo minuto que un reloj de arena, no sé qué me pasa en algunos momentos especiales, que cuando quiero analizar algo en 5 minutos, me pongo un reloj de arena y no uno tradicional, me da la sensación de que el tiempo que tengo con el paso de la arena es mayor al de una saeta, ¿qué tontería no? Pues posiblemente sí, pero me pasa, quizás la edad te dé la sensación de que todo va más deprisa y necesites tiempo para analizar, tiempo para aplicar tu plus, aplicar tu experiencia y que les pueda servir a los demás. Bueno cosas mías...

¿También ha transmitido sus conocimientos a futuros médicos?

Sí, aunque no de una forma reglada. Siempre me ha gustado la posibilidad de dar clases, pero como tengo otras actividades que me satisfacen, nunca me he centrado en la docencia, pero sí que en alguna ocasión lo

he hecho. Lo he hecho siempre desde un punto de transmisión de experiencias y vivencias que no te enseñan en la Facultad, como he comentado antes uno de mis puntos fuertes es mi formación mixta. La empresa privada, la sanidad pública, la sanidad privada y la de multinacional de la salud.

Hay tres cosas que siempre digo como muy importantes:

- Gestión de personas
- Empatía
- Humildad

Y más tarde ya podemos contarle otras cosas como una de mis máximas en gestión, gestiona los "Es Que" primero y luego nos ajustamos al guion.

¿Cuál es la situación de la Atención Primaria? ¿Cuáles son sus posibles mejoras?

Partiendo de la Conferencia Internacional de AP de Almá- Atá de 1978, hemos mejorado mucho, es verdad que no en todo el mundo, pero si hablamos de nuestro país, sí hemos mejorado.

Pero nos hemos estancado, creo que AP necesita muchos más recursos de los actuales y tiene que ser la gestora del paciente, opino que el presupuesto lo tiene que manejar AP, ella en función de las necesidades de sus pacientes tiene que elegir a sus proveedores, para ello estos tendrán que ser accesibles, eficientes y comprometidos en la continuidad asistencial.

Yo conocí y vi con el gran equipo que tengo en Atención Primaria las posibilidades que con la AP tiene el Sistema Nacional de Salud, pero tiene que cambiar.

Creo que estamos estancados porque no hemos sabido o no hemos querido explicar bien lo que es la AP en un sistema de salud como el nuestro, o no nos ha interesado. Y a lo mejor ahí también tiene un poco de culpa la industria porque AP no mueve tanto dinero como la parte de la Especializada y ha interesado que no sea el protagonista. Pero yo creo que, la AP tiene que ser el centro de atención, la AP no puede ser la Especializada. Los pacientes son de AP y tienen un paréntesis a lo largo de su vida que es el hospital (la Especializada).

Los profesionales actuales de AP son especialistas formados en hospitales, están muy bien formados, no son los médicos de Primaria de hace 40 años.

En estos momentos con la situación COVID 19, hemos retrocedido a gestionar solo el proceso infeccioso, hemos dejado de lado nuestro trabajo habitual y el buen hacer sobre las patologías crónicas.

Esto ha sido devastador. Si esto continúa hay que plantearse incrementar más recursos en AP, pero todos sabemos que no hay recursos asistenciales. Esto apunta a cambiar la forma de hacer las cosas en AP

Otra mejora sería, implicar a la Especializada en Primaria, tenemos un trabajo hecho en nuestro departamento que demuestra la mejora que esto puede suponer. Es la famosa integración Primaria-Especializada.

¿Y qué posibles mejoras tendrías? los presupuestos se podrían asignar a la AP. Creo humildemente que las cosas cambiarían, mi experiencia me dice que, si la AP gestionase el dinero, podría decidir a que proveedor manda sus pacientes de forma controlada y fiscalizada y esto haría que existiera una competencia entre servicios que nos daría una mejora asistencial para los pacientes.

¿Cuáles son sus líneas estratégicas para liderar el Servicio de Continuidad Asistencial del Hospital de Manises?

Nuestra estrategia ha sido crear en AP. En nuestro departamento, la AP gestiona no solo lo tradicional, gestiona también la UHD (Unidad de Hospitalización Domiciliaria), el hospital de crónicos y lidera varios proyectos importantes de integración con especializada que hace que podamos estar más centrados en la Continuidad Asistencial. Nuestra agenda especial llamada, agenda ECA (Enfermedad Crónica Avanzada) hace que todos estemos pendientes de nuestros pacientes de una forma ordenada con un sistema parecido a los CRM tradicionales en una empresa para sus clientes. La agenda ECA la gestionamos desde Primaria, decimos qué hay que hacer con los crónicos de ciertas patologías, de forma que no dejemos nada a la memoria ni a la improvisación, y que todos hagamos lo mismo. Esta forma de trabajo también esta canalizada con la UHD y con nuestro servicio de Medicina Interna y Urgencias.

También gestionamos desde Primaria la unidad del Hospital de Crónicos, muy vinculado a UHD, Primaria, Trabajadoras Sociales y Medicina interna.

Tenemos también una apuesta importante con la Salud Mental, y tenemos una Unidad de Psiquiatría a Domicilio de Pacientes Graves (la ETAC).

Tú puedes dar más y mejores servicios sin pagar más impuestos, simplemente hay que reestructurar recursos.

¿A qué retos se enfrenta?

Referentes a la etapa actual:

- Seguir con la pandemia, pero intentando integrarla en nuestro día a día.
- Recuperar actividad de crónicos y de riesgos CV antes de la próxima ola.
- La vacunación de la población.
- Poder demostrar la gran importancia del aumento de recursos en AP, y la reorganización de la actividad con un papel por parte de enfermería más importante. Es el alma mater del Sistema Nacional de Salud.

