

# LA REVOLUCIÓN DEL BIENESTAR



**Entrevista:**  
Tomás Cobo Castro, Presidente del  
Consejo General de Colegios Oficiales  
de Médicos (CGCOM)

**Entrevista:**  
Julio Zarco, Presidente de la  
Fundación Humans

# CONSEJO EDITORIAL

**Abarca Cidón, Juan**

Presidente de HM Hospitales.  
Presidente del IDIS

**Aguilar Santamaría, Jesús**

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

**Alfonsel 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<sup>a</sup> 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 Isaias**

Consejero en LLORENTE&CUENCA

**Rodríguez Somolinos, Germán**

Director de Seguimiento del CDTI

**Ruiz García, Boi**

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

**Rus Palacios, Carlos**

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

**Sánchez Chamorro, Emilia**

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

**Sánchez Fierro, Julio**

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**

José M<sup>a</sup> Martínez García

**REDACTORA JEFE**

Carmen M<sup>a</sup> Tornero Fernández  
 redaccion@newmedicaleconomics.es  
 Teléfono: 606 16 26 72

**REDACCIÓN Y DISEÑO**

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

**DIRECTOR**

Luis Rosado Bretón

**RELACIONES INSTITUCIONALES**

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

**PUBLICIDAD**

publicidad@newmedicaleconomics.es

**EDITA**

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

**COLABORADORES EXPERTOS**

**GESTIÓN SANITARIA**

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



**Javier Carnicero Giménez de Azzárate,**  
 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 García,**  
 MD PhD. Profesor Asociado de la Universidad Internacional de Cataluña.



**Ignacio Para Rodríguez-Santana,**  
 Presidente de la Fundación Bamberg.



**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 Advocenttur 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.





# Dale espacio mental a la tranquilidad

## Tu seguro de Salud, con **Apoyo Psicoemocional**

En Asisa queremos darte todo el **Apoyo Psicoemocional** que necesites. Podrás hablar con un psicólogo a través de **Chat Médico, llamada o videoconsulta** cuando lo precises.

Además, cuantos más seguros sumes a tu tranquilidad, más descuentos para ti.

**Salud | Dental | Vida | Decesos**

Hasta **30%** descuento en Salud y Dental durante 2021<sup>(1)</sup>

**CONTRÁTALO  
antes del  
31 de julio**

**900 10 10 21**  
**asisa.es**

**asisa** 

<sup>(1)</sup> Promoción válida hasta el 31 de julio de 2021. Seguros que entran en la promoción: Salud, Dental, Vida y Decesos. Descuentos aplicables por la contratación de uno o varios de los siguientes productos: Asisa Próxima, Asisa Próxima Plus, Asisa Momento, Asisa Activa, Asisa Activa Plus, Asisa Integral 100.000, Asisa Integral 180.000, Asisa Integral 240.000, Asisa Próxima Pymes, Asisa Próxima Pymes Plus, Asisa Salud Pymes, Asisa Salud Pymes Plus, Asisa Integral Pymes, Asisa Próxima Estrella, Asisa Estrella, Asisa Dental, Asisa Dental Familiar, Asisa Dental Pymes, Asisa Dental Funcionarios, Asisa Dental Familiar Funcionarios, Asisa Vida Tranquilidad, Asisa Vida Tranquilidad Plus, Asisa Vida Mujer y Asisa Decesos. Promoción no válida en Ibiza y Menorca. Más información en asisa.es

**6** **Políticas Sanitarias**  
Carta de la Presidenta de FENIN, M<sup>a</sup> Luz López-Carrasco

**8** **El Termómetro**  
2050: Salud, Sanidad, Investigación e Innovación, protagonistas de nuestro destino

**12** **Innovación y Nuevas Tecnologías**  
El "Pass Green Card". Reflexiones sobre los pasaportes de vacunación "digitales" y la privacidad

**15** **Gestión**  
De la planificación estratégica a la planificación operativa: ¿Oportunidad o sobrecarga en tiempos de pandemia?

**18** **Transparencia y Opinión**  
Transparencia, herramienta de gestión y autorregulación en la Sanidad

**21** **En Profundidad**

- La salud mental tras más de un año de pandemia
- *Vaccine Cocktail* COVID-19

**26** **En Portada**  
La revolución del bienestar: del wellnes al wellbeing

**32** **Entrevistas**

- Tomás Cobo Castro, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)
- Julio Zarco, Presidente de la Fundación Humans
- Alberto Morell, Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Princesa

**50** **Las Noticias de la Quincena**

**55** **Nombramientos**

**56** **Economía**

**59** **Sanidad Autónoma**

**62** **Biblioteca**



## POLÍTICAS SANITARIAS



### Carta de la Presidenta de FENIN, M<sup>a</sup> Luz López-Carrasco

Dada la amplitud y el gran interés que ha generado la Memoria anual de FENIN 2020- Informe de Sostenibilidad, a continuación, reproducimos la Carta de su Presidenta, M<sup>a</sup> Luz López-Carrasco, publicada en dicho documento.

**2**020 fue un año marcado por la pandemia de la COVID-19, una situación tan sobrevenida como inédita para la que ninguno estábamos preparados. Esta crisis ha puesto a prueba nuestra capacidad de adaptación y de resiliencia, a nivel personal, en nuestro entorno, como sector y, por supuesto, como Federación. Hemos tenido que dar respuesta de manera ágil a preguntas que nunca se nos habían planteado y ser capaces de transformar las dificultades en oportunidades.

Oportunidad para demostrar que somos un sector esencial. Durante este último año, más que en cualquier otro momento, se han visualizado como imprescindibles los productos sanitarios y equipamientos implicados en la lucha contra el SARS-CoV-2, mascarillas, guantes, geles hidroalcohólicos, test de diagnóstico, equipos de diagnóstico por imagen, de monitorización, infusión, ventilación mecánica, terapias respiratorias, jeringuillas, etc...

Oportunidad para poner de manifiesto que somos un sector comprometido con la salud de la población y con la lucha contra la pandemia. En un tiempo récord, con el apoyo de las empresas de Tecnología Sanitaria y en coordinación con distintos ministerios, pusimos en marcha un Plan de Contingencia sin precedentes con el objetivo de aumentar la producción de productos y equipos para hacer frente al coronavirus, incrementar las importaciones

a España y agilizar la distribución de productos sanitarios. Las compañías del sector trabajaron incansablemente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para dar respuesta al aumento de la demanda.

Oportunidad para poner de relieve que somos un sector socialmente responsable, como así lo dejó patente una de las principales acciones llevadas a cabo para contribuir a frenar el desabastecimiento de productos: el Corredor Aéreo Sanitario Shanghái -Madrid, junto con Grupo Oesía e Iberia. Se trató de una compleja iniciativa, excelente ejemplo de colaboración público-privada, con un exigente esfuerzo de coordinación, que se materializó con el apoyo de cuatro ministerios: el de Sanidad, el de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, el Ministerio de Hacienda y el de Industria, Comercio y Turismo. Desde su puesta en marcha, a finales de marzo, hasta su suspensión en junio, 36 vuelos abastecieron a España de 122,74 millones de equipos sanitarios.

Oportunidad para mostrarnos como un aliado estratégico para el sistema sanitario y como interlocutor válido en la búsqueda de soluciones conjuntas para una salida de la crisis. Desde el inicio de la pandemia, realizamos un intenso esfuerzo de relaciones institucionales con nuestros diferentes stakeholders y nos pusimos a disposición de las Administraciones Públicas, los responsables políticos y con distintas entidades nacionales e internacionales

prestándoles nuestro conocimiento del mercado, experiencia y capacidad de diálogo.

Fruto de este trabajo, en el mes de junio, nuestra secretaria general, Margarita Alfonsel, compareció ante el Congreso de los Diputados como parte del grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica. Una intervención que nos dio la oportunidad de proponer medidas para la recuperación y las bases que, en nuestra opinión, deben sustentar la transformación del sistema sanitario, como una financiación adecuada de la Sanidad, la transformación digital del sistema de salud, una contratación responsable y una compra de tecnología sanitaria basada en el valor y la necesidad de renovar el parque tecnológico sanitario.

También con el objetivo de que nuestra voz estuviera presente en los foros de discusión más relevantes y de mayor alcance, participamos en la cumbre empresarial organizada por la CEOE en junio, bajo el título 'Empresas Españolas: Liderando el Futuro', en la que máximos representantes del mundo empresarial español compartieron su punto de vista sobre la reconstrucción del país.

En la misma línea de mantener una interlocución con los distintos agentes del sistema, organizamos a finales de septiembre un grupo de discusión de representantes del sector, del ámbito sanitario (atención primaria y hospitalaria) y de la Administración Pública. Este foro sirvió para debatir sobre el futuro de la industria de Tecnología Sanitaria en España para dar respuesta a las necesidades del sistema, de la Administración, de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general.

Oportunidad para proponer un plan de dinamización del Sector de la Tecnología Sanitaria. El hecho de que se hiciera tan evidente que España necesita una industria sólida y solvente para dar respuesta a desafíos como la COVID-19 favoreció el planteamiento de una estrategia nacional para impulsar nuestro sector y fortalecer el tejido empresarial.

Oportunidad para dar a conocer y poner en valor la aportación de la Tecnología Sanitaria entre la sociedad. En la Federación veníamos trabajando antes de la pandemia en un proyecto para concienciar a la población sobre el papel esencial de las soluciones tecnológicas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades y en la mejora de la calidad de vida. Ante el gran volumen de información publicada en las redes sociales y en la prensa sobre los productos sanitarios implicados en la COVID-19 y la necesidad de la población de disponer de fuentes fiables, consideramos

“

## Hemos sido capaces de transformar las dificultades en oportunidades

”

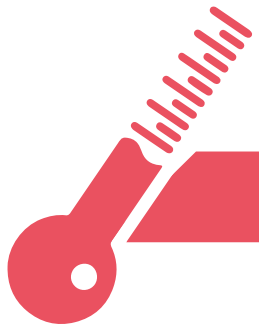
que era el momento oportuno para iniciar la campaña #TecnologíaParaVivir. Lo hicimos con la difusión de diversas infografías sobre la utilización de las distintas herramientas tecnológicas en lucha contra el coronavirus, infografías que buscaban aportar información rigurosa y de calidad.

Oportunidad para tener mayor presencia en los medios de comunicación. Hemos sabido aprovechar que la Tecnología Sanitaria se ha situado en el foco de las informaciones para ganar visibilidad como sector y como Federación como fuente fiable y rigurosa.

El ingente trabajo que realizamos en 2020 en torno a la pandemia, tanto el sector como Fenin, fue recogido en el Estudio "TECNOLOGÍA SANITARIA en el entorno COVID-19: Puesta en Valor de un SECTOR ESENCIAL", elaborado en colaboración con la Fundación Gaspar Casal y el Instituto Opinòmetre, que presentamos de forma virtual a finales de año como colofón a un año de intensa actividad.

Toda la dedicación de Fenin durante 2020 para contribuir a la salida de la crisis sanitaria no frenó nuestro trabajo diario en lo que se refiere al asesoramiento y servicios a nuestras empresas asociadas y a distintos proyectos en marcha. Destaca la presentación del 'Índice de Madurez Digital', elaborado con la Fundación COTEC, que revela que queda mucho por avanzar en la transformación digital de los Servicios de Salud autonómicos. La necesidad de llevar a cabo este proceso de digitalización se ha demostrado ineludible en la actualidad para la reconstrucción del sistema.

Asimismo, hemos seguido informando sobre la deuda de las Administraciones Públicas con las empresas de nuestro sector; también nos hemos adaptado a los canales virtuales para comunicarnos, como muestra el tradicional encuentro anual organizado con Esade. Las herramientas de comunicación virtual también nos han permitido seguir manteniendo el diálogo con los responsables políticos, con la celebración de reuniones con consejeros de diversas comunidades autónomas.



# 2050: Salud, Sanidad, Investigación e Innovación, protagonistas de nuestro destino

Fernando Mugarza Borque

**R**ecientemente, todavía en plena pandemia provocada por el SARS-CoV-2 (COVID-19) ha sido presentado el informe “España 2050, fundamentos y propuestas para una estrategia nacional de largo plazo”. A priori me llama la atención que una visión que desee proyectar, potenciar e impulsar la realidad de España hacia un futuro no tan lejano, a menos de treinta años vista, no tenga en cuenta en la profundidad y extensión que merecen dos aspectos que son clave en mi opinión y que están entrelazados, la Sanidad y la ciberseguridad asociada a la disrupción digital que transforma el statu quo de las organizaciones sanitarias.

En el primer caso es cierto que el cambio sociodemográfico, la proliferación de la cronicidad, la incorporación e implantación de la innovación, las nuevas formas de enfermar asociadas cada vez más al cambio climático y el impacto generado por el ser humano en la biodiversidad, hacen necesario reformar y adaptar el sistema sanitario a las necesidades presentes y futuras a través de una adecuada y por lo tanto suficiente financiación.

Tal y como pone de relieve el Documento de Consenso "Por un Sistema Sanitario del S. XXI" elaborado y presentado recientemente por grandes expertos del sector, nuestro siste-





ma sanitario no ha sido objeto de una revisión en profundidad desde la década de los ochenta. Sin embargo, nuestra sociedad sí que ha cambiado y evolucionado notablemente, por ello es cada vez más urgente y necesario abrir un proceso de transformación global que implique tanto al sistema sanitario como al sociosanitario, dos caras de la misma moneda. Una evolución significativa que implique e involucre a todos los agentes implicados con especial énfasis en pacientes y profesionales.

En estos dos casos en concreto se concentran buena parte de los problemas más acuciantes, primero por las situaciones nada deseables que tenemos como las demoras en el acceso al sistema traducidas en forma de listas de espera a consulta, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas; la inadaptación a determinados procesos crónicos complejos que requieren un abordaje multidisciplinar y en algunos casos en red; los inconvenientes que genera la desigualdad en materia de calidad; la denominada obsolescencia tecnológica y el necesario recambio de aparataje y tecnología implantada; la inequidad en el acceso a determinadas terapias que requieren una base terapéutica biológica, biotecnológica o tecnológica; la disconformidad creciente de los profesionales sanitarios acrecentada por las exigencias de esta pandemia, etc.... son todos ellos aspectos a tener muy en cuenta en cualquier planteamiento de reforma que se precie.

En este sentido, actuar sobre la gobernanza eficiente del sistema es muy importante y por lo tanto, es recomendable una mayor autonomía y profesionalización de los órganos de gobierno y gestión de los centros sanitarios, además de tener en cuenta los principios de la medicina participativa y poblacional, aquellos que sustentan y recomiendan la participación de pacientes y profesionales en cuantos foros y entornos de toma de decisiones que les atañen y afecten sea necesario. Un buen ejemplo referido a los pacientes y sus representantes surgió en la presentación del estudio FHarmaconectados del Instituto ProPatients, en cuyo desarrollo se expusieron ejemplos de participación de los representantes de los pacientes en los comités de ética de la investigación clínica, en la publicación de guías para la participación de los pacientes en la revisión ética de los ensayos clínicos y

“

Hoy en día es muy importante que el paciente tenga acceso a los datos de resultados en su vertiente cuantitativa y cualitativa

”

en la inclusión y participación en las comisiones de farmacia en algunos territorios.

En cuanto a los profesionales sanitarios, sin duda, hay que profundizar de forma intensiva y urgente en aspectos como la mejora de su reconocimiento profesional a todos los niveles, establecer unas condiciones laborales acordes con los criterios que emanan de la gestión socialmente responsable de la organizaciones y empresas en términos de retribución, desarrollo de carrera profesional, formación, flexibilidad, conciliación, diversidad, inclusión, etc.... con el objetivo fundamental de que sean valorados como merecen en base a su desempeño y compromiso y no se vean abocados en algunos casos a buscar otros caladeros profesionales en países de nuestro entorno geográfico o fuera de él.

Tal y como refleja el citado documento de Consenso, la actitud de los poderes públicos ha venido de la mano de poner el acento y hacer un especial énfasis en el sistema público de salud en detrimento en ocasiones del sistema de titularidad privada. Tras las diferentes encuestas de percepción realizadas a la población española, como la recientemente elaborada por Sigma Dos e impulsada desde la Fundación IDIS, la mayoría de los encuestados piden que la cooperación entre los dos ámbitos de provisión y aseguramiento sea mayor y más prolija una vez que la consideran como muy necesaria o necesaria.

Bajo este epígrafe cooperativo no solo se encuentra el entorno asistencial o asegurador, sino que el tejido sanitario y sociosanitario es



mucho más rico e involucra e incluye a las empresas y organizaciones farmacéuticas y biofarmacéuticas, tecnológicas y biotecnológicas y de servicios, sin olvidar a las asentadas en el terreno de la información y la comunicación a través de soluciones incardinadas directamente en el ámbito de la medicina digital.

Un aspecto sobre el que se ha debatido mucho y en profundidad es el de la transparencia en términos de resultados de salud, sanitarios y sociosanitarios. Hoy en día es muy importante que el paciente tenga acceso a los datos de resultados en su vertiente cuantitativa (accesibilidad, eficiencia, calidad y seguridad, resolución asistencial entre otros) y cualitativa (experiencia de paciente) para poder ejercer con plenitud el derecho que le confiera la legislación vigente a elegir centro, servicio y profesional que le atienda. Este aspecto es un impulsor y facilitador de la mejora continua en todos los ámbitos y por lo tanto un estímulo para medir y tratar de hacer las tareas cada día mejor. De todos es conocido que todo lo que no se mide y no se expone a la luz pública difícilmente termina por mejorar.

En el ámbito de la innovación y la digitalización como "megatendencias" que marcarán nuestro futuro ya he comentado su relevancia, la hemos visto patente en el transcurso de esta pandemia, el impulso a la investigación y

la innovación en materia de salud y Sanidad es un elemento estratégico y nuestro país debe hacer todo el esfuerzo que sea necesario para igualar a los países de nuestro entorno, al menos en el porcentaje sobre el PIB que destinan a estos menesteres, por encima del 2%. No ser competitivos en este aspecto nos lleva a una pérdida constante de productividad y resultados en materia de I+D+i, con una dependencia del exterior que, en situaciones de estrés, críticas, como la que continuamos viviendo, pone en grave riesgo a la salud de nuestra economía y de nuestro futuro, por no hablar de su impacto más que evidente en la salud. España tiene la oportunidad de posicionar al sector sanitario como auténtico motor innovador, económico, de empleo, social y de bienestar en el contexto europeo.

En este ámbito innovador y haciendo referencia al segundo caso de esta breve reflexión, la digitalización ocupa un lugar preminente, teniendo en cuenta que cuando hablamos de este concepto hemos de diferenciar lo que es la digitalización en sí misma de lo que supone la transformación digital y la disrupción digital. Cuando hablamos de digitalización nos referimos a adopción de tecnologías para hacer lo mismo a través de una tecnología, si de lo que hablamos es de transformación digital nos estamos refiriendo a las tecnologías que cambian los procesos y si referenciamos la

disrupción digital, el concepto supone y conlleva cambiar completamente el statu quo en una organización.

