

An elderly woman with short, wavy white hair and glasses is the central figure. She is wearing a light blue and white striped button-down shirt over a white t-shirt. She is holding a clear glass of water in her right hand and a single yellow pill in her left hand, which is raised. The background is a soft-focus indoor setting.

EL VALOR DEL MEDICAMENTO: PERSPECTIVA SOCIAL

En Profundidad:
Antibióticos sin bulos

Gestión:
Cambio cultural, enfoque directivo

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales.
Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Alfonsele Jaén, Margarita

Secretaria General de FENIN

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@newmedicaleconomicos.es
 Teléfono: 606 16 26 72

REDACCIÓN Y DISEÑO

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

DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

RELACIONES INSTITUCIONALES

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

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomicos.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 EnferConsultty y Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).



Carmen Ferrer Arnedo,
 Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del 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 #Salud-sinBulos.



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.





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

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

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

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

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

 **astellas**
Changing tomorrow

- 
- 6** **Derecho Sanitario**
Responsabilidad por efectos adversos de las vacunas contra la COVID-19
- 9** **El Termómetro**
De la incredulidad a la rutina y la fatiga, crónica de una vivencia
- 13** **Enfermería**
Las consecuencias de la indiferencia y la falsa innovación, el empobrecimiento de las organizaciones
- 15** **En Profundidad**
Antibióticos sin bulos
La importancia de la individualización en diabetes
Trasformar la Atención Primaria
Dimensionado y cuantificación del impacto del SARS-COV2.
Situación espera quirúrgica en la Región de Murcia a enero de 2021
Trombosis y vacunas
- 33** **Gestión**
Cambio cultural, enfoque directivo
- 37** **Innovación y Nuevas Tecnologías**
Aquel socio olvidado
- 39** **Transparencia y Opinión**
¿Por qué es importante la transparencia?
- 42** **Reflexiones Saludables**
Elecciones en tiempos de pandemia
- 45** **Primera Plana**
El valor del medicamento: perspectiva social
- 52** **Entrevista**
“El principal reto es de transformación, hay que reinventar la Atención Primaria”
- 56** **Las Noticias de la Quincena**
- 60** **Economía**
- 63** **Sanidad Autonómica**
- 65** **Biblioteca**



Responsabilidad por efectos adversos de las vacunas contra la COVID-19

Ofelia De Lorenzo Aparicio

En la lucha contra la pandemia, la necesidad de encontrar una vacuna contra la COVID-19 ha constituido un objetivo de salud pública, pero igualmente un gran desafío, tanto por el escaso plazo de tiempo para su desarrollo como por el elevado coste inicial que supone para los fabricantes al igual que por el alto índice de fracaso de los ensayos clínicos.

Efectivamente esa carrera hacia la obtención de estas vacunas podría llevarnos a la creencia de la existencia de un riesgo potencialmente mayor a que estas tengan consecuencias inesperadas. No obstante, lo cierto es que, aunque los procesos de desarrollo y autorización han sido más rápidos de lo habitual, ello no significa que no haya existido un control estricto o que no se cumplan los estándares de seguridad, calidad y eficacia necesarios.

El 17 de junio del 2020, la Comisión Europea presentó una estrategia europea para acelerar el desarrollo, la fabricación y reparto de vacunas eficaces y seguras contra la COVID-19. En ese sentido, a cambio del derecho a comprar un número determinado de dosis de vacunas en un periodo concreto, la Comisión financia parte de los costes iniciales de los productores de vacunas a través de compromisos anticipados de mercado (Acuerdos de Adquisición Anticipada-APA).



Cuando una vacuna produce un efecto adverso no deseado en el paciente, este tiene derecho a reclamar una indemnización por daños y perjuicios



La financiación se consideraría un pago a cuenta de las vacunas que los Estados miembros compren realmente, garantizándose así la producción de la vacuna a escala necesaria tan pronto como sea posible (Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la COVID-19. Madrid, julio 2020).

¿Pero qué ocurre en el caso de producirse efectos adversos derivados de la vacuna del coronavirus?, ¿cuál sería la responsabilidad de los laboratorios fabricantes y de los gobiernos en la UE?

Cuando una vacuna produce un efecto adverso no deseado en el paciente, este tiene derecho a reclamar una indemnización por daños y perjuicios debiendo la responsabilidad recaer en el productor o, en su caso, en la Administración con competencias para autorizar y vigilar los medicamentos y productos sanitarios, de concurrir las concretas circunstancias necesarias para ello, citamos al respecto la reciente Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera de lo Contencioso Administrativo, Sección 5ª, Sentencia 1806/2020 de 21 de diciembre 2020.

Aunque en el caso de una situación tan excepcional como la pandemia por la COVID-19 los términos deben cambiar.

En esa línea, la Comisión Europea, ha hecho una excepción con la vacuna del coronavirus respecto de los principios generales de la responsabilidad por medicamentos o productos sanitarios, los cuales, conforme la directiva europea de responsabilidad por daños de los productos atribuyen la responsabilidad a la empresa fabricante.

Las instituciones comunitarias han eximido a los fabricantes de las indemnizaciones por posibles efectos perniciosos de la vacuna para la COVID-19, aceptando dicha responsabilidad por la situación de excepcionalidad de la pandemia por coronavirus, la premura obligada en el desarrollo de las mismas por parte del sector farmacéutico y la necesidad de disponer cuanto antes de las vacunas para la población de la Unión Europea.

No obstante, es necesario recalcar que la responsabilidad sigue siendo de las empresas fabricantes; pero los Estados miembros deberán estar en disposición de cubrir financieramente las indemnizaciones que pudieran declararse procedentes.

Con fecha 20 de julio de 2020, se publicó en el Boletín Oficial del Estado el Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la COVID-19, el cual en su artículo 6 establece que el presente Acuerdo regula exclusivamente el reparto de la posible responsabilidad e indemnidades entre la Comisión y los Estados miembros participantes.

En cambio, no regula el alcance o las condiciones con arreglo a las cuales la posible responsabilidad del fabricante de vacunas debe asumirse o ser objeto de exoneración conforme a los APA (Acuerdos de Adquisición Anticipada).

Los Acuerdos de Adquisición Anticipada se están cerrando bajo el liderazgo de la Comisión Europea, que prevé que los Estados miembros abonen las posibles indemnizaciones, con sus presupuestos nacionales, que tendrían que afrontar los fabricantes en caso de responsabilidad, en “condiciones específicas y estrictas” y cuya determinación y alcance a fecha de hoy no ha sido aclarado por el Ministerio de Sanidad.

Los contratos suscritos por la UE con los diferentes fabricantes tienen carácter de reservado. Las disposiciones en materia de responsabilidad e indemnización no alteran en modo alguno la carga de la prueba que incumbe a las empresas para demostrar la seguridad y eficacia de sus productos.

Los laboratorios productores de las vacunas abogan por un sistema de compensación sin culpa para los perjudicados y una exención de responsabilidad civil (coste de las indemnizaciones) para los fabricantes del producto.

El blindaje en materia de responsabilidad para los laboratorios fabricantes de vacunas existe en la legislación de Estados Unidos para casos de pandemia, lo que exime de responsabilidad en aquel país a las empresas ante lo que pueda ocurrir con los productos fabricados bajo tales condiciones.

En el caso de Europa, como hemos dicho las instituciones comunitarias han eximido a los fabricantes de las indemnizaciones por los posibles efectos perniciosos de la vacuna para la COVID-19, ahora bien, jurídicamente ¿cómo se van a poder reclamar esos daños?

Como ya han concluido otros compañeros juristas todo ello nos lleva al planteamiento de la posibilidad de incorporar en nuestro país un sistema de los fondos estatales de compensación por los daños vacunales.

En la actualidad, existen 24 países que tienen ya desarrollados sistemas de compensación para daños producidos por las vacunas, la mayoría de ellos europeos, pero tal vez el más completo es el programa “National Vac-



cine Injury Compensation Program”, operativo desde 1988.

No obstante, y para el supuesto de España, la propuesta pudiera ser un sistema estatal de compensación por los daños vacunales, fusionado con un método alternativo de resolución de conflictos en materia de responsabilidad civil patrimonial, lo cual lo dotaría de celeridad en el proceso y con la existencia de un baremo indemnizatorio, de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria, y lo otorgaría de seguridad jurídica para las partes, facilitando como objeto final la percep-

ción de la indemnización a los afectados, evitando la judicialización de las reclamaciones con la consiguiente carga de prueba, gastos, etc. y, desde la perspectiva de la industria y el Estado, supondría una excelente posibilidad de colaboración público-privada que, además, dotaría de seguridad jurídica ante los riesgos necesariamente asumidos.

Directora Área Jurídico Contencioso del Bufete de
Lorenzo Abogados

Odlorenzo@delorenzoabogados.es



EL TERMÓMETRO



De la incredulidad a la rutina y la fatiga, crónica de una vivencia

Fernando Mugarza Borque

No voy a caer en la tentación de escribir sobre cifras y datos de la pandemia o de sus consecuencias como la vacunación, bastante información hay al respecto como para insistir en ello. Lo que me pide el cuerpo es escribir acerca de las sensaciones de la calle, de los ciudadanos en general, de los amigos, vecinos, familiares y compañeros, de esas voces que no salen en los medios de comunicación, pero que sin embargo son, o mejor dicho, somos, quienes estamos viviendo en primera persona todo este desasosiego llamado pandemia con un apellido, COVID-19 producida por el virus SARS-CoV-2.

Ha transcurrido más de un año desde la declaración del primer Estado de Alarma mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo del año pasado y en todo este tiempo hemos pasado por vivencias y situaciones que me gustaría refrescar en estas breves líneas para que no caigan en el olvido y puedan servir el día de mañana como refuerzo de nuestra memoria colectiva.

Recuerdo la incredulidad de esa notificación en todos los medios de comunicación y redes sociales, vienen a mi memoria los discursos y pronunciamientos interminables del presidente del gobierno llamando a la calma y al hecho de que juntos seríamos capaces de frenar y derrotar al virus. Entre tanto, las cifras de contagiados, ingresados en hospital y unidades de cuidados intensivos crecían y crecían, eran tremendas, vivimos cada día

con la imagen de una necesidad, la de doblegar una curva que parecía que nunca iba a tener un final.

Salimos a los balcones a aplaudir a nuestros profesionales sanitarios, a sentirnos y ser solidarios, los declaramos héroes, trabajaban sin medios suficientes, arriesgando sus vidas, y cantamos el “Resistiré” como una canción cargada de sentido y emoción para arredrarnos e impulsarnos a luchar y pelear por la vida, por la derrota de un mal invisible cargado de espinas en su perfil tridimensional, una imagen, la del virus, desde luego poco halagüeña, más bien siniestra como lo están siendo sus lamentables consecuencias. Aprendimos a valorar profesiones y profesionales que lo han dado y continúan dándolo todo en situaciones muy duras, muy complejas de resolver, como esta.

Recuerdo que aprendimos a convivir con las medidas de prevención, la mascarilla (un bien escaso al comienzo de la pandemia), los geles hidroalcohólicos, el confinamiento en casa salvo para cuestiones clave y situaciones de primera necesidad que no viene al caso por menorizar, el lavado constante de manos, la aireación de las estancias, incluso el lavado de alimentos y compras realizadas en el supermercado. Se implantó el teletrabajo, las videollamadas y las reuniones a través del plasma; la tecnología digital en definitiva ha sido, es y será, con más fortaleza si cabe, un potente aliado que determina ya nuestro presente y sin lugar a duda nuestro futuro.

En mi retina permanecerán durante mucho tiempo las colas en la puerta de los establecimientos abiertos, guardando la distancia entre unos y otros, las miradas de desconfianza y temor, y cómo no, los horarios para poder salir a pasear segmentados por tramos de edad, todo ello con establecimientos, bares, tiendas y demás centros de reunión cerrados a cal y canto. Qué sensación de soledad y tristeza. España se sumió en un crudo invierno de emociones y sentimientos.

Tres meses, de mediados de marzo a mediados de junio más o menos no pudiendo salir ni siquiera a hacer un poco de ejercicio, cerca de 90 días en los que nuestra libertad fue cercenada sin contemplaciones y en los que el acúmulo de horas en un espacio cerrado hizo mella y motivó tantas situaciones calladas de estrés emocional y afectivo que no encontraron hueco en los titulares ni en los medios de comunicación. Recuerdo la imagen en televisión de una mujer mayor con su mirada lánguida atravesando el cristal de una ventana de una residencia tratando de ver lo que en aquel momento era imposible, la llegada de alguno de sus seres queridos a visitarla, a compartir un momento de ternura y consuelo, qué pena tan grande, qué conmoción anímica me produjo aquello.

A todo esto, aparte de la situación tensa, muy tensa sanitaria, discurría la sombra de una crisis económica galopante con la consiguiente ruina y empobrecimiento de familias que hasta entonces lo habían dado todo para poder salir adelante con mucho esfuerzo y sacrificio, empeñando recursos, tiempo, ilusión y trabajo, mucho trabajo, demasiados sueños rotos por un ente invisible a simple vista y por una deficiente gestión de su llegada, impacto y consecuencias.

Estas semana y meses interminables fueron pasando con mucha pena y fatiga, en los medios de comunicación no se hablaba de otra cosa que del “bicho”, como denominaron algunos acertadamente por su mala sangre y peores modales al SARS-CoV-2. Parecía como si el resto de enfermedades y calamidades se hubieran detenido de repente y de golpe y porrazo todo fuera ya pandemia y COVID-19. Un hecho que sin duda sabemos que no es cierto, el cáncer, los problemas cardiovasculares, las enfermedades neurodegenerativas, los procesos respiratorios y digestivos, las afecciones del aparato locomotor, endocrinas y de la sangre continuaban campando por sus respetos

“

Dejar un legado de sostenibilidad a las generaciones futuras es fundamental y en ese sentido hemos de procurar mejorar entre todos este galimatías sanitario, económico, social y político en el que nos encontramos inmersos

”

con la diferencia de que toda actividad sanitaria quedó desprogramada en aras a tratar de controlar el frenesí de la pandemia. Cuántas muertes por todas las causas pudimos anotar en ese tiempo, cuántas personas con COVID-19 y sin él se marcharon dejando un profundo vacío y dolor en familias y hogares en los que ni tan siquiera se permitió un acompañamiento ni en el momento previo a la muerte ni tras ella. Cuánta rabia contenida y cuántas palabras y afectos por decir y por manifestar sin su expresión y sin su evocación libre.

A todo esto, un panorama asomaba a nuestras conciencias, las colas del hambre, el incremento de personas que habiéndolo perdido todo, hasta la esperanza, se veían abocadas a acudir a pedir ayuda a los centros en los que se les prestaba atención, alimento y también si era necesario cobijo. Es curioso, pero estas colas no se producían en la sede de los partidos políticos que parece que nos dan tanto y cuanto, sino que se generaban en centros bajo la tutela de la sociedad civil, que es quien a la postre ha venido dando cobertura a estas



situaciones de carencia, especialmente a los casos más extremos, no hablo en particular y solo de los centros religiosos o vinculados a ellos de alguna forma, aunque en su gran mayoría lo eran, hablo de todos, que fueron y son muchos y diversos.

Las noticias nos hablaban de que con la llegada del buen tiempo, del verano, todo cambiaría, que la situación se aliviaría como así fue, esto, junto al anuncio del final del Estado de alarma el 21 de junio del 2020, tras haber sido prorrogado en seis ocasiones por decisión del Pleno del Congreso de los Diputados, en las sesiones celebradas el 25 de marzo, 9 de abril, 22 de abril, 6 de mayo, 20 de mayo y 3 de junio de 2020, y la llegada del verano, trajeron consigo una brisa, o mejor dicho, como dicen en mi tierra, una ventolera de ilusión y esperanza, al fin pudimos al menos movernos un poco, esta libertad condicional terminó como termina todo, haciendo realidad nuestras sospechas de que tarde o temprano las cosas iban a volver a ponerse feas, como así fue, de nuevo la curva de contagios, ingresos en hospital y unidades de cuidados intensivos y los fallecimientos repuntaron desgraciadamente y el 25 de octubre se declaró de nuevo el Estado de alarma en nuestro país, prorrogado el 9 de noviembre por seis meses y en ello estamos ahora hasta al menos el próximo 9 de mayo, y veremos.

En este periodo, además de revivir algunas situaciones con escaladas y desescaladas continuas, con medidas diferentes según el territorio en el que se vive y tiene fijada cada cual

su residencia, con una sensación de desconcierto, incertidumbre y tensión, hemos podido observar cómo las lecciones que deberíamos haber aprendido ya no solo en los inicios de esta pandemia, sino incluso en el transcurso del decalaje de algo más de 100 años con la mal denominada gripe española, pero no ha sido tal, hemos vuelto a caer y seguimos tropezando en los mismos errores una y otra y otra vez.

Buena prueba de ello han sido los rebrotes tras algunos puentes o pasadas las festividades de Navidad que trajeron consigo de nuevo el temor a repetir escenas como las ya vividas en las que el colapso del sistema estuvo a flor de piel, recordemos por ejemplo los triajes en la época epicrítica en la que en un momento dado llegó a no haber respiradores para todos.

Y lo apostamos todo a una carta, la de la llegada de las vacunas una vez que el proceso de descubrimiento de un fármaco específico está llevando más tiempo. La industria farmacéutica, biotecnológica y tecnológica han estado trabajando contrarreloj, los investigadores se siguen dejando la piel en el intento y por fin el 12 de enero comenzaron a llegar las primeras vacunas, todavía recuerdo la imagen del palier con las primeras cajas de vacunas rodeadas de carteles con el logo del Gobierno de España.

Por fin, la esperanza se hacía realidad, finalmente parecía verse la luz al final del túnel, pero como en tantas ocasiones las palabras y las promesas superaron a las mejores proyec-

ciones y expectativas, la realidad es que a día de hoy 23 de marzo, fecha en la que redacto estos párrafos, el número de vacunados con las dos dosis supera los dos millones de españoles, lo que significa un porcentaje que ronda el 5% (casi el 9% si consideramos la administración de una sola dosis), desde luego muy lejos de la cifra del 70% en la que parece haberse establecido por los expertos la posibilidad de adquirir una inmunidad de rebaño.

Entre todas y con esas, la polémica con una de las vacunas no cesa, cuando no se anuncian demoras en el suministro, se levanta la polvareda de posibles efectos secundarios, se habla de remesas fuera de control, de pérdidas de miles de dosis sin saber a ciencia cierta dónde se encuentran, se especula también acerca de la eficacia comparativa de unas y otras, se establecen debates sobre la conveniencia de adquirir vacunas a países como Rusia o China. En definitiva, se aviva un debate que en nada beneficia a la confianza y credibilidad que necesita la población con este remedio tan importante.

Un efecto colateral de la llegada de las vacunas a nuestro país ha sido la cuestión sobre quién puede, quién está capacitado para vacunar y dónde han de administrarse las vacunas, y así hemos podido ver imágenes de países desarrollados en los que la vacunación se realiza de forma masiva sin tanta diatriba, pero eso sí, con la reflexión consiguiente de por qué esos países llevan porcentajes tan elevados de vacunados y nosotros y los países de la UE alcanzamos cifras comparativas tan bajas.

En este punto es bueno recordar que a fecha de 23 de marzo mientras que España ha administrado una dosis al 8,8 por ciento de su población, Israel lo ha hecho al 60%, Reino Unido la ha administrado al 40% de sus habitantes, Emiratos Árabes Unidos al 35%, Chile al 30% y Baréin y Estados Unidos al 24%. Esto quiere decir obviamente que la disponibilidad de vacunas es asimétrica, que la gestión de compra de vacunas en la Unión Europea no es lo eficiente que es en otros países y que desde luego la administración es más ágil y no presenta tanto debate a veces de tintes epistemológicos.

Y a todas estas, con la llegada de la Semana Santa vemos como nuestras calles y plazas se llenan de turistas provenientes de diferentes países, mientras que nosotros no podemos salir del contorno perimetral de nuestra comunidad autónoma, un nuevo motivo sobre el que

poner el acento de nuestra contrariedad y por qué no frustración.

Al final y por no extenderme, la consecuencia de todo este cúmulo de vivencias es que la fatiga pandémica está haciendo cada vez una mayor mella y está teniendo un mayor impacto en nuestra sociedad. El hartazgo es incremental porque no se vislumbra el futuro con la ilusión y la esperanza que precisamos, y ante este decaimiento progresivo aderezado por la crispación política que presenciamos a diario y las perspectivas poco halagüeñas de nuestra economía y del empleo, tan solo nos queda esperar que los peores vaticinios de los analistas propios y foráneos no se cumplan, y que entre todos podamos remontar esta situación y salir de este callejón en el que nos vemos inmersos por tantos errores e incongruencias cometidas en la gestión de esta pandemia.

Dejar un legado de sostenibilidad a las generaciones futuras es fundamental y en ese sentido hemos de procurar mejorar entre todos este galimatías sanitario, económico, social y político en el que nos encontramos inmersos. Si esperamos que otros nos saquen de este infierno estamos apañados, nos tendremos que sacar nosotros mismos las castañas del fuego y no apostar todo y exclusivamente a la carta de unos fondos de recuperación que llegarán cuando lleguen y en las condiciones que lleguen, y se repartirán como se repartan, estaremos atentos a los criterios de adjudicación y a las propias asignaciones en sí.

Importantes estas ayudas, sí, mucho, claves probablemente, pero creo que tan relevante o más es, que como sociedad reaccionemos como siempre lo hemos sabido hacer y nos sobrepongamos a esta catástrofe con el esfuerzo propio, y lo que pueda venir en forma de ayudas exteriores o subvenciones bienvenido y muy bien recibido será.

Director de desarrollo corporativo y comunicación (Fundación IDIS)

Socio Fundador del Grupo Soluciones de Comunicación y Reputación SC&R y del Communication Experience Institute (CEI)

Presidente del Instituto ProPatients

Profesor de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas (ICAI-ICA-DE)

Miembro de la Comisión Mixta de la Cátedra del Paciente de la Universidad de Alicante

Ex-presidente y Miembro de Honor de Forética

fmugarza@fundacionidis.com



Las consecuencias de la indiferencia y la falsa innovación: el empobrecimiento de las organizaciones

Carmen Ferrer Arnedo

El sistema sanitario ha trabajado durante este último año dando respuestas reactivas y adaptándose, casi día a día, a una realidad emergente marcada por la incertidumbre y este año quizás más que nunca nos hace reflexionar sobre la importancia del compromiso y la capacidad de ser proactivos, la capacidad de sumar que todos tenemos y, por tanto, también más que nunca parece que es preciso remarcar el valor y la necesidad de desterrar de nuestras organizaciones dos conceptos arraigados pero que no tienen ningún espacio tras lo aprendido en este año. Por un lado, la necesidad de erradicar la indiferencia en el mundo laboral como un mal endémico y tradicional que no debería de encontrarse ya y, por otro, luchar contra la falsa innovación que distrae a la organización de su auténtica misión y visión, respondiendo en muchas ocasiones a los intereses más bien individuales que no siempre son beneficiosos para el desarrollo de servicios eficaces y eficientes desde un enfoque centrado en las personas prestándoseles servicios eficaces y humanizados.

Hoy me gustaría, por tanto, que reflexionásemos juntos sobre la indiferencia y la falsa innovación y diésemos visibilidad a lo que trae como consecuencia para las organizaciones sanitarias y a la necesidad de ejercer liderazgos transformacionales capaces de neutralizar estas actitudes que resultan tan dañinas.

No sé si nos preguntamos suficientemente lo que supone la indiferencia de los profesionales en cualquier nivel de la organización y cómo esta afecta al desarrollo de la calidad



La indiferencia está asociada a la insensibilidad, al desapego y perpetúa aquello que más nos molesta, aquello que parece que nunca se puede cambiar



asistencial, a la mejora continua de la creación de equipos o a la oportunidad de responder de manera adecuada a los requerimientos de los pacientes y de sus familias cuando se acercan al sistema sanitario en busca de respuestas concretas a situaciones particulares.

