

¿Cómo aportan valor los pacientes?



El termómetro:
Más Europa para una mejor Sanidad

Marketing sanitario:
Personalización: la estrategia de éxito

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos

Alfonse Jaén, Margarita

Secretaria General de FENIN

Álvarez Novoa, Iria

Government Affairs and Market Access
Director de Astellas Pharma

Arnés Corellano, Humberto

Presidente de SIGRE

Avilés Muñoz, Mariano

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

Bando Casado, Honorio-Carlos

Académico de varias Reales Academias de España y miembro de la Junta Directiva de la AEF

Carrero López, Miguel

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

Castro Reino, Óscar

Presidente del Consejo General de Dentistas

Cobo Castro, Tomás

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

Comas, Juan

Editor-director de Revista Sector Ejecutivo

Cruz Martos, Encarnación

Directora General de BIOSIM

De Lorenzo y Montero, Ricardo

Presidente de Honor de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

De Rosa Torner, Alberto

Director Ejecutivo Europeo Grupo Sanitario Ribera

Domínguez-Gil González, Beatriz

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Fernández-Pro Ledesma, Antonio

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

Franco Fernández-Conde, Antonio

CEO Luzán 5 Health Consulting

García Giménez, Víctor

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

Garrido López, Pilar

Presidenta de la FACME

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

Gilaberte, Yolanda

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

Lorenzo Garmendia, Andoni

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Martínez Solana, María Yolanda

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

Millán Rusillo, Teresa

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego

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

Navarro Rubio, M^a Dolores

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

Peña López, Carmen

Inmediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Pérez Raya, Florentino

Presidente del Consejo General de Enfermería

Pérez-Villacastín, Julián

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Pey Sanahuja, Jaume

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

Polanco Álvarez, Ana

Presidenta de ASEBIO

Polo García, José

Presidente de SEMERGEN

Revilla Pedreira, Regina

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

Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis

Secretario General de la AESEG

Rodríguez García-Caro, José Isaías

Consejero en LLORENTE&CUENCA

Ruiz García, Boi

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

Rus Palacios, Carlos

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

Sánchez Chamorro, Emilia

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

Smith Aldecoa, Borja

Director General de Bio Innova Consulting

Somoza Gimeno, Asunción

Establish Market Implementation Astellas Pharmaceutical

Truchado Velasco, Luis

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

Vallès Navarro, Roser

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

Yermo Fuentes-Pila, Juan

Director General de Farmaindustria

PRESIDENTE

José M^a Martínez García

DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

DIRECTORA DE OPERACIONES

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

REDACTORA JEFE

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

REDACCIÓN Y DISEÑO

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

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

EDITA

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

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN SANITARIA

Dilenny Camacho Diplán,
Directora Fundadora Gestionando Salud



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



Blanca Fernández-Lasquetty,
Directora de EnferConsultty y Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).



Carmen Ferrer Arnedo,
Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del HC de Cruz Roja de Madrid y Codirectora del Máster de Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias de la UPSA. Campus de Madrid.



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



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



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



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



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



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



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



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



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



Paula Suárez García,
Fundadora de MKT Salud.



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



EXPERIENCIA DEL PACIENTE

José Luis Baquero Úbeda,
Responsable del área de Responsabilidad Social Corporativa de la Fundación Internacional de Artrosis (OAFI) y de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR).



Carlos Bezos Daleske,
CEO Instituto para la Experiencia del Paciente.



Andoni Lorenzo Garmendia,
Presidente de Foro Español de Pacientes.



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



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



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Antonio Burgueño Jerez, Director de Enclave Salud y del Proyecto Venturi.



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



Lorena Pérez Campillo,
Doctora en Derecho. Investigadora Cátedra Genoma Humano UPV/EHU. Profesora Mentora ESADE. Abogada ICAM.



Verónica Pilotti de Siracusa,
Especialista clínico de ventas en Masimo.



Juan Carlos Santamaría, Director de Comunicación de Inithhealth (Grupo Inith) y Cofundador de Health 2.0 Basque.



DERECHO

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



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



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



Carlos Lázaro Madrid,
Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza.



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

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



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



Jaime Puente y C.,
Socio Director de BAsideU.



POLÍTICAS DE CALIDAD

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



Joaquim Bañeres Amella,
Director del Instituto Universitario Avedis Donabedian y Director de la Cátedra de Investigación Avedis Donabedian de la Facultad de Medicina de la UAB.





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

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

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

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

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

 **astellas**
Changing tomorrow

- 6** **Gestión**
A propósito del propósito
- 8** **El termómetro**
Más Europa para una mejor Sanidad
- 14** **Enfermería**
¿Qué esperan los ciudadanos de los gestores sanitarios?
- 20** **Innovación y diabetes**
Sistemas de monitorización de diabetes, la importancia de su seguridad
- 22** **RRHH-Talento digital y vintage**
Las competencias profesionales
- 24** **En profundidad**
La crisis de los profesionales de medicina y de enfermería
Relevancia del hierro y músculo en la salud articular
Qué saber de las quemaduras
- 39** **Marketing sanitario**
Personalización: la estrategia de éxito en marketing sanitario
- 41** **Derecho sanitario**
Las leyes y su actualización
- 43** **Entrevista**
José María Abad Díez, Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón
- 53** **Nuestros encuentros con expertos**
El abordaje terapéutico de la leucemia mieloide aguda, a debate en Madrid
El proceso asistencial del paciente con anemia asociada a la enfermedad renal crónica
- 63** **En portada**
¿Cómo aportan valor los pacientes?
- 67** **Noticias**
- 74** **Lo más visto en las redes**
- 75** **Economía**
- 77** **Sanidad autonómica**
- 79** **Biblioteca**



A propósito del propósito

Francisco Javier Valbuena Ruiz

Es indudable que los tiempos en la gestión de talento han cambiado, están cambiando y cambiarán sustancialmente. Entre otras cosas porque la sociedad evoluciona, avanza, aunque en alguna ocasión nos planteemos si el lugar hacia el que se encamina no es el que deseáramos.

Las nuevas generaciones de médicos y enfermeras son sustancialmente diferentes en valores y prioridades a las generaciones del siglo pasado. Tenemos los profesionales de más alto nivel de la historia, con unos expedientes académicos estratosféricos y una capacidad científica como jamás antes la hemos tenido. Ahora solamente nos queda que esa erudición de los formados se convierta en excelencia en la práctica clínica, como por lógica se debería producir.

La gestión del talento es clave en la gestión sanitaria, me atrevería de decir que un 80% del éxito de un gestor o gestora está en su capacidad de liderazgo, sea este en un centro hospitalario, en un centro de atención primaria, con responsabilidades a nivel autonómico o en un grupo hospitalario de ámbito nacional. Una característica primordial de la Sanidad es que es intensiva en talento. Muchas veces se deriva el foco hacia la tecnología, los recursos materiales, las instalaciones, la logística, etc., y ciertamente, todo ello, es de una importancia grandísima en la prestación sanitaria. Pero, sin ninguna duda, la característica con importancia capital es la gestión del talento, miles de personas con un nivel intelectual y formativo altísimo al servicio de un mismo fin. O así debería ser. Este tiempo en que todos hablan de la Inteligencia Artificial,

es un buen momento para plantearnos cómo gestionar una inteligencia nada artificial, la Inteligencia Emocional.

Se habla hasta la saciedad de las ineficiencias de los sistemas sanitarios, incluso en la gestión de la sanidad privada, pero lo cierto es que la mayor de las ineficiencias a la que debemos hacer frente es, sin ningún género de duda, el hecho de que miles de personas alineen sus esfuerzos y conocimiento en la misma dirección que la organización a la que pertenecen. Las grandes organizaciones sanitarias, adolecen en muchísimos casos de líderes comprometidos y coherentes con la misión de la organización. Para empezar, no son pocos los profesionales vinculados que desconocen totalmente la misión que se ha marcado la institución a la que se vinculan. Si no la conocemos, malamente encaminaremos nuestro quehacer diario a su consecución.

Los profesionales sanitarios, si no son correctamente liderados, reducen su actividad profesional al desarrollo en un determinado espacio físico de su especialidad médica o enfermera, atendiendo pacientes de forma sistemática y poco vinculada a un fin, a un propósito, que no sea curar o cuidar; con los medios de que se dispone, y en una estructura organizativa que le viene dada. Desde la gestión pedimos eficiencia, sin dar herramientas; pedimos eficacia sin marcar objetivos claros; y lo que es peor, pedimos excelencia privando a los sanitarios del tiempo suficiente para alcanzarla. Delegamos la responsabilidad de la visión que la ciudadanía tiene de nuestra gestión, en la prestación administrada por los profesionales y exigimos más y más, sin que en muchas ocasiones demos a cambio los medios precisos para ese desempeño que requerimos.

No existe la mejora en la experiencia del paciente o la humanización de la salud, sin una magnífica experiencia de empleado. Solamente se puede producir una adecuada experiencia de empleados si se dispone de mandos que lideren hacia la excelencia, gerentes líderes, directivos y directivas corporativos o de las consejerías que lideren de forma excepcional. Que desde la coherencia y el compromiso hagan íntegramente suyo el propósito de la organización y sean capaces de transmitirlo en cada gesto a sus colaboradores. Líderes que acompañen en los procesos de crecimiento profesional, pero también personal. Líderes que inspiren y fomenten la innovación y creación. No podemos tener profesionales con una curva de aprendizaje de más de 10 años haciendo trabajos repetitivos sin que se genere valor añadido.

En no pocas ocasiones lo que nos encontramos en las organizaciones sanitarias son managers que planifican, organizan y coordinan las tareas. Buscan la eficiencia en la actividad, desde un punto de vista exclusivamente metodológico. Estas funciones son importantes, pero no son las propias de un líder.

La actividad sanitaria sigue siendo a día de hoy tremendamente piramidal, jerárquica. Este modelo organizativo es, sin duda, el más eficaz, pero también el menos productivo desde un punto de vista de generación de conocimiento, de puesta en valor de las capacidades de las personas y por consiguiente, el menos eficiente en términos económicos y de excelencia asistencial. Las tremendas rigideces de la contratación pública hacen que en demasiadas ocasiones la gestión de talento sea meramente un acto administrativo en la sanidad pública; lo cual ata de pies y manos a los mandos que deberían liderar esta gestión del talento. Resultándoles casi imposible favorecer la progresión por méritos y fomentar el liderazgo creativo, innovador e investigador. A su vez, en la gestión privada, si bien esta rigidez no existe, la mera escasez de profesionales hace que, en muchas ocasiones, no se tenga la capacidad para gestionar el talento con libertad.

El incremento exponencial de la demanda hace que nuestros equipos se centren en “defender el fuerte” como buenamente pueden, sin tiempo apenas para levantar la mirada y tener una perspectiva más a largo plazo. Ni que decir tiene, que no hay tiempo para la reflexión estratégica y buscar el alineamiento con el propósito de la institución. Damos por sentado que tenemos un único propósito todos los que nos dedicamos al noble servicio de la sanidad, y no debería de ser así.