¿Cómo puede garantizar la continuidad asistencial de los pacientes no COVID? ¿Han tenido retrasos en las listas de espera quirúrgicas?

En marzo-abril de 2020 nos enfrentamos a esta situación tan difícil del coronavirus y los dos primeros meses fueron muy complejos. Lo primero que hicimos fue potenciar la UHD y unos equipos especiales por centro para poder atender mejor y más directamente a las 24 residencias que hay en nuestro departamento. Esto fue primordial para nosotros.

Al principio estábamos todos muy despistados como todo el mundo y poco a poco fuimos viendo la actividad que había y se vio que teníamos que retomar la actividad de los cupos por médico y enfermera para no dejar de atender a nuestros pacientes.

Es verdad que había una actividad telefónica muy importante, pero la experiencia de la primera ola nos hizo volver a unos porcentajes de visitas presenciales de un 50%, sin dejar la organización que habíamos definido de consultas telefónicas y administrativas. En la segunda y la tercera ola en Primaria los médicos de familia han seguido atendiendo a los pacientes de su cupo.

La atención está garantizada al 100%, pero esto tiene su salvedad. La puedes atender siempre y cuando acuda a AP. Si la población va menos al médico, el riesgo de demorar patología o incrementar la gravedad aumenta. Ya se hablan de porcentajes en algunas especialidades que verdaderamente asustan.

¿Cuál es la situación actual del Hospital con pacientes COVID?

Ahora mismo tenemos 57 pacientes en hospitalización. *Datos actualizados a 16 de febrero de 2021

¿Han tenido que reestructurar el Hospital para atender a estos pacientes?

Hemos tenido que modificar la urgencia en dos grandes zonas. La zona COVID y la Zona Limpia. Dando más espacio a la zona COVID. Hemos tenido que sacar del hospital la Rehabilitación y el gimnasio para dejar espacio al Hospital de día y en esta zona aumentar hospitalización.

Hemos tenido que suspender quirófanos para aportar personal a las dos nuevas UCI que se han tenido que montar en zona de URPA y UCSI.

¿Qué opina de la colaboración público-privada?

La colaboración público-privada es un magnífico sistema para ayudar a un país a desarrollar y gestionar los servicios públicos. Por ello, es necesario cambiar la percepción negativa que, en estos momentos, tiene la sociedad. Hay percepción de privatización y esto posiblemente sea cosa de los inevitables réditos electorales.

Hay que enseñar a la población que la propiedad de lo que se hable en la colaboración PP es de la administración, solo se cede la gestión del proyecto; la ejecución y la explotación, pero todo bajo la tutela de la Administración con una clara transparencia. Como no, cada uno asume sus riesgos y la limitación de beneficio, por estar hablando de dinero público.

Hablemos de ser complementarios, nos necesitamos. Todos tenemos cosas buenas y seguro que cada uno sabe hacer algo mejor que el otro. Por eso seguro que las fortalezas de unos suplen las debilidades del otro.

Los recursos necesarios para mantener el sentido del bienestar son cada vez mayores, esto hace inviable la dotación presupuestaria para la inversión pública y este es un paso para esta colaboración PP. La administración pasa de gastos en infraestructuras en gasto corriente a pasar a un precio fijo, reducen el coste de la atención y comparten el riesgo financiero, teniendo en cuenta que mantiene su potestad en cartera de servicios, accesibilidad y control de la gestión con los medios

pactados como Comisionado y Comisión mixta.

Pasamos, en resumen, a un gasto controlado y forjando un modelo de competitividad, aportando al ciudadano un acceso a más y mejores servicios sin necesidad de pagar más impuestos.

Respetando a todas las ideologías políticas, creo que hay que dejar de buscar un rédito electoralista y pasar a una declaración general de eficiencia. Espero respeten mi opinión, yo respeto la de los demás.

¿Cuál cree que son las principales debilidades y fortalezas que tiene el Sistema Nacional de Salud?

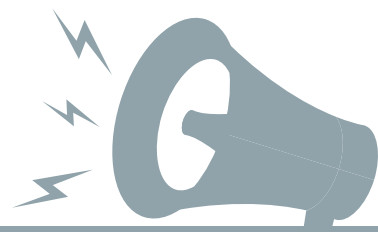
Debilidades:

- Encorsetamiento del sistema. Dificultad en herramientas de gestión en RRHH.
- El desarrollo legislativo complicado y lento.
- Presupuesto limitado.
- Inestabilidad laboral.
- Condiciones salariales mejorables.
- Muchas expectativas políticas a la población para conseguir muchos réditos electorales.
- Gran rigidez y dependencia política.
- Recursos mal distribuidos y gestionados.
- Poco presupuesto en investigación.
- La diferencia entre autonomías, falta de liderazgo central.

Fortalezas:

Hemos podido ver que la mayor fortaleza han sido los profesionales de todas las categorías.

- El concepto de sistema y su expansión en el territorio nacional es una gran fortaleza.
- Cobertura universal.
- Buena accesibilidad.
- La potencia de nuestra Atención Primaria.
- Nuestra atención al alta.



LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

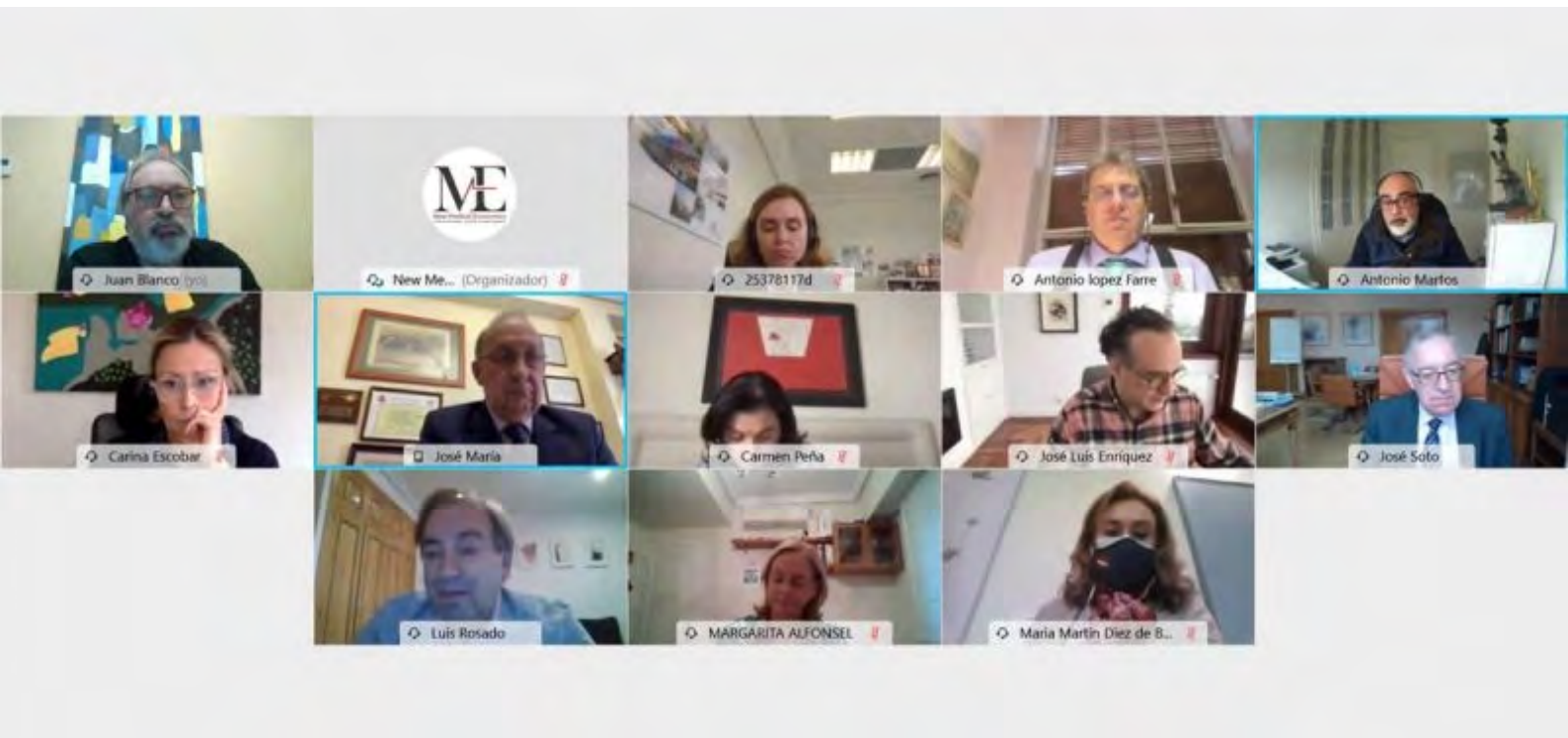
Nueva reunión del Consejo de Expertos del OES

El Observatorio de Economía de la Salud (OES) ha celebrado la segunda reunión de su Consejo de Expertos Fundadores donde se ha profundizado en el análisis de los objetivos, estrategias, planes de acción y líneas de trabajo.

Debido a la pandemia de la COVID-19, la reunión se ha tenido que celebrar, al igual que sucedió en el primer encuentro, en formato *online*, registrando una asistencia prácticamente total de todos sus miembros.

Con esta nueva reunión prosigue el proyecto promovido por el Grupo Mediforum, editor del periódico digital *ConSalud.es*, y el Grupo Health Economics, editor de la publicación *New Medical Economics*, cuyo principal objetivo es disponer de un foro de opinión representativo y ser un órgano de referencia en Economía de la Salud.

El CEO del Grupo Mediforum y editor de *ConSalud.es*, Juan Blanco; el presidente de *New Medical Economics*, José María Martínez; junto con la expresidenta del Consejo de Farmacéuticos de España, Carmen Peña; el profesor de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y académico de la RANME, Antonio López Farré; el gerente del Hospital Clínico de Madrid, José Soto; la exconsejera de Sanidad de La Rioja, María Martín Díez de Baldeón; la Consejera Delegada de Ribera Salud, Elisa Tarazona; el director del área de Salud de INDRA, Antonio Martos; la directora general de IDIS, Marta Villanueva; el director de New Medical Economics, Luis Rosado; la presidenta de la plataforma de Organización de Pacientes, Carina Escobar; el vicepresidente de Atrys Health, José Luis Enríquez; y la secretaria general de Fenin, Margarita Alfonsel, son los miembros del Consejo de Expertos Fundadores que conforman el OES, un grupo de profesionales de primer nivel.



Instantánea de la segunda reunión del OES.



El COVID-19 interrumpió las terapias del 91% de pacientes con enfermedades raras

La realidad del día a día de las personas con alguna de las 6.172 enfermedades raras que existen se ha visto empeorada por la pandemia de COVID-19, que ha provocado la interrupción de las terapias del 91% de estos pacientes. Solo el 5% de las enfermedades raras, aproximadamente unas 400, tienen un tratamiento y, actualmente, solo un tercio de los afectados disponen de él. Pero en España no están autorizados y comercializados todos los medicamentos huérfanos disponibles en la Unión Europea: el 54% de ellos se administran en territorio nacional.

Son algunos de los datos que han dado Juan Carrión, presidente de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) y Beatriz Perales, directora de Acceso al Mercado de la farmacéutica Sobi, y que afectan en España a aproximadamente tres millones de personas con enfermedades raras.