La indiferencia junto con la falsa innovación, de la que hablaremos más adelante, suponen para los profesionales comprometidos con el sistema sanitario un freno en el desarrollo y adecuación de la organización cuando esta quiere enfocarse realmente en buscar res-

puestas para los requerimientos de servicio de salud de los ciudadanos como pacientes.

Se lee que la indiferencia define a una persona como alguien que “ni siente, ni padece”. ... Pensar en alguien indiferente es atribuirle una serie de adjetivos que poco o nada tienen que ver con el ideal de una persona virtuosa o persona comprometida.

La indiferencia está asociada a la insensibilidad, al desapego y perpetúa aquello que más nos molesta, aquello que parece que nunca se puede cambiar. Tolerando la indiferencia nosotros somos cómplices de que las cosas inadecuadas se perpetúen, generando el sentimiento de permanecer inmóvil.

Cuando alguien en su trabajo dice: “eso a mí no me compete”, “esa no es mi responsabilidad, que lo haga a quien le pagan” o el famoso, “eso no es cosa mía y si no sabe que aprenda, a mí no me pagan para enseñar a los jefes”, se perpetúa la indiferencia y convertimos las organizaciones en estructuras atomizadas donde el conocimiento tácito no fluye, no hay aprendizaje, no se crean equipos y, sobre todo, como no hay corrección desde la experiencia individual es imposible generar cambio.

La indiferencia produce una especie de falso escudo que para quien hace estas afirmaciones hace que se siente protegido y, sin embargo, los “a mí no me interesa, que aprenda” o “que se fastidie para eso le pagan” lleva a actitudes destructivas y poco gratificantes que minan del desarrollo de las personas y de sus capacidades.

Pensar en alguien indiferente es atribuirle desapego.

“Tras fracasar es posible seguir adelante y fracasar mejor; en cambio, la indiferencia nos hunde cada vez más en el cenagal de la estupidez”. La inacción no es aceptable, según el filósofo esloveno Slavoj Žižek.

Estas actitudes deberíamos de combatir las y son los líderes en las organizaciones quienes han de trabajar contra ellas. Casi siempre son el síntoma de la frustración, de la falta de compromiso y esto afecta al desarrollo y consolidación del camino del cambio y la mejora, esenciales para la supervivencia de los servicios que creen en la calidad.

La indiferencia se combate con el compromiso, con los espacios para participar, con la cercanía y, desde luego, fomentando que el buen hacer no solo es aplicar el conocimiento científico para el ejercicio de tu profesión sino implantando la cultura de que el buen hacer



profesional no existe sin implicación y compromiso con la calidad de la organización en la que desarrollamos nuestro trabajo.

De igual modo, se debe de reparar en la falsa innovación, en lo que algunos denominan las “ocurrencias”, aquello que se implanta como innovación pero que en nada beneficia al desarrollo organizativo y de servicio que se presta a los ciudadanos. Ese tipo de innovación resulta perjudicial cuando distrae de la misión y la visión. Contra las ocurrencias, los líderes deberían de trabajar la medición de su impacto en los servicios que se prestan a los ciudadanos y, desde luego, trabajar para no implantar aquello que nos distrae de nuestra razón de ser.

Estos dos aspectos, la indiferencia y la falsa innovación se convierte en contravalores que frenan el desarrollo de las buenas prácticas y de la consolidación de servicios bien orientados a las necesidades reales de los ciudadanos.

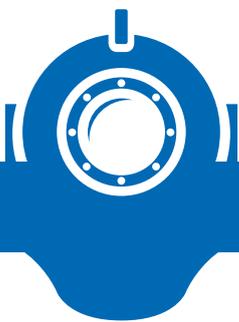
La pregunta es ¿cómo neutralizarlos? Y aquí entran a jugar los líderes competentes que trabajan el desarrollo de las personas, son capaces de crear equipos, gestionan adecuadamente la toma de decisiones, promueven el valor del compromiso y del orgullo de pertenencia y desarrollan estrategias de magnetismo para que los profesionales sientan que su conocimiento tácito es de valor.

Trabajar para neutralizar la indiferencia y la falsa innovación supone apostar las organizaciones con capacidad de mejorar y de adaptación a los requerimientos de los ciudadanos.

Como decía Peter F. Drucker: A menos que se haga un compromiso, porque si solo hay promesas y esperanzas; no hay planes ni acciones.

Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid y Directora Ejecutiva del Master de Humanización de la UEM/Fundación CURARTE.

crmferrer@gmail.com



Antibióticos sin bulos



Barberan J¹



Chivato T²



Baquero JL³



Mateos C⁴

La prevalencia de las resistencias bacterianas a los antibióticos es alarmante en España y el uso racional de los mismos se hace fundamental como promueven iniciativas como el PRAN (Plan Nacional Resistencia Antibióticos) liderado desde la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y al que se ha adherido el Foro Español de Pacientes entre otras organizaciones.

Internet se ha convertido en una de las principales fuentes de información sanitaria para los profesionales y ciudadanía, que encuentran en esta herramienta una valiosa ayuda. Sin embargo, el escaso control y especialmente en redes sociales, hace que pueda haber tanta información veraz como inadecuada o incluso bulos. De hecho, situaciones de estrés como la vivida en la pandemia de COVID multiplica estas últimas.

Por esa razón y la grave repercusión que podría tener sobre el uso racional de antibióticos, hemos promovido desde el Foro Español de Pacientes con la colaboración técnica de #SaludSinBulos, respaldados por la Sociedad Española de Quimioterapia y la Universidad San Pablo CEU y con el patrocinio de la Fundación ASISA y Grifols, un análisis de las pu-

blicaciones encontradas en Internet referidas a los antibióticos.

Concretamente refiriéndonos a las redes sociales pueden ser de ayuda para los padres a la hora de informarse sobre antibióticos para sus hijos, según un estudio transversal realizado en Italia entre marzo y mayo de 2017 el “Uso de Internet y redes sociales para la búsqueda de información relacionada con antibióticos: resultados de una encuesta entre población adulta en Italia”, que tenía como objetivo establecer el alcance del uso de Internet y las redes sociales para buscar información relacionada con los antibióticos y las posibles implicaciones en la atención médica entre la población adulta en Italia, el resultado fue que un total de 913 padres completaron el cuestionario, con una tasa de respuesta del 67.4%; el 22.1% no sabía cuándo era apropiado usar antibióticos. El 32,3% de los padres informaron automedicación con antibióticos. El 73,4% de los encuestados utilizó Internet para buscar información sobre el uso de antibióticos. Entre los usuarios de las redes sociales, el 46.5% informó el uso de estos medios para obtener información sobre los antibióticos y el 45% de los usuarios de aplicaciones de mensajería instantánea comparten información sobre los antibióticos. Como conclusiones se obtienen que

Internet y las redes sociales se utilizan ampliamente para la búsqueda de información relacionada con los antibióticos en la población italiana, y puede ser útil para la difusión de información válida. Entendiendo que se trata de una sociedad similar a la nuestra, entendemos que los resultados pueden ser, al menos hasta cierto grado, extrapolables a nuestro país.

En cambio, los profesionales sanitarios apenas acceden a las redes sociales para informarse sobre antibióticos, como refleja una encuesta europea realizada en 2018 por el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades, señalando que las guías de práctica clínica son el recurso más utilizado por trabajadores sanitarios para la gestión de infecciones (29%), seguido de la "experiencia clínica previa" (18%) y cursos de formación continua (14%). En contra, las redes sociales y la industria farmacéutica (representantes y documentación) fueron los recursos menos citados de la lista proporcionada. Los encuestados en el entorno de farmacia fueron menos propensos a usar guías clínicas, pero también fueron los más propensos a utilizar documentación de la industria farmacéutica.

Un análisis anterior, realizado en 2011 por este centro europeo sobre la actividad de las redes sociales relacionadas con el uso de antibióticos en la UE, mostró que hay muchas cuentas hablando sobre antibióticos, sobre todo entre la industria, los pacientes y profesionales de la salud; pero, el nivel de actividad de estos actores no era alto. Existe el potencial de utilizar las redes sociales entre estos actores, pero también entre académicos y profesionales donde la actividad es todavía muy baja. Los resultados también mostraron que existen tres tendencias principales: uso general de antibióticos al padecer una enfermedad; consejos e información; y reacciones adversas. La conclusión principal de esta investigación fue que había un gran potencial sin explotar cuando se trata del uso de las redes sociales para promover el uso racional de antibióticos. Por un lado, los pacientes tienen un interés general en aprender acerca de los antibióticos a medida que los toman o prevén tomarlos. Por otro lado, por parte de expertos se discute sobre antibióticos y resistencia a los antibióticos en las redes sociales. La necesidad está ahí, y las campañas de concienciación sobre antibióticos pueden encontrar un área fértil en las plataformas de medios sociales para desarrollar mensajes, crear con-

ciencia e interactuar con sus audiencias para ayudar a promover el uso prudente de antibióticos".

En todo caso y a pesar de lo que sería deseable, las redes están plagadas de bulos y desinformación en aspectos generales de antibióticos. Una investigación publicada en 2010 en la revista *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* sobre la difusión de información de salud a través de las redes sociales, revisó las publicaciones en Twitter mencionando la palabra antibiótico(s) para determinar categorías generales y explorar evidencia de malentendido o mal uso de antibióticos y más del 50% de los casos estudiados se identificaron como evidencia de malentendido o mal uso de antibióticos.

Por esa razón junto al problema creciente de las resistencias bacterianas frente a los antibióticos y la situación vivida en esta crisis del COVID-19, desde el Foro Español de Pacientes se promueve un estudio adicional para explorar cómo viene siendo la información difundida a través de las redes sociales, identificar el mal uso o la mala interpretación, así como promover un cambio de comportamiento positivo, difundir información válida y explorar cómo se pueden usar esas herramientas para recopilar datos fidedignos de salud en tiempo real.

¿Qué hace que la población hable sobre antibióticos en las redes sociales? Un estudio retrospectivo realizado en 2013 por el Plan de Financiación del Centro de Investigación Biomédica del Instituto Nacional de Investigación en Salud del Reino Unido (NIHR) en el Imperial College, con el objetivo de explorar eventos e individuos que influyen en el discurso sobre los antibióticos en *Twitter*; usando la herramienta web www.topsy.com, para detectar ocurrencias diarias de la palabra "antibiótico" del 24 de septiembre de 2012 al 23 de septiembre de 2013 en Tweets mundiales, determinó que de los 135 mil millones de mensajes publicados durante el período de estudio, 243 mil (0.000002%) se refirieron a "antibiótico" y que los mayores aumentos de actividad aparecieron después de emitirse noticias televisivas sobre infecciones, antibióticos y el problema global de la resistencia bacteriana.

Los eventos institucionales pueden amplificar rápidamente las discusiones sobre antibióticos en las redes sociales, pero su corta

vida útil limita su impacto público. Se hacen necesarias estrategias múltiples para prolongar las respuestas. El desarrollo de métodos para refinar el monitoreo de las redes sociales para evaluar el impacto y la sostenibilidad del compromiso social en la agenda de resistencia a los antimicrobianos sigue siendo esencial.

Por otro lado, los vídeos científicos en YouTube sobre resistencia bacteriana tienen menos impacto del deseable, ya que no son de los más vistos y la interacción en ellos, es baja. Por lo general, en cuanto a la resistencia bacteriana, bacterias multirresistentes o resistencia antibióticos son vídeos la mayoría de ellos realizados por personas cualificadas, informadas y expertas en el área, aportando información veraz en la mayoría de los casos, las afirmaciones son correctas y recomiendan el uso racional de los antibióticos, no automedicarse, advierten del problema que genera la automedicación e instan a seguir las recomendaciones del médico en cuanto a la pauta de administración (posología, duración del tratamiento, etcétera).

Los vídeos sobre los llamados “antibióticos naturales” según los autores que generalmente no cuentan con la formación válida, hacen referencia a soluciones naturales, con plantas y alimentos, que, ayudan a combatir las infecciones de mejor manera que los preparados farmacéuticos. Sus contenidos no se

basan en evidencias científicas, pero lamentablemente tienen más visualizaciones e interacciones que los vídeos que tienen información adecuada (caso anterior).

En cuanto al uso de antibióticos sin receta son los vídeos con más información falsa y también los que tienen más visualizaciones e interacciones. Los publican especialmente en redes sociales “influencers” de moda y belleza, sin formación científica, promoviendo el uso de ciertos antibióticos a pesar de carecer de indicación aprobada, como forma de tratamiento del acné, dermatitis, antisépticos de la piel, úlcera, etc.

Los antisépticos destruyen a los microorganismos o inhiben su multiplicación y consiguientemente la expansión de infecciones y multirresistencias, ya sea aplicados de forma tópica sobre la piel, las mucosas y las heridas; o como desinfectantes (generalmente a mayor dosis), sobre objetos inanimados con el mismo objetivo.

Las infecciones se han convertido en un desafío creciente para los pacientes, además de un coste considerable en recursos, demostrando contribuir a la reducción de estas y de su propagación, siendo una barrera imprescindible para situaciones tan complejas como, la proliferación de bacterias multirresistentes a los antibióticos o la prevención de infecciones por nuevos agentes víricos como

Tabla 1. Vídeos sobre resistencia bacteriana/antibióticos.

Vídeo	Cuenta	Fecha	Profesión	Suscriptores	Visualizaciones	Interacciones	Otros
Resistencia a los antibióticos	La Hiperactina	02/12/2018	Graduada en Ciencias Biomédicas UB y Máster en Comunicación Científica UPF	146K	84.598	7272 likes/314 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Problema automedicación - Antibióticos con receta - Desarrollo investigación
¿Qué causa la resistencia bacteriana a los antibióticos?	TED-ed	07/08/2014	Kevin Wu- Médico patólogo	11.9M	2.468.936	20.221 likes/1154 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación nuevos tratamientos - Evitar uso excesivo antibióticos
Mecanismos de resistencia	Universidad Autónoma Juan Misael Saracho (UAJMS)	16/08/2010	Profesor universitario	269	112.886	665 likes/ 18 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos teóricos de la resistencia bacteriana
Adaptarse o morir: bacterias resistentes a los antibióticos	May Espiral	19/05/2014	José Antonio Ainsa- Científico investigador	2.300	419.396	7400 likes/531 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo científico sobre las adaptaciones de las bacterias resistentes
Bacterias, antibióticos y resistencia	Science4Dummies	30/11/2015	Divulgación científica	387	82.260	696 likes/ 21 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo ganador del concurso “Cuéntaselo a tus padres” SEBBM y Scienceed - Evitar el uso excesivo de antibióticos
Bacterias multirresistentes	oscatrust GUYH	09/01/2018	Divulgación científica- Documental	172K	7.281	102 likes/ 7 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Residuos antibióticos por las fábricas - Creación de bacterias resistentes
Uso y abuso de antibióticos	Dr. Alejandro Macias	20/07/2017	Médico	62.300	22.913	719 likes/ 36 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de antibióticos con infecciones víricas - Abuso en veterinaria antibióticos - Bacterias resistentes
El médico español que está ganando la batalla a las superbacterias	El Futuro Es Apasionante de Vodafone	24/09/2017	Dr. Germán Bou-Jefe Servicio Microbiología (CHUAC)	410K	137.413	910 likes/ 32 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia antibióticos es un problema de Salud Pública - Mal uso antibióticos - No automedicarse
Bacteria super resistente E.coli	Enigma	01/06/2016	Director del centro de control de enfermedades	2.120	74.565	770 likes/215 comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - E.coli bacteria resistente antibióticos

Tabla 2. Vídeos sobre antibióticos naturales

Video	Antibiótico	Cuenta	Suscriptores	Visualizaciones	Interacciones
Plantas que sustituyen a los antibióticos	General	En casa contigo	1.69M	10.859	75 likes
Antibióticos naturales: alimentos que ayudan a prevenir infecciones	General	Noticias caracol	3.13M	80.487	1085 likes
¿Cómo preparar antibióticos naturales?	General	Wapa TV	239K	16.951	127 likes
Antibiótico casero preventivo	General	YT Drak preepers	1.21M	136.964	4622 likes
Como hacer penicilina natural	Penicilina	Pequeños Gedeones	1.050	52.105	1243 likes
Penicilina rusa para curar la gripe	Penicilina	Diana Lucia Pinos	14.100	38.579	640 likes

el SARS-CoV-2 (causante del COVID-19) o fatales de los que no se dispone de tratamientos eficaces como el virus del Ébola, etcétera.

El Foro Español de Pacientes, ha promovido el proyecto OPINAR-antisépticos, avalado por la Sociedad Española de Heridas (SEHER), la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) y la Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ), con el objetivo principal de determinar los atributos que le otorgan mayor valor entre pacientes y profesionales de la Sanidad; pero, no obstante, se han conocido un gran número de bulos y creencias infundadas como que un ajo crudo en ayunas, desinfecta el tubo digestivo, incluso en spray desinfecta el ambiente, o que un vaso de agua con cebolla bajo la cama previene las infecciones respiratorias, también se recomienda aplicado a la

piel y genitales, y de la zanahoria se llega a decir que es 100% efectiva frente al cólera.

No cabe duda que pueden tener cierta propiedad antiséptica, pero se promocionan con un exceso de optimismo.

Además de las vacunas frente agentes bacterianos, las que lo son frente a virus como la gripe, al bajar su incidencia, lo hacen de sus frecuentes complicaciones bacterianas no siendo necesario aplicar antibioterapia, aspecto relacionado con la generación y selección de bacterias resistentes.

El movimiento “antivacunas” que se opone a su uso, son muy activos y tienen una enorme repercusión, de hecho, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) tras el estudio realizado en diciembre del 2020, ya auguraba

Tabla 3. Recomendación de antibióticos sin receta.

Video	Antibiótico	Cuenta	Suscriptores	Visualizaciones	Interacciones
Como eliminar mi acné con fotos	Eritromicina, peróxido de benzoilo, gentamicina	Carla Wonderland	63.5K	37.629	129 comentarios/1.238 likes
Productos para el acné que sí funcionan	Clindamicina	Hola Yasmany	100K	241.143	372 comentarios/5.220 likes
Qué me pasó en la cara	Clindamicina	Anna Sarely	2.52 M	1.547.007	5.386 comentarios/99.413 likes

que solo el 32,5% de la población estaba dispuesta a ponerse la vacuna frente al SARS-CoV-2 (causante del COVID-19) "inmediatamente", mientras el 55% prefiere esperar a conocer los efectos antes de vacunarse; siendo alarmante que el 16,7% no se vacunaría en ningún supuesto. No obstante, este estudio muestra un comportamiento más adecuado, si su médico o médica se la recomienda basándose en su historial clínico y en el riesgo que tiene de contagiar a un familiar.

En 2020, junto a la aparición de la pandemia de COVID-19 apareció la "infodemia", como lo calificó la OMS, por la multiplicación de bulos sobre esta infección, como nunca antes en la historia. También la enorme cantidad de información desde los diversos medios de información, públicos y privados, oficiales y no oficiales, han contribuido al desorden. Según una investigación de la Universidad de Valencia, 1 de cada 5 afirmaciones de salud recibidas por WhatsApp que se refiere a la prevención o la cura del coronavirus, sobre la base del principio de la autoridad médica, son falsas y básicamente suelen promocionar el uso y el consumo de sustancias de origen natural.

Uno de los focos de los bulos sobre el COVID-19 es sobre su vacuna y la desconfianza en las vacunas frente al coronavirus SARS-CoV-2 y es proporcional a la confianza en las redes sociales. Según un estudio entre estudiantes norteamericanos, las tres principales fuentes de información sobre la vacuna COVID-19 fueron las agencias de salud (57,7%), los medios de comunicación (49,5%) y las redes sociales personales (40,5%). Alrededor del 83,1% de los participantes confiaron en gran medida o siempre en los científicos, el 73,9% en los proveedores de atención médica y el 70,2% en las agencias de salud. Después de controlar los datos demográficos clave, la aceptación de la vacuna se asoció positivamente con los científicos como fuentes de información, pero negativamente con las empresas farmacéuticas como fuentes. Los niveles de confianza más altos lo eran con las agencias de salud, los científicos y las compañías farmacéuticas, asociándose significativamente con una mayor aceptación de la vacuna. Sin embargo, la confianza en los medios de comunicación social se asoció negativamente con la aceptación de la vacuna.

Desde el Foro Español de Pacientes hemos promovido una encuesta con 166 respuestas de profesionales sanitarios, médicos, farma-

céuticos y enfermería, entre junio y julio de 2020, de todas las CCAA, 235 en ámbito rural y 77% urbano, reveló que recibían a pacientes alarmados con bulos o falsas creencias sobre antibióticos el 95%, siendo de al menos 1 de cada 5 para el 37% de ellos; y entre 2 y 3 de cada 5 para el 53%.

En cuanto a bulos o falsas creencias sobre vacunas, lo percibe el 89%, siendo de al menos 1 de cada 5 personas que acuden a la consulta o farmacia, para el 22%, y entre 2 y 3 de cada 5 para el 67%.

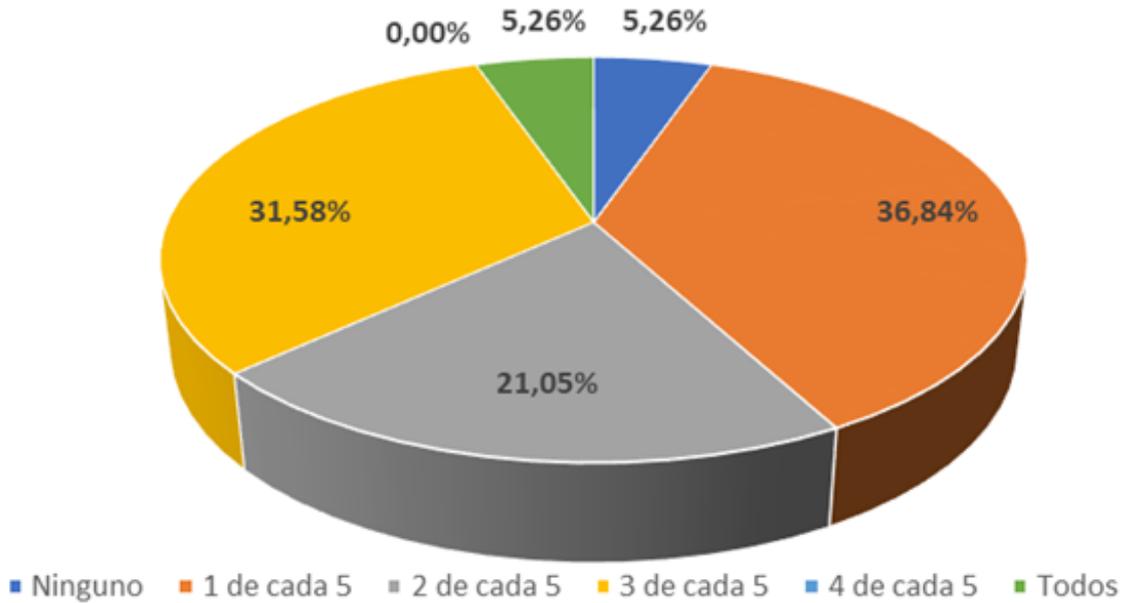
Como conclusión, consideramos que se hace necesaria la implicación multi y transdisciplinar:

1. Papel de los profesionales sanitarios

Un estudio español publicado en *International Journal of Medical Informatics* en 2019 concluía sobre la importancia de las redes para el uso racional de antibióticos que "Instituciones, revistas médicas, médicos y farmacéuticos son líderes de opinión clave en el tema de los antibióticos, por lo que deben incorporar las redes sociales en su estrategia



BULOS O FALSAS CREENCIAS DE ANTIBIOTICOS



de comunicación para difundir información sobre los antibióticos”.