“

El 80% del éxito de un gestor o gestora está en su capacidad de liderazgo

”

Cada institución debe buscar y encontrar su propósito, el suyo, único y específico. Para una vez fijado, fomentar que toda la institución se encamine en esa misma dirección. Que todas las personas remen hacia ese puerto, sin líneas tangenciales, sin frenos, sin fisuras que provoquen vías de agua.

Las personas deseamos que nuestro trabajo, nuestro desempeño profesional, al que dedicamos muchísimo tiempo de nuestra vida, tenga un propósito claro, nítido y perfectamente identificado. Que además esté alineado con nuestro propósito vital, nuestros valores y nuestro plan de vida. Por esta razón, se debe aprovechar también la oportunidad de explicitar la relación que cada uno tiene con el trabajo, para que converja con el propósito de la institución. Una vez tengamos esto bien definido, las organizaciones han de garantizar líderes que sean capaces de acompañar a las personas en esa dirección. Liderazgos que aglutinen, que impulsen, que señalen el camino hacia ese propósito en el que toda la organización cree.

Sin ninguna duda, los jóvenes sanitarios llegan cargados de conocimiento y buenos propósitos, con las ideas más claras que nunca. ¿Serán las instituciones sanitarias capaces de adaptarse a la realidad y captar talento basadas en los valores, el propósito y unos liderazgos coherentes e inspiradores?

Director de Nueva Oferta Asistencial y Clientes de
Hospitales Parque.
jvalbuena@valbuena.org



Más Europa para una mejor Sanidad

Fernando Mugarza Borque

La Sanidad suele ser un tema recurrente en los debates políticos y sociales de Europa. Las cuestiones relacionadas con la financiación de los sistemas de salud, la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, la calidad de la atención médica y la sostenibilidad de los sistemas son asuntos que generan discusiones y preocupaciones en la sociedad europea.

En Europa, la percepción de la Sanidad como un tema de especial preocupación puede variar entre los diferentes países y contextos socioeconómicos. Sin embargo, en general, la salud y el sistema de atención médica son temas de gran importancia para la población europea.

En muchos países europeos, la Sanidad es considerada un derecho fundamental y un pilar clave del Estado del Bienestar. Los ciudadanos europeos esperan recibir atención médica de calidad, accesible y asequible. Además, la percepción de la Sanidad como un tema de preocupación se ha intensificado en los últimos años debido a diversos factores.

Uno de estos factores es el envejecimiento de la población en muchos países europeos. El aumento de la esperanza de vida ha llevado a un incremento en la demanda de servicios de salud y cuidados a largo plazo. Esto ha generado preocupaciones sobre la sostenibilidad y financiamiento de los sistemas sani-

tarios, así como la calidad de la atención proporcionada a los ciudadanos mayores.

Otro factor importante es la creciente carga de enfermedades crónicas y no transmisibles en Europa, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Estas enfermedades requieren un enfoque integral y continuo de atención médica, lo que plantea desafíos adicionales para los sistemas de salud europeos.

Además, las brechas de acceso a la atención médica entre diferentes grupos socioeconómicos y regiones también pueden influir en la percepción de la sanidad como una preocupación en Europa. Aunque muchos países europeos tienen sistemas de atención médica universal, persisten desigualdades en el acceso a servicios de calidad, especialmente para aquellos en situaciones socioeconómicas desfavorecidas o áreas rurales.

La pandemia del COVID-19 ha acentuado aún más la importancia de la Sanidad en Europa. La crisis sanitaria ha evidenciado las deficiencias en los sistemas de atención médica, así como la necesidad de una respuesta coordinada y efectiva a nivel nacional y europeo. El impacto de la pandemia en la salud física y mental de la población, así como en la economía, ha aumentado la conciencia sobre la importancia de contar con sistemas sanitarios ro-

bustos y preparados para hacer frente a situaciones de emergencia.

En resumen, aunque la percepción de la Sanidad como un tema de especial preocupación puede variar en Europa, existe una conciencia generalizada sobre la importancia de la salud y los sistemas de atención médica. El envejecimiento de la población, la carga de enfermedades crónicas, las desigualdades en el acceso y la experiencia de la pandemia del COVID-19 han contribuido a que la Sanidad sea un tema relevante y prioritario en la agenda europea.

El futuro cercano de nuestro sistema de salud en este contexto postpandemia es un tema complejo, poliédrico y multifactorial. Si bien la pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la forma en que se brinda la atención médica, también ha creado oportunidades para el cambio y la mejora en los sistemas de salud.

La pandemia ha resaltado la importancia de la salud pública y la necesidad de fortalecerla. Es probable que veamos un aumento en la inversión en infraestructura de salud pública, como la creación de centros de control de enfermedades, la mejora de la vigilancia epidemiológica y la promoción de la investigación en salud pública. Se espera que haya un mayor enfoque en la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables.

También ha acelerado la adopción de la telemedicina y la digitalización en el ámbito de la salud. Es probable que esta tendencia continúe en el futuro cercano, con un mayor uso de la tecnología para brindar atención médica a distancia, monitorización remota de pacientes, consultas virtuales y acceso a registros médicos electrónicos. La telemedicina puede ayudar a mejorar el acceso a la atención médica, especialmente en áreas rurales o con recursos limitados.

La experiencia de este periodo dramático de nuestra historia más reciente ha destacado la importancia de la preparación y la resiliencia en el sistema de salud. Es probable que se invierta más en la preparación para futuras pandemias y emergencias de salud pública, incluida la creación de reservas estratégicas de suministros médicos, la mejora de la capacidad de pruebas y seguimiento de enfermedades, y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta rápida.

La pandemia ha puesto de relieve las desigualdades existentes en el acceso a la atención médica. En el futuro cercano, es probable que se haga hincapié en abordar estas disparidades y garantizar una atención médica equitativa para todos. Esto puede implicar la implementación de políticas y programas que reduzcan las barreras de acceso, mejoren la atención en comunidades desfavorecidas y promuevan la igualdad de oportunidades en salud.

En general, el futuro cercano de los sistemas de salud postpandemia está marcado por la necesidad de adaptarse y aprender de las lecciones que hemos recibido. Si bien existen desafíos y cambios por delante, también hay oportunidades para fortalecer y mejorar nuestros sistemas de salud en beneficio de todos.

Un aspecto destacado de la encuesta sobre sistemas sanitarios europeos realizada por la Fundación IDIS es el énfasis que hacen sus ciudadanos en la necesidad de colaboración y coordinación a nivel europeo en materia sanitaria y el hecho de que Europa asuma más competencias en términos de salud y Sanidad.

Espacio europeo de datos sanitarios

Una derivada muy relevante para tener en cuenta es el contexto del “Espacio europeo de datos sanitarios”, una iniciativa supranacional que plantean varias propuestas con el objetivo de mejorar la interoperabilidad y el intercambio seguro de datos de salud entre los países miembros de la Unión Europea para un uso primario (asistencial) o secundario (investigación). Algunas de estas propuestas incluyen:

- 1. Interoperabilidad:** Se busca establecer un marco común para garantizar la interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria en toda Europa. Esto implica la adopción de estándares y normas técnicas que permitan la comunicación fluida y segura de datos entre diferentes sistemas y proveedores de servicios de salud.
- 2. Identificación única de pacientes:** Se plantea la creación de una identificación única para cada paciente en Europa, de manera que su información médica pueda ser accesible y compartida de forma precisa y segura en todos los países de la UE. Esto facilitaría el seguimiento y la continuidad



de la atención sanitaria, especialmente en casos de movilidad de pacientes entre países.

3. Acceso transfronterizo a la información sanitaria: Se propone establecer mecanismos y herramientas que permitan a los profesionales de la salud acceder a la información médica de los pacientes de otros países de la UE cuando sea necesario. Esto podría ser especialmente útil en situaciones de emergencia o cuando los ciudadanos se desplacen temporalmente a otro país y requieran atención médica.

4. Infraestructuras y servicios de datos: Se plantea el desarrollo de infraestructuras y servicios de datos que faciliten el intercambio seguro y la gestión eficiente de grandes volúmenes de datos sanitarios. Esto incluye la utilización de tecnologías avanzadas como el análisis de datos, la inteligencia artificial y el aprendizaje automático para mejorar la investigación, la toma de decisiones clínicas y la salud pública.

5. Protección de datos y privacidad: En todas las propuestas, se hace hincapié en la protección de datos personales y la privacidad de los pacientes. Se busca garantizar que cualquier intercambio de datos se realice de acuerdo con las normativas de protección de datos de la UE, como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR), y se implementen medidas de seguridad adecuadas para salvaguardar la confidencialidad y la integridad de la información.

Biografía de salud, historia clínica única interoperable y continuidad asistencial en Europa

En este marco de referencia de interoperabilidad que nos plantea Europa surgen conceptos como el de biografía de salud, o lo que es lo mismo, un enfoque integral y continuo para mantener un registro detallado de la historia médica y de salud de una persona a lo largo de toda su vida. Va más allá de la información clínica tradicional y abarca aspectos como antecedentes familiares, estilo de vida, factores de riesgo, eventos médicos significativos, tratamientos pasados

y actuales, resultados de pruebas, medicamentos recetados y cualquier otra información relevante para la salud de la persona.

La biografía de salud tiene como objetivo proporcionar una visión global y comprensiva de la salud de un individuo, permitiendo a los profesionales de la salud tomar decisiones más informadas y personalizadas sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. Además, también puede ayudar a los propios pacientes a tener un mayor conocimiento y control, así como a facilitar la comunicación y la coordinación entre diferentes proveedores de atención médica.

Por otro lado, la historia clínica digital interoperable refiere la versión electrónica y digitalizada de la biografía de salud de un individuo, que es accesible y compartida de manera segura entre diferentes sistemas de información de salud y proveedores de atención médica. La interoperabilidad se refiere a la capacidad de estos sistemas para comunicarse, intercambiar datos y utilizar la información de manera efectiva y coherente.

La historia clínica digital interoperable busca superar las limitaciones de los registros en papel o sistemas aislados, permitiendo que la información de salud de una persona se comparta y esté disponible de manera rápida y segura en diferentes entornos de atención médica. Esto puede facilitar la continuidad de la atención, evitar repeticiones innecesarias de pruebas y tratamientos, reducir errores y mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud y la propia experiencia del paciente en su tránsito por el sistema.

Una de las iniciativas más relevantes en la actualidad dentro de este contexto es la continuidad asistencial y cómo se promueve. La continuidad asistencial supone la coordinación efectiva y fluida de la atención médica a lo largo del tiempo y en diferentes niveles asistenciales, con el objetivo de garantizar una atención integral y sin interrupciones para el paciente. Es un concepto fundamental en el ámbito de la salud, ya que busca evitar la fragmentación de la atención y mejorar la calidad y la seguridad de los cuidados. Refiere aspectos clave como la coordinación y comunicación efectiva entre agentes de salud públicos y

privados para garantizar una atención integral y sin interrupciones a los pacientes.