La pandemia no deja indemne a prácticamente ninguna persona con necesidades asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. Un sistema que ya tenía antes del COVID-19 retos por delante para mejorar la atención en el ámbito de las enfermedades raras. Según el presidente de Feder, si a España solo llegan seis de cada 10 medicamentos huérfanos disponibles, la situación empeora porque “no se garantiza la equidad y accesibilidad a todos” los fármacos que llegan.

Además, sigue habiendo retrasos en el diagnóstico de estas patologías. “La mitad del colectivo ha sufrido retrasos por el desconocimiento de los profesionales sobre la enfermedad y somos el único país con diferencias en el cribado neonatal; hay comunidades autónomas que recogen en el cribado siete enfermedades y otras

cuarenta”, denunciaba Carrión durante un encuentro sobre humanización en enfermedades raras organizado recientemente por Sobi y Europa Press.

Así, a las complicaciones de vivir con una enfermedad rara para la que exista o no una terapia, se suma la necesidad de “judicializar su tratamiento”. Se ven obligados a acudir a los tribunales para acceder al fármaco en cuestión, afirmaba Carrión. Por eso piden “partidas específicas en los presupuestos generales” para garantizar el acceso a estos tratamientos.

“No puede ser que el acceso a los medicamentos dependa del código postal”, añadió José María Antón, viceconsejero de Humanización Sanitaria de la Comunidad de Madrid. En su opinión es necesario optar por herramientas para la autorización y acceso a medicamentos innovadores, como los programas de riesgo compartido, y “reforzar la cohesión del SNS”.

En España, 1.168 ensayos clínicos se dirigen a enfermedades raras. Representan el 18% del total de ensayos en marcha, cifrado en el registro español de ensayos en 6.279. Según la directiva de Sobi, especializada en el desarrollo de medicamentos para este tipo de enfermedades, se observa en el sector farmacéutico una tendencia hacia un mayor interés en estas patologías que “demuestra el esfuerzo investigador” en este ámbito.

Encontrar el equilibrio entre sostenibilidad del SNS y el acceso a los nuevos fármacos “es complicado” para el Dr. Juan González, médico internista de la Unidad de Amiloidosis del Hospital Universitario Son Llàtzer (Mallorca). “La industria invierte mucho en investigación y luego los fármacos son muy caros”, señalaba.





Francisco Martínez Mojica, VIII Premio Nacional de Biotecnología

Los galardonados en anteriores ediciones fueron: María Blasco, José Luis García López José María Fernández Sousa-Faro, Regina Revilla, Rosario Cospedal y Cristina Garmendia. Esto da idea del prestigio que ha acumulado el premio, fundado en 2008 por Martín Hernández-Palacios como director de la escuela de negocios Aliter. En esta edición, ha contado con la colaboración de la escuela ISDE, Empireo y la firma de identificación de talento en Biotecnología y Life Sciences, EuroGalenus.

El jurado ha estado compuesto por grandes conocedores del sector biotecnológico en sus distintas facetas: Fernando Peláez, director del programa de biotecnología del CNIO, Lluís Montoliu del CNB-CSIC, Rosario Cospedal de Genómica, José Luis Enríquez de ATRYS Health, Claudia Jiménez de Algenex, Rogelio Pardo de Madrid Network, José Antonio Plaza de la Asociación de Comunicadores en Biotecnología, Isabel García de InnorMadrid, Gonzaga Ruíz de Gauna de Biovegen, Belén Barreiro de Ingenasa, Carlos Cosculluela de la Fundación DRO, Carlos Rodríguez-Villa de AlgaEnergy, José Mota de LabinBiotech, M^a Cruz Martín-Delgado, jefe de Medicina Intensiva del Hospital de Torrejón y Carlos del Fresno de Empireo.

Martín Hernández-Palacios ha presidido el jurado, y Luis Truchado de EuroGalenus

ha actuado como secretario, ambos con voz y voto. La reunión ha sido presencial, -observando todo el protocolo de seguridad-, así como digital en la Escuela ISDE, en Madrid.

El nivel de todos los candidatos propuestos ha sido muy elevado, lo que ha generado comentarios sobre el buen estado de la Biotecnología en España. La candidatura de Francisco Martínez Mojica (Francis Mojica) doctor, profesor y catedrático de la Universidad de Alicante ha obtenido una clara mayoría en primera ronda.

Se ha destacado su trabajo pionero en las secuencias que él bautizó como CRISPR Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats dando lugar a muchas y muy prometedoras líneas de desarrollo en Biotecnología, desde las bacterias a los seres humanos, pasando por plantas y animales. Precisamente, el año pasado, las ganadoras del Premio Nobel de Química 2020 fueron reconocidas por su trabajo sobre CRISPR, basado en los trabajos del galardonado.

El Prof. Mojica se ha mostrado muy satisfecho de recibir el galardón y de que se reconozca el valor de la Investigación básica en España. La entrega tendrá lugar a finales del mes de marzo en Madrid.





Las agresiones al personal sanitario disminuyeron un 33% durante 2020

La Policía Nacional ha publicado los datos de agresiones a profesionales de la salud denunciados a lo largo de 2020. En 2020, se registraron 197 agresiones, frente a las 294 del año anterior. Por tanto, las agresiones a personal sanitario disminuyeron un 33% en un año marcado por la COVID-19 y el cambio de hábitos por los meses de confinamiento y el incremento de las consultas telefónicas o domiciliarias. Esto ha llevado a que los médicos, aunque siguen concentrando el 59% de las agresiones, reduzcan un 10% las cifras con respecto a 2019, trasladándose la problemática al sector de la enfermería.

El 70% son agresiones verbales y el restante físicas, aunque en la gran mayoría de carácter leve. “Al motivo habitual de la disconformidad del paciente, el tiempo de espera en la sala de espera o el desacuerdo con el informe médico, ahora se suma la vertiente de la COVID-19” ha subrayado Galván. Con esto se refiere a ciudadanos que no han respetado el protocolo sanitario, ya sea para ponerse la mascarilla o para respetar la orden de no pasar a consulta acompañado o quedarse en casa para hacer la cuarentena. En este sentido, pone de ejemplo el perfil del paciente de coronavirus que provocó un incendio en un hospital de Cádiz.