En esta línea, llevar a cabo un programa de transformación digital conduce a escenarios nuevos que pueden aportar mucho pero que no están exentos de riesgo si no se adoptan las precauciones necesarias. La seguridad debe ser un requisito sine qua non tanto en el diseño como en el desarrollo y gestión de cualquier proyecto y servicio que forme parte del programa de transformación digital; sin olvidar la necesidad de disponer de controles exhaustivos para anticipar, prever y afrontar los posibles incidentes de seguridad que pudieran llegar a ocurrir.

En este sentido, es importante tener en cuenta que debido a la rápida transformación digital el ecosistema tecnológico es más vulnerable que nunca y puede conllevar importantes riesgos que identificar y problemas de seguridad que afrontar y solventar a través de fórmulas garantantes que permitan evitar ciberataques, intrusiones informáticas, captura y encriptación de datos, entre otros. Estos, sin duda, suponen una seria amenaza para un desarrollo operativo fiable, correcto y adecuado, interfiriendo o impactando de forma grave en los resultados de todo tipo, asistenciales, financieros, organizativos y reputacionales, entre otros. Por ello, los expertos coinciden en la necesidad de realizar una vigilancia diaria de todos los procesos, llevar a cabo medidas de seguridad, pruebas de gestión de vulnerabilidades y contar con dobles circuitos de contingencia.

Hemos de tener en cuenta que la transformación digital es una oportunidad inmejorable de las organizaciones para su proyección y supervivencia, pero es necesario tener en consideración desde el inicio otros aspectos ligados a la seguridad, la protección de datos y la privacidad. En este sentido, estos atributos cobran especial protagonismo y relevancia en un sector tan especializado y sensible como es el de la salud y la sanidad y, por lo tanto, han de ser vistos como una garantía de calidad y seguridad de cara a los pacientes y sus entornos familiares y relacionales.

En materia de seguridad digital, Juan Ramón Gutiérrez, responsable de Inteligencia de amenazas de GMV (Head of Forensic & Threat Intelligence section), advierte con respecto al sistema sanitario español que “entre el 60 % y el 70 % de las amenazas tienen como vector de entrada la Ingeniería Social, aprovechan la debilidad hu-

mana, apelando a la necesidad de información, la curiosidad, el temor o el altruismo respecto a la COVID-19”.

Según datos de Trend Micro, “España se sitúa en el 9º puesto de los principales países que alojan URL maliciosas relacionadas con la COVID-19, utilizadas para campañas de *phishing* o con fines de ciberdelincuencia”. Afirma el experto que “si todo personal sanitario tiene como principio fundamental la asepsia para proteger al paciente, tanto de su persona como del material sanitario, en una sociedad globalizada y totalmente digitalizada parece obvia la necesidad de “asepsia”, también de los sistemas de información en el sector salud especialmente en los momentos actuales de crisis sanitaria en los que se incrementa la vulnerabilidad frente a atacantes de diversa índole”. Para evitar complicaciones relacionadas con dicha vulnerabilidad es fundamental “centrarse en la prevención y no solo en la detección de posibles incidencias”.

Por todas estas razones y exposición de motivos es de esperar que en el futuro, el informe España 2050 se vea complementado en el futuro con una mayor profusión de espacio, propuestas, proyectos e ideas relacionadas con la necesaria evolución de nuestro sistema sanitario y un mayor énfasis en la importancia clave de la ciberseguridad ante los procesos de digitalización, transformación digital y disrupción digital. En este sentido, no es bueno comenzar la casa por el tejado, es imprescindible asentar unos buenos cimientos en materia de desburocratización de las consultas, creación de redes asistenciales multiprofesionales y multinivel, interoperabilidad, desarrollo de actividad no presencial, entre otros cambios, para de esta forma disponer de un entorno seguro y de confianza plena.

Más vale prevenir que tener que curar y para ello en materia digital nada mejor que establecer estrategias e implantar proyectos de la mano de quienes son grandes expertos en la materia y generan confianza.

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



## El *Pass Green Card* Reflexiones sobre los pasaportes de vacunación “digitales” y la privacidad

Lorena Pérez Campillo

**E**l *Pass Green Card*<sup>1</sup> (o certificado verde digital) ha sido recibido con optimismo por el sector del turismo y diversos sectores económicos.

Contar con un pasaporte de vacunación implica que determinada la persona ha recibido la/s vacunación/es suficiente/s para ser inmune y puede “circular” sin suponer una amenaza para la salud pública.

Ahora bien, la utilización de este instrumento por parte de la población ha abierto diferentes reflexiones y debates jurídico-éticos y sociales.

El lector podrá intuir que en función de poseer o no poseer estos certificados, el “trato” que se recibirá respecto a determinadas restricciones de movilidad en diferentes ámbitos de la vida privada del ciudadano (en el lugar del trabajo, ocio, viajes...etc) será diferente. Aquellos que cuenten con dicho certificado o pasaporte serán “ciudadanos privilegiados” frente a los demás. Supondrá una “marca o sello diferenciador” entre quienes lo tienen y quienes no y permite a unos movilidad y la restringe a quienes no lo tienen.

Hay que advertir de varias cuestiones a priori. En primer lugar, no es lo mismo un pasaporte de inmunidad que uno de vacunación, y su utilización vino marcada por diferentes marcos temporales que cambiaron a medida que la vacunación se expandió. En segundo lugar,

un pasaporte no es lo mismo que un certificado o una cartilla de vacunas digitales<sup>2</sup>.

Cuando hablamos del *Pass Green Card*, estaremos hablando de un certificado Covid digital en el marco europeo. Este certificado tendrá “fin médico” y facilitará la circulación transfronteriza. A priori, no tenemos porque alarmarnos, desde mi humilde punto de vista, debido, por una parte, al margen de discrecionalidad que se brinda a los Estados Miembros y a la legitimación del Reglamento Sanitario Internacional del año 2005<sup>3</sup>.

Dicho esto, algunos interrogantes que nos vamos a plantear serán; ¿qué implicaría que el pasaporte fuera digital? ¿y si fuera basado en blockchain?; ¿qué riesgos puede generar su utilización?; ¿la existencia de los mismos generará discriminaciones de algún tipo?; ¿de qué manera impactaría en los ciudadanos si fuera obligatorio?; ¿qué garantías habría que cubrir para proteger el derecho fundamental de protección de datos personales?

### La importancia de la “digitalización” y la tecnología en el pasaporte o certificado

Que un certificado o pasaporte sea digital facilitaría la interoperabilidad y la seguridad y privacidad de los datos personales.

La OMS con la *Smart Vaccination Certificate*<sup>4</sup> ya empleó la digitalización haciendo una carti-



lla de vacunación electrónica segura e interoperable entre países.

Para que se pudiera actualizar conforme se hagan las vacunaciones periódicas, se podría basar, quizás, en *blockchain*/DLT<sup>5</sup>. Esto permitiría atacar de raíz a las vulneraciones, falsificaciones y al mercado negro y posibilitaría la tan deseada “autogestión de datos personales”. El individuo podría prefijar con quien quiere compartir sus datos (gobiernos, aerolíneas, centros de vacunación o aseguradoras, y para qué finalidades) y con quienes no.

### ¿Con qué desafíos nos podemos encontrar?

#### 1. Desde el punto de vista de la privacidad

La Agencia Española de Protección de Datos señaló que “en un momento en que las vacunas no son globales y se está yendo por fases y por dosis, quizás sería bueno dar otras alternativas a los que no se han vacunado”.

Los riesgos en materia de ciberdelincuencia son evidentes al igual que la posibles combinaciones de datos que harían difícil todo intento de “anonimización completa”, (piénsese en el cruce con otros datos como la geolocalización o la incorporación de metadatos).

#### 2. Desde un punto de vista social

En mi opinión personal, es el aspecto más controvertido de todos.

El uso del certificado o pasaporte sanitario Covid, podría extenderse a un uso más “doméstico”, por ejemplo, para el ocio u otros escenarios cotidianos.

Pensemos por un momento en un mundo donde para conseguir un trabajo, una vivien-

da de alquiler, ser admitido en una universidad, entrar en una discoteca, en un centro comercial, etc..

En un establecimiento de ocio, ¿sería posible o incluso obligatorio identificarnos con una “tarjeta o certificado de vacunación digital”? ¿y legal? En este tipo de escenarios, por ejemplo, tendríamos que acudir a la normativa relativa al derecho de admisión, y requerir la autorización oportuna y específica de las autoridades competentes. Y es que, aunque las empresas pueden contar con margen de libertad y autonomía a la hora de elegir como gestionarlas, el uso de este tipo de herramientas que tratarían datos personales de categoría especial debería cumplir estrictamente la normativa europea de protección de datos. Si el lector tiene interés sobre esta cuestión, le recomendamos la lectura del comunicado de la AEPD sobre la recogida de datos personales como la temperatura que puede deslumbrar principios esenciales para tener en cuenta y a aplicar ahora<sup>6</sup>.

#### 3. Desde un punto de vista ético

Su uso será “ético” cuando el acceso a la vacuna sea universal y gratuita.

La desigualdad social y económica entre “inmunoprivilegiados” (ricos) y “inmunodeprimidos” (pobres) (Kofler & Baylis, 2020)<sup>7</sup> será cada vez mayor en tanto que las políticas públicas de vacunación y certificación no se alineen entre países.

Mientras que los que quieran vacunarse no puedan hacerlo, se consideraría socialmente injusto, y se reducirán la solidaridad de la ciudadanía, conllevando al incumplimiento normativo de las normas y restricciones, y así lo señala el Consejo Alemán de Ética.

Su utilización indiscriminada, injustificada y desproporcional podría llevar a crear un “esta-

tus sanitario” generando inevitablemente una suerte de discriminación social determinando el grado de libertades y derechos de las personas.

“Etiquetar” a las personas en función de sus datos de salud puede ser bastante arriesgado en términos de igualdad y no discriminación.

#### 4. Desde un punto de vista científico-médico

La OMS<sup>8</sup> no recomienda este uso de pasaportes de vacunación por el desconocimiento que hay al respecto. Por su parte, la viróloga del CSIC Margarita del Val ha alertado de que las personas vacunadas “pueden ser asintomáticos contagiosos, es decir, portadores silenciosos de la enfermedad, y, por lo tanto, un pasaporte de vacunación no es garantía de que ellos vayan a ser inocuos para el resto de la gente, al poder transportar el virus sin darse cuenta”.

#### ¿Qué requisitos o garantías deberíamos tener en cuenta en materia de privacidad y protección de datos personales en los certificados o pasaportes de vacunación?

La proporcionalidad y la ponderación de riesgos y la minimización de datos personales serán esenciales para garantizar la privacidad del ciudadano dando preferencia a aquellos herramientas que recojan la menor cantidad de datos.

¿Qué datos incluirá el certificado europeo “Passa Green Card”, por ejemplo? La Comisión Europea señala que “el certificado digital verde contiene la información clave necesaria, como el nombre, la fecha de nacimiento, la fecha de expedición, la información pertinente sobre la vacuna / la prueba / la recuperación y un identificador único. Los certificados solo incluirán la información limitada que sea necesaria, que no podrá ser conservada por los países visitados. A efectos de verificación, solo se comprueban la validez y la autenticidad del certificado, verificando quién lo ha expedido y firmado. Todos los datos sanitarios permanecen en el Estado miembro que expidió el certificado digital verde”.

Las autoridades deberían preguntarse antes de su aplicación, ¿existen otras medidas de prevención igualmente de eficaces que supongan menos riesgos que los certificados?

Se recomendarán soluciones de baja tecnología (sin acceso a internet) como un QR, que solo revele si una persona puede o no contagiarse, sin decir nada más sobre su salud. Su usabilidad debe tener una aplicación “temporal” limitada al tiempo imprescindible de transición hasta llegar a la inmunidad de grupo. Ade-

más, se deberá supervisar periódicamente su funcionamiento para adoptar en su caso las medidas que procedan para evitar efectos colaterales indeseados.

En definitiva, poner al ciudadano en el centro al margen de intereses comerciales de gobiernos, tecnológicas...etc. Su uso debe estar justificado y el tratamiento de datos personales debe contar con base legitimadora.

La regulación apoya el uso de los datos para la lucha contra el Covid. El interés público de la salud pública no “nubla” el del resto de derechos y libertades, son compatibles, Y deben serlo. Este tipo de certificados o pasaportes no pueden ser obligatorios, con coste....etc....y deberán ser descentralizados.

Y no podemos olvidar algo esencial: los datos personales de salud son datos de carácter especial y por su sensibilidad tienen una protección reforzada.

1. Vid. [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/covid-19-digital-green-certificates\\_es#qu-datos-incluye-el-certificado](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/covid-19-digital-green-certificates_es#qu-datos-incluye-el-certificado)
2. Veamos a continuación esa diferencia:
  - Cartilla de vacunas digital: es un certificado que muestra las vacunas que hemos recibido. Puede ser en papel y entregada por el médico
  - Pasaporte de vacunación digital. Implica un requerimiento para viajar y permite autorizar la movilidad o restringe a quienes no lo tienen.
  - Certificado digital de inmunidad que, combinados con la verificación de identidad prueba que el portador ha sido vacunado, ha dado positivo en un test de anticuerpos o ha recibido un resultado negativo en un test reciente.
3. La OMS permitía la exigencia de un “examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas, o certificado de vacunación o prueba de la aplicación de otras medidas profilácticas”.
4. Vid. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/world-health-organization-open-call-for-nomination-of-experts-to-contribute-to-the-smart-vaccination-certificate-technical-specifications-and-standards-application-deadline-14-december-2020>
5. El uso de blockchain, como hemos dicho en otras ocasiones, no es algo totalmente nuevo ya que aerolíneas como Singapore Airlines o British Airways ya comenzaron a trabajar hace unos meses con el “travel pass” de la Asociación Internacional del Transporte Aéreo con blockchain.
6. Vid. <https://www.aepd.es/es/prensa-y-comunicacion/notas-de-prensa/comunicado-aepd-temperatura-establecimientos>
7. Kofler N, Baylis F. Ten reasons why immunity passports are a bad idea. *Nature*. 2020 May;581(7809):379-381. doi: 10.1038/d41586-020-01451-0. PMID: 32439992.
8. Vid. <https://www.euronews.com/travel/2020/12/11/do-we-need-coronavirus-vaccine-passports-to-get-the-world-moving-again-euronews-asks-the-e>

Letrada ICAM/Consultora

Doctora en Derecho Sanitario Tecnológico y Privacidad

lorena.perez.campillo@gmail.com



## De la planificación estratégica a la planificación operativa: ¿Oportunidad o sobrecarga en tiempos de pandemia?

Clara Grau Corral

La planificación estratégica debe guiar a las organizaciones de la mejor manera posible entre desafíos y retos constantes. La pandemia ha sido un claro ejemplo, pero leyéndola en positivo y desde el punto de vista de la gestión, ha revelado puntos fuertes (aplicación de soluciones tecnológicas) y debilidades a corregir (problemas en la atención a otras patologías).

Estos aprendizajes han supuesto un excelente caldo de cultivo para dar impulso a una reorientación estratégica de las organizaciones sobre la que muchos gestores están ya trabajando y que, sin duda, supondrá un esfuerzo importante a todos los que trabajamos en el sector. Para que este sobreesfuerzo no se desaproveche y las grandes ideas reflejadas en los planes estratégicos no queden en papel mojado, es necesaria una planificación operativa que las despliegue y aporte los instrumentos que nos capaciten para incorporarla a la práctica.

### EL MAPA ESTRATÉGICO

Como ya sabemos, el modelo estratégico de una organización parte de la definición de sus objetivos fundamentales, el análisis de situación interna (organizativa) y externa (competitiva), un posicionamiento tras este análisis, y finalmente el planteamiento de alternativas

estratégicas que serán la base para alcanzar la decisión estratégica elegida.

Todos tenemos claras que las aplicaciones de *eHealth* han venido para quedarse y, por lo tanto, deben mantenerse y ampliarse. Esta realidad va de la mano con la centralidad del paciente y su incorporación a las decisiones sobre su salud, con el necesario desarrollo de nuestros profesionales en habilidades que van más allá de la propia medicina y su implicación en la gestión clínica y la carrera profesional. Tenemos, pues, el sustento de las líneas estratégicas, cuyas relaciones causa-efecto muchas organizaciones ya han reflejado gráficamente, conformando sus Mapas Estratégicos.

Ahora toca transformar estas representaciones en una realidad definiendo la manera en que vamos a llevarlas a la práctica. Esto es lo que conocemos como planificación operativa. No basta con tener buenas intenciones, traducidas en impecables planteamientos. Debemos aplicarlas.

Contar en el despliegue operativo con un Mapa Estratégico permite desglosar los objetivos estratégicos genéricos, que permanecen en el tiempo en forma de objetivos operativos necesarios para cumplirlos. Estos últimos pueden cambiar en el tiempo en función de nue-



vas necesidades detectadas o mejoras conseguidas, sin necesidad de cambiar la estrategia global, que es lo que aporta estabilidad a las organizaciones y evita la percepción de trabajar sin un rumbo definido.

### **HERRAMIENTAS PARA EL DESPLIEGUE OPERATIVO**

Trataré en este artículo de aportar algunas herramientas para el despliegue operativo que ayude a implantar la planificación estratégica en la realidad de nuestras organizaciones.

- **Fijar objetivos**

Es fundamental describir con precisión los objetivos relacionados con elementos concretos de la misión para, a continuación, fijar metas concretas alcanzables y medibles. En resumidas cuentas, se trata de saber qué propuestas concretas vamos a trabajar sobre eHealth, participación de pacientes, desarrollo profesional y gestión del conocimiento.

- **Determinar indicadores**

Dado que necesitamos recabar información de la forma más directa y cuantificable posible, sobre los objetivos, debemos definir los indicadores que nos permitan obtenerla. Es importante, a la vez que una verdad de perogrullo, que la información que aporten sea más valiosa que el coste que supone obtenerla. También interesa que podamos compararla

en el tiempo para valorar la evolución, y que sea fácil de establecer, mantener y utilizar.

- **Priorizar acciones**

Una vez que disponemos de medios para generar la información, y para evitar ahogarnos en ella es importante priorizar qué queremos monitorizar.

Elaboramos un listado de objetivos, procesos o planes de acción consensuado, descartamos los que no estén relacionados con las líneas estratégicas y reflejamos las relaciones causa-efecto para priorizar conjuntamente aquellos que están vinculados y obtener un orden temporal en la asignación de recursos.

Sobre este listado debemos volver a realizar un trabajo de consenso para determinar los criterios de priorización, que pueden considerar el impacto que obtendremos, la facilidad de su implantación o criterios de disponibilidad de recursos, entre otros.

- **Definir planes de acción**

Se trata ahora de para desarrollar los elementos priorizados, definiendo para cada actividad, qué, quién, cuándo, dónde, por qué y cómo se va a hacer, así como los recursos necesarios. Esta información permite tener una idea global del contenido y alcance de cada actividad y de su interrelación con otras. No debemos olvidar que en las líneas estratégicas



que hemos definido encontraremos diversos elementos que interactúan, ya que no nos llevará a buen puerto. Por ejemplo, implantar la telemedicina sin la participación de pacientes y profesionales.