En el sistema sanitario actual, la continuidad asistencial implica que los profesionales de la salud, tanto en atención primaria como en atención especializada, en un entorno público o privado, trabajen de forma sinérgica para proporcionar una atención coherente y sin brechas a los pacientes. Esto implica compartir información relevante, coordinar la atención entre diferentes especialidades y niveles de atención, y asegurar una transición fluida entre diferentes servicios y entornos de atención.

En resumen, la continuidad asistencial en nuestro sistema sanitario implica la coordinación efectiva entre los diferentes proveedores de atención médica y niveles de atención para proporcionar una atención integral y sin interrupciones a los pacientes.

En este sentido, la Fundación IDIS promueve la continuidad asistencial a través de iniciativas que fomentan la interoperabilidad, la coordinación, la integración de la atención y la comunicación entre los diferentes niveles y actores del sistema de salud. Estas acciones contribuyen a mejorar la experiencia del paciente y a optimizar los resultados de salud.

One Health (Una Salud) – Europa

One Health, o lo que es lo mismo "Una Salud", es un enfoque innovador, transversal, que reconoce la estrecha relación entre la salud humana, animal y ambiental. Este concepto se basa en la premisa de que la salud de todos estos componentes está interconectada y, por lo tanto, deben abordarse de manera integrada para garantizar un bienestar óptimo para todos.

La salud humana, animal y ambiental están intrínsecamente vinculadas debido a la interacción constante entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente en el que vivimos. Las enfermedades pueden propagarse entre especies, y los problemas ambientales como la contaminación y el cambio climático pueden tener un impacto negativo en la salud tanto de las personas como de los animales.

La implementación del enfoque *One Health* implica una colaboración estrecha y coordinada entre profe-



sionales de la salud humana y veterinaria, así como expertos en medio ambiente y otras disciplinas relacionadas. Abordar los desafíos que enfrentamos en términos de enfermedades zoonóticas (aquellas que se transmiten entre animales y humanos), la resistencia a los antimicrobianos, la seguridad alimentaria y otros problemas de salud pública son clave.

Un ejemplo destacado de la importancia de *One Health* es la respuesta global a la pandemia de COVID-19. El virus SARS-CoV-2 se originó en animales y se propagó después a los seres humanos. Esta crisis sanitaria ha resaltado la importancia de una colaboración estrecha entre epidemiólogos, médicos, veterinarios y científicos ambientales para comprender y abordar eficazmente la propagación del virus.

Además de las enfermedades zoonóticas, el enfoque *One Health* también se centra en la salud ambiental. La degradación del medio ambiente, incluida la deforestación, la contaminación del agua y el aire, y

el cambio climático, pueden tener efectos adversos tanto en la salud humana como en la salud animal. La implementación de prácticas sostenibles y la protección de los ecosistemas son fundamentales para garantizar un futuro saludable y sostenible para todas las formas de vida en nuestro planeta.

El enfoque *One Health* también reconoce la importancia de la educación y la conciencia pública. Promover la comprensión de las interconexiones entre la salud humana, animal y ambiental puede ayudar a generar cambios positivos en los comportamientos y actitudes hacia el cuidado y la preservación de nuestro entorno y la salud de todas las especies.

En resumen, *One Health* es un enfoque integral y colaborativo que busca abordar los desafíos de salud desde una perspectiva amplia y multidisciplinaria. Reconoce la estrecha relación entre la salud humana, animal y ambiental, y aboga por una cooperación estrecha entre diferentes sectores para garantizar un bienestar óptimo para todos. Al adoptar este enfoque, podemos enfrentar de manera más efectiva los desafíos actuales y futuros en salud pública, proteger nuestro medio ambiente y promover una coexistencia armoniosa entre todos los seres vivos.

Prueba de ello es la “Plataforma *One Health*”, una red de ámbito estatal “formada actualmente por más de 150 entidades adscritas, entre las que destacan empresas, organismos oficiales y otras instituciones, con un carácter interdisciplinar e intersectorial que requiere este enfoque integral de la salud que promueve el concepto ‘Una Sola Salud’. Una estrategia encaminada a reforzar las medidas preventivas y en la que son elementos clave la gobernanza, el trabajo en equipos formados por profesionales de las diferentes disciplinas para abordar la salud desde todas las perspectivas posibles, la colaboración público-privada y el compromiso de la sociedad”.

MD, PhD, MBA. Director de desarrollo corporativo y comunicación (Fundación IDIS). Profesor de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas (ICAI-ICADE). Ex-presidente y Miembro de Honor de Forética.

fmugarza@fundacionidis.com

minds

a Health Service by Ribera

¿Te sientes estresado en tu día a día? ¿Notas tristeza o ansiedad?

Tu terapia psicológica online a medida con ejercicios, audios y técnicas guiadas.



Acompañamiento continuo de tu psicólogo



Seguimiento semanal por chat



Terapia psicológica:

Videoconsultas + Audios + Técnicas guiadas



¿Quieres conocer más sobre Minds?

Escanea el QR o accede desde:

riberasalud.com/minds/

#SaludResponsable





¿Qué esperan los ciudadanos de los gestores sanitarios?

Carmen Ferrer Arnedo

El jueves 22 de junio, en el Ateneo, la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS) convocó un Encuentro entre gestores y pacientes para intentar responder a la pregunta: “¿Qué esperan los ciudadanos de los gestores sanitarios?”. Entre lo que allí se dialogó y lo que, con otras herramientas como los mapas o viajes del paciente, hemos encontrado, los ciudadanos nos hacen llegar lo que consideran como “necesidad sentida”. Hoy me gustaría con este artículo que pudiésemos aproximarnos a lo que los ciudadanos nos dicen y que muchas veces parece que no llega a los gestores sanitarios.

Se trata de poner en valor aquello que es crucial a la hora de satisfacer necesidades sentidas por los ciudadanos y que, en ocasiones, resultan diferentes de lo que los profesionales gestores percibimos como una necesidad. Por ejemplo, se habla mucho de promover el buen trato y la cordialidad, pero los ciudadanos no identifican esto como necesidad sino como algo que debe ser “per se” en la relación, algo obligatorio que cuando no se produce, refleja una práctica inadecuada, sancionable, pero no se reconoce como una necesidad sentida sino como un derecho. Sin embargo, para los gestores, el enfoque es distinto, y es en estas diferencias en las que me gustaría que nos fijásemos para plantear cambios centrados en las personas.

Hace dos semanas, en esta misma revista, pudimos leer un artículo en el que se destacaba como la OMS/Europa en Bakú, Azerbaiyán habían celebrado una reunión con más de 200 representantes gubernamentales, médicos de hospitales y socios de Europa de la OMS para discutir los principales desafíos que enfrentan los hospitales en Europa.

Por supuesto, en este ambiente de gestores sanitarios, tal y como reflejaba el autor, se habló de la gestión de costos y recursos o de cómo adaptarse a las demandas cambiantes y los avances en la tecnología médica.

Una clara reflexión que se arrastra hace tiempo, y que tiene que ver con cómo los hospitales, esas estructuras que se apoyan en el concepto de la hospitalidad y del que parece que la atención médica se aleja en algunas ocasiones, también deben adaptarse y mejorar para satisfacer las necesidades cambiantes de los pacientes y de los proveedores de atención de salud.

Significa dar voz y poner oído a lo que dicen los ciudadanos y también, aprovechar la valiosa experiencia que aportan otros profesionales como son las enfermeras, líderes en la actualidad de la mayoría de los proyectos de humanización de los centros sanitarios, para entre todos ser capaces de hacer transformación.



Patricia Alonso, vocal de la junta directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), en una jornada científica afirmaba que “el ciudadano quiere ser atendido en las mejores circunstancias en el momento que lo necesita”, y para ello, “hay que tomar decisiones basadas en resultados e ineludiblemente tenemos que contar con ellos”, reconoció este miembro de una importante sociedad de gestores sanitarios en nuestro país.

Por tanto, escuchar a los ciudadanos es algo clave, el problema es cómo se realiza esta escucha, y en ocasiones cuando se realiza una mesa de ciudadanos como propuesta por AMAS, es posible que parezca que el discurso de las personas queda demasiado lejos de lo que parece ser el cometido de los gestores, es decir, trabajar con la mejor evidencia, estandarizar los procedimientos, controlar los costes, mantener un estilo de relación correcta, bien sistematizada y alineada con un plan de humanización.

Sin embargo, si bien es cierto que esto parece ser el cometido de los gestores, no es menos importante recoger aquello que preocupa a las personas de manera individual y si los gestores no somos capaces de escuchar esas necesidades sentidas, segu-

ramente el sistema perderá credibilidad y el valor que se requiere para su sostenibilidad.

Este, sin duda, es un debate que persiste y que pone sobre los hombros de los gestores la idea de que parece inevitable generar la transformación, una transformación real, que cuente con las personas, con sus necesidades individuales y que seamos capaces hacer cambio, orientado a generar estructuras más moldeables, generar centros más versátiles, menos regidos en su organización. Parece que no se duda de la necesidad de una orientación clara hacia la continuidad y la consideración del valor intrínseco que tienen no solo las estructuras hospitalarias sino la coordinación con una atención primaria de la salud, resolutive y eficaz, donde se alcancen mejores resultados para el paciente a un coste sostenible y desde un enfoque interdisciplinar.

Una organización donde las enfermeras comunitarias deberían de jugar un papel mucho más resolutive y finalista, capaz de generar eficiencia, pero también eficacia porque conocen y son capaces de aportar soluciones individuales y buenos resultados medidos en aumento de la participación, de la calidad de vida o de mejora del confort desde un cuida-

do profesional que aporta seguridad en el proceso asistencial.

Sin embargo, en Bakú se habló de satisfacción y de cambio, pero en este encuentro solo estaban gestores, un tipo de gestores que toman decisiones sobre los sistemas, pero parece que no estaban representados proveedores de servicios que no fuesen médicos y tampoco parece que hubiese ciudadanos o pacientes haciendo sus aportaciones. Puntos de vista para sumar y que pudiesen reflejar su inquietud o su insatisfacción, para realmente generar innovación y transformación.

Así pues, el jueves 22, la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria decidió celebrar una mesa de Encuentro para que sus socios, los profesionales interesados en la gestión sanitaria y pacientes, pudiesen establecer un diálogo.

No es frecuente que los gestores escuchen directamente a los ciudadanos y viceversa, los ciudadanos no suelen acceder a los gestores, es más, una de las invitadas, lo primero que dijo en su intervención: “desconocía que ustedes existían y desde luego, no tengo ni idea de lo que hace un gestor sanitario”.

Para los ciudadanos los gestores no existen, parece que sus desencuentros se quedan en las consultas generándose frustración. Pero también se aportó que se les reconocía únicamente a través de las quejas y reclamaciones, de sus respuestas, unas “tipo” y otras que son escuchadas.