La reducción en las agresiones a personal sanitario se debe a dos factores: a la actuación de la Policía Nacional desde la puesta en marcha de la instrucción en 2017, y a la modifi-

cación del modelo asistencial de los centros sanitarios, puesto que debido a la pandemia muchas consultas han sido telefónicas. “Las cifras demuestran que la labor llevada a cabo por la Policía Nacional está teniendo resultados positivos”, señala el Consejo General de Dentistas.

Además, la situación de pandemia ha potenciado la figura del interlocutor policial nacional -formado por 59 agentes-, ya que 2020 “ha supuesto un punto de inflexión entre las funciones que venía desarrollando y la asunción de nuevas competencias con el sector sanitario”, ha explicado el comisario Javier Galván, interlocutor policial sanitario. Así, los agentes de radiopatrullas de la Policía Nacional realizaron 7.000 intervenciones en hospitales y atención en domicilios.

Cabe destacar también la formación en prevención de las agresiones que imparte el interlocutor policial sanitario a los profesionales de la salud. Desde 2017, 10.000 sanitarios han sido formados en esta materia. Próximamente, la Policía Nacional pondrá en marcha actividades formativas destinadas a la prevención de agresiones para futuros profesionales sanitarios, así como campañas de sensibilización con guías y vídeos formativos, se intensificará la colaboración con los colegios profesionales y se habilitará un correo electrónico de asesoramiento a los profesionales de la salud: ucsp.ipnsadjunto@policia.es





Cinco regiones que suman el 56% de la población española contarán con la sanidad privada para la vacunación

Tras anunciarse la Estrategia de Vacunación COVID-19 el pasado mes de noviembre, la Alianza de la Sanidad Privada Española trasladó de inmediato al Ministerio de Sanidad la predisposición de ofrecer todos sus recursos e infraestructuras para contribuir a agilizar la administración de las vacunas bajo las directrices de la sanidad pública.

El Ministerio de Sanidad ha dejado en manos de las comunidades autónomas la planificación de la administración de vacunas en sus respectivos territorios, por lo que, ante la ausencia de un plan nacional que contemple la colaboración de la sanidad privada como parte del Sistema Nacional de Salud, son cada una de las administraciones sanitarias regionales las que deciden si hacerlo o no.

Hasta el momento, la Comunidad de Madrid ha aprobado oficialmente la incorporación de la sanidad privada a sus planes de vacunación. Lo ha hecho a través de la publicación de una orden en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM) mediante la cual “las autoridades sanitarias tienen la capacidad para habilitar y disponer de espacios e instalaciones adecuadas, públicas o privadas, para desarrollar la campaña de vacunación frente al COVID-19, así como para poner a su disposición a los centros sanitarios privados y sus profesionales para dicha tarea durante la emergencia sanitaria”.

Además de esta región, Cataluña, Andalucía, Canarias y Murcia han expresado su intención de hacerlo a medida que se disponga de más dosis de las vacunas que debe recibir España a través de la Unión Europea. Así, el Gobierno catalán ha constatado recientemente que se apoyará en la sanidad privada, al menos a través de los centros concertados. Y Canarias, por su parte, va a contar con la infraestructura sanitaria privada para vacunar a ciertos colectivos esenciales como

farmacéuticos, fisioterapeutas y odontólogos, entre otros. Estas cinco comunidades autónomas suman el 56% de la población española.

La patronal considera que desestimar la infraestructura sanitaria privada para agilizar la vacunación de la población sería una irresponsabilidad por parte del resto de Autonomías, tanto por la capacidad de ASPE (más de 312.000 profesionales, 460 hospitales y miles de clínicas repartidas por todo el territorio nacional) como por la experiencia y familiaridad con los sistemas de centralización de datos habitualmente utilizados por la sanidad pública en otros planes de inmunización como la gripe.

Además, la colaboración de la sanidad privada puede contribuir a la descongestión de los centros de atención primaria públicos, cuyo propio personal califica de “inasumible” alcanzar los objetivos. Y es que según lo previsto en la propia Estrategia de Vacunación COVID-19 del Ministerio de Sanidad, entre mayo y junio deberían estar vacunados entre 15 y 20 millones de personas. Para alcanzar los objetivos de esta estimación, el número de vacunaciones debería situarse en cerca de dos millones de personas cada semana a partir de finales de febrero (entre primera y segunda dosis) para alcanzar el 100% de vacunación en diciembre de 2021.

“España no puede asumir el riesgo de quedarse atrás frente a economías que sí están activando todos los mecanismos para alcanzar la inmunidad en verano, como Reino Unido, Alemania, Suiza, Grecia”, señala Carlos Rus, presidente de ASPE.

“Alcanzar la inmunidad-país cuánto antes debería ser en estos momentos una prioridad absoluta porque además de la salud está en juego la recuperación de nuestra economía y de muchos puestos de trabajo”, añade Rus.



A.M.A. reafirma su apoyo constante a los profesionales sanitarios con un webinar sobre resiliencia en tiempos de pandemia

Como muestra del apoyo constante a los profesionales sanitarios, A.M.A. ha celebrado un seminario web sobre “Resiliencia en tiempos de pandemia, visión de futuro”, que ha estado organizado por la Mutua, y dirigido por la directora general adjunta y responsable del Ramo de Responsabilidad Civil Profesional de A.M.A., Raquel Murillo.

Más de 600 profesionales sanitarios asistieron a la jornada, en la que intervino un ponente de indudable prestigio y reconocimiento, el Dr. Mario Alonso Puig, médico especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, profesor de liderazgo, comunicación, coaching y gestión del estrés.