Para ordenar las actividades y realizar una correcta asignación de recursos se suelen utilizar diagramas de flujo. Un ejemplo serían los Diagramas de Gantt, que muestran gráficamente a través de barras, la relación temporal y las interrelaciones entre las actividades de un proyecto. Otro sería los Diagramas de PERT (Project Evaluation and Review Techniques) que determinan el flujo entre actividades como un entramado de nodos, que representan las actividades, su responsable y el tiempo calculado para su desarrollo, unidos por flechas. Es útil para estimar los tiempos de duración de los proyectos y el camino crítico, así como para el diagnóstico de las desviaciones.

## SEGUIMIENTO

El seguimiento de los planes de acción suele realizarse a través de Cuadros de Mando, que aportan información tanto prospectiva, al presentar las acciones estratégicas, con sus objetivos, recursos, procesos, resultados esperables y modelos de seguimiento, como retrospectiva al analizar los éxitos y las áreas de mejora.

El Cuadro de Mando recoge los indicadores de cumplimiento de los objetivos fundamentales de la organización en un periodo de tiempo y permite prever su evolución en el futuro inmediato. De esta manera hacemos el seguimiento de las líneas estratégicas definidas.

### • Elaboración

Suele contener indicadores que contemplan cuatro perspectivas. Las dos primeras vinculadas a resultado y las otras dos a procesos.

**Financiera:** Presentan el beneficio para financiadores o accionistas. Contemplan aspectos de productividad (mejora de estructura de costes, uso de recursos...) y crecimiento (incremento de la accesibilidad, de la calidad...).

**Cientes:** Resultados en salud con criterios de calidad objetiva y percibida y de seguridad del paciente (adecuación, accesibilidad, disponibilidad, capacidad de elección, ...).

**Procesos internos:** Buscan la mejora permanente en valor del servicio para el usuario, tanto a nivel de necesidades como de expectativas.

**Innovación y aprendizaje:** Fomentan la formación y el desarrollo personal (conocimiento, habilidades, actitudes, talento) y organizacional (cultura, liderazgo, gestión del conocimiento); la mejora de infraestructuras y equipamiento, de sistemas de información y de los modelos de innovación e investigación.

## DIFUSIÓN E INFORMACIÓN

Ya para acabar, queda comentar que no haríamos una transición completa si no nos preocupáramos de transmitir a la organización y a su entorno las líneas fundamentales del modelo estratégico, la evolución de su despliegue y los resultados que vamos obteniendo.

A menudo olvidamos este paso, lo que causa que muchas implantaciones fracasen porque profesionales y usuarios no se involucran, no sienten la implantación de la estrategia como algo propio. El hacerlo, en cambio, incrementa la credibilidad de las instituciones y lo convierte en elemento clave para mantener la motivación de los profesionales y la satisfacción de los pacientes, puntos ambos de vital importancia en la planificación estratégica definida y, por tanto, de necesaria consideración en la operativa.

## CONCLUSIÓN

Si la estrategia no se convierte en acciones coordinadas, no tiene sentido. En los modelos de gestión clásicos, la planificación estratégica se realiza en la dirección, mientras su despliegue corresponde a los mandos intermedios, lo que fractura los niveles estratégico y operativo y dificulta trasladar la estrategia a las acciones diarias de la organización.

Para evitarlo y mejorar el diseño operativo actual y futuro, es necesario contar con la participación de miembros cercanos a la realidad de la actuación operativa y apoyarse en datos conocidos sobre la percepción de los servicios por parte de los usuarios.

Socia directora de Acuidad  
clara.grau@acuidad.com



### Transparencia, herramienta de gestión y autorregulación en la Sanidad

Elisa Herrera Fernández

La transparencia se debe plantear como una herramienta de control y autorregulación en el sector sanitario, en todas y cada una de sus facetas, y tanto en el sector público como privado.

Con la situación de pandemia que vivimos, la sociedad actual ha acentuado su demanda de un mayor grado de transparencia en la forma en la que las empresas se relacionan con sus diferentes grupos de interés (como pacientes, proveedores, trabajadores, empresas colaboradoras...etc.). Precisamos, y valga esta expresión simplista “conocer”.

Aunque contamos con una ley de transparencia de estatal, y el artículo 2 de esa “Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno”, establece que las obligaciones de transparencia se dirigen a los organismos públicos y a otros sujetos entre los que destacan los partidos políticos, quienes están sometidos a controles y mecanismos para que los ciudadanos accedan a la información de interés público. No establece que a las entidades u organizaciones privadas se les imponga el cumplimiento de determinados niveles de transparencia en relación con la información que sea de interés para la colectividad en la que las empresas en cuestión desarrollen la actividad, en nuestro caso Sanidad/salud.

En alguna legislación autonómica sí que se ha dado un paso más, y en este sentido destacamos la “Ley 10/2019 de 10 de abril, de Trans-



La transparencia genera confianza, es muestra de independencia y ayuda a explicar comportamientos



parencia y Participación de la Comunidad de Madrid” que sí contempla esa opción y obligaciones para el sector empresarial privado.

La transparencia genera confianza, es muestra de independencia y ayuda a explicar comportamientos. Todos ellos, conceptos especialmente críticos cuando el ámbito en el que se trabaja es la salud.

Y ¿cómo hacer una aplicación de transparencia más allá de la normativa? Pues a través del acuerdo voluntario de un colectivo de entidades normalmente vinculadas por algún elemento o interés común, es posible gestionar los códigos de conducta al que volunta-



riamente se sometan los miembros de dicha colectividad.

Para ello, en el sector se deben establecer códigos de buenas prácticas, además de apostar por un sello en transparencia que permita evaluar realmente esa gestión transparente y esos sistemas de autorregulación en el sector.

Un ejemplo de un Código de Buenas Prácticas existente es el del sector de la industria farmacéutica, que incluye principios y postulados jurídicos, contenidos no solo en la Ley de Transparencia, sino en otras normas, como la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano, y en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

Se ha reconocido que la transparencia reviste un interés público de tal importancia que obliga a flexibilizar el derecho fundamental a

la protección de datos personales. El objetivo no es otro que el de transmitir plena confianza a la ciudadanía en general y facilitar la defensa del paciente en particular, eliminando la posibilidad de opacidad entre los distintos miembros que conforman el sector sociosanitario.

En conclusión, la transparencia, un código de buenas prácticas y un sello en el sector, sirven para reforzar valores, principios y derechos de los ciudadanos tan importantes como la transparencia, la información y la confianza.

La transparencia es, y así se ha aceptado por las empresas del sector sanitario, una herramienta clave para el futuro de todas las organizaciones, ya sea por imperativo legal, o por instrumentos de sometimiento voluntario a la transparencia por las entidades sanitarias.

Socio Director de APMANGES  
(Abogacía, psicología, mediación, auditoría, gestión empresarial)

[elisa.herrera@fundaciontransparenciayopinion.com](mailto:elisa.herrera@fundaciontransparenciayopinion.com)



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](http://www.astellas.com/eu)  
[www.astellas.com/es](http://www.astellas.com/es)

 **astellas**  
Changing tomorrow



## La salud mental tras más de un año de pandemia

Ignacio Para Rodríguez-Santana

**E**s natural sentir estrés, ansiedad, angustia y preocupación durante la pandemia del COVID-19. En este encuentro vamos a analizar cómo ha resultado afectada la salud mental en los enfermos que han contraído la enfermedad COVID-19, en los sanitarios que los atienden, cómo ha afectado a los enfermos de salud mental, en su mayoría crónicos o sujetos a rebrotes, y cómo ha afectado a la población en general, especialmente a las personas de alto riesgo.

La infección por el virus SARS-Cov-2, puede tener efectos directos sobre el cerebro tras el desarrollo de la enfermedad COVID-19 y además porque el virus infecta también el cerebro, creando problemas neurológicos. A su vez, hay respuestas inmunes que tienen efectos adversos sobre la función cerebral. Pero, además, la enfermedad COVID-19 provoca frecuentemente a los que la sufren, otros efectos sobre la salud mental debidos al estrés post traumático, ansiedad y depresión tras la conciencia del riesgo de muerte y la incertidumbre que conllevó.

También los sanitarios que los atienden, que viven la tragedia de sus pacientes y que se ven superados por la presión asistencial, el desconocimiento de la enfermedad y ante la incertidumbre de la efectividad de los medicamentos, sufren angustia emocional, ansiedad, estrés y depresión.

La OMS ya advirtió a finales de año que durante la pandemia se habían alterado o paralizado

por completo los servicios de salud mental en el 93% de los países del mundo, con el peligro de agravamiento de estos enfermos, especialmente vulnerables ante situaciones anómalas y de estrés. En España, al principio de la crisis contábamos con aproximadamente 3 millones de enfermos psiquiátricos.

A principios de este año la OMS lanzó una nueva alerta de la sobre la fatiga pandémica y el impacto en la salud mental de lo vivido durante el primer año de epidemia, con altos de síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y sufrimiento psicológico no específico en la población en general. Es probable que las restricciones sociales relacionadas con la pandemia hayan provocado un aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, así como en los juegos de azar y las apuestas on line en diferentes grupos de la población.

Según la reciente encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) el 35% de la población española confesó haber llorado con frecuencia durante la epidemia, el 15% haber sufrido ataques de ansiedad, el 41% haber notado a sus hijos mucho más agresivos que antes de la epidemia y el 42% decía no poder conciliar aún el sueño.

Los efectos del aislamiento, el teletrabajo, la pérdida de empleo y el distanciamiento social y físico han interrumpido abruptamente muchas oportunidades sociales importantes para la salud física y psicológica. Esto, junto con el miedo a contraer la enfermedad y la muerte,

han generado, como antes decía, casos de pánico, ansiedad, estrés y depresión, pudiendo llegar a dar casos de pánico; efectos que sin duda pueden ser agravados por el hundimiento económico, la pérdida de empleo, los impagos y las carencias de ingresos.

Y no solo la crisis económica provocada sino también la falta de libertad y la situación de engaño y crispación política y las continuas contradicciones en la información recibida por los ciudadanos, son un importante determinante del desconcierto, el aturdimiento y el deterioro de la salud mental de la gente.

En España tres millones y medio de personas viven solas de manera involuntaria. Las consecuencias de todo lo expuesto son la acentuación todavía más del aislamiento social, la soledad y el aturdimiento, que pueden llevar al suicidio y autolesiones, abuso de alcohol y sustancias drogodependientes, abuso doméstico e infantil, acoso cibernético, agobio, duelo, pérdida, estrés económico, desempleo, falta de vivienda y ruptura de relaciones y otros riesgos psicosociales, como desconexión social, anomia, entendida como desorganización social o aislamiento de la persona como consecuencia de la falta o la incongruencia de las normas sociales.

Durante esta pandemia, según un estudio del Elma Research Institute, el 58% de ciudadanos europeos revelaba haber tenido síntomas psicológicos con una duración de más de 15 días, registrándose el porcentaje más elevado en España con un 69%.

Además, en España ha aumentado un 30% el riesgo de suicidios siendo la primera causa de muerte traumática (4.000 suicidios al año; más de diez suicidios diarios), el consumo de psicofármacos ha aumentado un 40% y se ha detectado un incremento del insomnio, del deterioro cognitivo, de migrañas y cefaleas, obesidad y diabetes y una progresión de la miopía en niños.

A la traumática situación creada por el distanciamiento social, el miedo, el encierro y los problemas económicos generados por el confinamiento durante la epidemia se ha sumado para parte de la población, la muerte de algún amigo o familiar muy cercano, con la imposibilidad estar junto a él y de duelo.

En la última reunión de la Fundación, los servicios psiquiátricos de los grandes hospitales



## En España ha aumentado un 30% el riesgo de suicidios siendo la primera causa de muerte traumática



detectaron un elevado aumento de problemas psicológicos de los pacientes tras el COVID-19, aumento de la gravedad en todas las consultas, aumento de primeras consultas en jóvenes y adolescentes, aumento de primeras consultas, aumento importante de los intentos de suicidio y autolíticos en la población adolescentes y trastornos alimentarios. En el aspecto organizativo, coincidieron en la práctica desaparición de las derivaciones desde primaria y una disminución, por tanto, de las listas de espera. Para solucionar estos problemas, cualquier actuación, según señaló la Dra. Blanca Reneses, debe orientarse a una segmentación de la población objetivo: Población general, pacientes con tratamiento, enfermos de COVID-19 y profesionales sanitarios., aumentar los recursos para la psicoterapia, digitalización y hospitalización domiciliaria.

Jose Manuel Carrascosa, gerente del hospital psiquiátrico de Leganés, se quejó del abandono de los pacientes graves, crónicos y que empeoran y que, debido a la pandemia, han perdido soporte, se sienten desprotegidos y solos para lo que reclamó programas multidisciplinarios de apoyo a estos pacientes.

Un panorama no muy alentador. Mientras no eliminemos las causas que lo han provocado: los confinamientos, el distanciamiento social, el cierre de negocios y acabar con la enfermedad COVID-19, seguiremos con el deterioro de la salud mental y las medidas que tomemos no dejarán de ser más que medidas paliativas.

Presidente de la Fundación Bamberg



## Vaccine cocktail COVID-19

Rita Rodríguez Fernández

¿Qué sucede si se mezclan las vacunas COVID-19 y se recibe una primera dosis de una inyección y una segunda dosis de una inoculación diferente?

Existen varias especulaciones al respecto, por un lado, para proporcionar mayor flexibilidad al Gobierno, para poder utilizar todos los suministros disponibles entre toda la población y asegurar que no se desperdicien dosis y se pueda vacunar a mayor número de personas.

Por otro lado, se habla que, para algunas vacunas, recibir una segunda dosis diferente a la inicial podría producir una respuesta inmune más fuerte.

Varios expertos creen que lo más probable es que el COVID-19, se vuelva endémico, esto quiere decir que la población va necesitar poner "dosis de recuerdo" en el tiempo, para mantener la inmunidad.

Reino Unido ha sido uno de los primeros Gobiernos que ha realizado uno de los mayores ensayos clínicos de este cóctel de vacunas.

En las primeras observaciones se refleja que las personas que recibieron la vacuna AstraZeneca seguida de la inyección Pfizer o viceversa, tenían más probabilidad de experimentar reacciones incómodas a la segunda dosis que las personas que recibieron la segunda dosis de la misma vacuna.

### ¿Cuáles fueron los síntomas?

- Fiebre
- Escalofríos
- Nauseas
- Dolores musculares
- Letargo
- Malestar general

### ¿Con qué intensidad se han clasificado?

Se han descrito como "leves o moderados"; con una corta duración de apenas unos días.

Y no se habían desarrollado otros problemas de seguridad hasta la fecha.

### ¿Cuál ha sido la reacción más frecuente y significativa?

El “absentismo laboral”, ha tenido un gran impacto en el personal debido a los efectos secundarios posteriores a la vacunación.

Este estudio se ha realizado a personas mayores de 50 años, por ello es posible que los más jóvenes reaccionen de distinta manera.

Existen países que incluso han creado una guía sobre las incapacidades temporales post vacunación COVID, proporcionando el derecho de dos días de incapacidad laboral a los trabajadores que lo necesiten post vacunación.

### ¿En qué consisten los estudios clínicos?

El estudio de las vacunas AstraZeneca y Pfizer involucró a más de 800 voluntarios reclutados en ocho sitios diferentes.

Los científicos ampliaron la investigación para analizar también las vacunas Moderna y Novavax, y se reclutaron 1.050 voluntarios más.

Estos voluntarios recibieron primero la vacuna AstraZeneca o Pfizer, seguida de la misma vacuna para su segunda dosis, o una dosis de las dosis de Moderna o Novavax.

AstraZeneca también está llevando a cabo un ensayo clínico para observar el efecto de mezclar dosis de su vacuna con la vacuna rusa Sputnik V.

Los científicos dicen que este tipo de combinación es posible porque la mayoría de las vacunas COVID-19 aprobadas para su uso hasta ahora provocan una respuesta inmune a la misma parte del coronavirus: “la proteína del pico”.

Los investigadores están particularmente interesados en ver si los regímenes de dosificación mixtos confieren una mejor respuesta inmune a las vacunas que usan un adenovirus modificado para dar instrucciones a las células del cuerpo para producir la proteína del pico.



## La vacuna AstraZeneca, la vacuna Johnson & Johnson y la vacuna Sputnik V utilizan cada una un tipo diferente de adenovirus



Los científicos tienen la teoría que, después de la inyección inicial de las vacunas basadas en adenovirus, el cuerpo de una persona desarrolla una respuesta inmune al adenovirus, así como a la proteína del pico del coronavirus.

Esta respuesta inmune es problemática porque puede significar que cuando la persona recibe la segunda dosis de una vacuna basada en adenovirus, el sistema inmunológico ataca y desactiva el adenovirus, antes de que pueda entregar las instrucciones a las células del cuerpo para producir la proteína del pico del Covid19, haciendo la segunda inoculación menos efectiva.

Al usar un adenovirus diferente para la segunda dosis o una tecnología de vacuna diferente, se espera que esto se pueda evitar.

Este mismo problema no parece afectar a las vacunas, como las de Pfizer y Moderna, que usan ARN mensajero (ARNm) para entregar instrucciones a las células del cuerpo para producir la proteína de pico de coronavirus.

Ese ARNm se entrega encerrado en una pequeña envoltura de grasa, llamada nanopartícula lipídica, que el sistema inmunológico del cuerpo no parece reconocer como un invasor extraño, haciendo una segunda inoculación más potente.

Directora del Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica del Hospital Centro Médico el Carmen (Ourense).

[gestionlaboratorio@centromedicoelcarmen.es](mailto:gestionlaboratorio@centromedicoelcarmen.es)



# ¡NOVEDAD!

José María Martínez García  
Lorena Pérez Campillo

## La transformación del **marketing sanitario**

**Cómo los datos son el petróleo  
del siglo XXI**



**LIBROS PROFESIONALES  
DE EMPRESA**

**HESIC**  
BUSINESS MARKETING SCHOOL

[CLICK PARA ADQUIRIR EL LIBRO](#)

**NUEVO LIBRO DE JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA**

# La revolución del bienestar: del *wellness* al *wellbeing*



<sup>1</sup>David González Natal



<sup>2</sup>Carlos Correcha-Price



<sup>3</sup>Khy Labri

Artículo publicado el 20 de septiembre de 2020 en:

[La revolución del bienestar: del \*wellness\* al \*wellbeing\* | IDEAS LLYC \(lloreteycuenca.com\)](https://www.lloreteycuenca.com)

**N**o es ningún secreto que la COVID-19 ha provocado disrupción y cambios profundos en todas las facetas de nuestra vida personal y profesional, algo que ha sido obviamente muy estresante. Y en respuesta a esta sensación de ansiedad se ha producido un cambio rápido y amplio pasando del concepto de *wellness*, centrado en el individuo, al de *wellbeing*, una visión más holística que engloba a diferentes personas y sectores de nuestras sociedades.

Se trata de un terreno bastante inexplorado. Aunque el concepto de bienestar individual no es del todo novedoso, pasar a la esfera del *wellbeing*, supone una llamada a la participación de toda la sociedad. Ahora, los consumidores esperan que todos participen en el bienestar

social —desde los empleadores y las marcas a las escuelas e industrias— en definitiva, un cambio drástico de la realidad que vivíamos hace tan solo unos pocos meses.