Los ciudadanos confían en que este medio de comunicación, el hacer llegar quejas, puede ser útil, aunque es unidireccional. No se considera que es simplemente una respuesta estándar a una queja, sino que puede ser una oportunidad si se sabe utilizar, un medio de cambio y resolución de problemas si los gestores lo aprovechan.

También se reflejó que parece que existe una aparente distancia entre la realidad que viven y perciben los ciudadanos y la que creen conocer los gestores sanitarios. La mayoría de las veces los gestores reconocen las dificultades de los profesionales y estas, se extrapolan como problemas de los pacientes, pero esto no es del todo cierto.

“

Para los ciudadanos los
gestores no existen

”

Es importante separar los problemas de los profesionales con las demandas de los pacientes. Parece clave que se hagan análisis por separado, los pacientes acceden a los profesionales y estos son los que transmiten sus demandas a los gestores. Pero son vías contaminadas y no directas.

La preocupación de los gestores sanitarios está alineada en responder a los problemas de salud, aquello que más les preocupa por considerarse los problemas de salud más importantes que afectan a la comunidad y sobre todo, los gestores se preocupan por la existencia de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer y las cardiopatías.

Se sabe que estos problemas que son responsables de más del 70% de todas las muertes en el mundo, es decir, de la muerte de 41 millones de personas, como afirma la OMS y, por tanto, los gestores sanitarios están obligados a diseñar servicios para responder a estos graves problemas.

Así mismo, la OMS plantea a los gestores que la atención primaria de la salud puede satisfacer la mayoría de las necesidades de salud de una persona a lo largo de su vida. Se necesitan, sin duda, sistemas sanitarios con una sólida atención primaria de la salud para lograr la cobertura sanitaria universal.

Por tanto, los gestores deberían de centrar sus esfuerzos en la definición de servicios capaces de responder de una manera eficaz a estas recomendaciones, trabajar en que exista continuidad asistencial entre niveles, sin embargo, parece que hay algo más a tener en cuenta, la palabra de los ciudadanos corrientes y su percepción sobre las necesidades.

En el encuentro con los ciudadanos, para aclarar qué esperan los pacientes de unos profesionales como son los gestores se plantearon algunas ideas, una era la percepción de poca confianza y de que los profesionales de atención primaria “es como si no estuviesen bien formados”. Por tanto, se percibe la necesidad de que para resolver problemas se requiere del enfoque de un abordaje clínico multidisciplinar, significa acudir a un montón de especialistas del ámbito hospitalario, a veces sin una guía, dando tumbos, por lo que “los pacientes se encuentran como perdidos por el sistema”, sin nadie que realmente los acompañe, a veces sin tener suficiente información sobre dónde acudir o qué tener que hacer.

Se habla mucho de multidisciplinariedad, como si fuese una moda, pero no se consigue entender el dónde y cuándo o el para qué. Los gestores planteaban en el encuentro que “la Estandarización de los procesos es clave para hacer este abordaje”, sin embargo, “los pacientes reclaman una atención individualizada”, una atención concreta para cada uno y demandan, sobre todo, ser escuchados y que los profesionales sean capaces de brindar una atención con suficiente empatía. Los pacientes quieren percibir que los profesionales se ponen en sus zapatos, son capaces de responder a sus necesidades reales.

Se hace visible el problema la falta de continuidad: “En un año he cambiado 6 veces de médico de familia”, la falta de continuidad hace que no exista ningún vínculo con un profesional clave en el abordaje de un enfoque integrador de la práctica médica.

Para los ciudadanos solo existe la figura del médico y el sistema realmente solo se enfoca a los problemas de salud que estos deberían resolver. Poco

se habla de la prevención, de la promoción o del cuidado profesional de profesionales como la enfermera o de la figura del fisioterapeuta que ocupan un espacio invisible.

Existen cuatro aspectos que los pacientes ponen en valor cuando plantean lo que son características de los servicios sanitarios. La accesibilidad, la información, la participación y la atención individualizada y estos son puntos importantes.

“Para poder recoger todos los informes necesarios para tramitar una discapacidad es una odisea”, “los informes son los que proporcionan médicos especialistas del sistema público, no valen si me trata un psiquiatra privado que he necesitado contratar y al que voy porque no consigo una cita con el del seguro”.

“A veces necesitamos acudir a la privada”, “en ocasiones son los especialistas privados, a los que los pacientes deben de acudir porque el sistema está inaccesible, sobre todo para algunas especialidades con grandes listas de espera o acceder a algunas pruebas diagnósticas”. Las listas de espera son im-



portantes y los pacientes deben de recurrir a otras alternativas como seguros privados para agilizar la posibilidad diagnóstica. Los pacientes manifiestan que no tienen suficiente información sobre los tiempos que tienen para recibir un diagnóstico y esto les genera una gran incertidumbre.

Ante estas palabras, los gestores se manifiestan escépticos, no es posible, “los pacientes se van porque quieren, pero el sistema les da esa cobertura”. La respuesta es clara, el miedo, la falta de plazos claros, obligan a las personas a tomar decisiones cuando la incertidumbre no puede ser controlada.

Un tema de accesibilidad es el que supone una barrera percibida por los ciudadanos, la falta de respuesta por teléfono, básicamente en las unidades de citas “no cogen el teléfono ni en los centros de salud ni en los hospitales”. “Un cambio de cita, resulta literalmente imposible” esto manifiestan los pacientes, pero para los gestores esto no es tan importante, “lo realmente importante es que prestamos servicios de calidad científico-técnica”, sin embargo, para una persona, su cita, es muy importante, tiene que ver con perder el trabajo, con que si no acude pueden castigarle y llevarle a la lista de espera, con no saber lo que sucederá mañana. Una consulta de alta resolución no es a veces una buena solución, aunque a los gestores así se lo parezca. Por eso es importante individualizar, dialogar y escuchar.

Los ciudadanos plantean también que existe una barrera de acceso en lo relacionado con la información y la comunicación y se carece de alternativas viables para realizar aclaraciones o para intentar una coordinación con unidades especiales como salud mental, unidades del dolor o unidades de columna. Existe, en su opinión, lugares de difícil acceso que parecen inexistentes o se desconoce realmente su objetivo y utilidad, no hay información suficiente por lo que con esas unidades se genera frustración e incluso desconfianza.

Los gestores escuchan a los suyos, pero desconocen nuestra realidad y lo que sucede en el día a día, opinan los pacientes.

Como alternativas, se propone la existencia de espacios normalizados donde gestores y ciudadanos pudiesen encontrarse de manera sistemática y dialogar. Los pacientes no se sienten escuchados y, por tanto, comprendidos en sus necesidades reales.

Piden a los gestores tiempo, que se les escuche de manera individual y que se les dedique su tiempo, no el tiempo que creen los profesionales que necesitan sino el tiempo que demandan realmente los ciudadanos para ser escuchados de manera auténtica, un tiempo individual.

Un tiempo donde perciban empatía, escucha, soluciones personalizadas, donde se cuente con ellos, donde la información fluya y que existan canales de comunicación y voluntad de cambio para resolver las necesidades sentidas que van más allá de una patología o la necesidad de una coordinación para acceder a la discapacidad.

¿Qué esperan los ciudadanos de los gestores sanitarios? Que se les escuche, que se respete su realidad, que no se interpreten sus necesidades y que se responda individualmente a las necesidades sentidas, que existen.

Gracias a Ana, Belén, Beatriz, Eva, Paco, Carmen, Luis, José Ramón, José, Jorge, José Manuel, Pedro, Elena, AFIBROM, AMAS y a todas las personas que participan, por compartir, por dar su opinión, por dialogar, por comprometerse. Significa que hemos creado un espacio donde las personas se implican en la mejora de nuestras organizaciones sanitarias, lo hacen día a día y sabiendo que, aportando su experiencia como fuente de conocimiento, nos orientan hacia la transformación que se necesita para ganar en mejores servicios y en mayor sostenibilidad.

Enfermera y presidenta de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS)

crmnferrer@gmail.com

¡ABIERTO EL PLAZO DE CANDIDATURAS!

PREMIOS NEW MEDICAL ECONOMICS 2023

Todos aquellos que deseen optar como candidatos a los Premios New Medical Economics 2023, deben tener en cuenta que solo pueden presentar un máximo de 3 propuestas por entidad y un proyecto por categoría.

Para su participación deberán enviar un mail por candidatura a redaccion@newmedicaleconomics.es en el que se indique de forma clara:

- **Categoría a la que se opta.**
- **Datos de la entidad:** denominación, datos de contacto (dirección completa, mail, teléfono) y persona de contacto (dirección completa, mail, teléfono – en caso de ser diferentes a los de la entidad).
- En el caso de que una agencia de comunicación sea la intermediaria entre la institución y New Medical Economics en la presentación de candidatura, deben añadirse los **datos de contacto de la entidad** para lograr una mejor comunicación con la misma.
- **Adjuntar un dossier**, máximo de 5 páginas de extensión, exponiendo los motivos por los que la institución cree que debe ser candidata para recibir el premio.
- **Cumplimentar una ficha por candidatura** (Anexo) para su publicación en la web newmedicaleconomics.es durante el periodo de votación para que sirva de información a los votantes.

La fecha límite para enviar la candidatura será el **30 de junio de 2023**.

Los candidatos se publicarán en nuestra página web y en la revista New Medical Economics. Además, se les dará la adecuada cobertura informativa a posteriori.



Sistemas de monitorización de diabetes, la importancia de su seguridad

Juan Francisco Perán Perán

La Federación Española de Diabetes (FEDE) está trabajando para que las exigencias técnicas de los concursos y licitaciones públicas garanticen la calidad y la seguridad de los dispositivos de monitorización para las personas con diabetes. Se necesitan unos equipos seguros que ayuden a la toma de las decisiones correctas por parte de los pacientes, contribuyendo con ello, al mismo tiempo, a mejorar la eficiencia del sistema público de salud.

Y es que, en alguna ocasión hemos sido testigos de que en concursos de licitación autonómicos se presentan ofertas que tienen posibilidades de progresar con dispositivos que no están a la altura de los tratamientos y de las necesidades, no solo de los pacientes, sino también de un sistema y tecnología que requiere aporten lecturas correctas para mejorar la eficacia de los tratamientos y reducir la incidencia de las complicaciones derivadas de la diabetes.

A nivel institucional hemos celebrado reuniones con los responsables de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, quienes nos han trasladado que solo actúa si hay denuncias sobre un dispositivo por su mala calidad. Nuestra respuesta ha sido que, por supuesto, no hay que llegar a eso. Ahora participamos en la elaboración

de un informe sobre sistemas de monitorización dirigido por la Agencia Canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y que debería incorporar las exigencias ya contenidas en el reglamento de 2017 aún no vigente.