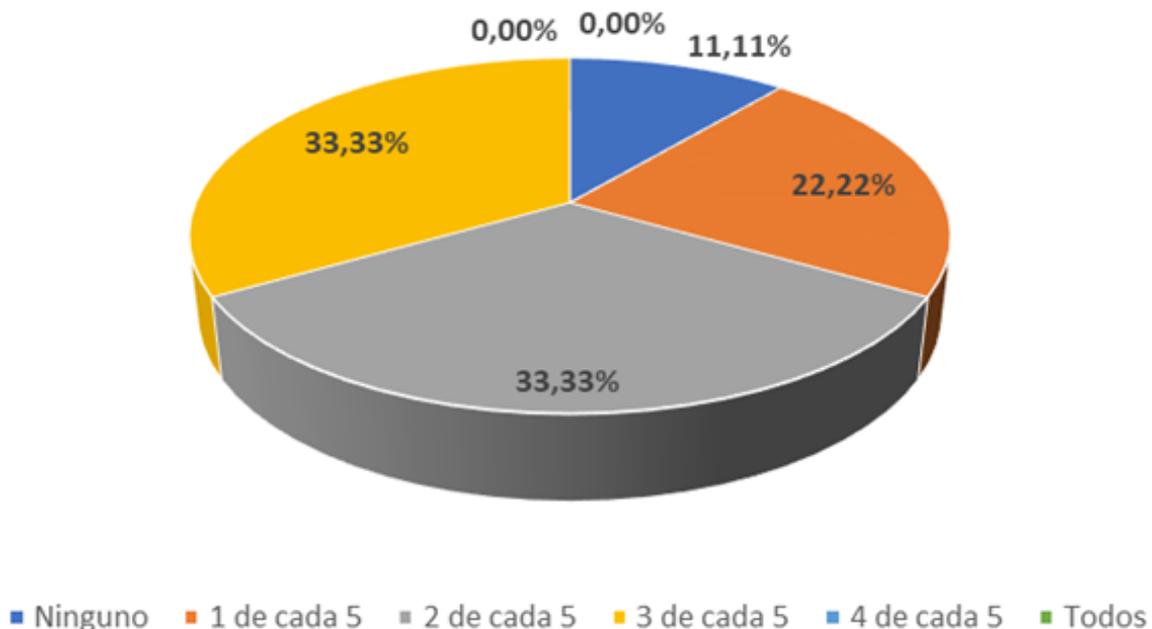
- Médicos de Familia

Una editorial de 2017 en la revista Atención Primaria señala que una razón clara para la sobreprescripción, es evitar el subtratamiento. “Nadie quiere ser visto como haber retenido el tratamiento de un paciente que posteriormente se deteriora, especialmente si el paciente termina en hospitalización”. Sin embargo, investigaciones recientes muestran que las complicaciones infecciosas graves des-

pués de las infecciones del tracto respiratorio son raras e incluso los médicos de familia que prescriben menos, no parecen tener que manejar significativamente más complicaciones. Otra razón, según el autor, es el juicio erróneo que puede darse en el médico sospechando empíricamente de una infección bacteriana; o a estar sometido a la presión del propio paciente o de los padres de los niños enfermos.

La dimensión de la resistencia bacteriana está infravalorada por los propios médicos,

BULOS O FALSAS CREENCIAS DE VACUNAS



según un estudio publicado en BMJ en 2020, que a través de diferentes focus groups, de médicos de familia, internistas y pediatras, reconocieron que la resistencia es un problema importante de salud pública, pero no tanto como otros problemas urgentes, como por ejemplo la obesidad y el consumo de opioides. Muchos consideraron que la resistencia era un problema prácticamente solo de hospitales. Si bien los participantes admitieron una prescripción inapropiada como un problema en entorno comunitario y ambulatorio, muchos sintieron que los factores clave no eran los entornos de Atención Primaria”.

- **Farmacéuticos comunitarios**

Tener buenas habilidades de comunicación puede ayudar a los farmacéuticos a convencer a los pacientes sobre la necesidad de no tomar antibióticos sin receta. De hecho, está prohibido dispensar antibióticos sin prescripción. No obstante, en 2008 se realizó un estudio prospectivo en una muestra aleatorizada de farmacias en Cataluña, los antibióticos se obtuvieron sin receta médica en el 45,2% de las farmacias encuestadas y la puntuación media global de las habilidades de comunicación fue significativamente mayor entre los farmacéuticos que se negaron a vender antibióticos en comparación con los que los vendieron. Se observaron diferencias en la escucha, la cordialidad, la tranquilidad, el optimismo y la expresión inteligible. Hoy podemos asegurar que la mayoría se opondría a su dispensación, tal y como reza la norma.

Se hace necesario por parte de todos los profesionales, la alerta sobre la circulación de bulos a la par que la recomendación de fuentes fiables de información.

- **Profesionales en formación**

Los antibióticos actúan selectivamente sobre las bacterias; lo que les convierte valioso tratamiento contra ciertas infecciones, pero paralela lamente, su utilización puede traer consigo la selección y proliferación de bacterias resistentes. Es por ello, que deben ser bien conocidos y evitar así su uso inadecuado.

El uso racional de antibióticos debe ser materia de estudio en las universidades y en la formación continuada de los profesionales.

Paradójicamente hasta hoy en día, la especialidad de enfermedades infecciosas a fuerza de necesidad, se ha desarrollado a pesar de no reconocerse la especialidad, debiéndose desarrollar en base a la experiencia. Seguramente consecuencia de la crisis del COVID-19 se haya activado el reconocimiento como especialidad médica y la instauración de una formación reglada MIR, lo que parece ser incluido en el próximo Real Decreto de especialidades.

2. Papel de las organizaciones de pacientes

Los planes son necesarios, pero la implicación de la ciudadanía solo se conseguirá si quedan convencidos y para ello, es preciso implicarles desde el diagnóstico e instalación del tratamiento, respondiendo a sus concretas inquietudes, para que los sientan comprometidos.

Muchas patologías crónicas pueden complicarse con infecciones, como el EPOC, pacientes inmunocomprometidos como los diabéticos, oncológicos y los trasplantados, los pacientes que sufren ciertas patologías autoinmunes, diabetes, patologías cardiorespiratorias, etc.; y las organizaciones de pacientes, han de participar también de forma activa, en la erradicación de los bulos y en fomentar la información veraz.

3. Papel de las Administraciones (central y autonómicas)

Promover los grupos de trabajo multidisciplinares que incluya a las organizaciones de pacientes, así como promover formación a profesionales y pacientes e intensificar las campañas promocionales del uso racional de antibióticos. Un buen ejemplo fue la campaña en televisión y disponible en el canal YouTube, promovida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

¹ Hospital de Montepíncipe

² Universidad San Pablo CEU

³ Foro Español de Pacientes

⁴ Comsalud



Alianza de la Sanidad Privada Española



Más de
600
empresas
sanitarias

Servicios
especialmente
pensados
para tí

¡Asóciate
ya!

info@aspesanidadprivada.es · www.aspesanidadprivada.es



La importancia de la individualización en diabetes

Mercedes Maderuelo Labrador

Las personas con diabetes tipo 2 son un colectivo muy diverso con necesidades específicas en cuanto al tratamiento de su patología. Algunas de ellas, concretamente las que están en tratamiento con insulina, se encuentran con muchas limitaciones, en comparación con respecto a las personas con diabetes tipo 1, a la hora de acceder a determinados avances en diabetes y nuevas tecnologías, como pueden ser los sistemas de monitorización de la glucosa en líquido intersticial.

Por esta razón, y con el objetivo de conseguir que los pacientes con diabetes tipo 2 insulinizados puedan disponer de los mismos tratamientos para el buen control y gestión de su diabetes, la Federación Española de Diabetes (FEDE) ha elaborado el decálogo '10 medidas para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 insulinizadas', con la colaboración de la Sociedad Española de Diabetes (SED), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), la Sociedad de Medicina Interna (SEMI), la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (CGCOE), que se han unido a esta hoja de ruta que supone una apuesta por el tratamiento individualizado del paciente y su participación dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El documento se halla dividido en cinco apartados de medidas en diferentes áreas,

que son las siguientes: en educación y formación; en telemedicina e innovación; en individualización y tratamiento; en ahorro e inversión; y en participación e influencia. Por lo que se refiere a la formación en diabetes, se destaca la reivindicación de una educación diabetológica de calidad y continuada en el tiempo tanto en pacientes como en familiares, así como la aprobación de los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada para reconocer la formación de las enfermeras educadoras en diabetes.

Además, se prioriza la solicitud de medidas en investigación e innovación dirigidas a sentar las bases de una telemedicina de calidad, priorizar la apuesta de la investigación centrada en el colectivo de las personas con diabetes, máxime en el actual contexto de pandemia por la COVID-19. En el ámbito relativo al tratamiento, se recoge como prioritario apostar por la individualización de su abordaje en función de cada paciente, atendiendo a sus necesidades e impulsando el cambio de tiras reactivas por los sistemas de monitorización de la glucosa.

Todo ello contribuye a evidenciar el ahorro y la inversión que supone una adecuada y correcta monitorización de la diabetes en cuanto a la prevención de complicaciones, por lo que se destaca avanzar en la concienciación a las autoridades públicas de la importancia de implementación de planes que faciliten todo lo anterior. Por último, y en lo que respecta a las medidas de

participación del paciente en la toma de decisiones, se especifica impulsar el aumento la presencia de los representantes de los pacientes con diabetes, así como del resto de profesionales sanitarios.

El cumplimiento de estas propuestas es un objetivo prioritario para que se ajusten a la realidad de las necesidades de cada paciente, lo cual mejoraría su calidad de vida y, además, la calidad asistencial, obteniendo así buenos resultados en salud y evitando complicaciones.

10 Medidas para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 insulinizadas

Las entidades impulsoras y colaboradoras de estas 10 MEDIDAS solicitarán, como siguiente paso, a las autoridades sanitarias competentes, que implementen estas propuestas, con el objetivo de que se ajusten a la realidad de las necesidades específicas de cada paciente, redundando con ello en una mejora tanto de su calidad de vida como de la calidad asistencial, y en suma, obteniendo resultados en salud personales y poblacionales.

MEDIDAS EN EDUCACIÓN Y FORMACIÓN



1. Aumentar el nivel formativo que reciben las personas con diabetes tipo 2 y sus familiares, contemplando dentro de esa educación diabetológica las nuevas tecnologías y la innovación en diabetes.

2. Apoyar la aprobación de los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, que reconocen la formación en diabetes de las enfermeras educadoras, que debería proporcionarse a través de los Servicios Autonómicos de Salud; y que el tener estos Diplomas prime a la hora de acceder a puestos de atención a las personas con diabetes.



MEDIDAS EN TELEMEDICINA E INNOVACIÓN



3. Impulsar medidas que sienten las bases de una telemedicina de calidad, en la que se contemple tanto la formación de pacientes y familiares, y los profesionales sanitarios; como la inversión necesaria para su adecuada implementación.

4. Priorizar, en la actual coyuntura sociosanitaria por la COVID-19, la apuesta por un lado, de la investigación y la innovación; y por otro, por la protección de colectivos de riesgo como son las personas con diabetes, identificándolas como un grupo prioritario para la vacunación.



MEDIDAS EN INDIVIDUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO



5. Apostar por la individualización del tratamiento de las personas con diabetes tipo 2, teniendo en cuenta las diferentes situaciones clínicas de cada persona y que requieren de soluciones y planteamientos individualizados.

6. Sensibilizar a las autoridades sanitarias, tanto nacionales como autonómicas, para la implantación del cambio de tiras reactivas a los sistemas de monitorización de glucosa en líquido intersticial, con el objetivo de que cada paciente pueda acceder a un mejor control y tratamiento para su diabetes.



MEDIDAS EN AHORRO E INVERSIÓN



7. Evidenciar el ahorro y la inversión que supone una adecuada y correcta monitorización de la diabetes y que, por un lado, contribuye a reducir la aparición de complicaciones y, por otro, a reducir tanto los costes como la presión asistencial derivadas de las mismas. Este mejor control y la reducción de complicaciones tendrían además impacto positivo en la productividad y la dependencia.

8. Concienciar a las autoridades públicas de la importancia de la implementación de planes de actuación a medio y largo plazo; y de la toma de medidas en base a los resultados en salud. Para ello, se debería apostar por un Sistema Nacional de Salud (SNS) del siglo XXI, centrado en la cronicidad y en una medicina preventiva y proactiva, que evite colapsos y / o merme la calidad de la atención asistencial; y reduzca las trabas burocráticas (visados), tanto para los pacientes como para profesionales sanitarios.



MEDIDAS EN PARTICIPACIÓN E INFLUENCIA

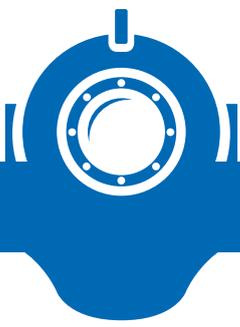


9. Contar con la opinión y perspectiva de los representantes de los pacientes en los Consejos Asesores de Diabetes de las CC AA, con el objetivo de que sus planteamientos sean tenidos en cuenta a la hora, por ejemplo, de la adquisición de material para el control de la diabetes.

10. Aumentar la presencia de los representantes de las personas con diabetes, así como del resto de profesionales sanitarios, en todos los niveles de la administración sanitaria. Esto permitiría una mayor capacidad de concienciación e influencia en la toma de decisiones públicas que les afecten como colectivos.



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



Trasformar la Atención Primaria

Ignacio Para Rodríguez-Santana

El sistema de Atención Primaria, tan oportuno cuando se creó, lleva ya años haciendo crisis. Crisis que se ha manifestado con mayor rotundidad durante esta pandemia del coronavirus.

Hace ya 14 años que, bajo el gobierno de Rodríguez Zapatero, se impulsó su reforma en el llamado Proyecto AP21 del que todo el mundo se hizo eco y hoy está olvidado. Podríamos decir hoy, sin temor a equivocarnos, que los problemas planteados en ese proyecto siguen sin resolverse y la Atención Primaria continúa con los mismos problemas de entonces, si cabe aún, más agravados y con necesidades de solución más urgente.

La Atención Primaria ha sido la “puerta de entrada” al sistema de los pacientes que acuden, ejerciendo las funciones de discriminación de la demanda y filtrando la misma al acceso a la Atención Especializada. Con una actitud reactiva como el conjunto de la atención sanitaria, es decir, reaccionando a las solicitudes de atención, y no proactiva, promoviendo la salud de los ciudadanos y vigilando los riesgos y las enfermedades de su población protegida.

La Atención Primaria sigue siendo básicamente primaria, de menor rango, es decir, para resolver problemas menores, con inestabilidad, temporalidad y variabilidad de los médicos y, aunque se habla en todos los sitios de una asistencia integrada

“

La Atención Primaria sigue siendo básicamente primaria, de menor rango, es decir, para resolver problemas menores, con inestabilidad, temporalidad y variabilidad de los médicos

”

entre los niveles asistenciales, esto sigue estando en la práctica lejos de ser una realidad. Y ahora sufriendo de otro problema acuciante: la escasez de médicos y la realidad de esta pandemia provocada por el coronavirus SARS-Cov-2 que colapsa y desajusta el normal funcionamiento de la atención sanitaria.



Cuando hablamos de que la AP sea el eje del sistema sanitario, parece razonable que la prestación asistencial se organice en función de los procesos de atención sanitaria integral, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta su tratamiento, curación y alivio o mitigación, integrando los recursos de Primaria y Especializada y dotando a la mal llamada Asistencia Primaria de una capacidad resolutoria y de un soporte tecnológico conforme a su nuevo rol de coordinador general de la salud de sus ciudadanos. Es desde la AP desde donde mejor se pueden implementar las políticas de salud pública.

Esta coordinación de salud debe hacerse no solo con los hospitales llamados "de agudos", sino con todo el resto de dispositivos y servicios, hospitales, emergencias, convalecencia, salud mental, dependencia, etcétera. Creo que deberíamos cambiarle de nombre; debería cambiársele de nombre ya que la palabra "primaria" (como de menor rango) no se correspondería con ese rol.

Es necesario que los médicos de familia y atención comunitaria, pasen a ser los que cuidan de la salud integral de los pacien-

tes a él asignados, realizando una gestión de base poblacional de promoción de la salud y prevención de las enfermedades persiguiendo el diagnóstico precoz (de manera que sus médicos sean los gestores de los riesgos de salud de la población que tengan asignada) así como su participación activa en todos los episodios por los que pasen sus pacientes en cuanto "médico de cabecera". Teniéndolos en "radar", como decía Rafael Bengoa cuando nos contaba la experiencia de Kaiser Permanente.

Obviamente, para que todo esto funcione, necesitamos una buena gestión de los centros definiendo los protocolos de actuación y objetivos de salud, mejorando la formación de los profesionales, garantizando la estabilidad en el empleo, proporcionando incentivos según los resultados y salarios dignos y adecuados similares a los de cualquier otro especialista, sin olvidar el necesario reconocimiento social y del resto de los profesionales. Es necesaria una completa transformación.

Recientemente, el presidente de SEMERGEN, José Polo, manifestaba en un acto de la Fundación Bamberg: "Desde hace años la Atención Primaria es la hermana pobre, y cada vez ha habido menos inversión, no solo en recursos humanos y reposición de plantillas, sino también en infraestructuras, en logística, o en intentar homogeneizar y acercar las pruebas diagnósticas. En general en intentar aumentar la capacidad de resolución del médico de familia. Es necesario, primero, que haya dotaciones presupuestarias suficientes en recursos humanos y también materiales, para que el paciente pueda tener acceso a pruebas diagnósticas". En otro momento también manifestó; "la situación de la Atención Primaria en España es preocupante. Está muy saturada y se puede afirmar que las costuras que mantenían este sistema se están abriendo".

No queremos que la Asistencia Primaria sea un barco que se hunde. Todo lo contrario, queremos que cambie de nombre y sea el barco que coordine la flota.

Presidente de la Fundación Bamberg



Dimensionado y cuantificación del impacto del SARS-COV2

Situación de espera quirúrgica en la Región de Murcia a enero de 2021



La Región de Murcia en el contexto de las Lista de Espera Quirúrgica a nivel nacional

Este documento entra en un mayor detalle de la realidad de la Comunidad de Murcia en este aspecto, intentando entender su comportamiento hasta enero de 2021, ya con el efecto de la pandemia en sus diferentes olas, indagando además en cada uno de sus hospitales.

En junio de 2020, los 23.355 pacientes que la Región de Murcia tenía en Lista de Espera Quirúrgica, suponían el 3,4% de la existente en el conjunto nacional, un peso menor que el que suponía a principios de la serie (diciembre 2015).

En términos de pacientes por 1.000 habitantes, y para el último dato publicado por el Ministerio de Sanidad, la Región de Murcia ocupaba el puesto 11 en el conjunto de las comunidades autónomas.

El comportamiento de la lista de espera quirúrgica es similar en los años estudiados, si bien en enero 2021 se aprecia una disminución de personas con respecto a años anteriores.

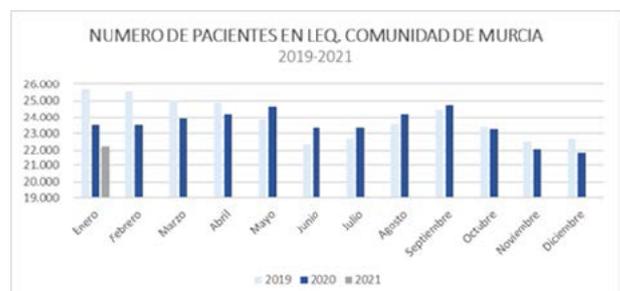
Análisis por hospitales



Dicha disminución es consecuencia de la reducción de pacientes en términos absolutos en el periodo analizado de más del 15%.



Tanto los hospitales de Cartagena, como el Hospital de La Arrixaca, al ser los dos hospitales con mayor población asignada, son los



que mayor número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica tienen. Si bien 1 de cada 4 pacientes en Lista de Espera Quirúrgica pertenecen a Cartagena (26,1%), para un porcentaje de población asignada del 19,1% del total de la Región. En esa línea, llama la atención el Hospital Morales Meseguer, que teniendo asignado el 18% de la Población de la Región, tan sólo acumula el 12,3% de los pacientes.

Consecuentemente, es el área de Cartagena, quien acumula mayor número de pacientes con relación a los habitantes (pacientes por mil habitantes).



En una evolución comparada en base 100, el que peor ha evolucionado su listas de espera quirúrgica es el Hospital Rafael Méndez de Lorca, estando por encima de la media de la Región también el Hospital Lorenzo Guirao de Cieza, Cartagena y el Hospital Reina Sofía.

Cabe destacar la buena evolución tanto del Hospital del Noroeste como el de Virgen del Castillo de Yecla.

Comparando el número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica con los quirófanos disponibles, también son los Hospitales de Car-



tagena y el Rafael Méndez los que tienen una mayor presión asistencial siendo el hospital Virgen del Castillo de Yecla el que mejor parámetro tiene en este aspecto.

Análisis por especialidades

En un análisis por especialidades, y en el conjunto de la Región de Murcia, se observa que tres especialidades (Traumatología, Cirugía General y Digestivo y Oftalmología) concentran prácticamente tres de cada cuatro pacientes en lista de espera quirúrgica en la Región de Murcia. En cualquier caso, cabe destacar la importante reducción en más de 1.000 pacientes en oftalmología desde antes de la pandemia. Es decir, febrero 2020.



En una evaluación comparada, tomando como base los datos de febrero 2020, si bien en el conjunto de las especialidades, y para el conjunto de la Región, se aprecia una disminución de personas en lista de espera quirúrgica, son la cirugía plástica, la dermatología, y la Cirugía General las que más han crecido.

Análisis por Hospitales y especialidades



A partir de los datos facilitados por la Consejería de Sanidad de la región de Murcia, se han cruzado los datos de cada especialidad por cada uno de los hospitales para obtener aquellos que mayor lista de espera tienen, que no necesariamente mayor dificultad de resolución.

Razonablemente, se concentran en las especialidades con mayor número de pacientes comentadas anteriormente (Traumatología, Cirugía General y Oftalmología), en diferentes hospitales, y principalmente en Cartagena.

Lista de espera quirúrgica en función del tiempo medio de espera

El tiempo medio de espera a lo largo del periodo estudiado (desde enero 2019) ha sufrido oscilaciones, aunque con clara tendencia al alza. Se aprecia un importante incremento entre febrero y mayo del año 2020 que, a partir de septiembre tiende a disminuir, si bien el efecto de la tercera ola de la pandemia provoca un repunte en enero 2021.

14_02_Cartagena	Traumatología	1.910
14_02_Cartagena	Oftalmología	1.769
15_06_M_Meseguer	Traumatología	1.111
14_01_V_Arrixaca	Traumatología	1.088
14_03_R_Menendez	C. Gral y Digestivo	934
15_08_Los_Arcos	Traumatología	878
15_07_R_Sofia	C. Gral y Digestivo	870
14_02_Cartagena	C. Gral y Digestivo	714
14_01_V_Arrixaca	Oftalmología	685
15_07_R_Sofia	Traumatología	644

El comportamiento es heterogéneo por hospitales, variando entre los tres y cuatro meses según qué casos.