## **Wellness en el mundo antes de la COVID-19**

El sector *Wellness* lleva tiempo creciendo, como se constata en el aumento de las prácticas de salud personal, el creciente movimiento legislativo en torno a la salud, el impulso hacia la desestigmatización de los problemas de salud mental y el despegue de las industrias del *fitness*, el *spa* y la autoayuda.

Por ejemplo, el número de estadounidenses que practican yoga pasó de 20,4 millones en 2012 a 36 millones en 2016 y varias ciudades

Espacio patrocinado por



REIG JOFRE

y países aprobaron leyes fiscales sobre los refrescos entre 2011 y 2018. El Día Mundial del Bienestar se introdujo por primera vez en 2012 y, desde entonces, se ha celebrado todos los años. En términos más globales, tras crecer un 12,8 % en los últimos dos años, la industria del bienestar representa ahora más del 5,3 % de la economía mundial.

La existencia de una industria *wellness* en pleno crecimiento parecería haber eximido durante mucho tiempo a compañías de otros sectores de la obligación de poner el bienestar de sus *stakeholders* en el centro de su actividad.

### Cómo la COVID-19 cambió las reglas del juego

Cuando el mundo se enfrenta a la primera pandemia mundial de esta naturaleza en la historia reciente, se especula mucho sobre lo que hemos aprendido, lo que consideramos esencial y las consecuencias que acarreará. En el centro de todos estos argumentos está la opinión universal de que la salud (y más aún, el bienestar) de los estudiantes, los padres, los hijos, las parejas, los trabajadores, los super-

vivientes y los cuidadores es absolutamente fundamental para la recuperación.

Si las sociedades, y las empresas, no son capaces de centrarse holísticamente en el bienestar de las personas (lo que incluye la salud física, emocional y espiritual), será casi imposible crear redes de seguridad que permitan a los ciudadanos volver al trabajo (o a cualquier otro ámbito social) y ser productivos.

Los gobiernos están asumiendo la responsabilidad de poner en marcha programas para apoyar el bienestar de los ciudadanos, pero también se espera que todos los aspectos del sector privado contribuyan a estos esfuerzos. El bienestar se ha convertido en algo realmente:

- **Multistakeholder**, donde los empleados, y no solo los consumidores, ocupan el centro.
- **Multisectorial**, que afecta a todos los sectores y marcas, sean cuales sean los productos o servicios que ofrezcan.



- **Multidimensional**, razón por la que hemos pasado de hablar de la wellness a hablar de wellbeing, que engloba dimensiones como la mental y la financiera, entre otras.

Este nuevo y amplio enfoque sobre el bienestar, ha provocado que las expectativas de la gente cambien rápidamente. Ahora, se espera que las empresas (pertenezcan o no a este sector de la salud) se posicionen en asuntos relacionados con el bienestar que afectan a todos sus *stakeholders*, colocando tanto a sus empleados como a los consumidores en el centro.

Pero la visión de lo que esta sociedad del «bienestar» debería promover también ha cambiado y ha pasado de considerar meramente lo físico (ofrecer pañuelos de papel en espacios públicos, permitir las bajas por enfermedad o fomentar el cuidado ocular) a ser un concepto holístico que engloba el bienestar físico, mental y emocional.

Estas áreas de la salud «más allá de lo físico» se pueden desglosar en varias categorías clave:

- **Social**: desarrollar un sentido de conexión, de pertenencia y de solidaridad con otros individuos de la comunidad.
- **Espiritual**: encontrar el significado de las acciones vitales, demostrar que se tiene un propósito individual y que la vida que uno vive refleja los valores y las creencias propias (descubrir el sentido del propósito).
- **Ambiental**: mantener la buena salud ocupando entornos que sean agradables y estimulantes, que ayuden a la salud desde el exterior al interior.
- **Emocional**: hacer frente de forma efectiva al estrés provocado por la pandemia, mantener un buen equilibrio entre el trabajo y la vida personal, y mantener relaciones satisfactorias (al tiempo que se muestra una actitud positiva).

Pero la pandemia ha hecho algo más que acelerar las tendencias en el bienestar, ha creado otras nuevas o cambiado las que ya existían de forma drástica, tanto en términos de alcance, de acción o de público, hasta el punto de resultar más útil hablar de ellas como nuevas. Hemos de ser conscientes de estos cambios si queremos abordar la salud en nuestras propias realidades locales.

- **Seguridad sanitaria**. Aunque ya existía una tendencia en torno al fortalecimiento de nuestro sistema inmune y evitar la enfermedad siempre ha sido algo importante, nunca hasta ahora había sido una preocupación mundial.
- **La salud como un aspecto de la responsabilidad empresarial**. En este contexto, la salud ha pasado de ser una responsabilidad individual a algo que las empresas deben asumir, no solo porque se lo reclama la sociedad sino también por la legislación. La obligación de utilizar mascarillas, guantes y la aplicación de otras medidas de protección surgieron prácticamente de la noche a la mañana y han venido para quedarse, al menos de momento.
- **Ansiedad y miedo**. Más allá de los efectos directos de la pandemia, también nos ha generado un clima de intensa ansiedad y preocupación acerca del bienestar en una serie de aspectos: salud, financiero, etcétera.
- **Cambios en los estilos de vida**. Los estilos de vida centrados en la salud no son un concepto nuevo, pero la pandemia ha cambiado a quienes los adoptan. Muchas personas han introducido nuevos patrones o hábitos en sus vidas y ahora se preocupan de lo que comen, de cómo se relacionan y de cómo invierten su tiempo, entre otras cosas. Se debe, en parte, al largo confinamiento y, en parte, a la respuesta a la seguridad sanitaria y al clima de ansiedad y miedo.
- **Digitalización**. Cuando el mundo físico se confinó, la sociedad pasó a ocupar el espacio digital. Fue una de las respuestas más destacadas a las restricciones del contacto físico y al miedo a la propagación del contagio.
- **Individualidad**. En la medida en que la gente se ha visto forzada a aislarse y a mantener una distancia social, se ha producido una mayor individualización de determinados hábitos que, antes, eran consideradas costumbres sociales.

### **Incorporar el bienestar a su marca (y comunicarlo)**

La gran mayoría de los consumidores de todo el mundo confía en el sector privado más



que en ninguna otra institución, incluidos los medios de comunicación, los gobiernos y las ONG. Este hecho ofrece una oportunidad única para que las marcas trasciendan el storytelling y se adentren en el storydoing, o lo que es lo mismo, para que comuniquen activamente las iniciativas que asumen en base a lo que es más importante para sus comunidades locales adoptando un planteamiento multistakeholder.

Teniendo esto en cuenta, ahora más que nunca cada empresa de cada sector necesita un relato inspirador que trascienda sus propios productos y servicios. Debería ser una prioridad en todas las áreas, no solo en los negocios tradicionalmente centrados en la salud: nutrición, turismo, cuidado personal, belleza y fitness. Tanto si su negocio se centra en la salud como si es un campo totalmente nuevo, las marcas necesitan relatos inspiradores respaldados por acciones que sean capaces de generar confianza.

En primer lugar, no obstante, hemos de considerar algunas de las principales áreas del bienestar que han sido más importantes para las partes interesadas durante este periodo turbulento. Aunque esto tiene muchas facetas —entre ellas la alimentación, la nutrición y el cuidado personal— algunas se aplican con un alcance mayor a las marcas, por ejemplo:

- **Salud mental.** Aunque a menudo se piensa que es algo individual, la salud mental colectiva también es extremadamente importante y la pandemia ha convertido nuestro mundo en un terreno fértil para los desórdenes como, por ejemplo, la ansiedad, la depresión e incluso el estrés post-traumático.
- **Un área intrínsecamente asociada a negocios tradicionales,** el entorno disponible ha cambiado rápidamente en menos de un año. El aumento del teletrabajo y la necesidad de garantizar la seguridad ha cambiado el aspecto de los negocios, dejando abiertas cuestiones sobre cómo será la «nueva normalidad» en estos espacios donde la gente pasa tanto tiempo. Incluso los lugares que han mantenido sus puertas abiertas han sufrido grandes cambios, algunos de los cuales solo ponen de relieve las diferencias entre nuestro mundo de hoy y lo que solía ser la vida normal. Encontrar un «espacio» se ha convertido en algo cada vez más difícil.
- **Resocialización.** Este importante proceso se refiere a cómo hemos de reaclimarnos a vivir y trabajar juntos después (o durante, en función del lugar y del patrón del estallido de la pandemia) de este periodo de distanciamiento social. Muchas per-

sonas anhelan la comunidad y crear esta sensación desde la distancia no es fácil.

- **Desconexión digital.** Nunca ha sido tan urgente que encontremos modos de desconectar, sobre todo cuando tantos trabajan desde casa. Consumidores y empleados por igual están demandando que las empresas contribuyan a concienciar de los efectos y riesgos asociados a la hiperconectividad, algo que la COVID-19 ha acelerado drásticamente.

Pero si la sociedad espera que las marcas contribuyan al bienestar y desempeñen una función activa para respaldar a sus stakeholders a lo largo de estos ejes, la siguiente pregunta es «¿Cómo?» Algunas de estas preguntas son claras, por ejemplo, las preocupaciones de seguridad física necesaria están bien cubiertas por los gobiernos de todo el mundo, otras, en cambio, son más difíciles de comprender.

A continuación, se exponen algunos de los pasos que deberían considerarse.

- **Paso 1:** Asegurarse de tener un buen relato

Es tiempo de comunicar más allá de nuestros productos y servicios típicos. Los consumidores y demás partes interesadas esperan más de las empresas, por lo que es importante dedicar tiempo a construir un relato inspirador centrado en el bienestar.

En este sentido, nunca fue tan importante adoptar un planteamiento humano y personal. La sociedad demanda empatía y autenticidad en las comunicaciones, por lo que encontrar modos de incorporar y abordar de manera orgánica algunas de estas cuestiones le ayudará a incorporar el bienestar en su imagen de marca.

- **Paso 2:** Conectar con los *stakeholders*

No es nada nuevo que sus stakeholders están entablando conversaciones constantemente, pero lo que cada vez es más importante es conectar con ellos y participar. Esta participación no solo ayudará a construir relaciones con la marca, sino también le hará comprender mejor cuáles son sus prioridades y preocupaciones en términos de su propio bienestar.

Una vez que conozca qué es lo que más les importa podrá obrar con inteligencia para incorporar el bienestar en su promesa de marca.

- **Paso 3:** Construir contenido con un propósito claro

Aunque el contenido imperecedero es un elemento importante de toda estrategia, los tiempos tan extremos que nos ha tocado vivir reclaman contenido con un propósito centrado en cómo puede ayudar a los grupos de interés. Durante esta estresante pandemia, las personas han tendido de forma natural hacia lo que puede proporcionar confort, estabilidad y garantía, en otras palabras, a todo aquello que mejore su bienestar.

Desarrollar contenido adaptado a las necesidades de sus grupos de interés para conseguir este objetivo que ayude a cultivar una fidelidad de marca y a producir contenido que cree un impacto, vinculando su marca con todos los conceptos importantes del bienestar.

- **Paso 4:** Haga crecer su comunidad y cultive la confianza

La confianza es fundamental y los embajadores de la marca siempre han sido importantes para cultivarla entre los grupos de interés, y la pandemia no ha hecho más que enfatizar esta realidad. Ahora, la red de embajadores de la marca, entre ellos sus empleados y clientes, es clave para que su marca incorpore el concepto de bienestar y logre capear este temporal.

Después de todo, es importante que los stakeholders sientan que su marca tiene, de hecho, su bienestar en mente, tanto si lo hace explícita como implícitamente. Su relato (lo que dice) ayudará mucho a llegar a estos grupos, pero son sus acciones (lo que hace) lo que hará que las partes interesadas se conviertan en embajadores. Para conseguirlo en el mundo actual, su marca debe mostrar que tiene el foco puesto en el bienestar.

Asegurarse de que los grupos de interés sepan que la marca se preocupa por su bienestar y escucha sus necesidades es igual de clave que emprender acciones para demostrarlo. Las marcas que sean capaces de poner el bienestar en el centro de su actividad y no sólo utilizarlo como un territorio de comunicación más, estarán mejor preparadas para destacar en un contexto incierto y plagado de desafíos como el que vivimos.

<sup>1</sup>Socio y Director Senior de Engagement de LLYC,

<sup>2</sup>CEO US y <sup>3</sup> Manager en LLYC USA

[www.llorenteycuenca.com](http://www.llorenteycuenca.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

**CLICK AQUÍ PARA INSCRIPCIÓN**





## ENTREVISTA

### Tomás Cobo Castro, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

“Nunca nos formaron para dar malas noticias”



*Apenas lleva tres meses presidiendo el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), pero Tomás Cobo ya tiene muy claras las líneas estratégicas y objetivos a seguir para convertir a la institución en un verdadero referente de todos los colegios de médicos de España. La digitalización, formación y acreditación serán junto a otras acciones las claves para darle el impulso definitivo.*



## **¿Qué le motivó a presentarse como Presidente a las elecciones del CG-COM?**

Lo que me motivó fue tratar de conseguir que la institución fuera lo más útil posible a los colegiados. Tengo especial interés por modernizarla y sobre todo por acercarla a los colegios de España y por ende a los colegiados y colegiadas de nuestro país.

## **¿Cuáles son sus principales objetivos durante su legislatura? ¿A qué retos se enfrenta?**

El primer objetivo es la modernización de la institución. Ahora se habla en todos los sitios de la digitalización y la revolución big data y tenemos que avanzar en ese sentido. En esa revolución, una institución tan potente como es la OMC tiene que estar.

El primer eje de acción y reto que tenemos es la digitalización y precisamente la transformación digital de todas nuestras actividades, como en lo puramente administrativo, para que el médico sea capaz de interactuar con su móvil en los certificados de salud, en los certificados de defunción. En definitiva, para que todas esas interacciones que hacemos con la Administración las podamos hacer de manera sencilla.

Otra de las carencias que tenemos es que exista un repositorio de nuestra actividad profesional. A medida que va pasando nuestra carrera profesional, tenemos que ser capaces de conseguir el archivo de alta confidencialidad, que el médico pueda tener todo su desarrollo profesional incluido digitalmente y que esa inclusión permita interactuar con una plataforma de intermediación con la Administración de tal forma que cuando se vaya a ascender de grado profesional, lo único que tengamos que hacer un click en el archivo y trasladárselo a la Administración y no estar buscando los títulos por casa, ... En fin, la modernización en el sentido de la digitalización.

Otro eje de acción que también es clave es ser lo más útiles posible en relación a la formación médica continua-

da. La debemos potenciar, pero no ya solo desde nuestra Fundación para la Formación, sino desde cada uno de los colegios de médicos de España. Los colegios de Médicos de España forman al año a más de 80.000 médicos, esa parte de formación la tenemos que potenciar al máximo. Tenemos que proporcionar acreditación, acreditación libre de conflicto de intereses y acreditación europea internacional que haga realidad la libre circulación de médicos especialistas. Con esa armonización de la acreditación y con ese libre conflicto de intereses, cumpliendo el código deontológico tanto de la industria farmacéutica como el nuestro, para que no exista ningún atisbo de duda y máxima transparencia en el patrocinio.

## **¿Cómo valora el papel de la corporación durante la pandemia?**

Lo primero a tener en cuenta en este sentido es el comportamiento de nuestros compañeros y compañeras durante toda la pandemia, que ha puesto otra vez en evidencia nuestra vocación de servicio a los demás. Hemos antepuesto el interés del paciente por encima del nuestro. Respecto a nuestra actividad durante la pandemia, cabe destacar la creación de una comisión COVID asesora con nombres y apellidos que elaboró doce informes desde el principio, abordando desde el uso de las mascarillas hasta vacunación. Otra parte fue la participación del presidente Serafín Romero en la Comisión de Reconstrucción en el Parlamento, fue excepcional y quizá el momento más brillante de la institución durante la pandemia. Allí se apostó por el modelo que tenemos, el modelo universal público gratuito, pero se apostó también por la colaboración público-privada. E insistió, una vez más, en la necesidad de que el sistema, los que nos gobiernan, potencien el modelo, y que se promueva la inversión, no solo económica sino también en gestión. Vivimos en una España divergente, con 17 servicios autonómicos de salud, con 17 sueldos diferentes de los profesionales. Siendo la descentralización buena porque se acerca más al ciudadano, la intercomunicación entre los servicios es francamente pobre. Esa es otra área de revolución de big data



José María Martínez y Tomás Cobo.

que decíamos antes, que haya una historia clínica compartida en España.

### **¿Cuáles son las líneas de trabajo que debe seguir el CGCOM ante la situación derivada de la COVID-19?**

Tratar de potenciar al máximo nuestra representación institucional para reforzar el modelo y fomentar una mejora de la contratación porque el 50 por ciento de los profesionales que tenemos están en situaciones precarias. En el ámbito de formación médica continuada, una de las cosas que ha puesto de manifiesto la pandemia es, primero, que el modelo ha aguantado el impacto, es decir, que a pesar de la precariedad, a pesar de los salarios por debajo de la media europea y a pesar de la falta de consistencia de nuestra formación médica continuada, el modelo ha aguantado por la entrega de los profesionales sanitarios, eso es lo bueno que vamos a sacar, la plasticidad que ha tenido el sistema y cómo ha sido capaz el modelo de montar y organizar unidades altamente especializadas en muy poco tiempo. El ejemplo más grueso y grande sería IFEMA, pero al tiempo, en los hospitales pequeños hemos sido capaces de movilizar recursos.

En esa plasticidad han entrado los médicos que nos hemos ido especializando cada vez más en áreas muy determinadas, pero en esta ocasión hemos sido capaces de juntarnos y ha nacido un genuino espíritu de ayuda a los demás. Se

han integrado unidades muy especializadas y eso lo que enfatiza es la importancia de que aun siendo clave que nos especialicemos y que tengamos áreas determinadas de conocimiento y unas capacitaciones muy de alta cualificación, también es muy importante que tengamos competencias transversales. Y es en esa parte de competencias transversales en la que es muy importante que la institución fomente más la formación médica continuada.

### **¿La estructura del CGCOM o su funcionamiento necesita mejoras? ¿Cuáles?**

La estructura de la OMC como está concebida está bien, una vez más, está muy descentralizada. Creo que es de las pocas instituciones que mantienen las 52 provincias. Lo que tenemos que hacer desde el centro, desde la estructura, es que el Consejo General, que es el que yo ahora presido, no se vea como un colegio número 53, produciendo de manera independiente. Lo que a mí me gustaría es que fuera el coordinador de la actividad de los 52 colegios. Eso sí, tenemos una representación que es la profesión médica en el entorno internacional y tenemos tres fundaciones a través de una de las cuales, por cierto, la FFOMC, podremos recibir fondos europeos. Pero lo que a mí me gustaría es que, dentro de esa estructura, pudiéramos ayudar a esos 52 colegios porque es el conocimiento que va a llegar directamente a los colegiados.

## **¿En qué campo debe centrarse más la actividad del CGCOM en los próximos años fuera del COVID?**

Los dos bloques grandes de trabajo tienen que ser transformación digital y formación/acreditaciones, también en el ámbito internacional.