En los últimos años, los sistemas de monitorización de la glucosa en sangre han ido pasando a ser financiados a través de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se trata de una política positiva, que beneficia a las personas que más necesitan una menor o mayor automatización de su monitorización de la glucosa. Sin embargo, en la práctica, los pacientes sufren malas prácticas de la administración y hay riesgos para su salud que, desde FEDE, se están poniendo de relieve ante la Administración Pública competente.

La lectura de la glucosa es una cosa muy seria. Tan seria o más que un medicamento. Si un medicamento no funciona, y su efecto es neutro, no resolveríamos el problema de salud, pero tampoco lo agravaríamos, al menos no a través de la acción del fármaco. Pero cuando se trata de un sistema de monitorización, la entrega al paciente de información errónea puede tener graves consecuencias para su salud. Pensemos en una situación en que el dispositivo marque un valor de



hiperglucemia de 210 cuando, en realidad, sea de 100. La administración de insulina que se deriva de esa información errónea puede desembocar en una hipoglucemia.

Normativa de perfil bajo

Esto sigue pasando porque la normativa es bastante laxa en cuanto a exigencias, puesto que solo requiere, para poderse presentar a una licitación pública, con contar con el marcado CE, que es la confirmación del fabricante de que el producto cumple los requisitos generales de seguridad y funcionamiento de todos los reglamentos europeos de productos sanitarios pertinentes. Pero esta acreditación es muy genérica y de un perfil muy bajo.

Y por toda esta situación es por lo que desde FEDE hemos solicitado al Ministerio de Sanidad que ac-

túe, y que haga una evaluación por dispositivos, no por tecnologías. Desde FEDE siempre hemos defendido la necesidad de un informe de una agencia externa, experta en nuevas tecnologías. Un referente en este ámbito es la Agencia Canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, perteneciente a la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Consideramos que podría y debería evaluar la exactitud y efectividad de los nuevos dispositivos que vayan a ser adquiridos por la Administración Pública.

Presidente de la Federación Española de Diabetes (FEDE)



RRHH - TALENTO DIGITAL Y VINTAGE



Las competencias profesionales

Corpus Gómez Calderón

“No puede haber grande hazaña sin haber gran competencia”, Francisco de Rojas Zorrilla

La definición más simple de competencia, según la RAE, alude a la pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. A partir de ella y abundando en este sencillo concepto, si queremos profundizar en cuáles son las competencias profesionales en el ámbito de la salud encontramos cantidades ingentes de información, multitud de publicaciones, estudios, análisis, conceptualizaciones, clasificaciones, modelos de implantación, guías para la evaluación y desarrollo, apuntes sobre estrategias de gestión basadas en competencias y un largo etcétera. Podemos localizar en la web millones de entradas que nos hablan de lo que son las competencias profesionales, qué tipos de ellas hay, cómo se adquieren, las mejores formas para evaluarlas y desarrollarlas.

En el ámbito de la salud se llevan haciendo esfuerzos en diferentes servicios de salud, hospitales y centros sanitarios para definir las, adecuarlas cada

organización según su contexto y peculiaridades, implantar sistemas de gestión por competencias, evaluarlas y desarrollarlas en los profesionales sanitarios. Pese al reconocimiento de su importancia, resulta difícil homogeneizar y dotar de un marco común al sector.



Como ya tenemos herramientas de sobra para resumir, le he pedido a ChatGPT que nos ayude a compendiar lo que hay en la web al respecto y esto es lo que responde cuando le preguntamos cuáles son las principales competencias profesionales en el ámbito de la salud:

"Las competencias profesionales en el ámbito de la salud pueden variar dependiendo de la profesión específica, pero generalmente incluyen aspectos técnicos, científicos, éticos y de comunicación. Algunas de las competencias comunes en el campo de la salud incluyen:

1. Conocimientos técnicos: Comprender y aplicar los principios y teorías fundamentales de la disciplina específica de la salud, así como tener habilidades clínicas y técnicas necesarias para diagnosticar, tratar y gestionar problemas de salud.
2. Habilidades de comunicación: Ser capaz de comunicarse efectivamente con pacientes, familiares, colegas y otros profesionales de la salud. Esto implica escuchar con empatía, transmitir información de manera clara y comprensible, y establecer una relación de confianza.
3. Ética y profesionalismo: Comprender y adherirse a los principios éticos y legales de la profesión, manteniendo altos estándares de integridad y confidencialidad. También implica mostrar respeto por la diversidad cultural, mantener la competencia profesional y buscar el crecimiento y desarrollo continuo.
4. Trabajo en equipo: Ser capaz de colaborar de manera efectiva con otros profesionales de la salud en un entorno multidisciplinario. Esto implica compartir información, tomar decisiones conjuntas y coordinar el cuidado del paciente de manera eficiente.
5. Pensamiento crítico y resolución de problemas: Ser capaz de analizar y evaluar de manera crítica la información, tomar decisiones informadas y resolver problemas de manera efectiva en el contexto de la atención médica.

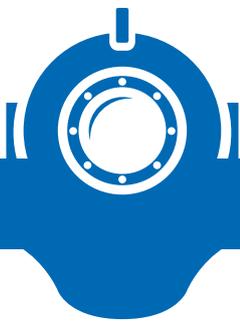
6. Actualización y aprendizaje continuo: Estar comprometido con el aprendizaje continuo y la actualización de conocimientos para mantenerse al tanto de los avances en el campo de la salud y mejorar la calidad de la atención brindada.

Estas son solo algunas de las competencias profesionales comunes en el ámbito de la salud. Es importante destacar que cada profesión de la salud puede tener competencias específicas adicionales según sus requisitos y responsabilidades únicas".

Como buen compilador, es efectivo en la clasificación: tenemos las competencias técnicas, las transversales (comunicación, ética y profesionalismo, trabajo en equipo, pensamiento crítico, resolución de problemas, actualización y aprendizaje continuo) y las específicas para cada uno de los puestos.

Nada nos dice de competencias que resultan fundamentales en el contexto tecnológico que nos encontramos y en el que está ChatGPT por supuesto. Me refiero a competencias como flexibilidad y adaptación al cambio y ni siquiera clasifica ni alude a las competencias digitales como competencias comunes o transversales en nuestro sector. Claro que le hemos preguntado solo por competencias profesionales en general. ¿O quizá las competencias digitales no son una competencia como tal al margen de las comunes? Tengamos en cuenta que lo digital solo es un medio diferente de ejercer y adquirir esa pericia, aptitud o idoneidad para hacer las cosas de la que nos habla la RAE. En cualquier caso se echa muy de menos al hacer lectura crítica de los resultados que nos aporta la máquina que la competencia digital, como habilidad necesaria para utilizar eficazmente la tecnología y las herramientas digitales, ni siquiera la haya mencionado como competencia común en el sector. Tendremos que preguntarle en otra ocasión específicamente sobre ello, seguro que nos ilustra muy acertadamente.

Experiencia e Innovación
Marina Salud. Grupo Ribera
corpus.gomez@marinasalud.es



La crisis de los profesionales de medicina y de enfermería

Ignacio Para Rodríguez-Santana

Hay quien piensa que lo mejor es dejar que el Estado planifique las necesidades de médicos. En mi opinión, esto es y ha sido siempre un error. No hay mejor planificación que la libertad de mercado. La planificación siempre estará condicionada por aquellos que están dentro (los que ya son médicos) que no querrán más competencia y así poder reclamar más retribuciones, o por los que están fuera y quieren entrar, o por los que los contratan, que querrán tener muchos para elegir a coste inferior, etc. Todas las trabas administrativas y no relacionadas con la capacitación de las personas, como la nota de corte y acciones similares, no hacen sino perjudicar el mercado, desvirtuarlo y generar efectos no deseados, como explicaré más adelante al hablar del sistema educativo. Las que deben de planificar son las organizaciones sanitarias, los hospitales, las empresas.

Como reacción al exceso de médicos de los años ochenta, se pusieron en marcha una serie de trabas para el acceso a los estudios de medicina, principalmente *numerus clausus*. Hoy estamos pagando sus consecuencias.

Pero las dificultades para la contratación de médicos o para la cobertura de las plazas en la sanidad

pública, no se deben solo a la escasez, sino por la falta de atractivo para los mismos. Los bajos sueldos, la precariedad de las contrataciones o las deficientes condiciones de trabajo son una parte importante de la explicación. También la falta de médicos lo sufren principalmente los hospitales comarcales y las zonas remotas y periféricas donde habrá que adicionar incentivos (no solo económicos) para que esos puestos de trabajo sean atractivos. En particular, la atención primaria sufre como ninguna la falta de profesionales. En mi anterior artículo sobre la crisis de la atención primaria expliqué ampliamente sus causas.

Por otro lado, el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en el que se identifica expresamente a este personal como funcionario, establece la jubilación forzosa al cumplir la edad de 65 años. La jubilación forzosa es un sin sentido cuando el médico se encuentra capacitado y apto para seguir trabajando. Como también lo es querer que un médico con más de 55 años siga haciendo las guardias de un joven de 30. La asignación de tareas y trabajos deben hacerse con las capacidades de cada persona en la etapa de la vida en que se encuentre, más fuerza física o más experiencia, etc., y no estrictamente por la edad. Las jubilaciones forzosas degradan al sistema, le detraen de

conocimiento y experiencia, le detraen capacidad de atención sanitaria y, además, perjudican a aquel médico que siempre se ha dedicado a la sanidad pública sin ejercicio privado, llevándolos en muchos casos a la depresión cuando no ocasionalmente al suicidio.

Medidas a corto plazo para atraer médicos, o retener a los que están, ya se están tomando, parcheando y con escaso éxito. Hay que promover un reconocimiento de la sociedad en general y de los responsables de la sanidad española hacia los médicos que, tras un largo período de más de diez años de formación se acaban planteando: tanto esfuerzo para tan poco reconocimiento.

Pero también queda por hacer más eficiente la labor de los médicos y enfermeros; quitar límites burocráticos y administrativos y aprovecharse de la irrupción de la digitalización para hacer más eficiente y eficaz su actividad con el apoyo de la telemedicina, el soporte a la decisión médica y la Inteligencia Artificial. Hay que buscar y favorecer la eficiencia. Pero en esto queda mucho por hacer.

La crisis del sistema educativo y la formación de los profesionales

El problema de la selectividad mediante notas de corte forjadas en el Bachillerato y la Selectividad (2021 las notas de corte para Medicina se establecieron entre los 12,708 y los 13,426 puntos) expulsa del mercado a muchos médicos vocacionales que reúnen condiciones más que suficientes y capacidades y actitudes fundamentales para el desarrollo de la labor de un médico.

El hecho de que estas pruebas, tanto para el acceso a la Facultad de Medicina como a MIR (Medico Interno Residente) estén basadas en la memorización, dada la distinta velocidad de maduración entre hombres y mujeres, son causa de la feminización de la profesión médica (70% son mujeres). Esto ya lo explicaba muy claramente en su libro *Ser médico: El arte y el oficio de curar* el doctor Miquel Vilardell, catedrático de Medicina Interna que fue presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, coor-

dinó do el llamado informe Vilardell sobre la sostenibilidad del sistema sanitario en Cataluña y actual presidente del Consejo Asesor para la sostenibilidad y el progreso del sistema sanitario del Gobierno de la Generalidad de Cataluña.