La pandemia, según explicó Raquel Murillo, “ha puesto a prueba la resiliencia de todos los profesionales sanitarios” que han estado y siguen estando en primera línea, cada día.

Son profesionales, subrayó, “que soportan la presión asistencial y también la carga emocional que conlleva estar tan cerca de la propia enfermedad, viviendo casos duros y graves, fallecimientos, y que después llegan a casa y, en muchos casos, se tienen que alejar de los familiares y allegados por miedo a que estos resulten contagiados”.

Algo fundamental durante este tiempo, según dijo la directora general adjunta, “ha sido el trabajo colaborativo entre profesionales y especialidades”, con sanitarios que, especialmente al inicio de la crisis, han teni-

do que realizar turnos para dar apoyo constante a las UCI, que estaban desbordadas.

Como muestra de gratitud y en reconocimiento al esfuerzo de los sanitarios, A.M.A. ha organizado este webinar, que pretende ser un estímulo para seguir trabajando con sacrificio e ilusión en este tiempo de pandemia.

El Dr. Alonso explicó a los asistentes que la resiliencia es una capacidad que se trabaja y “una de las cosas más importantes que podemos aprender frente a cualquier dificultad que nos encontremos en la vida”, de ahí la necesidad de que se enseñe como cualquier otra materia.

El especialista en gestión del estrés recomendó como mecanismo para potenciar la resiliencia pensar en el presente, “hacer lo que podamos cada día”, en alusión a la presión de los sanitarios en circunstancias excepcionales como ésta, donde “el sentimiento de soledad, unido a la falta de apoyo y medios ha provocado que en ocasiones se pierda la confianza en el sistema”.

La jornada terminó con un turno de preguntas y comentarios por parte de los médicos, que se interesaron por cuestiones como la duración del periodo de duelo tras la muerte de un ser querido, cómo hacer frente al aislamiento familiar para evitar contagios o la falta de comprensión por parte de algunos pacientes.



NOMBRAMIENTOS

Por comunidades autónomas:

En Murcia, **María Fuensanta Martínez** ha sido nombrada nueva Directora de la Fundación de Investigación Sanitaria y **Paula Payá** como nueva Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de esta comunidad.

En Castilla y León, **José Luis Díaz Villarig** ha sido reelegido Presidente del Consejo de Colegios de Médicos y **Beatriz Martínez Cuenca** ha sido nombrada Jefa de Servicio Dirección General de Sistemas de la Información, Calidad y Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional de Salud (Sacyl).

En País Vasco, se ha nombrado a **José Luis Quintas Díez** como nuevo Viceconsejero del Departamento de Salud.

Y en Andalucía, **Serafín Romero** es ahora nuevo Asesor técnico de la Sanidad.

Para acabar con los nombramientos, cabe destacar el de **Diana López** como nueva Directora Ejecutiva de la Unidad de Hospitales de MSD en España.

ECONOMÍA



La actividad de Grifols en 2020 genera 7.500 millones de euros de impacto económico, el 20% en España

Grifols (MCE:GRF, MCE:GRF.P, NASDAQ:GRFS), compañía global líder en medicamentos plasmáticos con más de cien años de historia contribuyendo a mejorar la salud y el bienestar de las personas, ha publicado su Informe Anual Integrado correspondiente al ejercicio 2020 como muestra de su compromiso con la sostenibilidad y la transparencia. El Informe Anual Integrado ofrece un análisis completo de los resultados financieros del ejercicio y refleja el compromiso de Grifols con el crecimiento a largo plazo, su apuesta por la innovación y un gobierno corporativo sólido, así como aspectos medioambientales y de responsabilidad social.

Se incluye, entre otros, la contribución de Grifols a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la gestión de riesgos y oportunidades relacionadas con el cambio climático, el impacto socio-económico derivado de su actividad, el valor social generado por sus centros donación de plasma y su compromiso con los donantes.

En relación a la contribución al PIB y a la creación de empleo, la actividad de Grifols en 2020 ha generado un impacto económico de 7.500 millones de euros y ha favorecido la creación de 140.000 empleos (directos, indirectos e inducidos) en Estados Unidos, España, Alemania e Irlanda.

La sostenibilidad de Grifols en 2020

7.500 M€

IMPACTO
ECONÓMICO TOTAL

140.000

EMPLEOS
CREADOS

6.200 M€

VALOR
SOCIAL

23.655

PLANTILLA
60% MUJERES

41 M€

INVERSIÓN EN LA
COMUNIDAD

23 M€

ACTUACIONES
AMBIENTALES

En concreto, en España, el impacto socio-económico se ha traducido en 1.500 millones de euros y en 16.000 empleos, con lo que Grifols genera casi 3 puestos de trabajo por cada empleo directo que crea. En los últimos 5 años, la contribución de Grifols al PIB de España ha alcanzado los 7.200 millones de euros.

Además, utilizando la metodología del retorno social de la inversión (SROI, por sus siglas en inglés), Grifols ha medido por primera vez el valor social creado por los 252 centros de plasma que integraban su red de centros en EE.UU. El impacto que generan sobre donantes, pacientes y comunidades locales asciende a 6.200 millones de euros, de los que en torno al 59% corresponde a los pacientes, aproximadamente el 30% a los donantes y el 11% restante a las comunidades locales.

En lo que a su equipo humano se refiere, Grifols ha seguido avanzando en sus compromisos con la diversidad, la formación y promoción del talento, la igualdad de oportunidades y la paridad. El 60% de la plantilla de Grifols está integrada por mujeres y la brecha salarial ajustada de la compañía está por debajo de la media de los países en los que opera. En España, se sitúa en el 3,1%, disminuyendo respecto al 5,1% de 2019.