## **¿Qué destacaría de la labor que desempeñan las tres fundaciones con las que cuenta el CGCOM?**

En la Fundación para la Protección Social, durante la COVID hemos impulsado todas aquellas ayudas para los médicos que han sufrido las consecuencias de esta enfermedad. No solo ellos, sino su entorno familiar. Desde esta Fundación de Protección Social tenemos que hacer dos labores, y lo decía recientemente en la presentación del estudio del impacto emocional y de salud que había habido en los médicos tras la COVID: primera parte, protección y ayudas; y segunda parte, formación en un entorno muy específico.

A este respecto, desde la Fundación de Protección Social, se ha implementado formación para saber afrontar el reto emocional al que hemos estado sujetos. La vida del médico es una vida que por una parte tiene ciencia, habilidades y competencias. Pero, por otro lado, tiene el componente humanístico donde se encuadra la comunicación de malas noticias y ahí se ve la necesidad de contar con estrategias de superación cuando ocurren las catástrofes. Para eso nunca nos formaron, yo creo que esta parte de formación en cómo afrontar estas emociones y cómo trasladar las malas noticias y cómo generar estrategias de superación es importante.

Los últimos datos de nuestro estudio han resultado aterradores en lo relacionado al ánimo e impacto mental en los médicos de esta pandemia. Un 33 por ciento de los médicos y médicas de España ahora quieren jubilarse y si no lo hacen es porque no tienen dinero para irse. Y un 60 por ciento están en situación de burnout. Por eso, desde la Fundación de Protección Social tenemos que ir en esos tres ámbitos: uno, protección; dos, formación, formación tam-

bién en estrategias de superación a lo largo de toda nuestra carrera que nunca hemos tenido formación en áreas muy concretas como son las quirúrgicas y las de pacientes críticos, intensivos... y tercero, reflexión, tenemos que ir recabando datos, analizarlos e iniciar acciones.

La segunda Fundación es la Fundación para la Formación. Respecto a la acreditación somos pioneros y esto es una cosa que he llevado yo como delegado de la UEMS. Nos siguen Holanda, Grecia y Portugal, pero hemos sido el primer país en crear una plataforma de acreditación UEMS con créditos UEMS que permite que se haga la formación en español, que se haga de manera más rápida y sobre todo que era lo más importante, que se hiciera de manera más barata. Esa plataforma lo que hace es acreditar lo que llamamos small life educational events para entornos pequeños, refiriéndonos a las sesiones clínicas que se realizan en el hospital, a las sesiones clínicas que se realizan en los centros de Primaria y a los cursos y seminarios que se realizan en los colegios de médicos para 15 o 20 personas. Ahora es posible acreditar esto y es ahí donde se transmite el conocimiento, en el día a día en los hospitales y en los centros de salud. Acreditar esto supone con libre conflicto de intereses, penetrar en el sitio en el que precisamente se produce en el día a día la transmisión de conocimientos. Llevamos ya dos años acreditando y ha ido in crescendo. Estamos extendiéndolo hacia Iberoamérica porque ellos también pueden acceder a esta plataforma. Esa sería la parte de formación/acreditación.

Y en la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional lo que queremos es ayudar a todos los médicos, voluntarios y cooperantes. Los médicos cooperantes como tal, entendiéndolo como los que se dedican a eso como una actividad profesional están bien o bastante bien cubiertos por sus ONGs, pero los médicos voluntarios, entre los que me encuentro, hemos ido siempre a terreno sin ninguna cobertura, con la ilusión, con el entusiasmo de ayudar en entornos que generalmente son hospitales en África, pero íbamos sin ninguna protección. Cuando me

refiero a la No protección, me refiero a que no llevábamos la convalidación del título y estos países también tienen sus leyes de convalidación. Íbamos sin seguro de actividad, sin seguro de vida y sin el seguro de responsabilidad civil profesional.

Todo eso lo hemos conseguido desde la Fundación para la Cooperación, hemos conseguido un registro de médicos cooperantes que también permite que cuando en una misión determinada falta un anestésista o un cirujano se pueda buscar uno fácilmente. Hemos impulsado, potenciado y agilizado el uso de un documento, que es el certificado de idoneidad que nos identifica allí donde vayamos, como médicos, especialistas colegiados en España y hemos impulsado la creación de un seguro de responsabilidad civil profesional. Esto es lo puramente práctico.

Ahora, la Fundación para la Cooperación tiene un objetivo más grande y propio del Consejo General, que es la creación de una facultad de Medicina Panafricana en África para médicos africanos y por médicos africanos. Con la COVID este proyecto se ha paralizado, la sede se hubiera situado en Etiopía, no obstante, últimamente estamos en contacto directo con el Ministerio de Sanidad de Guinea Ecuatorial, que quizá no es el mejor sitio para hacer una Panafricana, pero sí para hacer un programa piloto. Además, este plan que encaja perfectamente con el Plan África de la Unión Europea.

Es un proyecto muy bonito, el ser capaces de construir algo, encajados en la Unión, es el ejemplo de la Escuela Latinoamericana de Medicina que hoy la tenemos, que lleva 20 años y que ha sido capaz de formar médicos, no médicos extraordinarios que vayan a ser grandes cirujanos, pero médicos que tienen unas competencias y unas habilidades precisas en salud pública, quirúrgicas y anestésicas para desarrollar su actividad en el medio rural en África. Esta facultad de Medicina va a permitir esa cooperación, hay mucha gente que cuando se jubila tiene ese interés en ayudar a los demás, con 65 años quizá no dispongan de tanta capacidad asis-

tencial para soportar grandes temperaturas y muchas horas en quirófano, pero si tendrían la capacidad docente. Siempre con la idea de que sea con África y para África. Es decir, que finalmente sean los africanos los que lo hagan. Pero ahora toca arrancar y ahí tenemos un ejército de voluntarios para cubrir esas áreas.

### **¿Qué principios y valores destacaría del Código de Deontología? ¿Considera que habría que añadir alguno?**

El Código de Deontología lo tenemos que renovar porque han sucedido cosas nuevas como la telemedicina o la e-consulta que se ha puesto ahora en evidencia. Me gustaría que volviéramos a las bases de la Ética Médica y una de las bases del código de deontología es el comportamiento que debemos tener entre compañeros, en el hospital, entre los compañeros de diferentes servicios, entre los compañeros del mismo servicio, entre el hospital de Distrito y el Hospital General, el Hospital Universitario, entre las opiniones de un lado y las del otro, ahora lo estamos viendo con el tema de la vacunación. Yo volvería a las bases y a la importancia de que respetemos las opiniones de nuestros compañeros, que las discutamos en foros que sean los adecuados. El tema de la eutanasia, estas dicotomías hay que resolverlas dentro del entorno que corresponde, en un entorno científico. Vamos a aclarar estas polisemias que hay en cuanto a qué es la sedación terminal, en cuanto a qué es el suicidio asistido, en cuanto a qué son los cuidados paliativos... porque si no generamos una confusión en la población.

### **¿Cómo valora la iniciativa de la relación Médico-Paciente como Patrimonio Inmaterial cultural de la Humanidad? ¿Cuáles son los siguientes pasos a seguir?**

Extraordinariamente bien. Lo que pasa que cuando lo propusimos nos sumergimos en un entorno burocrático administrativo muy grande, porque hay que llevarlo a una comisión, votan las comunidades autónomas... hasta que llega a la UNESCO pueden pasar dos o tres años.



# ¡VUELVEN! PREMIOS

New Medical Economics

## CONVOCATORIA

# 2021

# ME





## ENTREVISTA

**Julio Zarco, Presidente de la Fundación Humans**

**“La humanización es tan antigua como el ser humano”**



*Una entrevista con Julio Zarco basta para darse cuenta de que la humanización de la asistencia sanitaria es su pasión. Es por ello, que a través de la formación, investigación y certificación, y bajo el paraguas de la Fundación Humans, quiere poner aún más en valor la humanización de la asistencia sanitaria en el sistema sanitario. Ya lleva casi cuatro años presidiendo la Fundación, pero aún le quedan muchos proyectos pendientes y sobre todo el más importante e inminente, el I Congreso Internacional Humans de la Humanización de la Asistencia Sanitaria.*

## **¿Cuál es la labor de la Fundación Humans? ¿Quiénes la integran?**

La Fundación Humans nació hace casi cuatro años, debido al interés de personas de casi todos los colectivos sociosanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y psicólogos...) por promocionar, hacer pedagogía, formación e investigación de la humanización de la asistencia sociosanitaria. Con estas intenciones, la Fundación Humans trata de sensibilizar a los sistemas sanitarios y a las organizaciones sanitarias de cómo pueden ser organizaciones verdaderamente humanas o centradas en las personas.

En cuanto a los componentes de la Fundación, en este momento son personas que a título personal o a título institucional forman parte, desde el Consejo de Farmacéuticos, el Consejo de Médicos, el Consejo de Enfermería, SEDISA, asociaciones de pacientes, las plataformas de asociaciones de pacientes, Foro de pacientes, Alianza General de Pacientes. Tenemos representada la parte de pacientes y la de profesionales.

## **¿Qué impulsó la creación de la Fundación?**

La creación de la Fundación Humans es una historia recurrente en mi vida, la titularía "El hilo de Ariadna" porque a lo largo de toda mi vida, por mi formación, siempre he centrado todo mi trabajo en las personas. Y no en la humanización sino en el humanismo de las profesiones sociosanitarias, que consiste en tratar con una actitud determinada y una forma de ver y de entender para aproximarse al mundo del paciente y de la familia.

El impulso real de la Fundación se produjo a mi salida de la Consejería de Sanidad, donde fui viceconsejero de humanización de la asistencia sanitaria e hicimos el Plan Estratégico de Humanización de la Comunidad de Madrid. Cuando salí, me planteé que era un buen momento para sensibilizar, estudiar, formar y hacer investigación en esa área concreta.

Antes de estar en la Consejería ya había trabajado en temas de humanización. De hecho, mi formación inicial fue con D. Pedro Lain Entralgo en Historia de la Ciencia,

en antropología médica, ética y humanismo. Mi primera plaza como profesor en la Universidad Complutense fue de Historia de la Ciencia. Luego, fui presidente de SEMERGEN y durante los ocho años que estuve en el cargo constituí la Fundación SEMERGEN y el Instituto de Bioética y Humanidades Médicas. Por lo tanto, ha sido una tónica común en mi vida.

## **¿Ha crecido la importancia de la humanización en el Sistema Nacional de Salud desde que la Fundación Humans está en marcha?**

Creo que ha crecido bastante, pero no creo que se deba solo a la Fundación. La Fundación es un elemento más dentro de los muchos, la humanización ahora está más de moda. En cualquier congreso o jornada es raro no encontrarse con temas de humanización, dando a entender que la humanización vende mucho, pero la humanización es tan antigua como el ser humano y todos los dispositivos sanitarios y las tradiciones terapéuticas siempre han bebido la humanización. ¿Cómo vas a ayudar a una persona si no es en un marco humanitario, humanístico o humanizado?

Sí es cierto que, en los últimos años, posiblemente debido a los planes estratégicos de humanización de los servicios de salud y al nacimiento de la Fundación, sin lugar a dudas, es verdad que se habla más y está puesta en las mesas de trabajo, en las administraciones, en los colegios profesionales, en las universidades... El interés ha crecido mucho y cada vez va a crecer más porque estamos pasando una pandemia COVID que ha puesto de manifiesto ciertos elementos de los que nosotros llevábamos hablando hace treinta años, como la importancia de la empatía, la escucha activa, la compasión, la comunicación, la relación profesional paciente, la importancia que tiene un cuidador y el familiar...

## **¿Cuáles son las líneas estratégicas de la Fundación Humans?**

Estamos trabajando con varias líneas estratégicas. Una de ellas, fundamentalmente es la pedagogía y la formación, que consiste en ayudar a los servicios de salud de las comunidades autónomas a que proporcionen a sus profesionales una formación reglada, estructurada y práctica para que se formen en humani-



Julio Zarco y Carmen Mª Tornero.

zación. Esta formación va desde cómo diseñar los espacios terapéuticos hasta qué se entiende por un servicio de farmacia humanizado o incluso las listas de espera. La humanización son muchas cosas. También estamos suscribiendo ahora muchos convenios con universidades, de hecho, tenemos en mente hacer una cátedra de humanización en posiblemente la universidad pública más grande de España. Nos interesa que los profesionales, cuando son estudiantes, aprendan herramientas que luego en su desarrollo profesional van a ser muy importantes, ya sean enfermeras, médicos, farmacéuticos, psicólogos, ... Y entendemos que eso hay que hacerlo desde la universidad. Para nosotros esa es una línea estratégica prioritaria.

Por otro lado, otra línea estratégica prioritaria es ayudar a las administraciones y a los servicios de salud a certificar cuáles son los parámetros estándar para decir que sus dispositivos sanitarios son humanizados. En ese sentido, estamos haciendo una gran labor estratégica de certifi-

cación de la humanización en servicios sanitarios.

Y, por último, la investigación, que es saber qué elementos son los que se pueden introducir para certificar y formar a los profesionales en este ámbito.

### **¿Por qué es tan importante invertir esfuerzos en mejorar la humanización de la asistencia sanitaria?**

Sí, es importante, pero con un matiz añadido. Es como los anuncios de los coches, antes se vendían por sus características (cilindrada, motor...), ahora se venden por la experiencia. Y es que a nosotros nos interesa mucho la experiencia de paciente, porque a lo largo de toda la existencia de los dispositivos sanitarios modernos, nos ha preocupado muchísimo el dar servicio y asistencia sanitaria, pero no le hemos preguntado al paciente ni a la familia qué necesita. Ahora nos hemos dado cuenta de que el paciente y la familia son necesarios para saber qué es lo que tenemos que hacer con él porque, además, especialmente



los médicos hemos sido muy arrogantes y pensamos que sabemos lo que necesita el paciente y eso no es verdad. Por eso, necesitamos saber qué experiencia tiene el paciente y la familia para que nos ayuden a diseñar los procesos.

Hoy en día nadie entendería una guía de insuficiencia cardíaca si el paciente o las familias no te dicen cuáles son sus vivencias, por eso es muy importante la humanización, porque tenemos que poner nuestro conocimiento al servicio real del paciente, no para resolver los problemas, sino para acompañar a ese paciente y a la familia y ayudarle a resolver los problemas. La humanización es un elemento clave.

La gente piensa que humanización es llevar payasos a la UCI o pintar las paredes de colores. Y sí eso está muy bien, pero humanización no es eso. Si tengo las paredes del hospital/centro muy decoradas, con unos espacios maravillosos, y sin embargo, si el médico no te mira a la cara y no es una persona empática y el paciente no confía en él, no hay nada. La humanización son muchos rasgos y dimensiones que tienen que ver con cómo se siente el paciente y la familia de acogidos cuando más puesta en duda está su dignidad y su integridad, que es cuando uno se enferma porque en ese momento tiene miedo, angustia, ansiedad, cree que se puede morir, cree que puede tener una discapacidad... Ese es el momento de más fragilidad del ser humano y ahí es cuando tenemos que dar el do de pecho los profesionales, el entorno, es decir, el hospital, el centro de salud, el servicio sanitario y la Consejería, por supuesto.

Hay que investigar los mapas del paciente, la navegación del paciente desde que entra hasta que sale del sistema sanitario, si es que puede salir, porque el sistema sanitario es tan perverso que "secuestra" a la gente.

**En relación a la humanización de la asistencia sanitaria, ¿qué lugar ocupa España con respecto a otros países? ¿Existen otros modelos de buenas prácticas que se hayan implementado fuera de nuestro país y, si es así, qué resultados están obteniendo?**

Hemos crecido mucho y lo hemos puesto en valor, si tuviéramos tres pódiums, el

de oro, plata y bronce, estaríamos en el de plata, España ha crecido mucho en los últimos diez años. El primer plan estratégico de humanización en España se hizo en el año 1984, y llevaba por título Plan de humanización de los hospitales españoles, en el que 15 hospitales del antiguo Insa-lud hicieron un plan y es el plan del que surgen todas las cosas que tenemos ahora mismo en los hospitales, los servicios de atención al paciente, las encuestas de satisfacción de los pacientes, derechos y deberes de los ciudadanos... Pero desde el 1984 hasta el 2014 no hay nada. De hecho, nosotros en Madrid, en el 2014 sacamos nuestro plan estratégico apoyándonos en el del 84. En los diez últimos años hemos crecido muchísimo y nos hemos situado del bronce en la plata.

Quienes se llevan el pódium de oro son los países centro y norte europeos, fundamentalmente Dinamarca y Suecia, Canadá también es una buena experiencia saltando el charco. Hay un hospital muy emblemático, el Karolinska de Estocolmo, que tiró el hospital literalmente para hacer un hospital nuevo en torno a criterios de humanización, empezando por cosas tan elementales como, por ejemplo, no situar en las habitaciones de los pacientes la luz arriba para que a los pacientes no les molestara al estar tumbados, o la utilización de los materiales por el tipo de textura, los colores, la sonoridad. De hecho, el Karolinska en su interior hizo una apuesta por el arte muy importante, hay museos dentro del propio hospital, para utilizar el arte también como una forma de terapia. Los procesos y procedimientos del propio hospital los diseñaron para que el paciente y su experiencia fuera lo primordial.

**Como especialista en psiquiatría, ¿qué opinión tiene sobre la atención que se presta a las personas con problemas de salud mental en nuestro país, en relación con estos parámetros de humanización?**

Hemos hecho en la Fundación un estudio precioso, justamente lo presentamos un mes antes de que comenzara la pandemia, a finales de enero de 2020, analizando todos los planes estratégicos de salud mental de todas las comunidades autónomas y todos los planes de humanización para ver cuáles son las carencias. En general tenemos una buena asistencia, pero



Julio Zarco.

con grandes asignaturas pendientes en salud mental y se evidencia en ese estudio que hemos hecho, en el que han participado muchos profesionales: psiquiatras, enfermeras, especialistas en psiquiatría, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, médicos de familia, farmacéuticos... Además de estos expertos, han participado todos los coordinadores de todas las estrategias de salud mental de todas las comunidades aportando la visión de la Administración. En este estudio se pone de manifiesto que la asistencia ha mejorado muchísimo, pero sigue siendo deficitaria en participación de las familias y de los propios pacientes, precisamente en sus procesos.

El paciente con trastornos mentales es un paciente que parece que es una persona que no se puede contar con ella porque tiene un trastorno mental, y con las familias tampoco se trabaja demasiado. Por lo tanto, hay un gran déficit en ese sentido. Hay un verdadero problema con respecto al estigma en salud mental todavía y lo que es más importante dentro de las profesiones sanitarias. Por ejemplo: un paciente con un trastorno mental también tiene un infarto y tam-

bién hay diabéticos, así que ¿el diabético que es un paciente esquizofrénico o un paciente con una esquizofrenia y un infarto no es manejado de la misma manera porque es esquizofrénico? Lo más problemático es tener estigma dentro de la propia profesión y que haya una diferencia en el tratamiento. Seguimos teniendo un verdadero déficit con respecto a la utilización excesivamente no adecuada de las contenciones mecánicas y químicas. Parece que en algunos sitios nos resulta todavía más cómodo hacer una contención mecánica o contención química que otras estrategias más de comunicación y de entrevista con el paciente, etcétera.