Para poder trabajar en el Sistema Sanitario Público, es necesario sacar un título (y luego una plaza) de especialista. Y esto solo se puede hacer mediante el sistema llamado MIR.

A la mayor parte de los estudiantes de últimos años de la carrera nada que no sirva para el MIR interesa, salvo aprobar y terminar su carrera. Están enfocados a la preparación de estos exámenes y sacar un puesto suficientemente alto que los permita elegir la especialidad y el centro donde quieren desarrollarla. Los exámenes son de memorización y totalmente inadecuados. Lo lógico es que las pruebas las hicieran los propios hospitales universitarios y catalogados para realizar las diversas especialidades; como ocurre en Estados Unidos, por ejemplo, y en otros muchos países.

Además, surgen problemas para el cambio de especialidad, si se equivocó, o de centro, si no lo cree adecuado o competente. También hay problemas para el acceso a más de una especialidad.

Resumiendo, es necesario, modificar los criterios de selección de estudiantes universitarios y de MIR, basados en la memoria, por otros basados en las capacidades y actitudes para el desempeño de la profesión o de la especialidad.

Los MIR, así mismo, se convierten en mano de obra barata que, con el pretexto de que se están formando, reciben un salario irrisorio viéndose obligados a la realización innumerables guardias con el fin de alcanzar unos ingresos suficientes para vivir.

Otro problema es la duración de las guardias. ¿Es sensato que sean de 24 h seguidas? Lo lógico es que fueran de ocho horas o, como mucho, de doce.

Otro problema más, y grave, es el problema de movilidad entre CCAA, con distintas regulaciones,



distintos salarios y, además, distintas exigencias lingüísticas. Un caos.

Necesidad de un nuevo Estatuto de los profesionales sanitarios

En general, es necesario un nuevo estatuto en las facultades de Medicina y hospitales universitarios que conlleve su despolitización y su autogestión, midiéndose por los resultados de éxito de sus miembros y egresados, en un entorno de libertad de elección, competitividad y transparencia.

Es necesario revalorizar a los profesionales mediante un nuevo Estatuto, independientemente de si trabajan en un centro público o privado, y donde estos dejen de ser funcionarios. Un nuevo Estatuto de los profesionales sanitarios, común para todos los profesionales que favorezca una gestión del per-

sonal sustentada en una clara propuesta de valor para el colectivo de profesionales asistenciales, que abarque aspectos tales como el desarrollo de una actividad profesional reconocida socialmente en un entorno de trabajo agradable y seguro.

Es necesario un nuevo Estatuto de los profesionales sanitarios en el que se solucionen aspectos tales como la autonomía de actuación, la autoridad del médico su corresponsabilidad en la gestión clínica, los derechos y deberes respecto a los gerentes y empresarios, respecto a los pacientes y ciudadanos y respecto al resto de profesionales y colegas. Donde se resuelvan también los aspectos éticos, laborales y profesionales.

Un Estatuto para todos los profesionales sanitarios, independientemente de que el Centro donde trabajen sea público o privado.

Un Estatuto en el que el médico y el enfermero y, en general, los profesionales asistenciales, queden más valorados, más potenciados, pero en el que dejen de ser funcionarios públicos y de estar sometidos a las clásicas reglas del funcionariado público.

Un Estatuto en el que se contemple la protección del médico para el desarrollo de su carrera profesional asistencial, docente y de investigación y donde se marquen los parámetros básicos y conceptuales de los sistemas retributivos en función de las competencias y de los sistemas de motivación e incentivos en función del cumplimiento de objetivos expresados fundamentalmente en resultados en salud ponderados por los resultados económicos.

Un Estatuto en el que se recojan los problemas actuales de seguridad personal y en el que refuerce y proteja la autoridad del médico, que debe ser considerado en todo caso como autoridad en el ejercicio de su actividad profesional.

Un Estatuto en el que, además de médicos u enfermeros, se recojan también el resto de los profesionales involucrados en la prestación de los Servicios sanitarios, como los directivos y gerentes, psicólogos, asistentes sociales, administrativos, técnicos informáticos y técnicos y expertos en las diferentes tecnologías de la salud.

Necesidades de una nueva gestión de personal

Necesitamos un nuevo modelo de personal. Un modelo basado en las siguientes premisas:

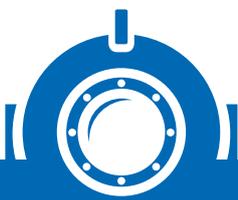
- Revalorización de los médicos y enfermeros, en el que se valore al profesional, su autoridad, su participación en la gestión, su iniciativa. Necesitamos un nuevo marco en el que se ponga en valor su profesión, en el que deje de ser un funcionario. El profesional ha de ser el dueño y el responsable de su propio destino.
- Posicionamiento del médico de familia o de cabecera como gestor de la salud de su población asignada, midiéndole por los resultados en salud, y de cada uno de sus pacientes, siendo responsable de la historia de salud, integrada con todos

los procesos y episodios clínicos por los que ha pasado su paciente.

- Reequilibrio los roles del personal médico, de enfermería y farmacéutico para un mejor aprovechamiento de sus capacidades. Repartir funciones y tareas también entre auxiliares y técnicos. Optimizar las capacidades de cada perfil.
- Gestión de los RRHH por parte de los centros sanitarios, no de las consejerías, en el marco de un nuevo Estatuto de la profesión sanitaria.
- Transparencia del mercado de trabajo: necesidades, retribuciones. Libertad de contratación. Garantía de la movilidad del personal.
- Evaluación e incentivos principalmente en función de sus resultados en salud.
- Transformación y desarrollo del papel y la relevancia de los colegios profesionales de médicos, enfermeros y farmacéuticos, como instrumentos de desarrollo profesional, autocontrol y expresión.

En el próximo artículo hablaré sobre la competición por la captación de profesionales sanitarios cualificados y las acciones a llevar a cabo para la retención de los mismos, en un sector en el que la escasez de profesionales cualificados se ha hecho crónica, y donde la identificación de cuáles van a ser las fuentes de captación se convierte en una actividad estratégica. También hablaré de una necesaria transformación de la gestión del personal, la medición del rendimiento, el desarrollo profesional y con compensación y reconocimiento del mérito, en un marco de sostenibilidad económica y de satisfacción de profesionales y pacientes.

Presidente de la Fundación Bamberg



Relevancia del hierro y músculo en la salud articular

Jose Luis Baquero Úbeda

Otros autores: Vergés Milano, Josep; Möller, Ingrid; Vergés Milano, María Teresa; Martínez Fernández, Nina; Baquero Zazo, Alejandro.

Entre los hábitos saludables, el ejercicio físico ajustado es, sin duda, uno de los pilares básicos, unido al descanso reparador y a una correcta alimentación, a través de una dieta equilibrada y saludable, manteniendo un peso adecuado.

Las patologías articulares van en aumento con el incremento de la esperanza de vida, especialmente en el género femenino. No obstante, no solo afecta a personas de edad avanzada, sino que cada vez más relevante en ciertos grupos de riesgo jóvenes, como las mujeres con una menopausia prematura de cualquier origen, las personas con obesidad y los/las deportistas, entre otros. De hecho, la artrosis es la enfermedad crónica más común entre los ex-deportistas de alto nivel que requieren cirugías protésicas a edades más tempranas que la población general.

El hierro cumple una importante función en el cuerpo ya que es parte esencial de la hemoglobina, proteína presente en los glóbulos rojos que transporta de oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos, retirar el CO₂ de los tejidos y eliminarlo en la respiración. El hierro desempeña un papel vital en los procesos metabólicos oxidativos y en la generación de ener-

gía química. Su participación en la transferencia de electrones a través de los citocromos en las mitocondrias (estructuras encargadas de producir energía en forma de adenosín trifosfato (ATP) en las células), es esencial para garantizar la disponibilidad de energía necesaria para la contracción muscular durante el ejercicio. La continua regeneración del ATP es crucial para mantener la fuerza muscular a lo largo del tiempo y permitir un rendimiento óptimo durante la actividad física.

Las mujeres suelen presentar un nivel más bajo de hierro en sangre (anemia ferropénica) que los hombres y es más frecuente en aquellas con menstruaciones abundantes, que se encuentran en periodos de gestación y lactación (el niño aumenta mucho su demanda), con ciertos procesos tumorales, úlceras pépticas o intervenciones quirúrgicas. Los vegetarianos y veganos también presentan un mayor riesgo, pues el hierro hemo de más fácil absorción es de origen animal. Asimismo, el riesgo aumenta en aquellas deportistas, ya que el ejercicio físico aumenta las necesidades de hierro debido al gasto energético. Esto unido a la pérdida de hierro por las microlesiones fibrilares que se producen durante el ejercicio,



así como a la pérdida a través del sudor (aunque esta pérdida es pequeña).

Tenemos más de 600 músculos esqueléticos estriados, que tienen una función tan importante en el sistema locomotor como el propio esqueleto óseo. Al contraerse son quienes proporcionan movimiento haciendo tracción sobre los tendones, proporcionando estabilidad y soporte a las articulaciones, incluso estando aparentemente relajados (tono muscular).

Cuando no cuidamos y fortalecemos nuestra musculatura, pueden aparecer enfermedades como la sarcopenia. La sarcopenia es la pérdida de cantidad y calidad de la masa muscular esquelética. Genera cierta discapacidad pues se acompaña de la pérdida de fuerza y estabilidad aumentando la carga sobre las articulaciones y el riesgo de sufrir artropatías y caídas. Puede mitigarse con ejercicio y dieta rica en proteína, pero de forma natural se asocia a personas de edad avanzada, pues a partir de los 40-50 años la masa muscular se va perdiendo a un ritmo aproximado del 1% - 2% anual (antes, en caso de personas sedentarias y el doble a partir de los 60 años). De hecho, una de cada cuatro personas mayores de 70 años y el 50% de las personas mayores de 80 años, padecen una sarcopenia en mayor o menor grado. Por esta y otras razones, el 30% de las personas de 65 años o más, se caen entre 1 y 4 veces por año; llegando al 50% en los mayores de 80.

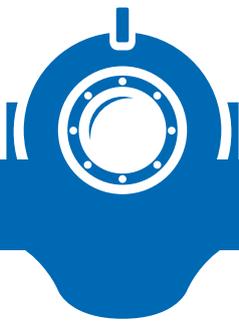
Obviamente, el déficit de hierro afectará al rendimiento deportivo, pero también al correcto mantenimiento muscular.