Tiempo medio de espera por especialidades

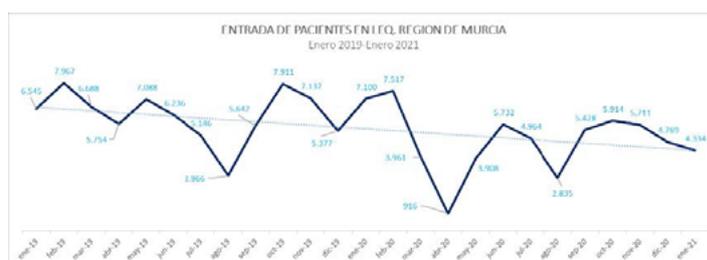
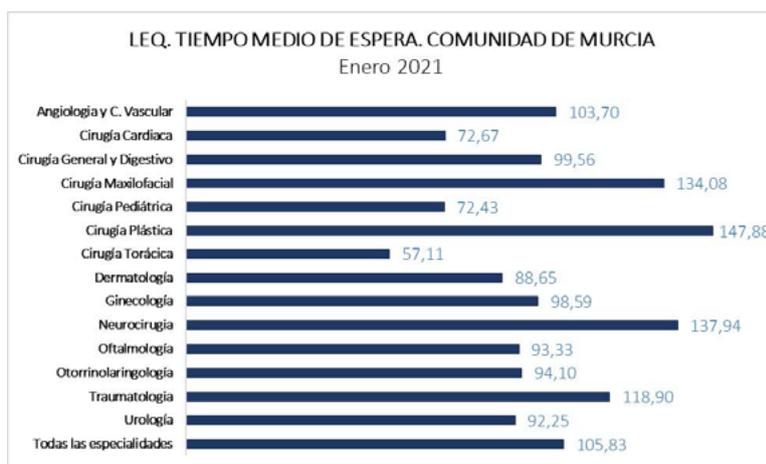
Por especialidades hay más diferencia si cabe; de los menos de dos meses de la cirugía torácica a los más de cuatro meses de la cirugía plástica, la neurocirugía o la Cirugía Maxilofacial. Todas ellas especialidades concentradas en pocos hospitales.

Por especialidades y hospitales también se observa una heterogeneidad en ambos criterios, tanto para los que tienen menor tiempo de espera como los que más.



Entrada de pacientes

El impacto de la pandemia ha conllevado que el número de personas que han recibido indicación de intervención en la Región de Murcia durante el año 2020 se haya reducido en más de 15.000 (26,7% comparado con el año inmediatamente anterior). Es decir, aumenta la demanda oculta, aunque se mantiene el equilibrio de la lista de espera quirúrgica.





Al igual que otros parámetros analizados, frente a la disminución del 52% del hospital Virgen del Castillo de Yecla, frente al poco más del 17% del hospital de La Arrixaca y Cartagena, que son aquellos que más lista de espera tienen proporcionalmente. Relación indirectamente proporcional entre ambos parámetros.

Salida de pacientes

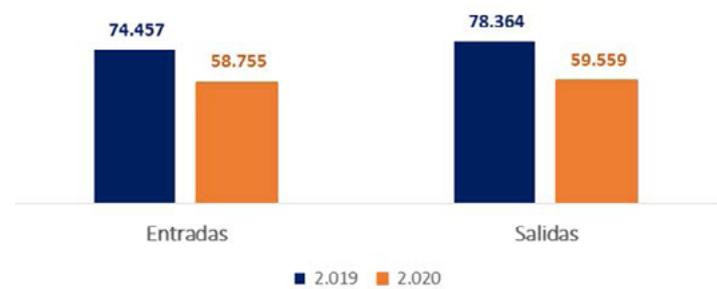
Al igual que en las entradas, las salidas han ido evolucionando paralelas a las olas de las pandemias, con un notable descenso de las mismas desde finales del año 2020 y hasta la fecha analizada.

También con un comportamiento heterogéneo según los diferentes hospitales, las oscilaciones varían desde una disminución menor del 10% en el Hospital Lorenzo Guirao de Cieza, hasta la reducción del más el 40% del Hospital del Noroeste en Caravaca de la Cruz.

Entradas vs salidas de Lista de Espera

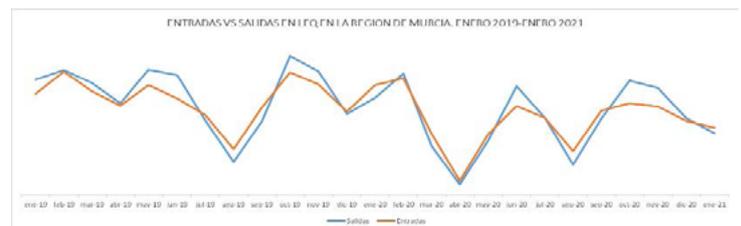
El comportamiento de las entradas y salidas tiende a ser homogéneo en el tiempo. A pesar de que disminuyeron las entradas en 15.700 pacientes los pacientes realmente operados (o salida de lista por otros motivos) se han contraído en 3.000 pacientes más.

Entradas Vs Salidas de Lista de Espera Quirúrgica. Comunidad de Murcia 2019-2020

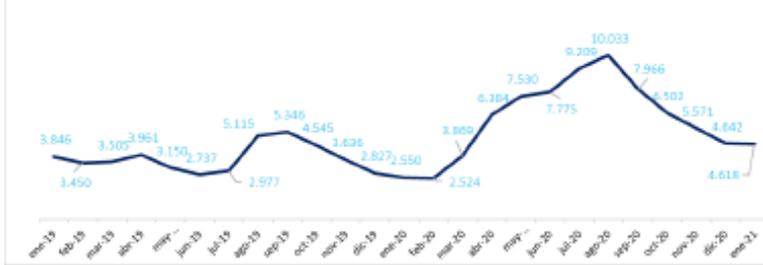


Pacientes más de 150 días de espera

Habitualmente se mide pacientes con más de 180 días, pero la Región de Murcia facilita el dato de más de 150 días, que hemos procedido a analizar



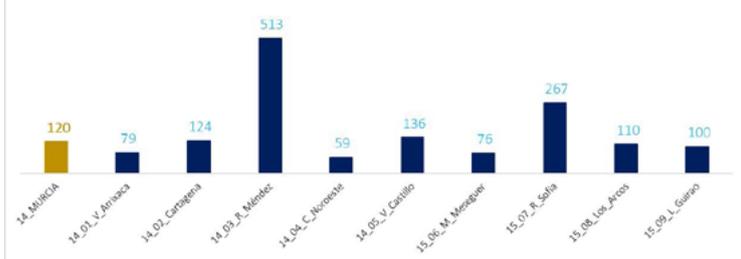
PACIENTES MAS DE 150 DIAS EN LEQ. COMUNIDAD DE MURCIA
Enero 2019-Enero 2021



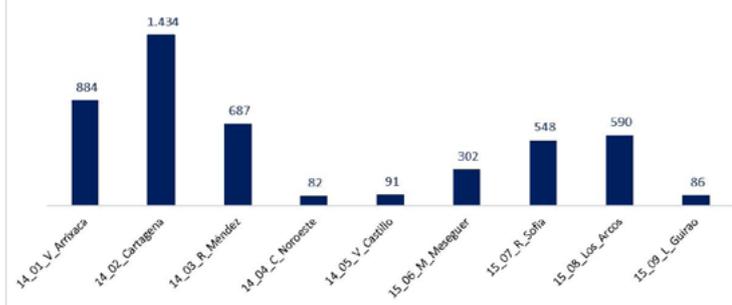
En la curva del periodo analizado se observa como el número de pacientes de más de 150 días de espera pasan de 2.524 en febrero 2020 (antes de la pandemia) hasta los más de 10.000 en agosto (se junta el efecto de la pandemia con el efecto verano habitual).

Como en el caso de los pacientes en lista de espera quirúrgica, son los hospitales de Cartagena y la Arrixaca los que mayor número de pacientes con más de 150 días concentran, si bien en la evolución comparada son los Hospitales Rafael Méndez de Caravaca y el Reina Sofía los que peor han evolucionado en este parámetro desde enero de 2019.

PACIENTES EN LEQ.MAS DE 150 DIAS COMUNIDAD DE MURCIA POR HOSPITALES BASE
100-ENERO 2019
Enero 2021



PACIENTES EN LEQ.MAS DE 150 DIAS COMUNIDAD DE MURCIA POR HOSPITALES
Enero 2021



Conclusiones

La Región de Murcia ha conseguido mantener un cierto equilibrio entre entradas y salidas de lista de espera quirúrgica desde el comienzo de la pandemia hasta la fecha de cierre del informe a enero de 2021.

Esto no significa que no haya impactado la misma, pues la actividad ha caído aproximadamente en 18.000 pacientes intervenidos, impacto no recogido en las listas pues no reflejan los aproximadamente 15.000 pacientes que no están en el radar de la sanidad, pendientes de diagnóstico o, lo que es peor, aún sin sospechar de su enfermedad.

Esto significa que, teniendo en cuenta los 101 quirófanos existentes en la Región de Murcia, con un rendimiento medio de 775 intervenciones al año por cada uno de ellos, harían falta 22 quirófanos a pleno rendimiento durante un año para, al menos, revertir a la situación anterior a la pandemia. Eso sin su mar el efecto reductor del Covid-19 en la capacidad asistencial desde febrero de 2021 (lo iremos cuantificando).

Partners

Colaboradores



Trombosis y vacunas

Eduardo Rodríguez Rovira

Artículo publicado en ceoma.org

“¿La trombosis que has sufrido recientemente es consecuencia de tu también reciente vacunación?”

Es la repetida pregunta que muchos amigos -varios procedente del mundo sanitario- me han hecho cuando se han enterado del proceso de isquemia arterial que me afectó una pierna con trombosis hace un par de semanas.

Me alegro poder responder con absoluta rotundidad que no. Unos días después de la operación me llamaron para vacunarme por mi edad, lo que naturalmente acepté de inmediato, por lo que mi trombosis no colaborará a la pérdida de confianza que similares incidentes en la salud que se han producido tras la vacunación están provocando en amplios sectores de la población. Por mi edad no se utilizó la vacuna AZ.

Me podría haber vacunado unos días antes y lo más probable es que el incidente se habría producido también. Seguramente habría aparecido en la prensa como un nuevo caso de grave complicación de la vacunación y como ha sucedido con la vacuna AZ, las comunidades autónomas una por una, dejarían de administrar esta otra vacuna y la Agencia del Medicamento suspendería su dispensación, creando un colapso total en la campaña de vacunación.

Los políticos no están escuchando los criterios de la Agencias científicas, OMS, EMA, que no son partidarias de establecer medidas especiales, como tampoco escucharon sus recomendaciones al comienzo de la pandemia. No solo en España, sino en Europa tampoco. Dieciséis países ya han limitado la distribución de la vacuna AZ. Hay un efecto imitación, miedo a la presión social, o desconfianza -bien ganada- en los políticos. ¿Para qué están las agencias científicas?

“

Ya han declarado que las vacunas son seguras y que los beneficios superan a los posibles riesgos

”

Ya han declarado que las vacunas son seguras y que los beneficios superan a los posibles riesgos. Nos olvidamos de que todavía hoy la pandemia es responsable de bastante más de 100 muertos diarios en España.

En el Reino Unido ya se han vacunado más de 20 millones de británicos y se han declarado 37 casos de trombosis. Pero las autoridades sanitarias han aclarado que el número de casos de trombosis anuales en el país, que cuenta con una población total de 67 millones, es de 15.000. Dejemos a los epidemiólogos y estadísticos de las Agencias de Salud hacer su trabajo con estas cifras y que sean ellos quienes recomienden seguir vacunando o detener cautelarmente el proceso, si verdaderamente existen dudas sobre los efectos secundarios de las vacunas, pero que no intervengan los políticos, por favor.

Presidente de Honor de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)



Cambio cultural, enfoque directivo

Clara Grau Corral

Teletrabajo, resiliencia, bienestar físico y emocional, inteligencia artificial, centrarse en el paciente, ... son conceptos muy en boga que parecen haber venido para quedarse, pero que al mismo tiempo topan con un enfoque cultural, en nuestras organizaciones y en nosotros mismos que, como poco, es resistente al cambio.

Nuestros directivos y gestores, ya agotados por la crisis económica y los rápidos cambios generados por la pandemia, deben afrontar el nuevo reto que comporta un cambio cultural en las organizaciones. Plantearlo y ejecutarlo bien es clave para mantener una sanidad de alto nivel.

Los desafíos

Los líderes se ven obligados a trabajar con nuevas soluciones, procesos y habilidades, que presentan numerosas lagunas y discrepancias que deben abordarse.

Por un lado, a medida que aumentaba el impacto de la pandemia en todo el mundo, se hizo necesario acelerar varios proyectos, ya parcialmente planificados, con importantes limitaciones de recursos. Al mismo tiempo el conocimiento de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos no ha dejado de evolucionar, contribuyendo a enmarañar el contexto.

Los siguientes son algunos ejemplos que, no cubriendo la totalidad del espectro, si dejan entrever la magnitud de lo que se debe gestionar.

1. Sanidad personalizada
- Tecnologías disruptivas, como la impresión en 3D, ofrecen soluciones a medida a pacientes para los que el tratamiento es-

tándar tiene limitaciones. La limitación en número, las particularidades y la falta de recursos técnicos, humanos y económicos, dificultan enormemente tener sistemáticas de trabajo que permitan la expansión de estas soluciones.

En este caso, lo que empezó con la impresión de prototipos en los centros para evaluar parámetros (medidas físicas, acabados...), ha llevado a la necesidad de buscar sinergias con empresas que disponen de infraestructura, tecnología y personal cualificado. Un futuro abordaje, utilizando material biológico, permite vislumbrar nuevos hitos médicos, como la creación piezas personalizadas morfológica y bio-funcionalmente. Aunque sea el futuro, debemos prepararnos para sus múltiples aplicaciones.

- Las herramientas basadas en la inteligencia artificial, analizan en tiempo real un volumen ingente de datos anonimizados de pacientes y, en base a un árbol de algoritmos, permiten identificar diferentes patrones clínicos. Incorporando los datos propios del paciente, nos ofrecen indicadores de complicaciones clínicas que necesiten aproximaciones terapéuticas diferenciales, o el valor pronóstico de un tipo de tratamiento que sirva de base para proponer un abordaje personalizado.

Enfrentar desafíos como el aumento de la carga y la complejidad del trabajo ayuda a adoptar la adición gradual de la inteligencia artificial, pero es necesario preparar los sistemas y circuitos para que los datos estén bien estructurados y sean explotables.

2. Lo aprendido en la pandemia. El desafío de ser novedoso en el cuidado de la salud.

Gestionar el alto flujo de pacientes, garantizar la seguridad de profesionales, pacientes y familias, y brindar una atención de calidad durante la COVID-19 ha desafiado nuestro estilo de liderazgo, exponiendo áreas de necesaria mejora, entre ellas.

- Mejorar la comunicación: Ha sido crucial la empatía, la flexibilidad, el enfoque multidisciplinario y el papel del liderazgo promoviendo la colaboración. Mantener y potenciar estas habilidades, garantizará el bienestar del personal sanitario y fomentará su desarrollo profesional, y para ello necesitamos mejorar la forma en que nos comunicamos.
- Mejorar la coordinación. La pandemia nos ha demostrado que todos estamos interconectados, somos interdependientes. Ser tan crudamente conscientes de que ser demasiado lentos costaba vidas, nos ha hecho unir fuerzas para poder superar la situación.
- No olvidar otras enfermedades. Hemos aprendido cómo continuar atendiendo a pacientes con otras enfermedades, reacios en este escenario a buscar ayuda médica en el formato tradicional. Los profesionales han adoptado nuevos métodos, en un sistema colapsado por el aumento de pacientes con COVID-19 y las bajas entre los propios compañeros, y los gestores han adaptado modelos de atención virtual, redistribuido al personal y reprogramado procedimientos. Es el momento de idear los procesos y recursos necesarios para que nuevas situaciones no vuelvan a presionar de esta manera al sistema ni a las personas.
- Asegurar la información. El intercambio de documentos e imágenes médicos y la atención virtual a través de plataformas en la nube ha sido bien recibido. Evita colas y visitas innecesarias y facilita el intercambio de información entre centros y niveles asistenciales. Ponerlo en marcha ha requerido de velocidad, agilidad y coordinación, para obtener un resultado funcional, pero con una experiencia del usuario cuando menos complicada.

A nadie se le escapa la necesidad de garantizar la seguridad y la privacidad de los datos y de reconocer que necesitamos reelaborar las soluciones contando con la participación de nuestros usuarios.

3. El cambio cultural

En este entorno de desafíos y aprendizajes es donde debemos plantear un proyecto de cambio cultural, con sus pros, sus contras, sus herramientas y sus procesos.

• Los pros y los contras

Propuestas de afrontamiento a la situación que hemos vivido como los *Walking Meeting*, los servicios de soporte psicológico reforzados en diferentes centros con motivo de la pandemia, las impresiones en 3D, la inteligencia artificial, entre otras, son herramientas profesionales muy potentes alineadas con lo que sería un cambio cultural, que aún debemos aprender a incorporar a nuestra práctica diaria a través de una correcta planificación estratégica.

Todos estos planteamientos tienen un punto común, basado en la optimización del tiempo para conseguir mejoras, evitar distracciones o aprender mejores prácticas. El problema, como en tantas otras ocasiones, es intentar implantarlos sin hacer una buena gestión del tiempo.

Y no podemos olvidar que nuestra salud mental, la de todos, agradecería que se complementara este trabajo con una gestión de la conciliación de nuestra vida laboral y personal en un entorno de teletrabajo. Herramientas:

• Gestión del tiempo

Podemos afrontar muchas áreas, pero una de gran significación es la de evitar al máximo el tiempo de reunión.

El buen líder debe saber reconducir opiniones reiterativas y que aportan un contenido conocido por todos, planteando muy bien el orden del día, sin dejarse desviar por otros temas, y cerrando cada uno de los puntos sin dar opción a volver a argumentar sobre ellos.

Al mismo tiempo, potenciar reuniones con metodología co-creativa, más del estilo de las que se generan en espacios de consultoría o creatividad, nos pueden permitir explotar al máximo las diferentes capacidades de nuestros profesionales incorporando el movimiento y la coordinación por áreas de trabajo.

• Conciliación

Un buen balance entre lo personal y lo profesional es fundamental para cuidar simultáneamente nuestro cuerpo y mente. En este apartado plantearé dos ítems que considero fundamentales para abrir, desde la cultura de la organización, la posibilidad real a la conciliación

- Desengancharnos de la silla

Si antes de la pandemia el sedentarismo entre la población adulta era un problema, con el teletrabajo la cosa ha ido a peor. Debemos considerar que cualquier opción de trabajo que suponga moverse durante la jornada laboral, es positiva para nuestra salud. Reunirse de

pie y al aire libre, es una tendencia al alza y un escenario recurrente en series y películas: los protagonistas mantienen reuniones mientras corren en mitad de un parque, juegan al golf o al billar. Aporta mayor privacidad y un entorno distendido y más agradable que nuestras salas de reuniones (no hay más que pasearse por alguna de ellas), que lo hace más favorable para la inteligencia emocional.

Lo ideal sería fomentar la máxima actividad que permita cada puesto de trabajo, combinando periodos activos con otros sentados. Existen herramientas como el trabajo por productividad y no por presencia en las posiciones en que sea posible y pensar en escritorios de altura regulable que permiten trabajar sin sentarse o en establecer un programa de estiramientos pautados. Pero nosotros también debemos aportar algo. Ponernos de pie de cuando en cuando (¿ahora?) es un primer paso para romper ese círculo vicioso.

- El teletrabajo

Es una forma de trabajo que, bien implantado (con medios y recursos adecuados), da excelentes resultados, tanto en el área de la conciliación, como de la productividad. Estar en casa o en un *coworking* no significa dedicarte a hacer labores del hogar o irte a pasear, pero tampoco que la jornada laboral se alargue indefinidamente.

Uno de los problemas del teletrabajo es la falta de cultura en la empresa que genere en sus profesionales tanto la autodisciplina, como el aprender a separar espacios, teniendo clara la frontera entre lo laboral y lo personal. Las pausas y descansos son necesarios, pero tanto en teletrabajo como en la oficina.

• El proceso de cambio cultural

Con el amplio desafío que se ha planteado, los directores deben tomar decisiones rápidamente y lanzar un programa de transformación formal. Alguno de los retos importantes a los que se enfrenta quien lidere el cambio cultural son:

- La creación de equipos multifuncionales. Muchas organizaciones ya han lanzado iniciativas en este sentido con logros importantes en medio de la gran incertidumbre que ha generado la pandemia. Ahora toca desarrollar, mejorar y adaptar esas acciones básicas.

- Establecer sus objetivo y acciones coordinados y darlos a conocer. De esta manera conseguirán se aumenta la confianza, mejorar la valoración y reconocimiento de los éxitos conseguidos y se orienta en el desarrollo de las capacidades necesarias.

- Explicar el cambio de forma convincente. El ritmo del cambio se ha acelerado. Adaptarnos haciendo uso de herramientas como la automatización y digitalización de procesos, el aprendizaje automático, la inteligencia artificial, puede disminuir los tiempos y aumentar la precisión y calidad del servicio. En este entorno, potenciar las acciones tempranas rápidas puede servir para desarrollar experiencia crítica, convencer a los detractores y aumentar la credibilidad.

- Impulsar el crecimiento. Gestionar cualquier crisis genera un impulso, comprensible, de centrar la transformación en la reducción de costos. Estas reducciones son a menudo necesarias, pero no suficientes. Transformar para crecer a menudo implica inversiones en I + D y capacidades para diseñar nuevos modelos y servicios que aporten más valor. Se deben evitar prejuicios heredados, y estar dispuestos a cambiar las formas de pensar establecidas.

- Definir el liderazgo. Los cambios en la dirección aumentan la incertidumbre, disminuyen la aceptación y generan escepticismo sobre la capacidad de la organización para generar resultados.

Pero, sobre todo, el cambio cultural que debemos afrontar pasa por reconocer que el cambio es nuestra realidad, no un hecho coyuntural que tarde o temprano vaya a pasar. El timón que debemos llevar ha de guiar a las organizaciones de la mejor manera posible entre desafíos y retos constantes, con herramientas cambiantes y no siempre plenamente disponibles.

Conclusión

La pandemia de COVID-19 ha cambiado muchos aspectos del mundo profesional, pero no la urgente necesidad de que los centros se transformen. De hecho, la crisis ha subrayado esa necesidad. La mayoría de las organizaciones ya han puesto en marcha medidas rápidas en respuesta a la situación. El desafío ahora es consolidarlas y desarrollar iniciativas integrales a más largo plazo para reposicionarnos y poder afrontar con mayor holgura el cambio persistente.

Y esto solo es posible liderando con agilidad, mentalidad abierta y objetivos compartidos por el equipo, y profesionales con sus facetas laboral y personal bien equilibradas.

Socia directora de Acuidad
clara.grau@acuidad.com



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. MADRID

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

A.M.A. MADRID (Hilarión)

Hilarión Eslava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarion@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24
Tel. 914 31 06 43
villanueva@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00

Síguenos en

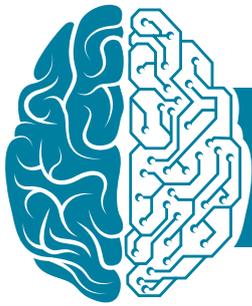


en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





Aquel socio olvidado Verónica Pilotti de Siracusa

Mucho se ha escrito respecto del papel de las empresas de tecnología médica como “socio necesario” para acompañar los aumentos de demanda asistencial durante la pandemia del COVID-19.

Entre los desafíos a los que se han enfrentado las compañías del sector de la industria de dispositivos médicos podemos incluir la dificultad de abastecimiento de insumos y la reducción del personal. Esto ha afectado tangencialmente la liquidez de muchas empresas, sobre todo de las pymes que actúan como proveedor preferencial de cercanía de muchos hospitales públicos y privados.