También hay un verdadero problema en la continuidad de los cuidados, es decir, seguimos diagnosticando no precozmente determinadas patologías, la Atención Primaria sigue sin hacer un diagnóstico precoz de esas enfermedades, a los psiquiatras les llega bastante tarde y todavía no hay una integración de lo social y de lo psiquiátrico. Curiosamente el espacio sociosanitario en psiquiatría se tendría que evidenciar mucho más, todavía lo social sigue yendo por un lado y lo psiquiátrico por otro.

### **Dentro de este ámbito de actuación, según su opinión, ¿cuál es el papel del profesional de la Psicología?**

El papel de la psicología es fundamental. Creo que esta infra dimensionado, por un lado, hay muy poquitos psicólogos incorporados al sistema sanitario público y es muy necesario dar cobertura concretamente a la Atención Primaria con psicólogos. El psicólogo es muy parecido al médico de familia, es un profesional muy polivalente y necesario porque tiene una visión muy integral del individuo y sirve también de conexión con Atención Primaria, psiquiatría, etcétera. Se necesita dotar más plantillas de psicólogos, sin lugar a dudas, se tendrían que aumentar mucho las plazas PIR (Psicólogo Interno Residente) y la incorporación al sistema sanitario del psicólogo no solamente para los trastornos mentales, sino para la salud en general. Por ejemplo, creemos que un paciente crónico no necesita de la parte psico afectiva y de una parte psicológica, en el sistema actual no hay nada que la aporte. La Atención Primaria o la Hospitalaria se centran en sus distintas patologías y se pierde el norte de la persona en su conjunto.

En este sentido, hay cuatro profesionales muy importantes que hay que potenciar: la enfermería es muy importante y muy especialmente la enfermería especialista en psiquiatría. Ha salido recientemente la especialidad y tiene que potenciarse muchísimo más porque es necesaria. Los psicólogos, por supuesto; los trabajadores sociales, que es una profesión emergente muy cualificada y muy mal dimensionada también, y muy mal y muy poquito vista. El trabajador social es una persona muy interesante porque también tiene una visión muy integral del individuo; y los farmacéuticos son muy importantes, muy especialmente los farmacéuticos de oficina de farmacia, que son profesionales sanitarios, y deben hacer educación para la salud, prevención, promoción hasta en el último pueblo.

### **¿Qué proyectos ha impulsado la Fundación Humans? ¿Y cuáles quiere implantar en un futuro?**

Hemos realizado muchos proyectos. Quiero destacar el que he comentado ante-

riormente sobre Salud Mental, que es un tema muy importante.

Ahora estamos con un proyecto muy bonito de certificación en la humanización de las farmacias hospitalarias, ¿qué se entiende por una farmacia hospitalaria humanizada? Es un proyecto precioso en el cual estamos certificando en este momento a muchísimos servicios de farmacia. Comenzamos hace poco con el Hospital Gregorio Marañón, que fue el inicio de todo el proyecto y ahora vamos por de más de 20 farmacias hospitalarias. También estamos haciendo certificación de servicios de oftalmología, ver cuáles son los estándares básicos de humanización en los servicios hospitalarios.

Tenemos también, el proyecto de la creación de una cátedra en una universidad pública, de grado y posgrado. Desde el mundo universitario queremos hacer formación en lo que se denominan competencias blandas, llamadas así a las competencias de humanización en Estados Unidos por tener que ver con el corazón y con la parte afectiva. Nos interesa mucho potenciar este ámbito desde la universidad, creo que la creación de esta cátedra, que va a ser la vuelta al verano, va a ser muy importante para nosotros.

Otro proyecto que ya hemos terminado también es sobre humanización en las personas con VIH, contemplamos al paciente y la familia del paciente con VIH desde una visión integral, donde incluimos Atención Primaria, atención hospitalaria e instituciones penitenciarias. Este proyecto sobre VIH ha sido un proyecto precioso, liderado por el Dr. Santiago Moreno del Hospital Ramón y Cajal, y hemos aprendido muchísimo con él.

Tenemos un proyecto también muy bonito sobre humanización en personas con psoriasis, que lo hemos hecho junto con Acción Psoriasis, es un proyecto también precioso y que está terminado. Hemos hecho una hoja de ruta de cuáles son los indicadores más importantes que se deberían aportar en Atención Primaria y en el hospital para hacer que el trato de esa persona y de las familias

de las personas con psoriasis reciban un trato humanizado.

Hemos terminado y presentado recientemente, un abordaje integral del dolor crónico, que también ha sido una experiencia muy bonita. El dolor crónico es un síndrome muy complejo, no es un síntoma, y afecta a todas las capas del ser humano, no solo a la física, a la psicológica e incluso a la social, a la laboral, a la espiritual, a todo. Ha sido un proyecto muy bonito porque además ahí sí que hemos sacado unos indicadores concretos de cómo medir. Casi todos nuestros proyectos van a tratar de medir y evaluar si lo estamos haciendo bien o no y poner medidas correctoras para mejorarlo.

Hemos empezado recientemente un proyecto que queremos presentar el mes que viene sobre la esclerosis múltiple. Es muy similar al del dolor, pero trata de visualizar qué necesitan las personas que tienen esclerosis múltiple (valoración de discapacidad en diferentes comunidades autónomas, ley que asiste a personas con esclerosis múltiple para capacitarlos en su trabajo...).

Todos son proyectos siempre abiertos. De hecho, el de salud mental lo hemos vuelto a retomar en Castilla-La Mancha, por ejemplo, porque ahí nos dijeron que querían hacer un pilotaje de las medidas que nosotros habíamos propuesto en los dispositivos de salud mental de esa región. Desde la Fundación Humans estamos ayudando a la Consejería con esos indicadores, seleccionando algunos para implementarlos en los centros que ellos nos digan y luego valorar si realmente esos indicadores se han llevado a cabo y si ha funcionado bien y han tenido impacto en la salud o no. En definitiva, todos los proyectos están abiertos, pero cada uno tiene vida propia, unos van más rápidos, otros van más lentos, pero son proyectos que están vivos porque siempre hay que actualizarlos continuamente.

### **¿Qué nos puede contar sobre el I congreso Internacional Humans de la Humanización de la Asistencia Sanitaria?**

El Congreso es una experiencia muy bonita que íbamos a inaugurar antes de la pandemia, nos lo paró la pandemia. El interés de

la gente ha sido el que ha hecho que volvamos a retomar el Congreso, porque durante la pandemia la Fundación ha estado callada, llegamos, en el Patronato de la Fundación, a la conclusión de que durante la pandemia no debíamos hacer nada, simplemente cada uno en nuestro trabajo tendríamos que ayudar y ahora hemos emprendido la actividad nuevamente y además con normalidad. Y el Congreso parte de ese restablecimiento de la normalidad, nosotros tenemos mucha conexión con Latinoamérica y nos han pedido que saquemos el Congreso adelante. No se ha hecho ningún congreso de tipo internacional como este de humanización. Tiene dos peculiaridades uno, que es internacional, muy especialmente de Latinoamérica, y dos, es un congreso multidisciplinar. Es decir, tiene exactamente el mismo valor y rango y la misma dimensión el área médica que el área de enfermería, que la farmacéutica, que la fisioterapéutica, que el trabajo social. Es un Congreso atípico y como tal es un reto, es un reto porque además lo hacemos el día 17, 18 y 19 de junio y lo hacemos en modalidad semipresencial. Es el primero de humanización, internacional, multidisciplinar y en una pandemia. Todo es un reto, pero la verdad es que estamos muy contentos. Hay una participación de comunicaciones que nos ha sorprendido. Creo que ahora mismo están en más de 200 comunicaciones que se han presentado lo que significa que hay interés. Además, es un Congreso muy atípico por esta multidisciplinariedad porque poner en igualdad de condiciones a los pacientes que participan de manera activa a través de las asociaciones, junto con los farmacéuticos, junto con los médicos... todos nuestros proyectos siempre han tenido esa visión ecológica. Desde la Fundación Humans entendemos que el sector sociosanitario debe tener una visión ecológica, que no deja de ser una visión de conjunto, como debe ser. Y si pudiéramos ampliar, ampliaremos más. Por ejemplo, en este Congreso participa la Asociación de Administrativos de la Salud, los hemos implicado porque es la primera cara que ve el paciente.

Es un reto muy importante, estamos muy contentos, va a haber una participación bastante buena con una modalidad semipresencial, de 175 personas presenciales, se celebra en el Hotel Vinci Soma de Goya y el resto es online todo, participa gente de Uruguay y Argentina, Chile, Colombia, Brasil. Estamos muy contentos.



## ENTREVISTA

### **Alberto Morell Balandrón, Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid)**

**“La farmacia debe mantener un sistema de calidad y buscar el mayor beneficio para el paciente y la organización”**



*En esta entrevista para New Medical Economics, Alberto Morell ha explicado la situación actual del Servicio de Farmacia que dirige en el Hospital Universitario de la Princesa. El experto, ha contado a qué retos se enfrenta y líneas estratégicas que sigue, además de analizar cómo vivió su Servicio de Farmacia la llegada de la COVID-19.*

## **¿Qué balance hace de su labor como jefe del Servicio de Farmacia del Hospital La Princesa?**

Llevo en el hospital 16 años. En estos últimos tiempos lo que estoy intentando es buscar nuevas áreas y nuevos caminos a cómo estamos trabajando en nuestra relación con los pacientes y hacer que las distintas áreas que tenemos se vayan integrando en los procesos asistenciales, a pesar de que es un hospital tecnológicamente no muy avanzado y con problemas de estructura física. Sin embargo, en lo que sí estamos muy avanzados es en las relaciones entre los equipos clínicos y ahora potenciar en las relaciones con los pacientes. Orientándonos cada vez más a dar mejor asistencia y cómo podemos evitar, el COVID nos ha ayudado mucho, que el paciente tenga que obligatoriamente pasar por la farmacia solo para recoger la medicación; Cuando venga se tiene que llevar algo más que la medicación, el conocimiento de su medicamento y de su patología a través del proceso de atención farmacéutica.

La farmacia ha cambiado mucho y es el momento de transformar el hospital, desde la estructura hospitalaria actual es una estructura de servicios pensado para pacientes agudos (eso va a seguir siendo necesario), hacia la atención al paciente crónico, que requiere de una atención mucho más multidisciplinar, mucho menos presencial, mucho más integrada, mucho más basada en tecnologías y estructuras de decisión rápidas y planas, que esté todo bien engrasado y con un sistema de información suficientemente potente que nos permita ser muy eficaces en el manejo de las cosas sencillas, en facilitar la vida a todo el mundo, porque si el paciente tiene que venir, volver... En época de COVID nos hemos dado cuenta de que los circuitos de los pacientes a veces son diabólicos: sube a la Secretaría de servicio, baja a admisión, le cambian la cita por teléfono... Tenemos que, una vez pasada la pandemia, que espero que para este verano ya la pandemia sea dominable y se

convierta una enfermedad normal, programar el resto de actividad del hospital y en ese momento pensar en todo lo que hemos aprendido, de lo que es superfluo y de qué cosas podemos ir ahondando en distintas tecnologías.

## **¿De cuántas personas se compone su equipo?**

Ahora mismo tenemos nueve personas de staff, residentes, contratos COVID y contratos de gestión, con lo cual el que seamos 10, que seamos 11, que seamos 8 es factible en cualquier momento. Yo creo que es bueno que tengamos flexibilidad en ir poniendo personas para ir cubriendo tareas y ser flexibles en eso. Creo que es muy bueno que las organizaciones sanitarias se adecuen a la demanda con flexibilidad el problema es que a veces esos procesos son complicados y lentos. Tenemos tres áreas especializadas. Hay áreas a las que no llegamos, evidentemente, pero iremos abordándolas para mantenernos dentro del grupo de los grandes hospital.

## **¿A qué retos se enfrenta?**

Nos enfrentamos a que el hospital se tiene que modernizar. Es cierto que hay que buscar automatización y estamos en ello. Creo que podremos entrar en un proceso de automatización que nos ayude a mejorar la calidad. Estamos mejorando trazabilidad, mejorando seguridad, hemos mejorado la zona de elaboración que esperamos abrirla ya para tener una estructura de elaboración moderna. Pero creo que el reto más importante que tenemos ahora mismo es integrar los sistemas de comunicación en la asistencia clínica. Tenemos una gran cantidad de procesos que se basan en comunicaciones con el paciente y eso conlleva más tiempo. Un sistema de comunicación que nos permita contactar con los pacientes de forma automática y saber sus necesidades, pero evitar un gran porcentaje de llamadas. Estamos muy metidos en el proceso de tele consulta y envío a domicilio, todo el proceso



Alberto Morell y José María Martínez.

de tele consulta debería ser más automático, solo en aquellos casos en los que hubiera problemas se hablaría con la persona.

Nosotros somos muy flexibles en el cambio de citas, pero sí que es cierto que también tenemos unos límites porque tenemos que programar para evitar largas esperas.... Y para eso tenemos que crear una herramienta de este tipo, en el envío a domicilio, en que el paciente venga, en la tele consulta, probablemente en hacer seguimientos automatizados, cosas de ese estilo y ahí estamos, buscando soluciones, proyectos de innovación que nos permitan abordarlo. La innovación es una tarea no demasiado grata, es para gente incombustible, para gente perseverante, porque sabes que el 80 por ciento de los proyectos van a ser un fracaso y que solo algunos van a salir bien, pero de ese fracaso tienes que ser capaz de aprender, de coger nuevas ideas, de descartar aquello que ya has visto que no funciona, eso no es fácil.

### **¿Cuáles son sus líneas estratégicas para liderar un Servicio de Farmacia de calidad?**

Hay 3 líneas estratégicas (integración, calidad e innovación), dentro de ellas

hay dos líneas que son básicas, una es trabajo en equipo fuera del servicio de farmacia, integrarse con los equipos médicos en las labores asistenciales y lo siguiente que tenemos es cumplimentar lo más que podamos la calidad bien entendida, servicio eficiente y de calidad. Nosotros para que esté todo correcto, para que esté dentro del circuito de calidad, tenemos que saber que esas cosas tienen que funcionar de manera plana, que esté integrada en la organización y que no sea un handicap sin que sea una herramienta más de calidad.

### **¿Tienen automatizados los procesos logísticos en su Servicio?**

Estamos avanzando, tenemos muy automatizada la zona de ensayos clínicos.

### **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?**

Los farmacéuticos somos los de las guerrillas, estamos mirando todo el día lo que cuestan las cosas. Pero yo ya llevo bastante tiempo mirando lo que es el valor. Para mí lo más importante es lo que se consigue con el dinero que estamos haciendo

porque no estamos aquí para no gastar, estamos aquí para resolver problemas se genere valor para la sociedad, esto es lo que da sentido a estas organizaciones. Como ya comenté domos organizaciones muy complejas, con una capacidad tremenda, con un número de procesos tremendo, y por ello con unas dificultades organizativas, pero no debemos de perder nunca de vista que valor aportamos y ser valientes para dejar lo que no aporta valor. Entonces, ¿cómo nosotros afrontamos eso? Empezamos midiendo los costes por paciente y vamos pasando a los costes por paciente controlado. Estos costes, además, no los valoramos nosotros solos, lo valoramos con los equipos médicos, se habla de la estrategia de coste, de lo que es más eficientes para el paciente. Si hay un paciente que no se beneficia de una estrategia priorizada y va a necesitar alternativas de mayor coste a corto plazo, se valora de forma diferente. Y esos análisis no son fáciles de hacer, hay que promover estudios, hay que promover relaciones, hay que participar en las sesiones clínicas...hay que ir dando pasos sucesivos y abarcar todos los puntos de vista. Estamos haciendo estudios de calidad de vida, de percepción del valor de la asistencia sanitaria por el paciente para integrar también su punto de vista.

### **¿Cuántos ensayos clínicos se están realizando en este Hospital? ¿Cuál es vuestra implicación en este ámbito?**

Estamos sobre los 100 más los de COVID, unos 150. Un porcentaje muy alto están patrocinados por la industria, estudios independientes hemos hecho 6/8, y las sociedades científicas. Participamos como investigadores en 8-10 ensayos clínicos, en un modelo multidisciplinar y cuando hablo de multidisciplinar no hablo de multidisciplinar solo sanitario.

### **¿Os llegan los resultados de los ensayos clínicos?**

Los de la industria no, solo cuando se publican. Tenemos la impresión de los resultados que manejamos.

### **¿Qué camino debería seguir la Farmacia Hospitalaria para seguir con su desarrollo?**

La farmacia debe mantener un sistema de calidad y buscar el mayor beneficio para el paciente y la organización. Llegando cada vez más y seguir avanzando en el manejo integral del paciente, además de integrar herramientas. Formar a los pacientes también, aunque la formación es complicada. Estamos terminando ahora un subanálisis de un estudio de PREM para saber cómo perciben los pacientes la asistencia que les prestamos y cómo mejorar su experiencia y el manejo de su enfermedad.

En nuestra experiencia, los pacientes están muy contentos con la asistencia y están muy contentos con el manejo que tienen de su enfermedad. El tema de la información de dónde pueden encontrar datos les importa poco. El que sabe de la enfermedad soy yo, pero que el paciente sea un paciente activo ya estamos viendo que influye positivamente. Entonces yo creo que ese es el camino a seguir.

### **¿Qué función desempeña la farmacia hospitalaria en la evaluación y selección de medicamentos en los Comités FCT de las CC. AA?**

Hoy en día la información científica es sumamente abierta y todos disponemos de ella. La farmacia sigue jugando el papel que siempre ha jugado, que es el de la visión integral del hospital, porque cada servicio tiene su función concreta. Tú tienes que integrar esa visión y ayudar a que se cumplan los objetivos de la organización. Ese equilibrio es difícil, entre lo que beneficia al paciente, pero ¿cómo se puede pagar para todos? ¿Dónde está ese matiz de eficiencia? Yo entiendo que el médico quiere lo mejor para su paciente, no puede ser de otra manera, pero sí hay que integrarlo con el buen hacer de la administración para todos los pacientes. Esa visión integral la tenemos nosotros.



## **¿Qué necesidades tiene en estos momentos la Farmacia Hospitalaria para seguir desarrollándose (formación u otros temas)?**

Hemos tenido que remodelar. Nosotros habíamos hecho un espacio muy concreto para que los pacientes estuvieran ahí. Habíamos integrado la firma digital, los procesos, sistemas de solicitud de cita como el que hacen en los bancos. Pero ha venido el COVID a llevarse casi todo por delante. Ya habíamos empezado con alguna experiencia la telefarmacia y envío de medicación a domicilio y seguimos avanzando.

## **¿Han tenido desabastecimiento de medicamentos durante la pandemia?**

Hemos tenido problemas de suministro que no es lo mismo. Hemos tenido que integrarnos con otros hospitales y prestar medicación. En el momento álgido, que yo no estaba disponible, los sistemas de comunicación eran un desastre y tuvimos que organizar un grupo de WhatsApp para el tema de problemas de abastecimiento, porque la demanda se incrementó de tal manera que no había medicación para nadie. Ni para asistencia básica, ni había anestésicos, no había antibióticos, no había nada, no eran problemas enormes de fabricación, sino que era que como la demanda subió tanto las cadenas no daban abasto y lo que pedías tardaba cuatro días, pero tú lo necesitabas hoy.