Por todo ello, estas circunstancias hacen recomendar el aporte adecuado de hierro en las diferentes etapas de la vida y ante determinadas situaciones. Sin embargo, la suplementación oral se puede acompañar de efectos secundarios como problemas digestivos, y su absorción es bastante irregular. En promedio, solo alrededor del 10% del hierro consumido en la dieta se absorbe por el cuerpo. Esta absorción puede mejorar si se combina el hierro con vitamina C, lo que se incrementa en un 50% en la persona con anemia. Por esta razón, la biodisponibilidad del hierro oral tradicional hace que tenga un papel más de carácter preventivo que terapéutico frente a una anemia establecida, es decir que su efectividad para tratarla es muy limitada. Sin embargo, existen presentaciones orales modernas que tienen una mejor capacidad de absorción (dializabilidad) y también se puede considerar la administración de hierro por vía parenteral (por ejemplo, a través de inyecciones) como una opción más efectiva en ciertos casos.

En todo caso, la suplementación de hierro debe estar dirigida por un facultativo, con el objetivo de prevenir la saturación de la ferritina (proteína de la sangre que transporta el hierro) y la acumulación de hierro en los tejidos (hemosiderosis y hemocromatosis en caso extremo). Esto se debe a que el exceso de hierro puede tener un efecto prooxidativo y ser un factor de riesgo para enfermedades oncológicas y cardiovasculares.

Si estás interesado en saber más sobre salud articular o necesitas nuestra ayuda como organización de pacientes, estamos a tu disposición en OAFI (Osteoarthritis Foundation International) <https://www.oafifoundation.com/>, con sede en Barcelona, c/ Tuset, 19 · 3º 2ª; teléfono: 931 594 015 y correo electrónico: rsc@oafifoundation.com.

Coordinador de Responsabilidad Social Corporativa
de la Osteoarthritis Foundation International (OAFI)



Qué saber de las quemaduras

Rita Rodríguez Fernández

Las quemaduras son daños en la piel generalmente causados por el calor.

Una quemadura es causada por calor seco, por una plancha o fuego, por ejemplo. Una escaldadura es causada por algo húmedo, como agua caliente o vapor.

Las quemaduras pueden ser muy dolorosas y pueden causar:

- Piel roja o descamada.
- Hinchazón.
- Piel blanca o carbonizada.

La cantidad de dolor que se siente no siempre está relacionada con la gravedad de la quemadura. Incluso una quemadura muy grave puede ser relativamente indolora.

Consejos de primera intervención

- Alejar inmediatamente a la persona de la fuente de calor para detener la quema.
- Quitarse la ropa o las joyas que estén cerca del área quemada de la piel, incluidos los pañales de

los bebés, pero no mover nada que esté pegado a la piel.

- Enfriar la quemadura con agua corriente fría o tibia durante 20 a 30 minutos; no usar hielo, agua helada ni cremas o sustancias grasosas como la mantequilla.
- Asegurarse de que la persona se mantenga caliente usando una manta, por ejemplo, pero tener cuidado de no frotar contra el área quemada.
- Después de enfriar la quemadura, cubrirla colocando una capa de película adhesiva sobre ella; también se puede usar una bolsa de plástico limpia para las quemaduras en la mano.
- Usar analgésicos como paracetamol o ibuprofeno para tratar el dolor.
- Elevar el área afectada si es posible; esto ayuda a reducir la hinchazón.
- Si se trata de una quemadura por ácido o producto químico, tratar de quitarse con cuidado el producto químico y cualquier ropa contaminada, y enjuagar el área afectada con tanta agua limpia como sea posible.

¿Cuándo recibir atención médica?

Según la gravedad de la quemadura, es posible tratarla en casa.

Para quemaduras menores, mantener la quemadura limpia y no reventar las ampollas que se forman.

Las quemaduras más graves requieren atención médica.

Se debe acudir al servicio médico en los siguientes casos:

1. Quemaduras químicas (si es posible, averiguar qué químico causó la quemadura e informar a los profesionales. Si está ayudando a otra persona, poner ropa protectora adecuada, como guantes, y luego quitar cualquier ropa contaminada en la persona, si el químico está seco, quitarlo con un cepillo de la piel y usar agua corriente para eliminar cualquier rastro del químico del área quemada).
2. Quemaduras eléctricas, pueden no parecer graves, pero pueden ser muy dañinas. Alguien que tenga una quemadura eléctrica debe buscar atención médica inmediata en el servicio de urgencias.

Si la persona ha sido lesionada por una fuente de bajo voltaje (hasta 220 a 240 voltios), como un suministro eléctrico doméstico, desconectar de manera segura el suministro de energía o retirar a la persona de la fuente eléctrica usando un material que no conduzca electricidad, como un palo de madera o una silla de madera.

No acercarse a una persona que esté conectada a una fuente de alto voltaje (1000 voltios o más).

3. Quemaduras grandes o profundas: cualquier quemadura más grande que la mano de la persona lesionada.
4. Quemaduras que causan piel blanca o carbonizada, de cualquier tamaño.
5. Quemaduras en la cara, el cuello, las manos, los pies, las articulaciones o los genitales.

6. Si alguien ha inhalado humo o gases, también debe recibir atención médica.

Algunos síntomas pueden ser:

- Tos.
- Dolor de garganta.
- Respiración dificultosa.
- Quemaduras faciales.

Se evaluará el tamaño y la profundidad de la quemadura y se limpia el área afectada antes de aplicar un vendaje. En casos severos, se puede recomendar la cirugía de injerto de piel.

Tipos de quemaduras

Las quemaduras se evalúan según la gravedad del daño de la piel y las capas de piel afectadas.

La piel tiene 3 capas:

- La epidermis: la capa externa de la piel.
- La dermis: la capa de tejido justo debajo, que contiene capilares sanguíneos, terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos).
- La grasa subcutánea: la capa más profunda de grasa y tejido.

Hay 4 tipos principales de quemaduras, que suelen tener un aspecto diferente y síntomas diferentes:

- Quemadura epidérmica superficial: donde se daña la epidermis; la piel estará roja, ligeramente hinchada y dolorosa, pero no ampollada.
- Quemadura dérmica superficial: donde se daña la epidermis y parte de la dermis; su piel estará de color rosa pálido y dolorosa, y puede haber pequeñas ampollas
- Quemadura dérmica profunda o de espesor parcial: donde se daña la epidermis y la dermis; este tipo de quemadura enrojece y mancha la piel; su



piel puede estar seca o húmeda e hincharse y ampollarse, y puede ser muy doloroso o indoloro.

- Quemadura de espesor completo: donde se dañan las 3 capas de la piel (la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo); la piel a menudo se quema y el tejido debajo puede verse pálido o ennegrecido, mientras que la piel restante estará seca y blanca, marrón o negra, sin ampollas. La textura de la piel también puede ser coriácea o cerosa. También puede ser indoloro.

Recuperación

Quemaduras que no necesitan asistencia médica:

Normalmente se curan sin necesidad de tratamiento adicional.

Mientras la piel cicatriza, mantener la zona limpia y no aplicar cremas ni sustancias grasas. No reventar ninguna ampolla, ya que esto puede provocar una infección.

Si nos hemos quemado el interior de la boca al beber algo caliente, tratar de evitar las cosas que puedan irritar el área escaldada, como la comida caliente y picante, el alcohol y el cigarrillo, hasta que el área sane.

Las quemaduras leves que solo afecten la capa superior de la piel (quemaduras epidérmicas superficiales) generalmente se curan en aproximadamente una semana sin dejar cicatrices.

Quemaduras que necesitan atención médica

El profesional de la salud que nos atiende:

1. Evalúa el tamaño y la profundidad de la quemadura examinando el área.
2. Limpia la quemadura, con cuidado de no reventar ninguna ampolla.
3. Cubre la quemadura con un vendaje estéril (generalmente una almohadilla y una gasa para mantenerla en su lugar).
4. Para el alivio del dolor, si es necesario nos dan generalmente paracetamol o ibuprofeno.
5. Dependiendo de cómo ocurrió la quemadura, se puede recomendar que poner una inyección para prevenir el tétanos, una afección causada por la entrada de bacterias en una herida.

Por ejemplo, se puede recomendar una inyección contra el tétanos si existe la posibilidad de que la tierra haya entrado en la herida.

El vendaje se revisará regularmente para detectar signos de infección. También se cambiará regularmente hasta que la quemadura se haya curado por completo.

Las quemaduras menores que afectan la capa externa de la piel y parte de la capa subyacente de tejido (quemaduras dérmicas superficiales) normalmente se curan en alrededor de 14 días y dejan cicatrices mínimas.

Si la quemadura es moderada o grave, es posible que nos deriven a un servicio especializado en quemados.

En algunos casos, puede ser necesario someterse a una cirugía para extirpar el área de piel quemada y reemplazarla con un injerto de piel tomado de otra parte del cuerpo.

Las quemaduras más graves y profundas pueden tardar meses o incluso años en sanar por completo y, por lo general, dejan algunas cicatrices visibles.

Ampollas

La opinión de los profesionales está dividida sobre el manejo de las ampollas causadas por quemaduras.

Pero se recomienda que uno mismo no reviente ninguna ampolla.

La ampolla probablemente permanecerá intacta, aunque algunas unidades de quemados en los hospitales siguen la política de quitar el techo de las ampollas. Quitar el techo significa quitar la capa superior de piel de la ampolla.

En algunos casos, se puede usar una aguja para hacer un pequeño orificio en la ampolla para drenar el líquido.

Esto se conoce como aspiración y puede llevarse a cabo en ampollas grandes o ampollas que probablemente reventarán.

Exposición al sol

Durante los primeros años después de una quemadura, se debe tratar de evitar exponer la piel dañada

a la luz solar directa, ya que esto puede causar que se formen ampollas.

Es especialmente sensible durante el primer año después de la lesión. Esto también se aplica a una nueva área de piel después de un injerto de piel.

Es importante mantener el área cubierta con ropa de algodón. Si la quemadura está en la cara, usar una gorra con visera o un sombrero de ala ancha cuando salga al sol.

Se debe usar protección solar total (por ejemplo, uno con un factor de protección solar, SPF de 50) en todas las áreas afectadas.

El área puede volver a exponerse a la luz solar alrededor de 2 años después de la lesión, pero aún es muy importante aplicar una crema solar de alto factor (SPF 30 o superior) y mantenerse alejado del sol del mediodía.

Complicaciones

Las quemaduras a veces pueden provocar más problemas, como shock, agotamiento por calor, infección, cicatrización, etc.

Después de una lesión grave, es posible entrar en estado de shock.

El shock es una afección potencialmente mortal que ocurre cuando el suministro de oxígeno al cuerpo es insuficiente.

Es posible entrar en estado de shock después de una quemadura grave.

Los signos y síntomas de shock incluyen:

1. Una cara pálida.
2. Piel fría o húmeda.
3. Un pulso rápido.
4. Respiración rápida y superficial.
5. Bostezar seguido.
6. Inconsciencia.



Pedir una ambulancia si se cree que alguien que ha resultado gravemente herido está en estado de shock.

Mientras espera la ambulancia:

1. Acostar a la persona (si sus lesiones lo permiten) y levantar y apoyar sus piernas.
2. Usar un abrigo o una manta para mantenerla caliente, pero no cubrir su cara o el área quemada.
3. No darle nada de comer ni de beber.