Las empresas de tecnología sanitaria han puesto todos sus esfuerzos para compensar estas dificultades, adaptar sus productos e implementar nuevos desarrollos para el diagnóstico y tratamiento de los infectados. Asimismo, cabe destacar la rapidez con la que investigadores y emprendedores provenientes de diversas áreas de trabajo debieron enfocarse en los retos planteados por la urgencia sanitaria. Pero no han sido pocas las dificultades que se han encontrado para articular las soluciones con la demanda.

Por supuesto, que no todo es una nefasta realidad con un futuro sin luces, ya que la pandemia ha supuesto un gran impulso para la innovación, la transformación de los sistemas de Salud, la actualización de la base instalada y la optimización de los procesos en la industria médica.

Dentro de este entorno, el personal de las empresas dedicadas a la fabricación y/o distribu-

ción de equipamiento médico (así como las que se adaptaron para proveer insumos para la lucha contra COVID-19), han estado acompañando el esfuerzo extraordinario del personal sanitario como el “socio” que es, conscientes de la repercusión que cada tarea concluida con éxito tiene, en última instancia, sobre la sociedad. Nos podremos encontrar al personal destinado a la instalación de equipos de diagnóstico o tratamiento, al destinado a la formación en nuevas tecnologías, a los responsables de aplicaciones clínicas de las empresas, y al personal de los departamentos logísticos, técnicos y de distribución, incorporados en el día a día de este especial entorno hospitalario.

Este grupo de colaboradores externos a la institución hospitalaria, pero actor importante dentro de la sanidad, han dedicado muchas horas a montar respiradores, sistemas de monitorización, bombas de infusión, camas, puertas, soluciones de aislamiento, o soluciones de telemetría, etcétera. Muchos ingenieros de campo han recorrido kilómetros por toda la geografía de España para reparar equipos médicos, para que equipos de laboratorio, gasómetros, equipos de diagnóstico por imágenes se mantuvieran en funcionamiento, minimizando los tiempos muertos y facilitando el trabajo del personal sanitario. Este colectivo ha estado expuesto de forma cercana al COVID-19 al desarrollar su tarea dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, Plantas de Neumología, Áreas de Pacientes Infecciosos, Áreas de Radiología destinadas a paciente COVID, ... Incluso, sabemos de equipos completos de técnicos que han dedicado interminables horas para ejecutar nuevas instalaciones hospitalarias de gases medicinales, de aire acondicionado, de comunicaciones, etc. todas ellas demandadas en tiempo récord.

Pero, a pesar de que el desarrollo y la distribución de una vacuna eficaz y segura contra la COVID-19 ha ocupado un lugar central en la respuesta de la Comisión Europea al coronavirus, del gobierno nacional y de los gobiernos autonómicos, dentro de la estrategia de vacunación planificada no se ha incluido a este “socio necesario”. Entre los grupos que deben tener acceso prioritario a las vacunas no se ha incluido a los trabajadores de empresas de tecnología médica como profesionales sanitarios.

Como manifiesta FENIN, “el papel de la Tecnología Sanitaria está siendo fundamental para combatir esta pandemia, y el de los profesionales del Sector está siendo crucial para lograr producir y suministrar en condiciones complejas y de alta demanda los productos sanitarios considerados esenciales, así como para proporcionar un importante soporte a los profesionales sanitarios. Por ello, Fenin ha solicitado a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad que, como trabajadores de un sector esencial, algunos grupos de profesionales de la industria de Tecnología Sanitaria sean incluidos en la relación de colectivos prioritarios de vacunación de la Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España que el Ministerio ha desarrollado”.

FENIN ha incluido en el colectivo tanto a los “trabajadores que pueden entrar en contacto con pacientes o áreas potencialmente infectadas en centros sanitarios, residencias y domicilios y que son imprescindibles en la asistencia a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su actividad: asistencia en el quirófano, ingenieros de mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento electromédico, aquellos que calibran equipos para que los diagnósticos sean precisos y los tratamientos sean seguros y eficaces”, como a “los empleados de las empresas de Tecnología Sanitaria con funciones directas de fabricación y distribución de productos sanitarios y de diagnóstico críticos”, que permiten garantizar los procesos de producción, distribución y suministro continuo de las tecnologías y terapias que tienen impacto directo sobre los pacientes afectados.

No solo FENIN la realizado esta solicitud, sino MedTech Europe que es el representante de las empresas fabricantes y distribuidores de tecnología médica ante las instituciones europeas

¿Pueden las autoridades sanitarias entender que el personal sanitario que se encuentra a pie de cama no es solamente el personal contratado por las instituciones sanitarias? ¿Qué condicionantes pueden dar fuerza a esta posición? ¿Qué argumentos se usan para dejar fuera de los grupos de acceso prioritario al trabajador de la industria de equipamiento médico?



Las empresas de tecnología sanitaria han puesto todos sus esfuerzos para adaptar sus productos e implementar nuevos desarrollos para el diagnóstico y tratamiento de los infectados



¿Saben las autoridades cuánto tiempo tarda una empresa en reemplazar a un técnico especialista formado? ¿El coste de la no vacunación del personal de tecnología médica expuesto es asumible por la industria tecnológica médica y por el sistema sanitario?

Tal vez es necesario reflexionar, reevaluar, reconsiderar y confirmar o modificar posturas para permitir que un porcentaje de este colectivo, que en España agrupa alrededor de 25.000 trabajadores, pueda verse protegido manteniendo la asociación invisible pero patente entre ambos sectores.

Fuentes

- https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_es
- COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN Un frente común para derrotar a la COVID-19 – Unión Europea
- Respuestas al COVID-19 desde la ciencia, la innovación y el desarrollo productivo – Banco Interamericano de Desarrollo – 1ra Edición, Abril 2020.
- La Tecnología Sanitaria es indispensable para poder vacunar a la población y protegerla contra la Covid-19 – FENIN, Febrero 2021

Especialista clínico de ventas en Masimo

vpilotti@masimo.com



¿Por qué es importante la transparencia?

Elisa Herrera Fernández

Como decíamos en nuestro número anterior, hemos iniciado un espacio en nuestra revista teniendo muy en cuenta los tiempos que corren y la necesidad de TRANSPARENCIA en toda su dimensión.

Pero, ¿por qué es importante la transparencia? Mejor sería decir ¡Cómo no va a ser importante la transparencia!

Por un lado, debemos tratar la transparencia como principio democrático y por tanto soporte de nuestro Estado de Derecho. En este campo nuestra columna tratará diferentes aspectos y comentará la realidad de la transparencia. De ahí que, en relación con la institución de un país, sea clave el fortalecimiento institucional para conseguir la defensa del Estado de Derecho, lucha contra la corrupción y establecer un patrón buen de gobierno. Uno de los fenómenos que por desgracia consumen nuestras instituciones, y que todos podemos entender que las debilitan y convierte en poco eficaces, es el gran número de directivos públicos que entran y salen de las mismas cada vez que hay un cambio de Gobierno, y sin ese cambio de Gobierno, solo con que haya una reestructuración interna de la Administración a conveniencia de intereses partidistas. Poner ejemplos creo que no hace falta actualmente. No cabe duda de que el nivel de profesionalización de nuestro sector público empresarial y organismos reguladores es una pieza clave, ya que la profesionalización de las instituciones es un elemento esencial para su buen

funcionamiento. Es decir, meritocracia frente a nepotismo. Hay informes relativos a este espinoso tema que trataremos. Otro aspecto importante, el nivel de transparencia de nuestros órganos constitucionales y reguladores. También hay informes al respecto. Estos son dos temas cruciales, de los muchos más podríamos plantear.

Junto con el principio ético y moral de la transparencia, en su aspecto de control de la gestión a las instituciones, existe el principio, o podríamos mejor decir, derecho “a saber del ciudadano”. Es decir, trataríamos todo lo relativo al suministro de información al ciudadano, para que cree opinión, sea un ciudadano proactivo y participe en la toma de decisiones. ¿Se da información al ciudadano? ¿Se es por la institución “transparente con el ciudadano”? Absolutamente no, o depende del asunto como bien sabemos. ¿Cómo acotar esa necesidad de información? Y, por otro lado, el suministro de información por parte de las administraciones públicas puede en algunos puntos colisionar con el derecho a la protección de datos personales. Y aquí juega un punto a favor el principio de derecho administrativo de la ponderación intereses. De qué interés debe ser protegido (información versus dato personal). Pero no cabe que, con la excusa del derecho a la protección de datos, torticeramente, se obvie información relevante. Por ejemplo, quienes forman comités de expertos que afectan a la toma de decisiones (como ha ocurrido en este sentido en relación con la pandemia que sufrimos).



Estos y otros muchos y complejos temas hay en torno a la Transparencia como valor democrático y del Estado de Derecho consagrado en nuestra Constitución del 78 que iremos viendo y tratando con absoluta objetividad.

Pero hay otro de la transparencia, en el que incidiremos especialmente, y se trata de la Transparencia y la empresa.

Si ponemos nuestra mirada y enfoque en la empresa (sea del sector que sea) lo primero que estamos atajando es la conducta desleal hacia la sociedad evitando la “corruptela”, que parece hoy día instalada sin darnos cuenta de su efecto negativo. Es decir, aquí tratamos a la transparencia como valor ético empresarial que debe estar inserto en los genes de cualquier empresa.

Si planteamos la transparencia en la empresa de una forma más pragmática, y dentro de un marco más social y no de gestión podríamos hablar de La responsabilidad social corporativa o transparencia en una empresa como una acción voluntaria, más allá del cumplimiento de las leyes, y por lo tanto si se decide ofrecer transparencia es importante hacerlo de una manera seria, ordenada y comprometida a través de un plan estratégico.

A través de la transparencia, la empresa hace saber a la sociedad cómo actúa, abriendo paso a posibles críticas o juicios de valor. La vía de la transparencia es la comunicación, por lo que hay que potenciar el sistema comunicativo de la empresa tanto de manera interna como de manera externa.

Es decir, estamos hablando de algo tan importante como es la “reputación de la empresa y el sentimiento del consumidor”. Volátil, muy volátil y muy poco tangible pero que afecta a la cuenta de resultados. Es una

cuestión de competitividad empresarial. Por ello tendríamos que hablar de 3 cuestiones:

Comunicación interna: No se trata de contar todo en todo momento, sino de informar de los sucesos importantes, ya sean logros o derrotas. La comunicación es la cura contra las incertidumbres de quienes trabajan con y para la empresa y ayuda a crear un clima laboral cómodo.

Comunicación externa: Para conseguir y dar sensación de transparencia es necesario un punto de unión entre la comunicación interna y la comunicación externa, ya que nada perjudica más a las empresas que dar la sensación de tener dos caras.

Honestidad: La transparencia en una empresa es sinónimo de honestidad, de no tener nada que esconder, y las personas, tanto clientes como trabajadores como colaboradores prefieren relacionarse con empresas honestas y coherentes.

En resumen, la transparencia tiene dos vertientes públicas (gestión de los poderes públicos y rendición de cuentas al ciudadano, responsabilidad de cargos públicos) que ampara la legislación y exige de un esfuerzo por parte de nosotros ciudadanos, y otra privada dentro del mundo empresarial, que empieza a tomar forma y a afectar de forma directa a la opinión del consumidor y a la necesidad de competitividad empresarial en estos tiempos de crisis de la economía fruto de esta pandemia. Ambos aspectos los iremos tratando, siendo igualmente importantes, y esencial para la sociedad actual.

Socio Director de APMANGES

(Abogacía, psicología, mediación, auditoría, gestión empresarial)

elisa.herrera@fundaciontransparenciayopinion.com

Primer Congreso Internacional



FUNDACIÓN

HUMANS

de la Asistencia Sanitaria

La Humanización, ciencia con corazón



del 17 a 19 de junio

Congreso virtual y semipresencial. Hotel Vincci Soma

Madrid 2021





REFLEXIONES SALUDABLES



Elecciones en tiempos de pandemia

Carlos Lázaro Madrid

La situación sanitaria que vivimos, provocada por el coronavirus, está poniendo en práctica dilemas jurídicos y legales que difícilmente podríamos haber previsto hace apenas un año. Ya en el mes de diciembre surgían las dudas de una posible vacunación obligatoria entre la población, posibilidad que aunque aún no se ha sopesado, ya señalé que sí tendría cobijo en el Ordenamiento Jurídico español.

La cuestión que nos atañe este mes no es otra que la que ya se puso sobre la mesa en el mes de febrero con las elecciones catalanas, y supone anteponer el derecho universal al voto por encima del derecho a la salud, en especial el derecho a la vida y a la integridad física, todos ellos derechos fundamentales consagrados en la Constitución.

Nuestra Carta Magna regula en su artículo 23 el derecho fundamental al voto, al señalar que “Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal”. Es este precepto, la causa de que se permita que personas contagiadas, o contactos estrechos de estas, rompan su confinamiento domiciliario para ejercer su derecho al sufragio. Y es este el mismo escenario que se repetirá en las elecciones madrileñas del 4 de mayo, con la peculiaridad de que será un día laborable, complicando aún más la ecuación.

Los sanitarios ya lo dejaron claro en las catalanas, y lo vuelven a repetir en estas, clamando un descontento de estos a la política de turno. Entonces el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) hizo un comunicado a tal aspecto, señalando que “Por razones de salud pública, las personas que el próximo día 14 de febrero estén en cuarentena por estar infectadas por el virus SARS-CoV-2 o bien por ser un contacto estrecho de otra persona infectada no deberían salir de casa, tal y como les habrá indicado su médico”. A lo que en líneas posteriores añadió una petición a los partidos políticos de que hiciesen uso de “los instrumentos necesarios para que estas personas, muchas de las cuales con el contagio sobrevenido pocos días antes de la jornada electoral, puedan ejercer su derecho a voto en un período extraordinario de voto por correo”.

El riesgo cero no existe, por muchas medidas de protección que existan, y que personas contagiadas, o con sospecha de que lo estén, vayan a votar, puede suponer un riesgo para la salud pública. Y máxime cuando Madrid tiene una de las incidencias de coronavirus más altas de España en las últimas semanas.

Este mismo argumentario compartió entonces el Gobierno del País Vasco y de Galicia, en las elecciones vascas y gallegas del pasado año, y que luego avaló la Junta Electoral, al prohibir que los infectados acudiesen a depositar su voto en los colegios electorales.

Una cuestión que ya abrió el debate entre juristas, pues el derecho al voto es un Derecho Fundamental, que según la Ley Electoral solo puede restringirse en las personas que hayan sido condenadas por sentencia judicial firme a la privación del derecho de sufragio durante el tiempo de cumplimiento de su pena, no cabiendo otro supuesto que avale tal limitación.

No obstante, según otros juristas, la legislación sanitaria permitiría tomar medidas restrictivas para prevenir el contagio de enfermedades contagiosas, tesis que compartió entonces los gobiernos autonómicos vascos y gallegos. En especial se refieren a la Ley Orgánica 3/1986 dedicada a las Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, cuyo artículo primero señala que “al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad (...)”, en obligada conexión con el artículo 2 del citado cuerpo normativo, que indica que estas medidas podrían materializarse con la adopción “de medidas de (...) control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”, y esta actividad podría ser la celebración de unas elecciones. Sin olvidar tampoco, el artículo 3 que se refiere a medidas de control en enfermedades transmisibles.

Si bien es cierto que la legislación sanitaria podría motivar esta restricción, debate jurídico aparte, el artículo 8.6 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa indica que “las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales (...)” requerirán autorización o ratificación judicial, cosa que no se hizo en los comicios de julio, que por tanto no contaron con el respaldo legal suficiente.

Dejando atrás el batiburrillo jurídico, queda claro el cambio de parecer de los gobiernos autonómicos. Entonces en el mes de julio, se antepuso el derecho a la vida, integridad física y salud, por encima del derecho al sufragio. Pero esta cuestión quedó atrás en Cataluña, cuando la Junta Electoral Central declaró que “el derecho de sufragio es un derecho fundamental del que no puede ser

“

La clave está en poder conseguir que los ciudadanos se sientan seguros cuando vayan acudir a depositar su voto, y a su vez, que todas las personas, incluidas las contagiadas y sus contactos estrechos, puedan ejercer uno de los derechos más importantes de una democracia

”

privado ningún ciudadano por la autoridad electoral”.

Epidemiológicamente el riesgo existe, y por muchas medidas que se tomen, es posible que puedan darse casos positivos que acudan a ejercer su derecho al voto, y puedan infectar a alguno de los votantes, o a miembros de las mesas electorales. Todos tenemos derecho al voto, y por ello personas con patologías, o familiares que convivan con estas, que acudan el 4M a su colegio electoral, ya sea para ejercer su derecho al sufragio, como para ser miembro de la mesa electoral, estando en este segundo caso obligadas a ello, estarán exponiéndose a un riesgo muy evidente, que los políticos, y la ley, parecen ignorar. Por ello se avecina una participación menor por el miedo al contagio, un efecto ya habitual en todos los comicios que se han celebrado en plena pandemia.

Para prevenir esta situación, los protocolos sanitarios ya han sido activados para esta jornada electoral, que poco se parece a la del 14F. En pri-

mer lugar, la fecha escogida para celebrar los comicios madrileños coincide con un día laborable, concretamente un martes que se ha reconocido como no lectivo, por lo cual se suspenden las clases escolares y los padres deberán hacerse cargo de sus hijos; y en segundo lugar el gobierno autonómico descarta el uso de equipos de protección individual para los miembros de las mesas electorales, material del que sí se hizo uso el 14F. Los horarios que la comunidad ha elegido son de 10:00 a 12:00, para personas vulnerables, y personas mayores de 65 años, mientras que de 19:00 a 20:00 de la tarde se reserva a personas contagiadas, o sintomáticas. No obstante, no son horas de votación imperativa, y se sitúan como meras recomendaciones.

Aunque el derecho al voto es un Derecho Fundamental donde muy difícil cabe su limitación, en estos tiempos de pandemia vemos una colisión de derechos. ¿Cuál debería imperar? Aunque es una cuestión compleja y muy discutible, moralmente creo que debe imperar la salud, aunque jurídicamente tengo mis dudas. La legislación sanitaria anunciada, y la autorización o ratificación judicial, podría ser el paraguas legal que amparase que los contactos positivos no abandonaran sus hogares, pero esto no debería suponer una quiebra a su derecho al voto, debiendo existir otras alternativas para ejercer tal derecho, sin que pongan en riesgo la salud de terceros. Pero, ¿cómo podemos hacer posible que votar sea seguro?

En este punto es interesante analizar cómo se están gestionando los procesos electorales en los diferentes países. En el caso de Corea del Sur, el protocolo establecido en las elecciones del 15 de abril del pasado año, era muy exhaustivo e incluía controles por temperatura, y el uso de equipos EPIs por los miembros de seguridad y mesas de votación, además de locales electorales especiales para ciudadanos con sintomatología, o facilitar que los pacientes contagiados votasen desde sus casas. Las amplias medidas de seguridad dieron seguridad a los votantes, acudiendo 30 millones de electores, sin registrarse ningún contagio entre ellos.

Otro caso interesante es el de los Países Bajos, que celebró sus comicios los días 15, 16 y 17 de marzo de este año, tres días que permitieron dividir a los 13 millones de neerlandeses con derecho al voto, adelantando además la hora para acudir a los recintos electorales que abrieron sus puertas a las 7:30 de la mañana, y terminó a las 21 horas de la noche, asegurando que se cumpliesen las distancias y se evitasen así las congregaciones de

personas. Además los mayores de 70 años, unos 2,4 millones de ciudadanos, se les derivó al voto por correo, para preservar su salud, y evitar que acudiesen a votar de forma presencial.

La clave está en poder conseguir que los ciudadanos se sientan seguros cuando vayan acudir a depositar su voto, y a su vez, que todas las personas, incluidas las contagiadas y sus contactos estrechos, puedan ejercer uno de los derechos más importantes de una democracia. Esto no es un asunto baladí, pues ya supuso un perjuicio el prohibir que los positivos por COVID no pudiesen votar en los comicios vascos y gallegos, privándoles de este derecho, por una inoperancia política de los gobiernos de ambas regiones.

Por todo ello, todos los políticos deberían tomar medidas para evitar que esta situación se vuelva a repetir, y que votar sea seguro. Una de ellas sería reformar la Ley Electoral para estos tiempos de pandemia, haciendo que este ejercicio de voto sea más accesible, posibilitando que el voto por correo pueda ampliarse y facilitarse en la población más envejecida, para que esta no tenga que acudir al local electoral. En el caso de las personas positivas de coronavirus, la reforma debería alargar o planear un periodo extraordinario de voto por correo, o ampliar la opción de delegar el voto, sin ser preciso la actuación notarial.

Y de cara a la población en general, una de las claves de que las votaciones coreanas fuesen un éxito, se debió a un gran ejercicio de transparencia del gobierno coreano, y todo ello respaldado bajo un consenso político muy amplio. A ello debería completarse con medidas de seguridad e higiene, que evitasen las aglomeraciones de personas que se vivieron en las entradas y calles de algunos recintos electorales de Cataluña el pasado 14F, y otras modificaciones como ampliar los horarios para acudir a votar, o los días de votación.

Es verdad que puede sonar catastrofista, después de que los comicios catalanes fuesen un éxito logístico, pero que funcionase una vez no significa que vaya a funcionar esta vez. Y a nuestros políticos, sin importar el sesgo que tengan, les pido responsabilidad. Todos tenemos derecho a votar, y todos tenemos derecho a que nuestra vida e integridad física sea protegida, siendo el Estado el responsable de la salud de todos los ciudadanos.

Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza
clazaro926@gmail.com



El valor del medicamento: perspectiva social

A continuación, reproducimos la Presentación y Conclusiones del Informe “El valor del Medicamento desde una perspectiva social” editado y dirigido por La Fundación Weber.

Si desea acceder al informe completo, [puede hacerlo aquí](#)

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son un ejemplo paradigmático de los beneficios tangibles que supone la innovación para el bienestar social. Durante las últimas décadas, la introducción de nuevos fármacos ha contribuido a mejorar sustancialmente la esperanza de vida, el estado de salud y la calidad de vida de la población, logrando curar o prevenir enfermedades, reducir síntomas, mejorar la supervivencia, acelerar el ritmo de tratamiento y recuperación, aminorar los efectos adversos y presentar formas alternativas de administración. Además, las mejoras a menudo han sido extensibles tanto al entorno de paciente, ya que, gracias a disfrutar de una mejor salud, sus cuidadores informales (familiares o amigos) pueden también tener una vida más saludable e independiente, como al colectivo de pacientes, ya que, al reducir la presión asistencial, permite un mejor y más rápido acceso de otros pacientes a los servicios y cuidados sanitarios que precisan.

Desde una perspectiva más amplia, las innovaciones terapéuticas se proyectan sobre los sistemas de salud e influyen en su estructura, dinámica y sostenibilidad. Así, los medicamentos pueden ser herramientas muy útiles para optimizar los recursos sanitarios, debido a los costes en los que se puede evitar incurrir gracias a conseguir prevenir o tratar de manera más eficaz las diversas patologías a las que están dirigidos. La reducción en el uso de recursos sanitarios -como hospitalizaciones, visitas médicas o pruebas diagnósticas- o no sanitarios -como cuidados personales- puede liberar recursos para otros usos y generar potenciales ahorros al sistema. De igual manera, la mejora clínica producida por la innovación farmacéutica puede redundar en mejoras en la productividad laboral del paciente, reduciendo el absentismo y presentismo.

Por otro lado, los medicamentos se sitúan en la frontera del conocimiento y contribuyen de manera fundamental a perfilar y remodelar el futuro tecnológico de la sociedad. El farmacéutico es uno de los sectores más innovadores y productivos de la economía y, como tal, contribuye a generar valor añadido y empleo cualificado. Se trata de un sector altamente cualificado, con un notable retorno social del capital humano que además supone unos potentes efectos tractoros sobre otros sectores económicos, que multiplican los efectos positivos sobre la economía.