El informe cumple íntegramente con los requisitos y recomendaciones de la Global Reporting Initiative (GRI) y Sustainability Accounting Standards Board (SASB) y ha sido aprobado por el Consejo de Administración de Grifols y verificado por una auditoría externa independiente.

La facturación del sector del transporte sanitario terrestre alcanzó los 1.350 millones en 2020

Según el Observatorio Sectorial DBK de INFORMA (filial de CESCE), especializado en el suministro de Información Comercial, Financiera, Sectorial y de Marketing en España y Portugal, la prestación de servicios de transporte sanitario terrestre proporcionó, en 2020, unos ingresos de 1.350 millones de euros, tras crecer un 3,8 por ciento respecto a 2019.

La actividad en este sector se vio marcada por el efecto de la pandemia de la COVID-19, que obligó a muchas de las empresas a reforzar el servicio. En cambio, la actividad vinculada a determinados servicios no urgentes y programados, así como a la cobertura de eventos, se vio penalizada por la cancelación de tratamientos e intervencio-

nes, las restricciones al movimiento y la menor actividad económica.

A corto plazo, se estima que el valor del mercado prolongará la tendencia alcista de los últimos años, estimándose que el ejercicio 2021 cerrará con un crecimiento similar al del anterior, en el entorno del 4 por ciento. “Esta variación permitiría alcanzar los 1.400 millones de euros”, calcula DBK. A principios de 2021, se encontraban autorizadas para la prestación del servicio de transporte sanitario terrestre 302 empresas, lo que supone que en solo dos años desaparecieron cerca de medio centenar de compañías. El 86 por ciento de ellas se dedicaban al servicio público, mientras que solo 41 se orientaban al ámbito privado.



CANAL ONLINE NME

New Medical Economics

Mesas Redondas

Duración: 1:30 horas
Tipo de grupo: cerrado
Participantes: 3 – 4

Grupo de Expertos

Duración: 2 horas
Tipo de grupo: cerrado
Participantes: 5 – 6

Conferencias

Duración: 45'
Tipo de grupo: abierto
Participante: 1

Jornadas

Duración: 2/2:30 horas
Tipo de grupo: abierto
Participantes: 4 – 6

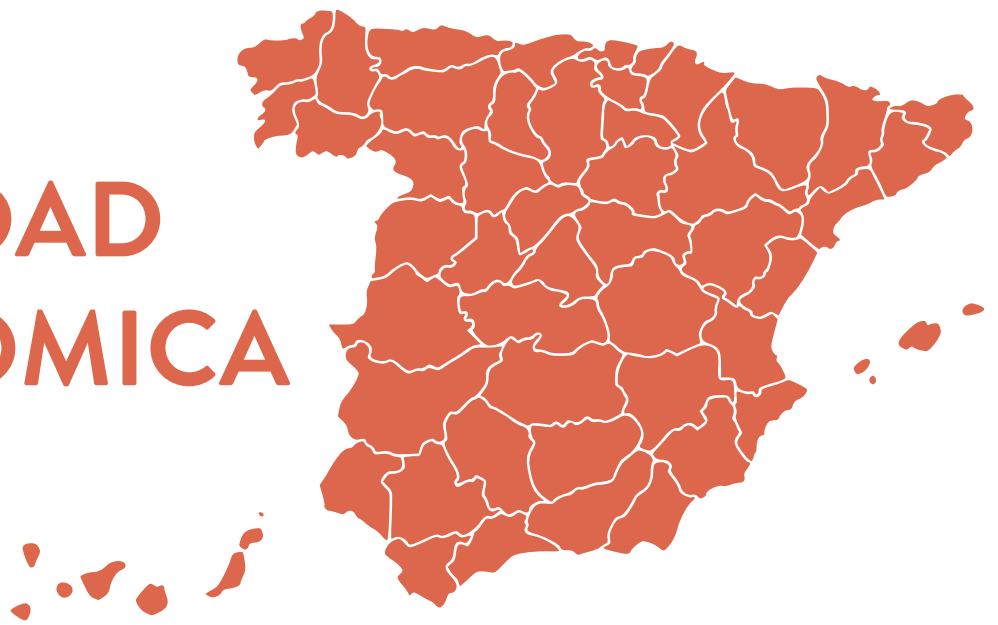
En todos los eventos NME será, además del organizador, el moderador - dinamizador del mismo.

Plataforma: contamos con un sistema de comunicación que nos permite trabajar en un entorno seguro tanto para los participantes como para los invitados al evento.

Difusión: con las conclusiones e ideas principales que se obtengan a partir de cada sesión se redactará un artículo que, posteriormente, se publicará en nuestra revista y se difundirá en los distintos medios en los que NME tiene presencia.



SANIDAD AUTONÓMICA



Canarias superó en quince puntos la media nacional de trasplantes, pese a la pandemia

El consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, Blas Trujillo, informó recientemente en sede parlamentaria que la Comunidad Autónoma, con una tasa de 51,6 donantes de órganos y tejidos por millón de población, supera en quince puntos a la media nacional, con 37,4 donantes p.m.p., lo que pone de manifiesto el fuerte compromiso de la sociedad canaria con la donación.

El consejero, que respondió en Comisión de Sanidad a una pregunta parlamentaria sobre el número de trasplantes en Canarias durante 2020, destacó que solo dos comunidades autónomas, Cantabria y Navarra, superan a las Islas en donantes por población, lo que permitió realizar el pasado un total de 196 trasplantes, del orden de un 7,1% más.

Subrayó que pese a la importante repercusión de la pandemia sobre la actividad sanitaria, "con tres meses de sequía, en referencia al pe-

ríodo del estado de alarma, los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud realizaron 147 trasplantes de riñón, 31 de hígado, 15 de corazón y tres de páncreas, lo que pone en valor "el gran trabajo realizado por los profesionales".