## **¿Cree que la crisis sanitaria actual va a suponer una potenciación del funcionamiento del sistema de telefarmacia?**

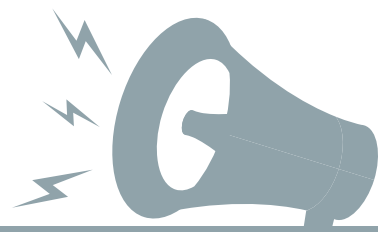
Creo que las buenas herramientas han venido para quedarse, claro. Nadie querría hoy en día que le trajeran una radiografía para mirarla en la consulta, ahora todo el mundo queremos tener la imagen en el ordenador, poder ampliarla e incluso ya hablando de tecnología, de inteligencia artificial, que sean capaces de hacer análisis y estar por

las zonas más conflictivas y priorizar a aquellos pacientes que puedan tener enfermedades más graves, entonces es mucho mejor que el sistema de este tipo. Ha venido para quedarse, pero no para sustituir, ha venido para mejorar la manera en que desarrollamos nuestra actividad, complementarla. Ha venido para ser la vía que ayudará a ciertos pacientes, sí que yo creo que esto puede promover cambios organizativos importantes, porque a lo mejor no hace tanta falta que el paciente venga al hospital a hacérselo todo porque en Madrid la dispersión de los pacientes es muy grande. O sea, yo tengo aproximadamente entre un 30 y un 40 por ciento de mis pacientes que no son de mi área. Somos uno de los hospitales que más pacientes recibe de libre designación, tenemos un núcleo de especialistas muy bueno.

Pero yo creo que yo creo que este sistema ha venido para quedarse y tenemos que integrarlo. Ahora mismo hay un vacío legal en el manejo de la información de ese tipo de cosas que hay que cerrar. ¿Yo puedo estar haciendo una video consulta y mis datos médicos pueden estar en Taiwán? O ¿tendríamos que tener plataformas seguras para que esas actividades estuvieran centradas?

La tecnología avanza y probablemente la sociedad avanza mucho más rápido de lo que está avanzando la normativa, ahí es donde tenemos que ir. La SEFH hizo un documento sobre telefarmacia que estaba preparado para salir, veíamos la necesidad, pero no el momento exacto. Y ahora que hemos visto la necesidad y el momento, tenemos que dejar que esto no se enfríe y se integre dentro. Probablemente no sea para todos los pacientes y para todos los momentos del paciente, pero sí que esto puede ayudar a cambiar las estructuras.

Hay que integrar las herramientas telemáticas en la historia clínica, son sistemas de inteligencia artificial.



## LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

### La impresión 3D permite desarrollar materiales blandos de última generación capaces de autocurarse

La comunidad científica centra su investigación en las múltiples aplicaciones de los hidrogeles, materiales poliméricos que contienen una gran cantidad de agua, que tienen el potencial de reproducir las características de los tejidos biológicos. Este aspecto es particularmente significativo en el campo de la medicina regenerativa que, desde hace mucho tiempo, reconoce y utiliza las características de estos materiales.

Para ser utilizados eficazmente para reemplazar tejidos orgánicos, los hidrogeles deben cumplir dos requisitos esenciales: poseer una gran complejidad geométrica y, después de sufrir un daño, poder autocurarse de forma independiente, exactamente como los tejidos vivos.

El desarrollo de estos materiales ahora puede ser más fácil y más económico gracias al uso de la impresión 3D: los investigadores del equipo MP4MNT (Materiales y procesamiento para micro y nanotecnologías) del Departamento de Ciencia y Tecnología Aplicadas del Politécnico di Torino, coordinados por el profesor Fabrizio Pirri, han demostrado, por primera vez, la posibilidad de fabricar hidrogeles con arquitecturas complejas capaces de autocurarse tras una laceración, gracias a la impresión 3D activada por la luz. La investigación fue publicada por la prestigiosa revista *Nature Communication* en un artículo titulado "Hidrogeles autorreparables impresos en 3D mediante procesamiento de luz digital".

Hasta ahora, los hidrogeles con propiedades autorreparables o modelables en arquitecturas complejas mediante impresión 3D, ya se habían creado en el laboratorio, pero en el caso que nos ocupa, la solución descubierta engloba ambas características: complejidad arquitectónica y capacidad de autocuración. Además, el hidrogel se creó utilizando materiales disponibles en el mercado, procesados mediante una impresora comercial, lo que hace que el enfoque propuesto sea extremadamente flexible y potencialmen-

te aplicable en cualquier lugar, abriendo nuevas posibilidades de desarrollo tanto en el campo biomédico como en el de la robótica blanda.

La investigación se llevó a cabo en el contexto del proyecto de doctorado HYDROPRINT3D, financiado por la Compagnia di San Paolo, en el marco de la iniciativa "Proyectos de investigación conjunta con las mejores universidades", del estudiante de doctorado Matteo Caprioli, bajo la supervisión del investigador de DISAT, Ignazio Roppolo, en colaboración con el grupo de investigación del profesor Magdassi de la Universidad Hebrea de Jerusalén (Israel).

"Desde hace muchos años", relata Ignazio Roppolo, "en el grupo MP4MNT, una unidad de investigación coordinada por la doctora Annalisa Chiappone y yo nos dedicamos específicamente al desarrollo de nuevos materiales que puedan procesarse mediante impresión 3D activada por luz. La impresión 3D es capaz de ofrecer un efecto sinérgico entre el diseño del objeto y las propiedades intrínsecas de los materiales, haciendo posible obtener artículos manufacturados con características únicas. Desde nuestra perspectiva, necesitamos aprovechar esta sinergia para desarrollar mejor las capacidades de la impresión 3D, de modo que esto realmente puede convertirse en un elemento de nuestra vida cotidiana. Y esta investigación se enmarca perfectamente en esta filosofía".

Esta investigación representa un primer paso hacia el desarrollo de dispositivos altamente complejos, que pueden explotar tanto las geometrías complejas como las propiedades intrínsecas de autocuración en varios campos de aplicación. En particular, una vez que se hayan perfeccionado los estudios de biocompatibilidad en curso en el laboratorio interdepartamental PolitoBIOMed Lab del Politécnico, será posible utilizar estos objetos tanto para la investigación básica de los mecanismos celulares como para aplicaciones en el campo de la medicina regenerativa.



## MSD reafirma su apuesta por la investigación poniendo en valor el papel crucial de los ensayos clínicos



La compañía MSD aspira a convertirse en la principal empresa biofarmacéutica de investigación, a mejorar la salud y el bienestar de las personas y los animales y a ampliar el acceso a sus medicamentos y vacunas. Para ello, en el marco del Día Internacional del Ensayo Clínico, que se celebra cada 20 de mayo, continúa con su apuesta por la investigación poniendo en valor el papel crucial de los ensayos clínicos para ofrecer nuevas opciones terapéuticas eficaces y seguras a los pacientes en el menor tiempo posible.

Este compromiso de la compañía se mantiene firme y se supera año tras año, como corroboran las cifras ya que, en 2020, MSD destinó 13.600 millones de dólares a proyectos de I+D, convirtiéndose en una de las empresas líderes en número de ensayos clínicos en marcha. En la misma línea, MSD en España invirtió 83 millones

de euros en I+D+i en 2019 y, cabe señalar, que la subsidiaria española ocupa el primer puesto europeo en número de ensayos clínicos y participa en más del 80% de los ensayos clínicos de la empresa a nivel global.

Tal y como afirma Lourdes López-Bravo, directora ejecutiva de Operaciones Clínicas en MSD, “en nuestra compañía trabajamos diariamente para tratar de dar respuesta a algunos de los mayores desafíos de salud existentes.

Todo lo que hacemos, dentro y fuera del laboratorio, se basa en nuestro profundo aprecio por la vida. Y los ensayos clínicos tienen un papel clave en este sentido, acelerando la llegada de nuevos tratamientos para cubrir las necesidades de los pacientes y generando nuevo conocimiento científico que pueda ser aplicado en futuras investigaciones”.

Los ensayos clínicos son el mejor ejemplo de colaboración público-privada, una muestra clara de cómo la unión y el trabajo común de los diferentes actores implicados (compañías farmacéuticas, profesionales sanitarios, responsables de las administraciones públicas, pacientes...) puede generar relaciones sinérgicas en beneficio de la sociedad.

Así, en un año profundamente marcado por la pandemia provocada por la COVID-19, MSD se ha comprometido a unir fuerzas e investigar para ofrecer una respuesta eficaz frente al virus SARS-CoV-2. De este modo, la Compañía ha reforzado su labor investigadora y centrado sus esfuerzos en alcanzar un acuerdo para el desarrollo de un candidato terapéutico. En concreto, tiene en fase de investigación MK-4482 (molnupiravir) que continúa con su programa de desarrollo clínico en pacientes ambulatorios.

MSD se ha sumado a diferentes instituciones públicas y privadas como la Fundación Bill y Melinda Gates y el consorcio de compañías innovadoras que están trabajando para encontrar respuestas terapéuticas y preventivas frente a la COVID-19.

Asimismo, MSD a nivel global se ha adherido a ACTIV, la Iniciativa para Acelerar las Intervenciones Terapéuticas y las Vacunas frente a la COVID-19 (Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines partnership), liderada por los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos (NIH), en la que también participan otras instituciones americanas y europeas como la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y otras compañías farmacéuticas. Además, la Compañía ha alcanzado un acuerdo histórico con Johnson & Johnson para agilizar la producción de su vacuna contra la COVID-19.



## Fenin y Esade reúnen a representantes de la Administración y expertos para avanzar en el proceso de digitalización

**E**l proceso de digitalización de la Sanidad se ha visto impulsado desde que irrumpió la pandemia de la COVID-19, por la necesidad de evitar el contacto físico entre personas lo que ha favorecido la utilización de las soluciones digitales para tratar de mantener la calidad de la atención sanitaria, según ha quedado reflejado en el Encuentro del Sector de la Tecnología Sanitaria, organizado por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, y la institución académica Esade. El evento, titulado “La Transformación digital de la sanidad”, contó con representantes de la Administración y expertos en este ámbito para analizar el proceso de digitalización del sistema sanitario.

“La pandemia de la COVID-19 ha acelerado varios años la necesidad de modernizar nuestra Sanidad y nos ha enseñado que los sistemas que han apostado por la innovación y por la digitalización son los más resilientes desde el punto de vista sociosanitario y económico”, ha afirmado M<sup>a</sup> Luz López-Carrasco, presidenta de Fenin, que considera que, en el momento decisivo que atraviesa el país, es necesario reflexionar sobre cómo cada uno de los agentes

de la cadena sanitario puede colaborar hacia la digitalización, que hoy es una prioridad en la agenda política y un camino a recorrer conjuntamente.

Tal y como ha señalado la presidenta de Fenin, los Fondos Europeos Next Generation suponen una oportunidad única para avanzar hacia una Sanidad basada en el concepto de “smart health”, más eficaz, más eficiente, capaz de hacer frente a situaciones de emergencia sanitaria como la actual, todo ello gracias a la digitalización. “Desde Fenin queremos contribuir a construir ese SNS que necesitamos: más moderno, más inteligente, y más sostenible. y consideramos que el sector de tecnología sanitaria tiene el conocimiento y las capacidades suficientes para poder ayudar a las administraciones a materializarlo”, ha subrayado.

En este punto, ha recordado López-Carrasco que Fenin ha elaborado su ‘proyecto de dimensión país’, con el objetivo de poner sobre la mesa de las administraciones fórmulas eficaces y realistas para transformar y digitalizar el Sistema Nacional de Salud y el tejido empresarial sanitario.



En la inauguración del encuentro del Sector de Tecnología Sanitaria organizado por ESADE y Fenin, Mario Lara, director de Esade en Madrid y M<sup>a</sup> Luz López-Carrasco, presidenta de Fenin.

Por su parte Mario Lara, director de Esade en Madrid, señala que la aplicación de la tecnología al sector salud no puede dejar de lado la consideración de la dimensión humana. Y añade que “la gestión masiva de datos está permitiendo mejorar no sólo la atención y la prevención, sino también la gestión de las cadenas de suministro, tan importante como hemos visto en la crisis actual”.

El encuentro ha contado con la perspectiva de la Administración, mediante la participación del director general de Industria y de la Pyme, Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, Galo Gutiérrez, que ha abordado en la ponencia inaugural la transformación digital de la Sanidad. Por su parte, el director general de Digitalización e Inteligencia Artificial, del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Ángel Sánchez Aristi, se ha centrado en la aplicación de la Inteligencia Artificial. Sobre la transformación digital, este último ha apuntado que “se trata de una necesidad y no consiste solo en contar con las mejores tecnologías, sino en un cambio de mentalidad importante”. Según ha expresado, la madurez digital de los servicios de salud es baja, con un nivel incipiente de sistemas analíticos, un número elevado de bases de datos diferentes, plataformas no integradas y escasa interconexión. “A pesar del esfuerzo por

alcanzar la interoperabilidad, apenas se han obtenido resultados”, ha recalcado.

Considera que la transformación digital debe aplicarse a todos los niveles asistenciales, que la información debe ser compartida y accesible y que es fundamental la coordinación entre los actores públicos, privados y la ciudadanía. Para Sánchez Aristi, la gestión de los datos es uno de los pilares de este proceso, y es necesario avanzar para que sean de calidad, para que se realice un tratamiento adecuado de los mismos y para implicar a los gestores y profesionales sanitarios.

Respecto a la Inteligencia Artificial, afirma que “bien utilizada es una herramienta muy potente que puede ayudar mucho en la transformación del sistema sanitario, porque proporciona sistemas descriptivos y predictivos, ofrece diagnósticos más rápidos y precisos y mejora la calidad asistencial, en todos los puntos de la cadena de valor”. Todo esto, en definitiva, ayuda a la toma de decisiones. Según el director general de Digitalización e Inteligencia Artificial, hay un largo camino por recorrer en IA que va a permitir avanzar de manera estratosférica. Uno de los instrumentos de los que se vale la Administración para conseguirlo es la estrategia nacional de Inteligencia Artificial, que comenzará a desarrollarse a partir del próximo junio.

# 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.

# NOMBRAMIENTOS

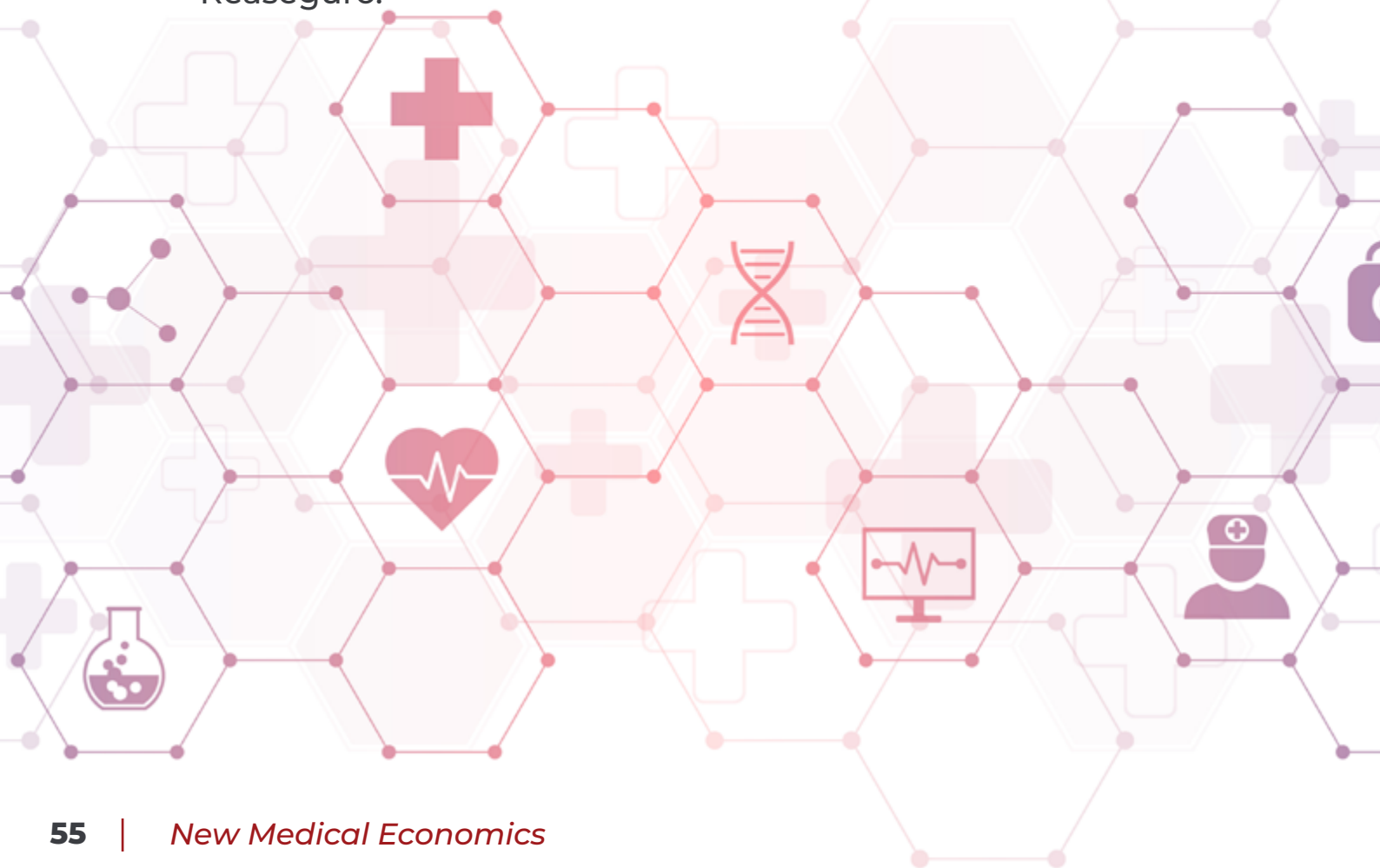
Por comunidades autónomas:

En Cataluña, el médico **Josep María Argimon** ha sido nombrado nuevo Consejero de Salud.

En País Vasco, el neurólogo **José María Pérez** ha sido elegido como nuevo director gerente de la OSI de Álava.

Y en La Rioja, **Elisa Elías Sáenz** es ahora la nueva presidenta del Colegio de Enfermería.

Por otro lado, cabe destacar que la aseguradora PSN ha incorporado a **Héctor Sanchís** como nuevo responsable de Reaseguro.





## Adeslas garantiza al IMQ el modelo de negocio y el arraigo en Euskadi

**S**egurCaixa Adeslas ha presentado recientemente al Consejo del IMQ una propuesta de futuro que garantiza la continuidad del modelo asistencial y de gestión del Grupo y la permanencia de la sede social y fiscal en Euskadi. El ofrecimiento de la compañía trata de aportar una solución para que aquellos accionistas del IMQ que desean vender sus acciones lo puedan hacer a precio de mercado y obtener un legítimo ingreso económico. Al mismo tiempo, la propuesta contempla la entrada a nuevos médicos que quieran formar parte del proyecto, lo que da estabilidad a un grupo responsable de la salud de más de 377.000 asegurados, que da empleo a 2.134 personas y que desea seguir invirtiendo para ofrecer los mejores servicios socio-sanitarios.