Por lo tanto, el valor social de la innovación farmacéutica debe medirse conjuntamente a través del efecto sobre los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes, el impacto sobre los gastos individuales y sociales evitados, incluyendo las mejoras en productividad laboral, y la contribución que supone el sector para la economía en su conjunto. La reciente crisis sanitaria provocada por el COVID-19 es un triste recordatorio de los fuertes vínculos que existen entre la salud de la población y el crecimiento económico de los países.

En 2018, la Fundación Weber publicó el Informe “El Valor Social del Medicamento desde una Perspectiva Social”, con el objetivo de plasmar una visión general sobre el valor económico, clínico y social de las innovaciones farmacéuticas en las sociedades occidentales. El trabajo recogía datos y evidencia publicada hasta septiembre de 2017.

Sin embargo, el ritmo de avance de las innovaciones es trepidante, y en solo tres años hemos asistido a una oleada de terapias innovadoras, no sólo por el mayor número promedio de nuevos medicamentos aprobados anualmente, sino también por los avances clínicos logrados.

Estos resultados se derivan de un conjunto de factores. Por un lado, a partir de la mayor comprensión de los fenómenos bioquímicos y fisiológicos subyacentes a las enfermedades, los nuevos métodos de investigación se orientan hacia dianas terapéuticas específicas, encontrando nuevas formas de abordar las enfermedades y permitiendo ampliar las indicaciones de aplicación. Por otro lado, el desarrollo de la genética y la biotecnología están dando paso a la medicina personalizada y a la medicina de precisión, permitiendo que los tratamientos genéticos personalizados logren avances clínicos sin precedentes en áreas con importantes necesidades no cubiertas.

Por ello, casi tres años después de que saliera a la luz el informe original, se hace necesario publicar esta actualización del mismo, con el objetivo de revisar los datos más recientes, recopilar nueva evidencia y repasar experiencias de éxito novedosas de las innovaciones farmacéuticas en el ámbito de la salud, la calidad de vida y la eficiencia del sistema sanitario. En el trabajo sintetizamos parte de la extensa evidencia científica publicada y mostramos ejemplos ilustrativos de las aportaciones, haciendo especial hincapié en los medicamentos innovadores de los últimos años.

El informe se ha elaborado a partir de una revisión narrativa de literatura, que incluye publicaciones científicas, fuentes de literatura gris y documentos de organismos relevantes como asociaciones empresariales, la OCDE o la Comisión Europea, con evidencia publicada hasta mayo de 2020 (o hasta diciembre de 2020 para el COVID-19). Para el capítulo de contribución a la economía se recurrió a bases de datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, Eurostat y SABI, entre otras. En la elaboración del informe se ha priorizado la información referente a España y la UE.

El informe sigue una estructura análoga a la del informe preliminar, con tres capítulos centrales. El primero de ellos analiza el valor de la industria farmacéutica en términos de su contribución a la economía nacional, incluyendo su aportación a la creación de empleo, valor añadido, investigación y desarrollo, comercio exterior y recaudación impositiva, haciendo énfasis en los efectos de arrastre sobre otros sectores económicos.

El segundo capítulo analiza el impacto de la introducción de nuevos fármacos sobre la eficiencia del sistema sanitario y de economía en su conjunto, repasando situaciones en las que los fármacos han permitido un ahorro de costes sanitarios o de costes indirectos. Dos recuadros específicos se centran en el papel de la adherencia al tratamiento y el efecto de las vacunas sobre el consumo de recursos, respectivamente.

El tercer capítulo es el más extenso, y a lo largo del mismo se repasan los principales hitos producidos en los tratamientos hasta la fecha, evaluando los efectos sobre los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes. El capítulo

comienza con un apartado general y posteriormente se profundiza sobre los resultados producidos en distintas enfermedades crónicas concretas, como el VIH/SIDA, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artritis reumatoide, los trastornos mentales o la migraña, por nombrar solo algunas de ellas. A la lista de patologías del informe de 2018 se añaden, por su importancia, las enfermedades intestinales inflamatorias, así como el COVID-19, basado en la información disponible en el momento de finalizar este informe (enero de 2021).

CONCLUSIONES

Los medicamentos son una de las principales innovaciones de la era moderna al haber contribuido en gran parte a alargar la vida de la especie humana y aumentar el bienestar de la población. Pero, además, los beneficios de los fármacos se extienden más allá de la salud de los pacientes a los que se dirigen.

Los medicamentos benefician a la sociedad en su conjunto, al potenciar la eficiencia del sistema sanitario, permitir una mayor productividad laboral y generar una contribución positiva, tanto directa como indirecta, a la economía nacional.

Así, la innovación farmacéutica tiene efectos positivos sobre múltiples dimensiones, y esto es algo que debe tenerse en cuenta a la hora de tratar de aproximar su valor desde un punto de vista global. A lo largo de este detallado informe hemos presentado, a partir de una extensa revisión narrativa de literatura, multitud de ejemplos que ilustran la aportación económica, clínica y social de los medicamentos y de la industria farmacéutica. En esta actualización de 2020 del informe publicado en 2018 hemos hecho especial hincapié en los avances producidos desde 2017 hasta la fecha.

En primer lugar, en el ámbito económico, la industria farmacéutica (incluyendo la industria biofarmacéutica) es uno de los principales generadores de valor añadido, empleo de calidad y competitividad de las economías desarrolladas. A lo largo del informe han quedado patentes las siguientes características relacionadas con la industria farmacéutica:

- Se trata de un sector de elevada productividad. En España, es el tercer sector industrial de mayor productividad por empleado (109.000€), un 65% más que el promedio de la industria. El valor añadido de la industria farmacéutica de Estados Unidos y Europa equivale a la economía de países como Irlanda

Dinamarca

- Es una fuente de empleo cualificado. En España, la industria farmacéutica da empleo a más de 45.000 personas, una gran parte de ellas con estudios superiores. Se

trata del sector de alta tecnología que más empleo genera. A nivel mundial, la industria da empleo de forma directa a más de 5 millones de personas.

- Presenta importantes efectos tractoros sobre otros sectores de la economía. Por cada unidad de producción directa del sector se generan entre 1 y 2 unidades adicionales en otros sectores; y por cada empleo directo se generan entre 2 y 4 empleos indirectos e inducidos adicionales.
- Es un referente en innovación. Se trata del segundo sector industrial que más invierte en I+D en España, unos 1.026 millones de euros anuales, lo que supone un 18,9% del gasto en I+D del total de sectores industriales. Es uno de los líderes en términos de intensidad innovadora (5,6% de la cifra de negocios) y de porcentaje de empresas que realizan actividades de innovación (77%). A nivel mundial, el gasto en I+D de la industria biofarmacéutica asciende a 154.000 millones de euros, siendo el sector industrial más intensivo en innovación. Siete de las 25 empresas que más invierten en I+D del mundo son biofarmacéuticas.
- Juega un papel muy relevante en términos de competitividad exterior. A nivel nacional, el valor de las exportaciones de la industria farmacéutica se ha duplicado desde 2005 y supone casi una cuarta parte del valor exportador de los productos de alta tecnología de España. A nivel europeo, el farmacéutico es el sector industrial que más contribuye a la balanza comercial, con un saldo comercial positivo de 101.000 millones de euros.

En definitiva, en España las empresas farmacéuticas representan solo el 0,2% de las empresas industriales del país, pero aportan el 2% del empleo, el 2,2% de la cifra de negocios, el 3,3% del valor añadido, el 4,2% de las exportaciones y el 18,9% del gasto en investigación y desarrollo de los sectores industriales.

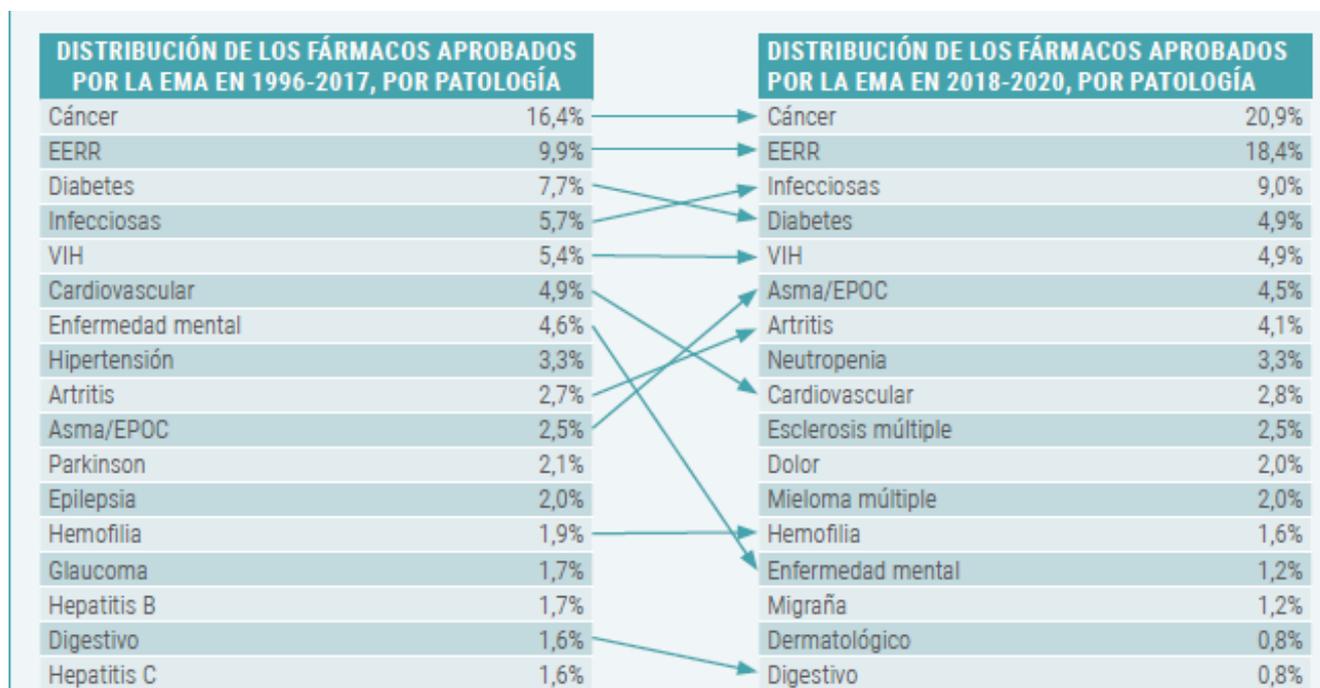
En segundo lugar, la utilización de medicamentos innovadores más eficaces que los anteriores puede redundar en un ahorro de costes, tanto públicos como privados, tanto sanitarios como no sanitarios y tanto directos como indirectos, lo que permitirá liberar recursos para otros usos, mejorando la eficiencia del sistema sanitario, impulsando el crecimiento económico y redundando en múltiples beneficios desde una perspectiva social. A continuación, se detallan algunos de los principales hallazgos en este sentido:

- El efecto compensación de los nuevos medicamentos se ha producido en la mayor parte de países desarrollados, incluyendo España, y parece ser mayor a largo que a corto plazo. Se estima que, en EEUU, cada unidad adicional de gasto farmacéutico ha generado un ahorro neto de gasto directo sanitario entre 2,3 y 7,2 veces mayor. En nuestro país, un aumento del 10% en el gasto farmacéutico

generaría un ahorro neto de 1,1 euros per cápita en el gasto hospitalario. En general, los medicamentos son terapias coste-efectivas, por lo que se trataría de intervenciones eficientes en las que merece la pena invertir. También existen múltiples ejemplos en patologías concretas. Por ejemplo, el consumo de antidepresivos y medicamentos cardiovasculares puede llegar a ahorrar en hospitalizaciones 3,7 veces más que lo invertido en esos grupos de fármacos.

- La adherencia al tratamiento no solo favorece la salud del paciente, sino que a menudo también puede generar un ahorro de costes sanitarios directos para el sistema y una ganancia de productividad laboral para el paciente y la sociedad. En España, se estima que un aumento de 10 puntos porcentuales sobre las tasas de adherencia de 4 enfermedades, supondría ahorros de más de 500 millones de euros en costes sanitarios directos.
- El uso de medicamentos innovadores, más eficaces, también puede generar ahorros a través de la menor carga de cuidados personales, formales o informales, que requieren los pacientes, gracias al mejor estado de salud que consiguen estos fármacos innovadores. Los beneficios pueden ser especialmente relevantes en patologías relacionadas con las edades avanzadas, como la demencia, la enfermedad de Alzheimer o el Parkinson. Se ha estimado que, si estas partidas se incluyeran en las evaluaciones económicas, el 85% de los ratios de coste-efectividad obtenidos tenderían a ser más favorables o pasarían incluso a demostrar ahorros netos de costes.
- La innovación farmacéutica también aporta valor a la sociedad a través de las pérdidas laborales que evita, al mejorar el estado de salud autopercibido y la calidad de vida de los pacientes. Se estima que los medicamentos aprobados entre 2006 y 2010 son responsables de una reducción de 37 millones de días de trabajo perdidos solo en Estados Unidos.
- Las vacunas son una de las intervenciones de salud pública más coste-efectivas, con unos beneficios que normalmente superan con creces a sus costes. Por ejemplo, a lo largo de un periodo de 60 años, el beneficio neto de la vacuna contra la polio en Estados Unidos ha sido 6 veces superior a su coste. En España, por cada euro invertido en vacunación infantil se ahorran 22 euros en gastos directos e indirectos.

En tercer lugar, el fin último de los medicamentos es mejorar la salud poblacional. A lo largo de la historia, los medicamentos, junto con los avances médicos y las medidas de salud pública, han cambiado radicalmente la vida de las sociedades modernas, permitiendo que vivan más tiempo y en mejores condiciones. Los avances han sido tan numerosos y relevantes que resulta imposible tratar de aglutinarlos completamente.



Una visión sobre los medicamentos aprobados en 2018-2020 en Europa

Han pasado tres años desde la revisión de literatura que realizamos para elaborar el informe “El valor de los medicamentos desde una perspectiva social”. Para esta actualización de dicho informe, cabe por tanto preguntarse qué tipo de innovaciones farmacéuticas han surgido en este tiempo. Para ello, analizamos los fármacos aprobados entre enero de 2018 y octubre de 2020 por la Agencia Europea del Medicamento.

Observamos que el número promedio de fármacos aprobados anualmente se ha incrementado de manera sustancial, al pasar de 44 en el periodo 1996-2017 a 81 en el periodo 2018-2020. Una parte de este crecimiento se debe al aumento en los biosimilares aprobados, cuya proporción sobre el total ha pasado del 3,4% al 11,1%. Además, han aumentado las autorizaciones condicionales de fármacos, dando idea del cambio que se está produciendo para tratar de acelerar el acceso a fármacos potencialmente innovadores, pero cuya evidencia es todavía incierta.

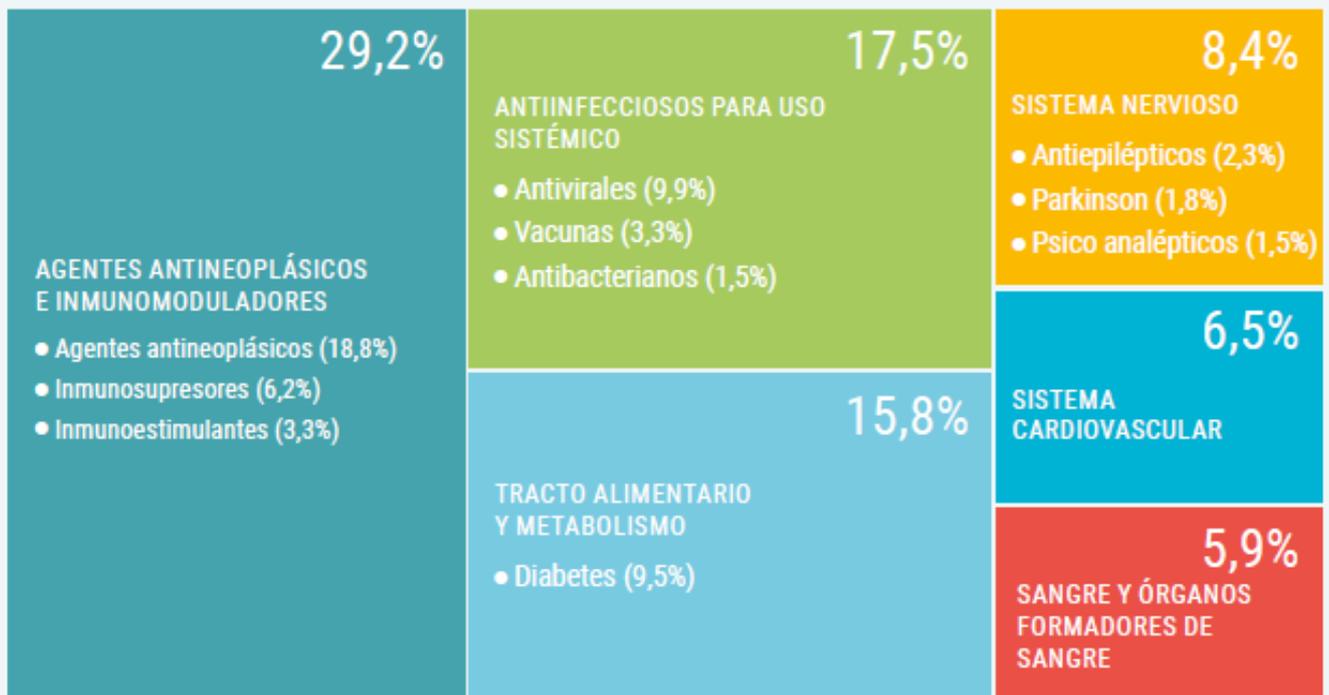
Otro elemento a resaltar es el tipo de patologías a las que se dirigen los nuevos fármacos aprobados. En los últimos años, se ha acentuado el foco en la oncología y las enfermedades raras, de modo que si en el periodo 1996-2017 representaban el 26% del total, en 2018-2020 su peso aumentó hasta el 39%. El número de fármacos

autorizados como “*orphan drugs*” por la EMA ha pasado de un promedio anual de 3,4 a 15, cifras que se incrementan sustancialmente si se consideran las terapias dirigidas a enfermedades raras. Dentro de los tumores, la leucemia, el cáncer de pulmón y el cáncer de mama siguen siendo los que acumulan un mayor número de fármacos (un 53% de los fármacos oncológicos autorizados en 2018-2020, frente al 34% del periodo 1996-2017). Las siguientes patologías con mayor número de fármacos aprobados en el periodo más reciente, más allá del cáncer y las EERR, son las enfermedades infecciosas y la diabetes. Las enfermedades cardiovasculares y mentales pierden peso relativo respecto al total de fármacos autorizados por la EMA.

Respecto al tipo de fármacos aprobados, según clasificación ATC1, los agentes antineoplásicos siguen siendo los más comunes, aunque su peso relativo se ha reducido del 29% al 23% del total de medicamentos autorizados en cada periodo analizado. En 1996-2017, los agentes antiinfecciosos para uso sistémico (antivirales, vacunas) y los medicamentos para el tracto alimentario y metabolismo (diabetes) ocupaban la segunda y tercera posición (con el 17,5% y 15,8%, respectivamente), mientras que en el periodo 2018-2020 los tipos de fármacos más comunes, después de los antineoplásicos, son los fármacos para el sistema nervioso y sistema respiratorio, con el 17,8% y 14,2%, respectivamente.

	1996-2017	2018-2020
Número anual promedio de aprobaciones de fármacos (EMA)	44	81
% genéricos	18,1%	16,8%
% biosimilares	3,4%	11,1%
% autorizaciones condicionales	1,5%	7,4%
% autorizaciones excepcionales	2,5%	2,5%

DISTRIBUCIÓN DE LOS FÁRMACOS APROBADOS POR LA EMA EN 1996-2017, POR TIPO (CÓDIGO ATC1)



DISTRIBUCIÓN DE LOS FÁRMACOS APROBADOS POR LA EMA EN 2018-2020, POR TIPO (CÓDIGO ATC1)



A continuación, se presentan algunos ejemplos de los beneficios clínicos que han supuesto los medicamentos innovadores.

- La esperanza de vida ha aumentado a lo largo de los años, en gran parte gracias a la innovación farmacéutica, hasta situarse actualmente en España en los 83,2 años. Entre 2000 y 2009 se ganaron 1,74 años de esperanza de vida, de los cuales en torno a tres cuartas partes son atribuidos al efecto de la innovación farmacéutica.
- En el ámbito del VIH/SIDA, los antirretrovirales han logrado convertir esta enfermedad aguda y fatal en una condición crónica. Los avances se han traducido en una drástica reducción de la mortalidad por esta causa, evitando hasta 8 millones de muertes a nivel mundial entre 1995 y 2015. La esperanza de vida de estos pacientes se asemeja ya a la de la población general, y los pacientes reportan una calidad de vida autopercibida cada vez mayor. En los últimos años, se han aprobado nuevas combinaciones de fármacos y una profilaxis de preexposición como estrategia preventiva, y se está investigando en una posible cura de la enfermedad.
- El cáncer ha dejado de ser una sentencia de muerte para muchos pacientes, gracias al mayor conocimiento sobre la enfermedad y a los avances en su diagnóstico y tratamiento. En los últimos 25 años se han aprobado más de 140 nuevos principios activos para tumores sólidos, y la supervivencia en cáncer no ha dejado de crecer. Un 70% de la mejora en supervivencia por cáncer del periodo 1994-2008 es atribuible a los tratamientos aprobados. En los últimos años, se han aprobado terapias dirigidas a mutaciones específicas y los primeros fármacos producidos a partir de las propias células del paciente.
- Los tratamientos para las enfermedades cardiovasculares desarrollados durante las últimas décadas han reducido significativamente la incidencia de eventos cardiovasculares y su mortalidad asociada, si bien siguen siendo la primera causa de muerte a nivel mundial. El 47% de las muertes evitadas se deben al beneficio terapéutico de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. Los medicamentos antihipertensivos han demostrado ser efectivos como tratamiento preventivo a largo plazo.
- Los tratamientos para la diabetes han experimentado una evolución considerable a lo largo de las últimas décadas, con nuevas clases de antidiabéticos insulínicos y no insulínicos que han dotado a pacientes y a clínicos de nuevas herramientas de tratamiento, con ventajas en efectividad, adherencia, precisión, funcionalidad y satisfacción. En los últimos años se han seguido produciendo avances en las opciones de tratamiento para abarcar nuevas subpoblaciones de pacientes y ofrecer nuevas formas de administración.
- El uso regular de medicamentos para enfermedades respiratorias como la EPOC y el asma logra una reducción efectiva de los síntomas y una mejora de la respuesta pulmonar, elevando a su vez la calidad de vida del paciente. Los tratamientos más recientes, aprobados en combinación con las terapias habituales, reducen el riesgo de sufrir exacerbaciones y mejoran el control de la enfermedad.
- Salvo la potabilización del agua, ninguna otra medida de salud pública ha contribuido a disminuir tanto la mortalidad y morbilidad en la especie humana como las vacunas. Las vacunas infantiles evitan cada año más de 3 millones de muertes en todo el mundo, así como epidemias e importantes secuelas sobre la salud. En los países desarrollados, los calendarios de vacunación se siguen actualizando con nuevas vacunas, como la del virus del papiloma humano o el meningococo C. Hay miles de vacunas en fase de investigación, la mitad de ellas enfocadas a la prevención de enfermedades infecciosas o del cáncer.
- Los agentes antivirales directos han supuesto una nueva era en el tratamiento del virus de la hepatitis C, al lograr una respuesta viral sostenida muy elevada, incluso entre los perfiles de más difícil tratamiento. En España, los tratamientos aprobados entre 2015 y 2018 han permitido reducir a la mitad la prevalencia de la hepatitis C.
- Los trastornos mentales son la principal causa mundial de discapacidad, afectando a más de 450 millones de personas en el mundo. Los distintos tratamientos antidepressivos y antipsicóticos aprobados durante las últimas décadas han tratado de reducir la gravedad de los síntomas para evitar recaídas y mejorar la calidad de vida. Los tratamientos aprobados más recientemente ofrecen nuevas opciones a los pacientes resistentes a las terapias existentes, así como formas de administración alternativas y graduales.
- Los medicamentos para personas con Enfermedad de Parkinson han logrado mejoras en los síntomas motores y no motores, si bien los efectos secundarios todavía son elevados. Recientemente se han comer-

cializado nuevas formas farmacéuticas para reducir los síntomas a largo plazo de la medicación y mejorar la adherencia, y se está investigando en otras opciones prometedoras.