El consejero añadió otros 130 trasplantes de córneas, 127 implantes de tejido osteoostendinoso, 25 de membrana amniótica y 13 de esclera, cifras globales con las que el SCS ha batido su propio récord, de 183 trasplantes realizados en 2019.

Respecto a la actividad por hospitales fue de 76 trasplantes de riñón y tres pancreáticos en el Hospital Universitario de Canarias; 31 de hígado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; 71 de riñón en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Canarias; y 15 de corazón en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.



Galicia pondrá en marcha en este año un centro de producción de medicamentos CAR-T


El consejero de Sanidad de la Xunta de Galicia, Julio García Comesaña, ha anunciado, en la sede de la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS), que el Gobierno autonómico pondrá en marcha, a lo largo de este año, un centro de producción de medicamentos CAR-T, terapia celular avanzada, innovadora y personalizada que “revolucionará el modo de tratar el cáncer, y uno de los ejes fundamentales del proyecto que el Ejecutivo gallego tiene en materia de Sanidad.

“Gracias a su alta eficacia, esta terapia ofrece esperanzas a pacientes que ya agotaron todas las vías de curación”, remarcó el titular de la cartera sanitaria de la Administración regional, a lo que añadió que “en pacientes con un pronóstico de supervivencia que no superaba los seis meses, y para los que no existía ninguna alternativa terapéutica, se

consiguió la remisión total del cáncer entre un 50 y un 80 por ciento”.

El hecho de desarrollar una estrategia de Medicina Personalizada y terapia celular avanzada, y poner en marcha un centro CAR-T, responde a un compromiso de la Xunta con la Sanidad”, sostuvo Julio García Comesaña. Además, matizó que se está “cumpliendo el mandato parlamentario del pasado mes de octubre, a este respecto”.

El consejero de Sanidad de la Xunta de Galicia agradeció “a todo el equipo de Asistencia Sanitaria de su departamento, a Galaria, y a uno de los hospitales del Servicio Gallego de Salud (Sergas) de referencia, el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), muy especialmente a su Servicio de Hematología y Hemoterapia, que, tan solo cuatro meses después del acuerdo parlamentario, se están dando los primeros pasos de este ambicioso proyecto”.



El Servicio Extremeño de Salud ahorra más de cinco millones de euros en electricidad en dos años

Con motivo del Día Mundial de la Eficiencia Energética, que se celebró el pasado viernes, 5 de marzo, el Servicio Extremeño de Salud (SES) comunicó que ahorró, en los últimos dos años, algo más de cinco millones de euros en su factura de consumo eléctrico, al adoptar, en 2019, un nuevo modelo de contratación de este suministro.

Así, este departamento de salud hace públicas las medidas tomadas con el objetivo de reducir el elevado gasto anual en consumo de energía eléctrica, por encima de los 11 millones de euros hasta 2019, año en que se decidió dejar de contratar el suministro con una comercializadora de electricidad y pasar a comprar su energía directamente en el mercado mayorista, siendo el primer sistema sanitario público de España en hacer este tipo de compra.

Dado el alto consumo eléctrico y el elevado coste del suministro, el SES hizo un seguimiento de los consumos de energía en hospitales y centros de salud y estudió la evolución de precios y tendencias en los mercados energéticos.

Esto permitió al SES tomar decisiones basadas en el análisis de los datos que ofrecieron una información exacta y fiable y con base en la que se implementó una serie de medidas correctoras, hasta que en 2019 se adoptó el nuevo modelo de contratación directa de la energía en el mercado mayorista.

Este nuevo modelo establecía un potencial de ahorro sobre el anterior en torno al entre 10 y 15 por ciento del gasto presupuestario. “Los resultados, después de dos años, no solo avalan la decisión tomada, sino que han superado las expectativas iniciales, consiguiendo un ahorro del 19,23 por ciento en 2019 (2.261.977,96 euros); y un 23,76 por ciento en 2020 (2.739.491,87 euros)”, destaca el SES.

En total, el gasto del consumo eléctrico en centros asistenciales del citado servicio de salud en 2019 ascendió a 9.501.287 euros y en 2020 a 8.788.508 euros. En ambos casos, por debajo de los 11 millones de gasto medio de años anteriores.

BIBLIOTECA

Manual de asistencia farmacéutica en centros residenciales para personas mayores

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Fundación Edad&Vida

La incorporación de un farmacéutico en el equipo asistencial de un centro residencial para personas mayores contribuirá sustancialmente en la medida en que este profesional adopte el rol máximo responsable y referente en el uso adecuado, seguro y efectivo de los medicamentos. Más en detalle, el farmacéutico se encargará de velar por la seguridad, efectividad o sostenibilidad de los tratamientos farmacológicos y de que, tanto los profesionales como los usuarios y su entorno afectivo, tengan la información necesaria para obtener los máximos beneficios posibles de su tratamiento farmacológico.

En definitiva, este es un documento de máximos en el que se trata de especificar cuáles serían las funciones de un profesional farmacéutico dentro del equipo asistencial de un centro residencial para personas mayores con el objetivo de mejorar su bienestar y calidad de vida.



106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia del COVID-19

Fundación Economía y Salud

Este nuevo libro cuenta con la colaboración de más de 50 expertos del mundo sanitario de diversas sensibilidades y profesiones buscando el consenso.

El documento, elaborado por los miembros del Comité Científico de la Fundación, se articula sobre las siguientes áreas: medidas asistenciales, atención primaria e integración asistencial, gestión de la información y nuevas tecnologías, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y empoderamiento del paciente, atención y coordinación social y sanitaria, medidas organizativas y atención al domicilio, evaluación y benchmarking, seguridad del paciente y salud del profesional sanitario, capital humano e incentivación profesional, compras y gestión y buen gobierno y transparencia.





SUSCRÍBETE GRATIS

suscribirse >