SegurCaixa Adeslas, socio del IMQ desde 2005, ha presentado al Consejo de Administración de la entidad vasca una propuesta que permite garantizar el futuro de la organización y dar respuesta a las necesidades, actuales y futuras, de los accionistas sin que la sociedad

tenga que desprenderse de activos o debilitar su estructura financiera.

La propuesta se someterá a la consideración del consejo de la Sociedad de Médicos que, si lo considera adecuado, lo trasladará a la Junta de Accionistas del IMQ para su aprobación en la reunión del máximo órgano de decisión de Grupo IMQ.

A lo largo de los últimos 15 años, Adeslas ha sido el socio del IMQ, con el 45% de la aseguradora y el 20% de la sociedad titular de la Clínica Zorrotzaurre. En este periodo, la colaboración de ambas entidades ha construido una historia de éxito, basada en el consenso que siempre ha estado presente en las decisiones y que Adeslas desea seguir manteniendo como fundamento de un modelo de futuro. En este momento, la compañía avanza un paso más para dar un nuevo impulso a la sociedad y dotar de estabilidad a una entidad que, por encima de todo, tiene un compromiso con la sociedad a la que sirve desde 1934.





## El mercado de la odontología en España tendrá una progresiva recuperación a los valores de consumo habituales antes de la pandemia

Una progresiva recuperación del mercado odontológico en España llegando a los valores de consumo habituales antes de la crisis sanitaria por la COVID-19 y la apuesta de las clínicas dentales por el impulso de las tecnologías digitales son los resultados preliminares que se reflejan en el nuevo estudio Flash Global Market sobre la situación que atraviesa el sector dental, iniciativa promovida por el sector Dental de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, en colaboración con el Instituto Key-Stone, empresa especializada en el sector dental y con más de 20 años de trayectoria en el análisis del mercado.

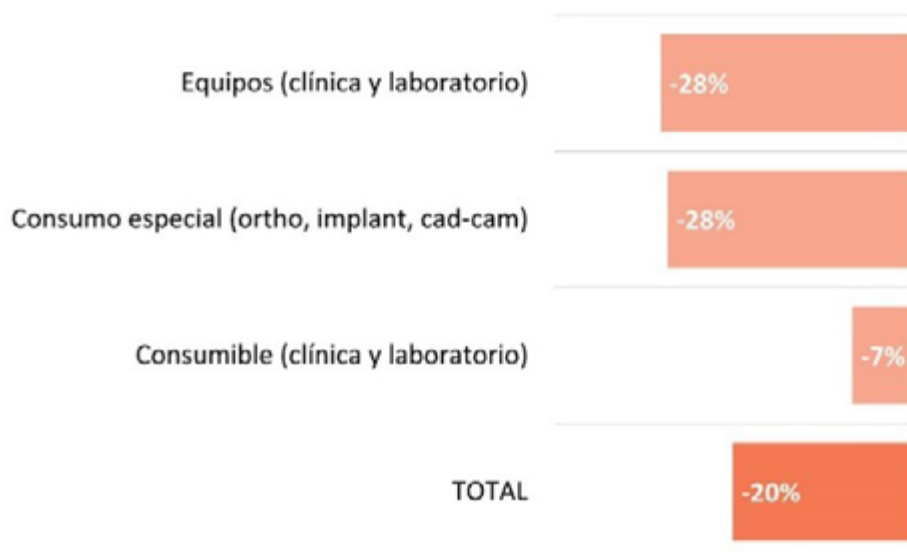
Aunque los datos obtenidos tras el cierre del ejercicio de 2020 fueron negativos, con una facturación de un 20% menos que en 2019 y con una caída relacionada directamente con el periodo de confinamiento total, derivado de la crisis de la COVID-19, que fue especialmente acusada en las tecnologías tales como los grandes equipos (-32%) o la aparatología para el laboratorio (-38%), ya a final del año 2020 se percibían atisbos de recuperación.

Asimismo el conjunto de las tecnologías dentales, el aumento de equipamiento y productos útiles para contrarrestar la pandemia (autoclaves, máquinas de purificación del aire, pieza de manos, etc.), permitió que la tendencia negativa se contuviera al -28%. Por otro parte, los consumibles en la clínica presentaron una tendencia mucho menos negativa (-7%) debido al espectacular crecimiento de los productos relacionados con los protocolos sanitarios activados durante la pandemia (higiene y desinfección, EPIs y desechables en general).

Dentro del segmento denominado "Consumo especial", donde se engloban productos de ortodoncia, implantes y elaboraciones Cad-Cam, la caída más fuerte se registró en la familia de los implantes y, sobre todo, en las elaboraciones Cad-Cam.

Por tanto, teniendo en cuenta todas estas tendencias, se observa que el primer trimestre de 2021 registra una facturación total que supone un 20% más que la alcanzada durante los tres primeros meses de 2020, un periodo

### Tendencias 2020 vs 2019



www.dentalmonitor.com



ya afectado por el confinamiento, y el 3% menos de la que se obtuvo en los primeros tres meses de 2019.

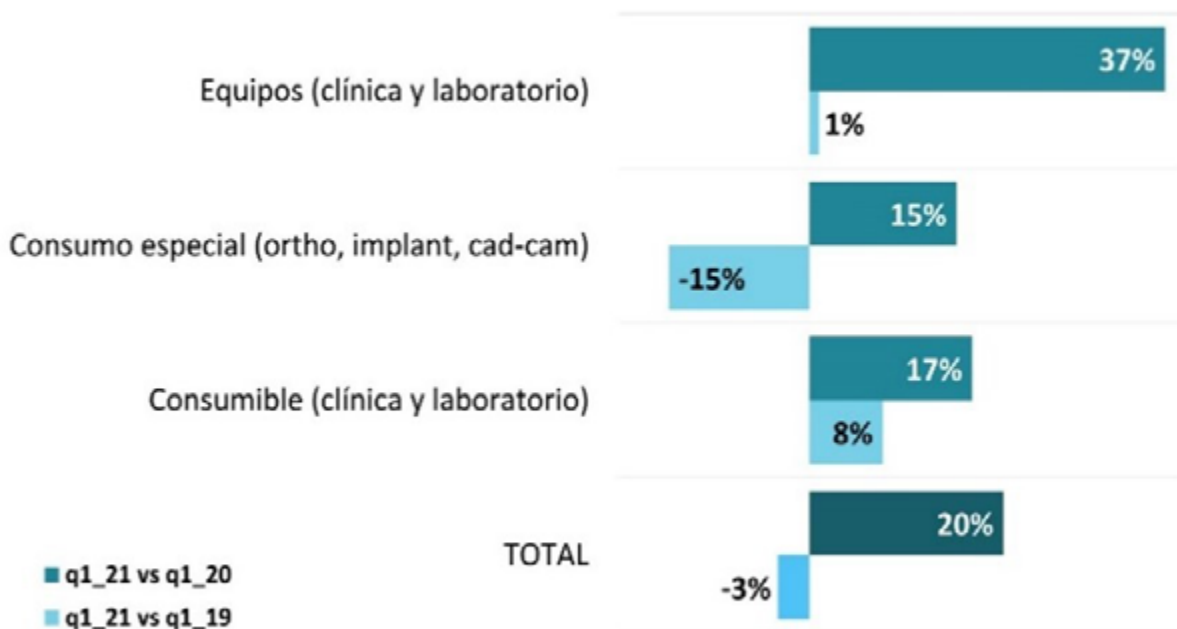
Las tendencias del 2021, comparándolas con el primer trimestre de 2019, siguen revelando una disminución en el sector del “consumo especial” (-15%), particularmente en los implantes, aunque es un segmento que ralentiza su decrecimiento.

El buen resultado de los equipos se encuentra fuertemente influido por el desarrollo de los equipos de Cad-Cam, para los que se detecta

un marcado crecimiento (+30%) con respecto a los niveles previos a la pandemia.

El consumo clínico y de laboratorio muestra también niveles muy similares a los de 2019. Aunque el notable incremento en la comercialización de EPI's y productos de higiene y desinfección logra impulsar el conjunto del segmento hasta un +8%. Por otra parte, el signo negativo que sigue marcando la evolución de las ventas en equipos de tipo más tradicional indica que, a pesar de la esperanza en la recuperación, los dentistas podrían estar esperando señales más claras de una evolución positiva antes de realizar inversiones de este tipo.

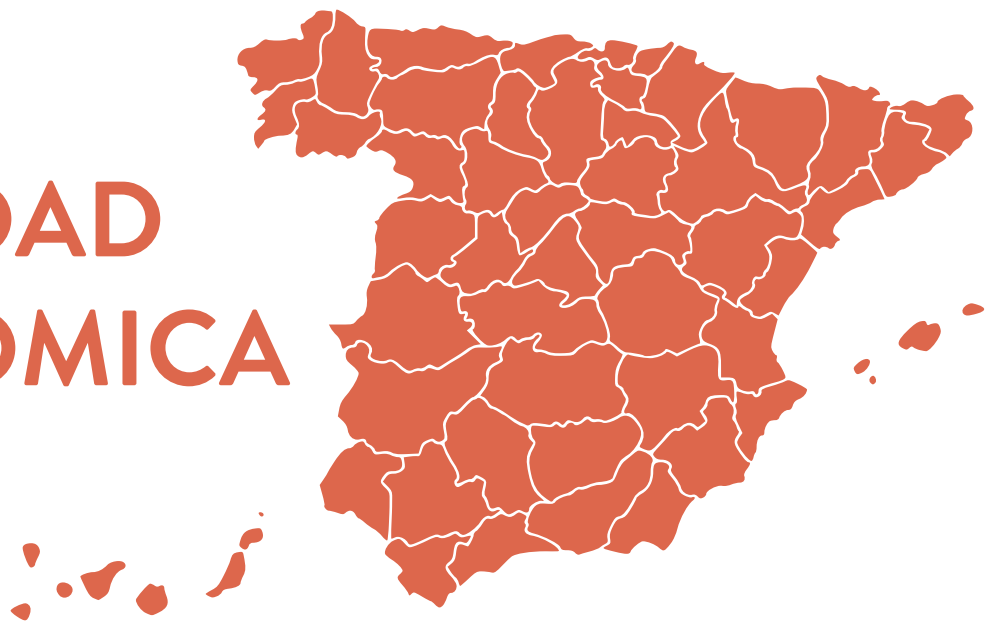
### Tendencias primer trimestre 2021



www.dentalmonitor.com



# SANIDAD AUTONÓMICA



## El Sespa amplía el sistema de evaluación de carrera profesional

**A**sturias aprueba el sistema de evaluación aplicable al desarrollo profesional para un mayor número de sanitarios y empleados del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa). La medida afecta al personal estatuario sanitario de los grupos profesionales C y D y del personal estatuario no sanitario de gestión y servicios, según ha publicado el Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA).

La publicación viene precedida del acuerdo de consejo de Gobierno del pasado 26 de marzo. El objetivo de la medida es mejorar la gestión de las instituciones sanitarias “utilizando el desarrollo profesional como un mecanismo de motivación de los profesionales que diferencia el trabajo que cada uno de ellos aporta a la organización”, según el documento.

El Sespa ha establecido criterios y fórmulas de evaluación que recogen el reconocimiento de la experiencia de los profesionales, formación y habilidades organizativas y el cumplimiento de objetivos en la organización en la cual prestan servicios.

Además, en el momento de desarrollar las materias y criterios de evaluación del desarrollo profesional se ha tenido en cuenta la exigen-

cia que las nuevas formas organizativas plantean. Entre estos aspectos destacan el establecer un sistema de desarrollo profesional basado en el progreso de las aptitudes interpersonales y de la formación personal con una perspectiva humana.

Entre las líneas estratégicas del sistema sanitario asturiano se encuentran el impulsar los procesos de mejora continua y el uso eficiente de los recursos, orientar la organización hacia el futuro, fomentando la investigación y la innovación, y promover una mayor implicación de los profesionales.

El sistema de evaluación del desarrollo profesional es un mecanismo que compagina la consecución de los objetivos estratégicos de la organización y de la excelencia profesional con el derecho legítimo de los profesionales a ver reconocidos sus esfuerzos y a progresar de forma individual y voluntaria.

El sistema de evaluación, que ya comprendía al personal estatuario sanitario de los grupos profesionales A y B, está dividido en tres bloques que evalúan la actividad y competencias en la práctica profesional, la implicación y contribución a la eficacia de la organización y el desarrollo y transferencia de conocimiento, respectivamente.



## El hospital HLA La Vega y el centro sociosanitario HLA Belén consiguen la certificación ISO 45001 de Seguridad y Salud en el Trabajo

**E**l hospital HLA La Vega y la clínica HLA Belén (Murcia) han adquirido la nueva norma ISO 45001 de AENOR para la gestión de sus riesgos de seguridad y salud en el trabajo, con la finalidad de ser más eficientes, reducir accidentes y enfermedades y aumentar la operatividad al disminuir las situaciones de emergencia, así como las bajas laborales.

La crisis del coronavirus ha puesto de manifiesto la importancia de gestionar y priorizar los riesgos en materia de salud y seguridad en el trabajo. “Para nuestros centros, cuidar de las personas del equipo siempre ha sido una prioridad.

Si cabe, en este año marcado por la extensión del SARS-CoV-2, aún ha tenido mayor relevancia. Por tanto, me siento muy orgulloso de que, a pesar de seguir luchando contra el coronavirus con profesionalidad y compromiso tanto por parte del equipo de HLA La Vega como de HLA Belén, hayamos sido capaces de conseguir esta exigente acreditación”, palabras del Dr. Pedro Mateo, director médico de ambos centros de HLA.

La norma ISO 45001 facilita que las organizaciones reduzcan el índice de lesiones, enfermedades y muertes relacionadas con el trabajo; minimicen los riesgos relacionados y, por ende, se mejore el desempeño y la efectividad laboral. Además, suponen el compromiso con la sostenibilidad y responsabilidad empresarial con los trabajadores mediante la toma de conciencia y el desarrollo de la cultura preventiva.

La certificación 45001 no es la única con la que cuentan los centros HLA de Murcia, tanto Belén como La Vega, disponen de las normas ISO 9001 en sistema de gestión de la calidad, ISO 14001 de medio ambiente, UNE 179003 en seguridad para el paciente así como la certificación para sus protocolos frente a la COVID-19 tras superar el proceso de exhaustivas auditorías y demostrar que cuenta con todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad de sus empleados y pacientes frente a la pandemia. Por su parte, HLA La Vega también cuenta con la acreditación Quality Healthcare (QH) 2 estrellas que otorga el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y con el Sello de Excelencia Europea 400+.



## El Hospital Rey Juan Carlos realiza su primera cirugía de estimulación cerebral profunda

Un equipo multidisciplinar del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en Madrid ha desarrollado con éxito la primera cirugía de estimulación cerebral profunda que se lleva a cabo en este centro hospitalario. El equipo, formado por neurocirujanos, neurólogos, neurofisiólogos, neuropsicólogos, anes-tesistas y radiólogos, ha intervenido a una pa-ciente de 64 años con temblor esencial desde los 16 años, lo que le ha impedido llevar una vida normal y que, tras la operación, ha me-jorado muy significativamente su calidad de vida.

“Antes de operarse, la paciente requería ayuda para realizar actividades tan habituales como peinarse, comer o beber; tras la intervención quirúrgica, y mediante la estimulación de áreas muy concretas de su cerebro, la pacien-te ya puede realizar todas estas actividades sin ayuda”, explica Mónica Lara Almunia, especia-lista del Servicio de Neurocirugía de este cen-tro hospitalario.

La estimulación cerebral profunda consiste en insertar uno o dos electrodos en el cere-bro, conectados a una batería que se implanta subcutáneamente. Desde el hospital, explican que esta técnica permite mejorar el control de los síntomas incapacitantes de diversas enfer-

medades mediante la estimulación eléctrica, para su regulación, de grupos de neuronas si-tuados en regiones de localización profunda, ya sea en el interior del tronco cerebral -zona del cerebro encargada de coordinar las funcio-nes vitales del cuerpo y de su desarrollo auto-mático- o próximas a él.

Según la especialista, este procedimiento ofrece dos claras ventajas. Por un lado, Lara explica que supone una mejoría de los sín-tomas, “en la gran mayoría de casos en los que el resultado de la intervención es satisfactorio, hasta en un 80 por ciento, o incluso, puntual-mente, en un cien por cien”. Por otro lado, el método ayuda a reducir la medicación diaria que debe tomar, “lo que supone una enorme recuperación de su calidad de vida”, apunta Lara, responsable de la operación, llevada a cabo recientemente.

En este caso, tras más de 6 horas en quirófano, la primera paciente operada con esta técnica en el Rey Juan Carlos permaneció ingresada unos días en el hospital con revisiones diarias para confirmar los resultados y evolución sa-tisfactorios antes de ser dada de alta. El pro-ceso postoperatorio se completa con visitas semanales y mensuales con los servicios im-plicados.



# BIBLIOTECA



## La transformación del marketing sanitario. Cómo los datos son el petróleo del Siglo XXI

José María Martínez García y Lorena Pérez Campillo

**E**l marketing sanitario está en continua evolución. Ello se debe, fundamentalmente, a que surgen de forma continuada nuevas herramientas tecnológicas que complementan y mejoran los planteamientos tradicionales, permitiendo anticiparse más a los hechos, disminuir costes y facilitar la simulación de estrategias, donde la aplicación de *analytics* y *big data* juegan un papel protagonista junto al Internet de las cosas y la inteligencia artificial.

Este libro resulta de gran utilidad en actividades de formación y de consulta en un área de la economía de enorme trascendencia como es el cuidado de la salud, donde el marketing y la digitalización se han incorporado con retraso respecto a otros sectores y de forma no tan transparente como exige la sociedad actual, dada la estructura poco flexible que predominaba y los prejuicios que existían hacia ciertas actividades.

Y todo ello dentro de un marco legal muy restrictivo en algunas áreas al existir legislaciones no revisadas desde hace bastante tiempo o inexistentes que también se muestran en el libro.



## COVID, la historia de nuestros héroes

Grupo Sanitario Ribera Salud

**E**l grupo sanitario Ribera Salud ha publicado el libro 'Covid: la historia de nuestros héroes', un testimonio escrito y gráfico de los primeros meses de la pandemia en sus hospitales de la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y Galicia, en forma de homenaje a sus profesionales y a todos aquellos que trabajaron para frenar este virus.

Esta publicación rinde homenaje a los sanitarios de este grupo hospitalario y a todos los profesionales de la Sanidad en general, por la eficaz respuesta que tuvieron y tienen para hacer frente a la primera pandemia del siglo XXI y que deja ya millones de vidas en todo el mundo.

Este libro es el testimonio escrito y gráfico de los primeros meses de la pandemia y narra cómo afrontó este grupo sanitario la gestión de la crisis desde el momento en el que se detectó el primer paciente de la COVID-19 de España en uno de sus hospitales, el madrileño Hospital Universitario de Torrejón.





SUSCRÍBETE GRATIS

suscribirse >