- Los pacientes con esclerosis múltiple cuentan con distintas opciones farmacológicas para reducir los brotes de la enfermedad y sus consecuencias clínicas. La introducción de modificadores del curso de la enfermedad, algunos de ellos en formas orales, han supuesto mejoras en términos de recidivas y progresión de la discapacidad, que se han trasladado a la calidad de vida autopercibida. Los tratamientos autorizados recientemente han abierto nuevas posibilidades en pacientes no controlados adecuadamente con los tratamientos estándar. En los próximos años se espera que continúen los avances.
- Los fármacos modificadores de la enfermedad han supuesto avances terapéuticos sin precedentes en el ámbito de la artritis reumatoide y la psoriasis, logrando no solo importantes avances en la remisión de la enfermedad, sino también mejoras en la calidad de vida y el estado funcional de los pacientes. En los últimos años se han aprobado nuevos compuestos que han demostrado mejores resultados en pacientes con una respuesta inadecuada o intolerantes a otros medicamentos biológicos.
- Las enfermedades inflamatorias intestinales, entre las que se encuentran la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, son patologías discapacitantes de creciente prevalencia donde los medicamentos biológicos también han supuesto una alternativa revolucionaria en el tratamiento de la enfermedad. Durante los últimos años, los avances se han centrado en desarrollar tratamientos para los pacientes no respondedores a las terapias de primera línea, o que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad.
- El mayor conocimiento sobre la fisiopatología de la migraña ha permitido la aparición de nuevos tratamientos farmacológicos más específicos y eficaces que han reducido la duración de los ataques de migraña y han alargado el periodo entre los mismos. La terapia farmacológica, tanto preventiva como de tratamiento agudo de las crisis, ha supuesto mejoras significativas sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes, que a menudo se trasladan al ámbito laboral.
- Las enfermedades raras representan el foco de las innovaciones farmacéuticas

de los últimos años, al menos en cuanto al número de medicamentos desarrollados (un 9% del total desde 1995). Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen entre 5.000 y 8.000 enfermedades raras distintas. Durante las últimas décadas, se han introducido en el mercado opciones terapéuticas para dolencias raras y graves que carecían de tratamiento específico, como la esclerosis lateral amiotrófica, la atrofia muscular espinal, la distrofia muscular de Duchenne o el angioedema hereditario, entre otras muchas. Se estima que entre 2000 y 2017 más de 7 millones de pacientes europeos se han beneficiado de los medicamentos huérfanos aprobados. En los últimos años se ha aprobado otra decena de medicamentos dirigidos a enfermedades raras sin tratamiento específico, así como otros muchos que vienen a ofrecer opciones alternativas a indicaciones o enfermedades raras con tratamientos disponibles.

- Por último, pero no por ello menos importante, debemos mencionar la enfermedad protagonista del año 2020 a nivel mundial: el Covid-19. A fecha de hoy, se carece de un tratamiento específico para este virus. Se han utilizado distintos fármacos, aprobados para otras indicaciones, entre los que destacan remdesivir, dexametasona y distintas combinaciones de fármacos (lopinavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir/interferón beta-1a e hidroxiclороquina/clороquina). Se ha hecho un esfuerzo sin precedentes para desarrollar y comercializar lo más rápidamente posible distintas vacunas para la enfermedad, y hay cientos de ensayos clínicos en marcha para tratar de encontrar una solución contra el virus. Este es un caso paradigmático que pone de manifiesto el valor social que tendría para la humanidad encontrar una cura para el causante de la mayor pandemia global de los últimos cien años, que tendrá un impacto económico y social sin precedentes.





ENTREVISTA

Antonio López de Andrés, Subdirector de Farmacia y Prestaciones del Servicio Navarro de Salud

“El principal reto es de transformación, hay que reinventar la Atención Primaria”



Antonio López de Andrés lleva dirigiendo la Subdirección de Farmacia del Servicio Navarro de Salud desde hace casi 6 años, por ello algunas de las líneas estratégicas que tenía marcadas en sus inicios, como la constitución de servicios de farmacia en centros sociosanitarios, ya es una realidad. Así lo ha explicado en esta entrevista, donde también ha hablado de los retos a los que se enfrenta el Sistema Navarro de Salud, de la robotización, de la profesionalización de la gestión farmacéutica hospitalaria y de cómo ha afectado la crisis del coronavirus en la Comunidad Foral, entre otras cuestiones.

¿Cuáles son sus líneas estratégicas para liderar la Subdirección de Farmacia y Prestaciones del Servicio Navarro de Salud?

Las líneas estratégicas son las que marcamos cuando comenzamos la legislatura. Una de ellas es la rama de lo sociosanitario, Navarra tiene un modelo un poco diferente al resto de España, con residencias o centros sociosanitarios con más de 100 camas y en todas ellas un servicio de farmacia. Al igual que tienen un hospital, tienen su servicio de farmacia.

Es una lista que empezamos a hacer hace unos años y ya estamos viendo el final de la primera fase con la constitución de los servicios de farmacia. Esa es toda una línea estratégica, que más allá de tener un componente económico, también es un modelo de eficacia en la prestación farmacéutica, especialmente este año con la COVID. Es una gran fortaleza. Es decir, tener un servicio farmacia en centros sociosanitarios de determinadas dimensiones se ha demostrado llevarlo con mucha fortaleza y con mucha más cercanía, en Navarra es obligatorio.

Patrocinado por:



Ahora hay un trabajo constante con los profesionales de la medicina. También hay una serie de intangibles que no podemos pedir económicamente, pero sí en términos de seguridad. Es un modelo más caro, pero más eficiente porque el funcionamiento de los servicios, además de los medicamentos, también lo pagamos nosotros. Esa es una de las líneas fundamentales.

Otra, es la de los servicios de farmacia sanitarios, que consiste en avanzar en un modelo en el que el farmacéutico del hospital tenga una presencia muy clara en los servicios clínicos. Es un modelo que ha demostrado una fortaleza muy buena durante la pandemia. Para nosotros, un farmacéutico que está a tiempo completo, con sus jornadas en la UCI, forma parte del equipo de la UCI, forma parte de las sesiones clínicas... No solo optimizamos los medicamentos o el consumo de medicamentos, sino que avanzamos en seguridad y en cooperación. También tenemos, desde hace unos años, a un farmacéutico que trabaja en el área oncológica pediátrica, solo dedicado a eso, otro farmacéutico dedicado, a media jornada, en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra. Nuestro objetivo es que poco a poco tengamos farmacéuticos en UCI, en Oncología, en urgencias, en pediatría y en geriatría. Al menos queremos abarcar esas cinco áreas.

En cuanto a la nutrición, históricamente, gran parte ella la han llevado los servicios de farmacia porque es una parte muy importante de este Servicio. Con parte de los fondos europeos se compró una máquina de automatización para las nutriciones.

Y la tercera línea estratégica son los sistemas de información, en sus dos vertientes: en resultados en salud y en la integración fármaco-terapéutica. Hasta hace unos años teníamos la prescripción de oficina de farmacia electrónica, la prescripción del paciente ingresado, la prescripción del paciente ambulatorio, la prescripción de consulta externa y la prescripción del paciente de hospital de día. Teníamos cinco sistemas de prescripción que no interactuaban entre sí. Y ahora, afortunadamente, tenemos o vamos hacia un sistema único de prescripción. Cualquiera que atienda al paciente tiene que tener la misma información para poder optimizar su prescripción.

¿Cuál es el nivel de robotización del almacenaje y distribución de los medicamentos en la Comunidad Foral de Navarra?

Muy bajo. No tenemos robot para mezclas ni otro tipo de robot de mayor amplitud para almacenes, no tenemos tampoco un robot para la dispensación ambulatoria. Hoy en día hay muchísimas opciones de mecanización, especialmente la gestión de almacén, y ahí es donde podríamos mejorar. Ya hemos hecho un proyecto, con los fondos de Farmaindustria, que han ido destinados a realizar un nuevo Servicio de Farmacia en el Hospital de Tudela y ahí vamos a tener en cuenta dos opciones de robotización. En general, el nivel de robotización es bajo, pero estamos en ello.

¿Y el de profesionalización de la gestión farmacéutica hospitalaria?

Hasta ahora no teníamos gestores de almacén porque teníamos a los farmacéuticos de hospital, que entre sus tareas se encargaban de esta. Y a raíz de una fiscalización que hizo a la Cámara de Comptos aquí en Navarra, nos recomendó tener esta figura y la verdad es que ha sido un acierto el que una persona sea responsable de la gestión del almacén de fármacos, no es una persona farmacéutica, pero no tiene por qué. Es una persona con experiencia en manejo de las herramientas de gestión del Servicio Navarro de Salud, nosotros manejamos el sistema SAP en todos nuestros almacenes. Esa figura la tenemos en el Complejo no en los centros más pequeños. Yo creo que sí, que avanzamos hacia una profesionalización de esa figura de gestor de almacén. A los farmacéuticos nos gusta mucho más la parte clínica o la parte asistencial que la de gestión de almacén, que es la parte más arisca desde el punto de vista farmacéutico, pero es de las más importantes.

¿Cuáles son las políticas de compra de medicamentos en el Sistema Navarro de Salud? ¿Y la implicación de los gerentes de hospitales en este ámbito?

Esta es una comunidad pequeña, con pocos hospitales, lo que facilita que tengamos una central de compras. En el año 2015, uno de los primeros encargos fue este, el de tener una gestión centralizada de la licitación de la compra. Así lo hemos hecho y ya tenemos más del 80 por ciento verificado. Otra cosa es que no alcancemos el 60 por ciento de la compra de productos licitados, pero nuestro objetivo es llegar al 90%, como ya ha hecho Osakidetza. Ese es el modelo que seguimos, con una central de compras para toda la comunidad que tenga un único precio para todos los productos, con negociaciones únicas para el precio único

en todos los hospitales. La implicación de los gerentes en este ámbito ha sido total desde el principio.

En su opinión, ¿cuál es el mayor reto al que se enfrenta el Sistema Navarro de Salud?

El principal reto es de transformación. Hay que reinventar la Atención Primaria. Tenemos un modelo de Atención Primaria excelente, pero es un modelo que actualmente está en crisis absoluta por muchas razones: las inversiones en Primaria no han sido todas las deseables en los últimos años, también hay un problema de renovación de savia e ilusión, de fascinación tecnológica del hospital que empobrece a la Atención Primaria. Creo que hay que focalizar Atención Primaria en el centro del sistema, porque en los programas de crónicos en los que todas las comunidades avanzamos, ya hace algunos años, situaban, al menos teóricamente, a Atención Primaria como eje del sistema. Y a la hora de aplicar esos programas de crónicos nos hemos dado cuenta de que no ha sido así, las áreas integradas del hospital se han comido a Primaria. Esa es mi percepción.

Creo que el principal reto es ese, aunque hay otros muchos retos, pero a mi juicio el reto es reinventar, dinamizar y refundar Atención Primaria sin cambiar la estructura que teníamos o el modelo, pero sí potenciarlo desde el punto de vista inversor, desde el punto de vista de competencias y desde el punto de vista de resolutivez.

La Farmacia es aliado fundamental en resultados de salud y en la atención al paciente, ¿qué sistemas utilizan para obtener estos resultados y hacerlos efectivos en la práctica clínica?

Esa es otra de las grandes líneas estratégicas y otro de los grandes retos para todos los sistemas de salud, porque tenemos ingente cantidad de información, no siempre estructurada y no siempre normalizada. El gran reto es que tengamos sistemas que permitan explotar esa información relacionándola con las prestaciones que damos y analizando los resultados. En Navarra tenemos el proyecto BARDENA, es la base de datos poblacional de Navarra, de tal forma que el paradigma de ese sistema de información es que cualquier paciente tiene infinitud de datos sobre su tarjeta sanitaria o su número de tarjeta sanitaria, datos asistenciales, datos de quirófano, datos de urgencias, datos analíticos... Es un sistema que integra la infor-

mación personalizada en base poblacional e intenta explotarla. Así sabemos qué está imputado a cada paciente, todos los medicamentos que toma, los que se le dispensan, radiología, analítica, microbiología, sabemos qué días ha estado ingresado, qué análisis se le ha hecho, qué parámetros tiene analizados, cuál es la evolución de cualquier parámetro bioquímico desde hace cinco años, qué resultados en quirófano se han tenido... Es decir, toda esa información está. Hay que ser capaces de extraerla de una forma sistemática para poder sacar resultados en salud. Ya estamos empezando a tener algunos.

Por ejemplo, ya sabemos con algunos medicamentos que hemos condicionado su uso, qué resultados tenemos. El último que sacamos fue de un medicamento en cáncer colorrectal en tercer año, queríamos saber primero si se estaba utilizando bien ese medicamento. Y segundo, si la supervivencia global al menos era la que tenía el ensayo clínico que permitió esa formación en salud. Hemos sido capaces de sacar la curva de nuestros pacientes y compararla con la curva del ensayo. Afortunadamente, nos coincide prácticamente con la curva. Ese modelo es el modelo que queremos y no es nada fácil. Para las predicciones necesitamos toda la batería de datos que maneja salud pública, datos epidemiológicos, de enfermedades, de riesgos, etcétera. Es decir, todos esos atlas de mortalidad, incidencia de cáncer colorrectal, de mama o de pulmón, por barrios, por distritos... Toda esa información ya la tenemos en salud pública. Ya sabemos o podemos predecir la esperanza de vida o la mortalidad en función de dónde reside una persona.

¿Cómo cree que se puede mejorar la Atención Farmacéutica Hospitalaria?

La especialización es una de las claves. Y pensando en el paciente hay otro aspecto muy importante que es la dispensación de los medicamentos de uso o diagnóstico hospitalario. Cada día pasan por un hospital como el Complejo Hospitalario unas doscientas personas a recoger medicamentos, por ello, desde un punto de vista de humanización y de atención adecuada al paciente, tenemos que tener modelos que permitan acercar el medicamento al paciente. Una de dos, o cambiamos el modelo o las reservas singulares de algunos medicamentos. Estamos siguiendo el modelo de los franceses, poder dispensar los medicamentos que se dispensan en el hospital en la oficina de farmacia,

así la accesibilidad por parte del paciente es mayor porque hay una proximidad.

Yo creo que también tenemos que hacer una reflexión desde el punto de vista de regulación de que ciertos fármacos, especialmente los fármacos orales o fármacos que no necesitan una administración o un seguimiento especial, simplemente porque tengan un alto impacto económico, no debería ser un motivo para seguir en el hospital. Deberíamos articular formas de financiación que permitan obtener los beneficios económicos de la gestión del hospital, pero que seamos capaces de hacer cambios.

Si no cambia la regulación, sí que entendemos que tiene que cambiar la dispensación de los fármacos. Yo veo básicamente dos formas, aunque hay tres. Una de ellas es llevar el medicamento a casa del paciente, que ya hay algunas experiencias. Y otra es utilizar la red farmacias para acercar el medicamento al paciente y hay también proyectos en ese sentido. De hecho, la SEFH presentó recientemente un proyecto con la Sociedad Española de Farmacia Rural para colaborar en el proyecto Telémaco, en el que quiere establecer un piloto para ver esta realidad. Es decir, que los servicios de farmacia gestionen la adquisición y el control de esos medicamentos, pero que se puedan recoger en la oficina, especialmente en el área rural es un valor añadido para el paciente.

¿Qué nos puede contar de OPTIMAGE (Red Europea para optimizar el tratamiento farmacológico en mayores)?

Es un modelo de colaboración, en este caso transfronterizo, que se hace con algunos hospitales franceses. En Navarra está integrado nuestro Instituto de investigación que aglutina casi toda la parte de investigación e innovación sanitaria y el Servicio Navarro de Salud. Se trata de cómo mejorar y optimizar la eficacia de los medicamentos en los pacientes de más edad, en pacientes geriátricos que toman una media de medicamentos de 10 al día. Eso es lo que OPTIMAGE pretende. Es un modelo de colaboración transfronterizo porque está financiado con fondos europeos, con los fondos FEDER y son hospitales de la región de Aquitania y hospitales navarros. Esto lo tutoriza un hospital de Toulouse y en Navarra estamos en ese interés, tenemos mucha ilusión puesta en este modelo, utilizan dos herramientas que tenemos del sistema de ayuda a la prescripción, que alerta sobre los problemas de seguridad, duplicidades, alertas de seguridad en función de variables

bioquímicas del paciente...es un sistema muy optimizado y sobre esto pivota la prescripción, sobre todo, revisión y conciliación. De ahí se va a extraer un análisis antes-después para ver cómo ha mejorado el perfil terapéutico de este tipo de pacientes.

¿Cuál es la participación de los hospitales navarros en la realización de ensayos clínicos?

El hospital que más participa con diferencia en los ensayos, es la Clínica Universitaria de Navarra, además ahora vamos a renovar con ellos el concierto y dentro del mismo hay un apartado de ensayos clínicos. El Complejo Hospitalario también tiene muchísimos ensayos clínicos, en agosto hicimos una revisión y tenía 75 ensayos clínicos en marcha o participando en ellos.

¿Cómo se ha adaptado la Farmacia a la nueva situación que ha provocado la COVID-19?

Una de las adaptaciones ha sido con el paciente externo. De hecho, creo que tenemos ahora unos 800 pacientes a los que les enviamos el medicamento a domicilio, que no son muchos, son pocos, deberíamos ser más ambiciosos en ese sentido. Pero nos hemos adaptado, cuando vino la primera ola pusimos en marcha de una forma muy rápida este sistema, nos adaptamos también a los medicamentos en la UCI. Tuvimos desabastecimiento de Propofol, de midazolam..., es decir, de todos aquellos medicamentos necesarios para intubar a un paciente y para sedarlo. La Agencia del Medicamento hizo un trabajo estupendo y nos trajo medicamentos que no habíamos visto nunca, de marcas que no conocíamos y cada día teníamos que mandar a la Agencia el número de pacientes que teníamos ese día, el día anterior en UCI y en función del número de pacientes que teníamos nos hacían todos los días un envío de medicamentos a Tudela y a Pamplona. Hemos vivido especialmente en marzo y abril del 2020 al día en abastecimiento. No tuvimos ningún paciente al que no pudiéramos intubar o no pudiéramos ponerle un sedante, pero sí hicimos protocolos alternativos de sedación, fue una semana de crisis absoluta sin midazolam, la farmacia se adaptó y nos adaptamos a la situación de COVID. Va a haber un tema de adaptación seguro, que es el de la telefarmacia, fundamentalmente hacia la atención al paciente externo. Tenemos que hacer un esfuerzo en ese sentido, en el aspecto regulatorio y otro en el de avanzar en modelos de este tipo.



LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

La Fundación Bamberg presenta el libro *El impacto de la nueva Medicina en el sistema sanitario*



Instantánea de la presentación del libro *El impacto de la nueva Medicina en el sistema sanitario*.

“La medicina curativa es el futuro”, sentenciaron los expertos participantes en la presentación de los dos volúmenes de la publicación auspiciada por la Fundación Bamberg. En el encuentro, algunos de los coautores se refirieron a los distintos capítulos de los dos volúmenes sobre el ‘Paradigma de la Nueva Medicina’ y sobre cuál será el impacto en la atención clínica y en la gestión sanitaria.

Ignacio Para Rodríguez-Santana, presidente de la Fundación y alma máter del libro, apostó por la necesidad de una nueva medicina curativa, “que no es paliativa como la que se ejerce hoy”.

En su opinión, hay que caminar hacia una medicina proactiva, no reactiva. “Hay que ir a la causa, no al efecto de la dolencia”, remarcó. El libro recoge capítulos dedicados a la genómica, la medicina nuclear, la inteligencia arti-

ficial, la oncohematología, el análisis del big data. “Todos estos aspectos cambiarán el enfoque asistencial”.

“Tenemos que estar preparados para un enfoque más transversal”, indicaron los expertos. “Ello llevará a la reorganización de los hospitales y habrá que empezar también por la AP”, reconoció. “En esta pandemia se ha puesto de manifiesto que hasta ahora era la entrada del paciente al sistema sanitario, pero existieron muchos fallos”. Porque los verdaderos colapsos no se dieron sobre todo en los centros de Primaria, “que no pudimos remediar; por eso hay que potenciarla y cambiarla”, remarcaron.

La segunda parte de la publicación se centra en la gestión sanitaria, los enfoques legales, farmacéuticos, la bioética. “Un libro que se inició hace año y medio, pero por la COVID

no pudimos presentar antes”, explicó el doctor Para-Santana.

En esta misma línea se manifestó Boi Ruiz, ex-consejero de Sanidad del Gobierno de Cataluña, quien incidió en que “hay que avanzar en la medicina curativa, no solo en la de cuidar”. “La nueva medicina será buena o mala si los resultados son buenos para que los pacientes vivan mejor, los profesionales se desarrollen y también para el contribuyente”, explicó.

José Luis Carreras, vicepresidente del Consejo Científico de la FB, profesor y anfitrión de la

RANME, habló sobre la adaptación de los sistemas sanitarios a la avalancha de información de la que se dispone. “Se necesitan mentes integradores. Es difícil por las inercias y la burocracia que la Sanidad pública se adapte a las nuevas necesidades, pero también la privada”.

En esta presentación virtual, los coautores del libro tuvieron la oportunidad de presentar cada uno de sus artículos. En este sentido, cabe destacar que José María Martínez García, presidente ejecutivo de *New Medical Economics*, participa en cada uno de los volúmenes con un artículo.



Chiesi continúa su transformación cultural con una nueva identidad visual que refleja el lenguaje y las experiencias de los pacientes

Chiesi ha revelado una nueva identidad visual profundamente inspirada en sus pacientes. Este anuncio marca el siguiente paso en el esfuerzo continuo por crear una cultura corporativa que sea verdaderamente empática con los pacientes y esté en consonancia con los principios éticos y de sostenibilidad más exigentes a los que Chiesi se adhiere como compañía B Corp.

Como parte de este proceso, el Grupo Chiesi ha aplicado un planteamiento novedoso para entablar un diálogo íntimo con los pacientes, sus familias y sus cuidadores a fin de escuchar sus experiencias en la vida real sobre cómo abordan su patología en el día a día.

Este planteamiento fundamentado en la empatía se basa en los estrictos principios éticos del Grupo Chiesi como la mayor compañía farmacéutica B Corp del mundo.

El resultado ha aportado al Grupo Chiesi una visión excepcional de las percepciones de los pacientes, y ha creado una base emocional que ha permitido desarrollar la nueva identidad visual en una serie de talleres que han incluido a empleados de todas las categorías, orígenes y lugares geográficos.

«Nuestra nueva identidad visual —y nuestro planteamiento para desarrollarla— son la primera manifestación pública de nues-

tra cultura basada en que «el paciente es lo primero» como una empresa familiar con certificación B Corp», ha señalado Alberto Chiesi, presidente del Grupo Chiesi. «Queremos asegurarnos de que la empatía sea la esencia de todo lo que hacemos. Todas las personas que forman parte de Chiesi deben comprender verdaderamente las necesidades de nuestros pacientes y las experiencias que tienen al enfrentarse, día tras días, a distintas patologías. Lo que hemos aprendido en este proceso tiene un valor incalculable. Continuaremos fomentando un diálogo activo entre nuestros pacientes, nuestros empleados y los profesionales sanitarios, con el objetivo de mejorar conjuntamente la calidad de vida de una manera social y medioambientalmente responsable».

«Estamos ante un momento destacado para Chiesi, que está forjando un planteamiento único para la industria farmacéutica», agregó Martin Lindstrom, experto en transformación cultural y de marca, y fundador de Lindstrom Company, que apoyó al Grupo Chiesi en el proceso de creación. «El rediseño de la identidad demuestra verdaderamente un compromiso con sus pacientes al hablarles en su propio idioma. Destaca la empatía y la autenticidad, dos valores muy necesarios en esta industria, como prioridad absoluta de Chiesi».

Air, Rare y Care

Como parte de la nueva identidad visual, el Grupo Chiesi está racionalizando su arquitectura de marca basándose en las tres áreas: Air, Rare y Care. Junto con un nuevo esquema de colores, los nombres de las áreas terapéuticas están inspirados en un lenguaje sencillo que usan los pacientes. La terminología simplificada mejora la accesibilidad y la comprensión de los servicios, áreas terapéuticas, del Grupo Chiesi:

- «Air» representa los productos y servicios que promueven la respiración, desde recién nacidos hasta poblaciones adultas.
- «Rare» representa el tratamiento de las enfermedades raras y ultrarraras.
- «Care» combina productos y servicios que respaldan la atención especial ofrecida por profesionales médicos y el autocuidado orientado al consumidor.

«El lanzamiento de nuestra nueva identidad visual es el punto de partida de muchos más cambios que se introducirán gradualmente para implementar un planteamiento basado en el paciente verdaderamente fundamentado en la empatía», ha señalado Ugo Di Francesco, CEO del Grupo Chiesi. «Nuestro objetivo es hacer que la vida de nuestros pacientes y de nuestros profesionales sanitarios sea más fácil y cómoda. Para lograr esto, los empleados de Chiesi en toda la empresa están trabajando en muchos proyectos, como aplicaciones de inteligencia artificial que ayudan a los pacientes con la administración de sus medicamentos».

Además, el Grupo Chiesi continúa su camino para convertirse en una empresa totalmente sostenible. Un área de especial atención es abordar el cambio climático y, por eso, la empresa presentará nuevos objetivos climáticos con la publicación de su Informe de sostenibilidad de 2020 a principios de junio.



La POP alerta de la amenaza para la salud pública que suponen las infecciones microbianas

Durante la novena edición de los 'Desayunos POP', la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) ha alertado de la amenaza para la salud pública que supone la aparición y propagación de las infecciones microbianas, "siendo muchas de ellas prevenibles".

Así lo ha explicado la presidenta de la POP en el encuentro que ha tenido lugar recientemente y donde se ha debatido, junto a un grupo de expertos del ámbito de la salud, acerca de la importancia de la prevención y control de la resistencia antimicrobiana, así como sobre el impacto que esto tiene en las personas con enfermedad crónica.

La edición de los 'Desayunos POP' titulada 'Prevención y control de la resistencia antimicrobiana: visión multidisciplinar', ha sido presentada por José Manuel González Huesa, director general de Servimedia y ha contado

con la participación de Carina Escobar, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP); Antonio López, jefe adjunto del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; Carles Llor, médico de Atención Primaria en representación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); y Jordi Vila, presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

Tal y como ha explicado Jordi Vila, actualmente, existe una problemática a la hora de combatir la infección por bacterias ya que "cada vez tenemos menos antibióticos efectivos a algunas bacterias". En este sentido, el presidente de SEIMC ha incidido, por un lado, en

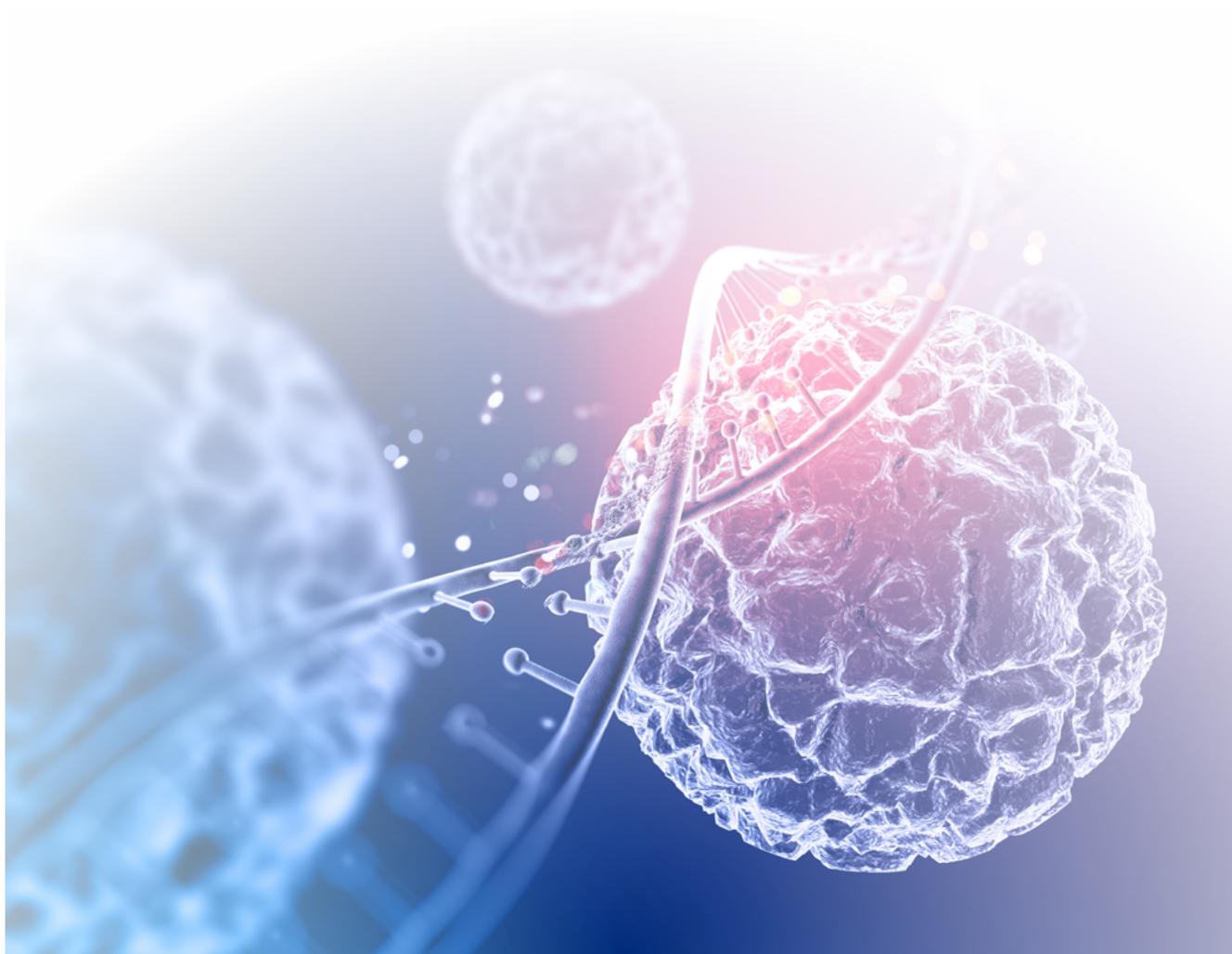
la importancia de la prevención para evitar las infecciones en el ámbito hospitalario y, por otro lado, en la relevancia de los programas PROA para trabajar el uso racional de los antibióticos, tanto a nivel hospitalario, como en la asistencia primaria.

Cabe destacar que los centros sanitarios son uno de esos focos de infección de las bacterias resistentes y multirresistentes, por lo que la prevención y el control de estos contagios se ha convertido en una de las prioridades en la salud pública europea.

Según el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) se ha estimado que, en Europa, alrededor de 3,2 millones de personas al año presentan infecciones (mayoritariamente bacterianas) asociadas a las instalaciones sanitarias. En el caso de España, se registran más de 3.000 fallecimientos al año por infecciones hospitalarias, además, y según datos del último "Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España",

es importante destacar que el 8,5% de los pacientes hospitalizados padecen una Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRA).

La lucha contra este tipo de infecciones se lleva a cabo, tal y como ha explicado Antonio López, a través del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN). Sobre esto, el jefe adjunto del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS ha detallado: "Desde 2014 el PRAN trabaja con el objetivo de frenar el desarrollo y la diseminación de la resistencia bacteriana y, con esa meta, enfoca sus medidas en la reducción del consumo de antibióticos. Así, por una parte, desarrollamos iniciativas para reducir la necesidad de uso de los antibióticos través de la prevención de las infecciones (programas para la higiene de manos, buenas prácticas ganaderas, formación de los profesionales, campañas de concienciación), y por otra, apoyamos acciones para mejorar el uso de los antibióticos en diferentes ámbitos (programas PROA en salud humana y programas REDUCE en sanidad animal)".



ECONOMÍA



ASISA incrementó sus primas en 2020 un 4,28%, hasta los 1.273 millones de euros

El Grupo ASISA cerró el año 2020 con su mayor cifra histórica de facturación en primas: 1.273 millones de euros, un 4,28% más que el año anterior. Este crecimiento ha permitido al Grupo hacer frente a la pandemia provocada por la extensión de la COVID-19 y seguir desarrollando su plan estratégico para consolidarse como una compañía dedicada al cuidado integral de las personas.

Los resultados de 2020 fueron presentados en la Junta Consultiva de ASISA, que por primera vez se ha celebrado de manera virtual y ha reunido a los máximos responsables de la compañía bajo el lema “Nuestro valor, tu resiliencia”.

Durante su intervención, el Dr. Francisco Ivorra, presidente del Grupo ASISA, destacó la importancia del año 2020 para la compañía:

“El año 2020 ha sido muy complicado para nuestra sociedad y para el Grupo ASISA. A pesar de todo, en un entorno hostil y lleno de incertidumbre, hemos sido capaces de conseguir dos objetivos esenciales para nuestra compañía: el primero de ellos, ser útiles y aportar nuestra experiencia y nuestra capacidad

para hacer frente a la peor crisis sanitaria en un siglo; y, además, seguir avanzando en nuestro empeño por convertirnos en el grupo privado de referencia dedicado al cuidado de las personas. La COVID-19 ha demostrado nuestra fortaleza y nuestra determinación para seguir creciendo a partir de la cooperación y el compromiso social”.

Por su parte, el consejero delegado de ASISA, Dr. Enrique de Porres, destacó durante el cierre de la Junta Consultiva la fortaleza que ha demostrado el Grupo ASISA:

“A lo largo de la pandemia se ha puesto de manifiesto la capacidad de resiliencia del Grupo ASISA, que nos ha permitido adaptarnos a un cambio imprevisto y especialmente brusco. Lo hemos hecho a partir de un refuerzo de la coordinación y la cooperación entre todas nuestras empresas, de nuestra capacidad para innovar en la atención al paciente con mucha más facilidad que hace unos años o de la aplicación de la telemedicina en nuevos ámbitos para dar respuesta a nuevas necesidades de diagnóstico y tratamiento. De cara al futuro, la pandemia nos deja unas enseñanzas que nos serán muy útiles”.

Bayer refuerza su inversión en España y mantiene las ventas estables pese a la pandemia, con 667 millones de euros

En un año especialmente retador en el que la salud y la alimentación han cobrado especial relevancia como áreas esenciales, el balance para Bayer es positivo en cuanto a los datos de ventas e inversión en 2020. Desde la planta productiva en Quart de Poblet (Valencia), unas instalaciones que cumplen 50 años, la compañía presenta este martes las cifras de su actividad de la mano de Bernardo Kanahuati, CEO de Bayer en España y Portugal, quien remarca que si algo no ha cambiado la pandemia, incluso se ha visto reforzada, "es nuestra apuesta por la sostenibilidad".

La razón de ser de Bayer, expresa, "está ligada a que las cosas que hacemos cada día tienen que generar una vida mejor". Como compañía, asegura el directivo, quieren contribuir a retos tan importantes en los sectores de la salud y la alimentación como la sobrepoblación, la falta de terreno arable o la necesidad de producir más alimentos. "Estimamos que para 2050 seremos 2.200 millones de personas más en el planeta. El 17% de los cultivos se perderán a causa del cambio climático. Y tendremos un 20% menos de superficie arable. Al mismo tiempo, habrá que producir un 50% más de comida para cubrir las necesidades de la población", explica.

En estos desafíos muy importantes, "nosotros nos guiamos por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y somos conscientes de que nuestra contribución es esencial para materializar nuestra visión de 'salud y alimentación para todos'", afirma Kanahuati. Lo hacen, añade, desde hace más de 100 años a través de la innovación, y "hoy más que nunca" mediante la sostenibilidad a través de todas las divisiones de la compañía: la farmacéutica, productos de prescripción médica; la de autocuidado, productos de venta libre; y la agrícola, productos centrados en la producción de cultivos y semillas.

Cifras y resultados de 2020

Pasando a los resultados, el directivo expone que a nivel global Bayer está presente en más de 80 países. "Son los más de 99.000 empleados en el mundo que han podido generar en un año tan complicado unas ventas equiparables a 2019, unos 41.400 millones de euros".

Desgranando los resultados, agrega que el negocio de Crop Science tuvo una evolución positiva del 1,3%, principalmente impulsado por operaciones

en América Latina y Asia Pacífico. Mientras que el de consumer health tuvo un crecimiento del 5,2%, especialmente gracias a la gama nutricional, y en el farmacéutico se registró decrecimiento del 1,5%, "con un claro impacto de la pandemia", sobre todo en las áreas de oftalmología y salud de la mujer.

Asimismo, "podemos ver que nuestra vocación sigue siendo la innovación. Los 4.900 millones de euros invertidos en 2020 fueron claramente equilibrados en nuestros negocios y aportaron para seguir avanzando en las distintas áreas estratégicas de la compañía", manifiesta el CEO.

Por otro lado, España sigue siendo uno de los países más importantes en el mapa de Bayer. "El año pasado cerramos con unas cifras de negocio de 667 millones de euros, muy en línea con 2019", indica Kanahuati. Así, el negocio farmacéutico sigue siendo el de mayor contribución a los resultados de la compañía. "El 2020 lo cerró con 332 millones, y vemos un decrecimiento del 2,4%. Al igual que en las cifras globales, hemos visto el efecto de la pandemia tanto en los productos de salud de la mujer como en la parte oftalmológica".

El resto del portafolio tuvo un "crecimiento fuerte y sólido", según el directivo. "En Crop Science logramos un 5,9% más, mientras que el área de autocuidado decreció un 5,7%. De igual manera, hemos visto el efecto del covid-19 en algunas categorías de este negocio, y los principales motores de crecimiento fueron las gamas de Supradyn".

También destaca el dato de la inversión de 65,5 millones de euros, un 9% más que el año anterior. "Claro está que estos resultados han sido generados por nuestros 2.354 empleados en territorio español", especifica. De esa cifra, 27,9 millones fueron a parar a las infraestructuras, donde el foco ha sido la expansión de capacidades en los centros productivos y eficiencia energética. Los otros 37,6 millones han sido invertidos con un gran foco en los ensayos clínicos y en proyectos de innovación en agricultura.

De la misma forma, Bayer ha incrementado su presencia en territorio español. A los 9 centros existentes hemos agregado uno más. El Centro de Producción Viralgen, en San Sebastián, una compañía biotecnológica de características "únicas en el mundo, un referente en la producción de vectores virales para las terapias génicas y CAR-T", detalla Kanahuati.

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: 2:30 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



Sanidad pone en marcha la red canaria de vigilancia genómica para la COVID-19

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Salud Pública, ha puesto en marcha la red de vigilancia genómica para la COVID-19 en Canarias, que incluye un sistema protocolizado de detección, seguimiento y control de la presencia de las diferentes variantes del SARS-Cov2 en las Islas.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria actualmente será el laboratorio de referencia de esta red de vigilancia genómica en la que se incluirán todos los laboratorios de microbiología que realizan pruebas diagnósticas del virus SARS-Cov2. De esta manera se podrá tener una radiografía real de la incidencia de las distintas cepas del virus en el Archipiélago.

Para ello, se efectuarán dos tipos de controles: aleatorio y planificado. En el primer caso, de

forma regular los laboratorios de los hospitales en cada una de las islas remitirán hasta un 10% de las muestras positivas para secuenciación genómica con el objetivo de determinar las variantes presentes e incidencia en cada una de las islas.

El control planificado será determinado por Salud Pública de manera específica atendiendo a situaciones de interés de seguimiento epidemiológico por, por ejemplo, procedencia de los afectados de determinadas áreas geográficas; que se quiera estudiar un brote que haya tenido una alta tasa de contagios secundarios que sean inusualmente elevados, cuando se produzcan casos de reinfección o si se detectara un probable fallo vacunal conforme a criterios farmacéuticos. Estos casos que determinará Salud Pública también serán analizados para ver su posible relación con alguna cepa.



Madrid aprueba el proyecto definitivo para la reforma integral del Hospital Universitario La Paz

El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid ha aprobado hoy el proyecto definitivo de la reforma integral del Complejo Hospitalario Universitario La Paz tras ser informado de la adjudicación del concurso para la redacción del plan arquitectónico y dirección de obra del centro público, que permanecerá en su ubicación actual.

Así lo ha explicado la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, en rueda de prensa posterior al Consejo, celebrado de forma extraordinaria en Aranjuez, donde ha explicado que la decisión final del proyecto "ha tardado más" porque se quería comprobar previamente si la ubicación era la mejor teniendo en cuenta otras posibilidades como, por ejemplo, "Madrid Nuevo Norte, otro gran proyecto que ahora mismo está en el futuro de todos". "Pero, finalmente, gracias al Hospital Enfermera Isabel Zendal, hemos decidido y se ha visto que es posible adelantar sus obras y agilizarlas", ha añadido.

Las primeras actuaciones del proyecto comenzarán en marzo de 2022 y comprenderán tres fases: el Hospital General, el Materno-Infantil y, por último, el edificio de servicios complementarios, así como la Torre de Maternidad. Díaz Ayuso, que ha comparecido acompañada del consejero de Educación y Juventud y portavoz del Gobierno regional, Enrique Ossorio, y del consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, ha destacado que se ampliará la superficie un 72% con respecto a las actuales instalaciones.

El proyecto de La Paz se enmarca en el plan de modernización de infraestructuras hospitalarias de la sanidad pública que se está llevando a cabo desde la Comunidad de Madrid. Concretamente, se trata de las reformas integrales de los 7 hospitales públicos universitarios más grandes e importantes de la región que, junto a La Paz, son el 12 de octubre, el Gregorio Marañón, Clínico San Carlos, La Princesa, Ramón y Cajal y Niño Jesús.



Ribera llega a un acuerdo con la Fundación Santo Hospital de Caridad para la gestión de su Hospital Juan Cardona (Galicia)

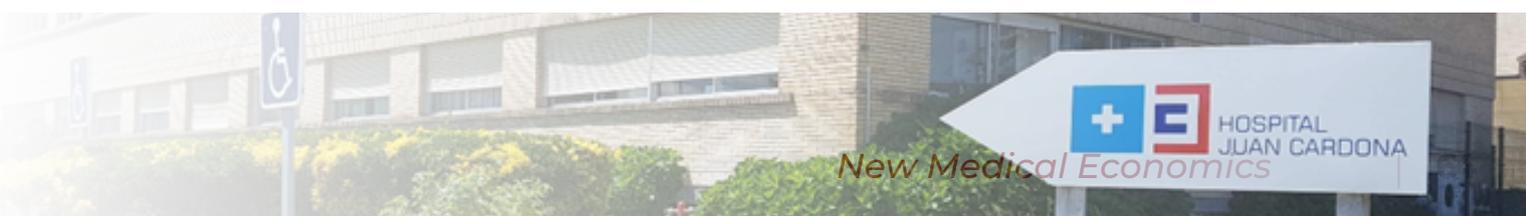
El grupo sanitario Ribera ha llegado a un acuerdo con la Fundación Santo Hospital de Caridad para asumir la gestión asistencial del Hospital Juan Cardona que la entidad tiene en Ferrol. Este acuerdo no incluye la compra del inmueble que sigue siendo propiedad de la Fundación. La operación está pendiente de las autorizaciones administrativas correspondientes.

La Fundación Santo Hospital de Caridad ha gestionado desde 1974 este emblemático centro hospitalario referente en Ferrol, y seguirá vinculado al mismo puesto que además de seguir siendo propietario del inmueble, mantendrá toda la gestión de su obra social.

Con esta operación, el grupo Ribera especializado en la gestión de proyectos sanitarios innovadores, continúa diversificando su campo de actividad y consolida su presencia en la sanidad gallega tras la adquisición de los hospitales Ribera Povisa de Vigo en diciembre de 2019 y Ribera Polusa y clínicas Santo Domingo de Lugo en noviembre de 2020.

Para Elisa Tarazona, consejera delegada del grupo Ribera, "esperamos tras las autorizaciones administrativas correspondientes, poder seguir sumando a la sanidad gallega, manteniendo el compromiso y los valores de la Fundación para continuar ofreciendo el mejor servicio a los ciudadanos. Buscamos de este modo contribuir con nuestro modelo de salud responsable a mejorar el bienestar de la población, al mismo tiempo que garantizamos las condiciones de empleo del excelente equipo de profesionales que hacen de este centro referente en la región".

Para Alberto Lens, Presidente-Hermano Mayor de la Fundación, "esta es la mejor solución para fortalecer la asistencia sanitaria de Ferrol y comarca, asegurar el mantenimiento de la plantilla y la propiedad del inmueble hospital, que es de todos los ferrolanos. Asimismo, se asegura el sostenimiento de las prestaciones sociales que realiza esta tan querida institución desde finales del siglo XVIII".



BIBLIOTECA

El impacto de la nueva medicina en el sistema sanitario

Fundación Bamberg

Con 710 páginas, *El impacto de la Nueva Medicina en el sistema sanitario*, libro en dos volúmenes presentado en la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANM), es obra a la que acomodan plenamente las acepciones de canon como modelo de características perfectas y como catálogo de autores del pensamiento, en este caso sanitario, calificados como modélicos.

El presidente de la Fundación Bamberg, Ignacio Para, afirmó en su introducción que el rasgo que mejor caracteriza a la Nueva Medicina es que dejó de ser paliativa para ser cada vez más curativa, dado que va directamente a las causas y no a los efectos de las enfermedades como ya expresó Boi Ruiz, que fue consejero de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, durante la preparación de este libro. Según explicitó Ignacio Para, se trata de una nueva forma de tratar las condiciones de salud que busca anticiparse a las peores consecuencias de los estados patológicos más graves, mediante la biología molecular, la Medicina Nuclear y toda la panoplia de las disciplinas ómicas.



Libro Blanco del Smart Hospital



Guía inédita que analiza cómo la aplicación de tecnologías como el internet de las cosas, la analítica avanzada y la inteligencia artificial pueden facilitar el desarrollo y la implantación de soluciones en los hospitales del futuro para optimizar los resultados en la salud de los pacientes, mejorar su experiencia a lo largo de todo el proceso y facilitar la sostenibilidad de los hospitales y del sistema sanitario en su conjunto.

Este informe es fruto del trabajo del Think Tank Smart Hospital en el que han participado más de 20 expertos del sector hospitalario. Este espacio, promovido por la Comisión de Ingeniería Médica y Sanitaria del Colegio en alianza con la Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria (AEIH) y con la colaboración de Air Liquide Healthcare, de SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) y de la consultora Antares, presenta de este modo los resultados de las cuatro sesiones celebradas durante el último año en forma de análisis de la situación actual y propuesta de soluciones para la transición al hospital del futuro.



SUSCRÍBETE GRATIS

suscribirse >