Infección

Las heridas pueden infectarse si las bacterias entran en ellas. Si la quemadura tiene una ampolla que se revienta, puede infectarse si no se mantiene limpia.

La herida puede estar infectada si:

- Es incómoda, dolorosa o huele mal.
- Fiebre de 38 grados o superior.
- Signos de celulitis (una infección bacteriana que provoca enrojecimiento e hinchazón de la piel).

Por lo general, una infección se puede tratar con antibióticos y analgésicos.

En casos raros, una quemadura infectada puede ocasionar sepsis en la sangre. Estas condiciones son graves si no se tratan.

Los signos de sepsis:

1. Fiebre.
2. Mareo.
3. Vómitos.

Impacto psicológico

Las quemaduras, especialmente las graves, pueden causar angustia duradera.

Después de una quemadura, algunos pacientes informan haber experimentado:

1. Sentimientos de ansiedad y estrés.
2. Bajo estado de ánimo y depresión.
3. Falta de confianza y autoestima.

Algunos pacientes que se recuperan de una quemadura también pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático, que puede causar síntomas como pesadillas y pensamientos no deseados e intrusivos.

Enfermera del Servicio Galego de Saúde
ritarf86@gmail.com

¡Acción!

Poco Frecuentes

Jornadas EPF: Objetivo Coordinación

6 y 7 de julio

Centro de Atención a las Enfermedades
Poco Frecuentes Indepf
Campo de Criptana

Enfermedades Poco Frecuentes



Jueves 6 de julio

10:00h Taller enfermero: “Manejo de sondas y botones gástricos, una preocupación no solo del paciente”.

-Dña. Pilar Herreros, Jefa del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Niño Jesús.

12:00h Inauguración a cargo de autoridades

12:30h Charla inaugural: Equidad en el cribado neonatal en España: una asignatura pendiente.

-Dra. Raquel Yahyaoui, Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Bioquímica Clínica. Responsable del Laboratorio de Metabolopatías y Centro de Cribado Neonatal de Andalucía Oriental desde 2009

13:00h “Gestionar el cuidar en las EPF”

Moderan: D. Luis de Haro Peralta, Director General ISanidad

-D. José Luis Pérez Olmos, Ex-Director de Enfermería en el SUMMA 112.

-D. Hector Nafria Soria, Supervisor Enfermería Servicio de Urgencias Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

-Dña. Victoria Crespo Torres, Jefa de RRHH Corporativo de Talento de Enfermería en QuirónSalud.

14:30h Comida de trabajo

16:30h Las EPF en el corazón de nuestros sistemas de salud

Modera: D. Jesús Ignacio Meco Rodríguez, Presidente de INDEPF.

-D. José Antonio Ortega Domínguez, Gerente Hospital Regional Universitario de Málaga.

-Dña. Carmen Rodríguez, Directora Gerente Área Sanitaria del Campo de Gibraltar

-D. Carlos Rus Palacios, Presidente de ASPE.

18:00h “El abordaje de las enfermedades raras: ¿Responsabilidad comunitaria o una cuestión de política de salud nacional?”

Modera: Por confirmar

-D. Francisco José Ponce Lorenzo, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud.

-D. José Francisco Soto Bonel, Presidente de SEDISA.

-Dr. Joan Carles March Cerdá, Profesor en Escuela Andaluza de Salud Pública.

-Dr. Carlos Catalán Oliver, Director médico del Grupo Sanitario Ribera.

Viernes 7 de julio

09:00h “Enfermera escolar: un futuro incierto”

Modera: Dra. Blanca Fernández Lasquetty, Enfermera Doctora. Directora de EnferConsultt y Profesora de la Universidad Europea de Madrid.

-Dña. Cristina Alonso Arizcun, Enfermera escolar en el Colegio Internacional SEK el Castillo.

10:15h “Enfermedades Poco Frecuentes: un reto para la farmacia”

Modera: D. Juan Carlos Valenzuela Gámez, Coordinador Regional de Farmacia del SESCAM.

-Dr. José Luis Poveda Andrés, Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

-Dra. Silvia Manrique Rodríguez, Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

-Dña. Rosalía Gozalo Corral, Farmacéutica Comunitaria de Madrid.

11:30h Café

12:00h “Sociedades, Colegios, Fundaciones y Asociaciones Científicas: ¿Fuente fiable o segunda opinión?”

Modera: D. José María Martínez, Presidente de New Medical Economics.

-Dña. Laura Mateos Grande, Junta directiva COFCIUDA-DREAL.

-Dña. Dulce Ramirez Puerta, Directora de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario Infanta Leonor y Vicepresidenta de SEDISA

-D. Jesús Sanz Villorejo, Presidente de Ande.

-D. Luis Mendicuti Sabater, Vicepresidente de Aspe.

-D. Luis de Palacio Guerrero, Presidente de FEFE.

13:00h “La divulgación sanitaria a través de las redes sociales. ¿Fuente fiable o segunda opinión?”

Modera: D. Miguel Ángel Ortiz Valdivieso, Gerente hospital Universitario de Jerez.

-D. Pedro Lendinez Ortega, Presidente Fundación Más Visibles.

-D. Pedro Soriano Martín, #FFPaciente.

-D. Héctor Castiñeira López, Enfermera Saturada.

14:00h Conferencia de clausura



MARKETING SANITARIO



Personalización: la estrategia de éxito en marketing sanitario

Paula Suárez García

La personalización se ha convertido en una estrategia vital en el marketing de salud, permitiendo a las organizaciones adaptar sus mensajes y servicios a cada paciente de manera individual.

Al aprovechar los datos y la tecnología, los especialistas en marketing en este sector pueden ofrecer contenido relevante y atractivo que conecte con los pacientes, mejore sus experiencias y genere resultados positivos.

Estas son algunas estrategias clave para implementarlo y destacar sus beneficios tanto para los pacientes como para las organizaciones.

1. Utilizar datos para la segmentación: la segmentación es la base de la personalización. Al analizar los datos de los pacientes, se pueden identificar características comunes, preferencias y comportamientos para crear segmentos de interés. Esto permite mensajes a medida, dirigidos a un grupo concreto y la realización de campañas basadas en necesidades específicas de los pacientes, demografía, condiciones o fase del tratamiento.
2. Crear contenido personalizado: una vez segmentados, se pueden desarrollar contenidos personalizados que hablen directamente a las necesidades e intereses únicos de los pacientes. Esto incluye adaptar el contenido del sitio web, las publicaciones de blogs, los correos electrónicos y las campañas en redes sociales para abordar segmentos de pacientes específicos. La personalización del contenido ayuda a generar confianza, fomenta el compromiso y mejora la experiencia general del paciente.
3. Aprovechar la automatización y la Inteligencia Artificial: la automatización y la inteligencia artificial desempeñan un papel crucial en el marketing de salud. Al utilizar plataformas de automatización de marketing y herramientas impulsadas por IA, las organizaciones pueden enviar mensajes relevantes, en los momentos adecuados, a los pacientes en diferentes etapas de su experiencia. Esto inclu-



ye campañas de correo electrónico automatizadas, chatbots para interacciones y análisis predictivos para anticipar las necesidades del paciente.

4. Adoptar un enfoque multicanal: la personalización efectiva en el marketing sanitario implica llegar a los pacientes a través de diversos canales. Al integrar mensajes personalizados en diferentes puntos de contacto, como sitios web, aplicaciones móviles, redes sociales e interacciones offline, las organizaciones pueden proporcionar experiencias coherentes y cohesionadas. Este enfoque multicanal permite que los pacientes interactúen con contenido de salud a través de sus canales preferidos, mejorando la comodidad y accesibilidad.
5. Priorizar la privacidad y seguridad de los datos: la personalización requiere el manejo de datos sen-

sibles de los pacientes. Es crucial que las organizaciones prioricen la privacidad y seguridad de los datos para generar confianza en los pacientes. Es necesario cumplir con las regulaciones aplicables, en el territorio donde se lleve a cabo. Se deben implementar mecanismos de transparencia en la recopilación y uso de datos, así como medidas sólidas de protección de datos para garantizar la privacidad y confidencialidad de los pacientes.

Conclusión: La personalización tiene el potencial de revolucionar el marketing de salud al crear experiencias más significativas y atractivas.

Fundadora de MKT Salud
paula.suarez@mktsalud.es



DERECHO SANITARIO



Las leyes y su actualización

Mariano Avilés Muñoz

Viene siendo normal que las leyes sean aprobadas para ordenar la actividad humana en cualquiera de sus facetas, es por ello que cualquier norma, del rango que sea, que se apruebe y aparezca, sea para cubrir esa necesidad de respuesta legal a las cuestiones que le conciernen.

Es verdad que la capacidad normativa en España está elevada a la máxima potencia, como es verdad que, aunque se proclaman leyes y normas por doquier, en bastantes ocasiones, o duermen el sueño de los justos, o no terminan de desarrollarse con la aprobación del correspondiente reglamento que las pueda hacer aplicables.

Es verdad, también, que la calidad normativa en España ha descendido en los últimos tiempos. Cada vez se legisla peor, no sé si será porque del horno legislativo deben salir normas y leyes lo más rápido posible, de forma que den cabida a las siguientes que seguirán la misma suerte que las anteriores, en una ceremonia de la confusión dónde impera la excesiva normativa y sin sentido; un mundo dónde el recurso



es un instrumento que se proclama como el rey para evitar desmanes.

Épocas hubo en las que las leyes no es que fueran eternas, pero sí duraderas en el tiempo, con criterios jurisprudenciales en sus aplicaciones y con el reconocimiento de juristas y tribunales; un ejemplo claro en el sector sanitario es la Ley General de Sanidad o la Ley del Medicamento.

Preocupa, por tanto, no que salgan muchas leyes y normas administrativas, sino que lo que apruebe el legislativo no lo haga con una calidad media aceptable, que no sea insulto a juristas y que desde luego que sean aplicables.

Quienes en nuestra vida profesional hemos tenido que atender reformas legales, en no pocas ocasiones hemos tropezado con el problema de la aplicación del parche que se hizo y que terminó publicándose en el BOE. Juristas en general nos hemos sentido y seguimos sintiéndonos inseguros cuando a la hora de aplicar determinadas leyes no sabemos cuál pueda ser la dirección correcta; esto al justiciable le genera una clarísima indefensión.

Desde leyes que nada más salir se dejan sin efecto a leyes que a base de parches terminan siendo un verdadero ejemplo de lo que son los malos remiendos dictados a golpe de ocurrencia.

Hoy para tener completo un texto legal debemos ir recopilando las modificaciones de otras modificaciones, que a su vez fueron modificadas, en definitiva... un desastre que se fomenta cada vez más desde el poder legislativo que pareciera, en muchos casos, haber perdido la sensatez.

A mis alumnos de la universidad, cuando les hablo de legislación farmacéutica, de antemano les advierto que no se trata de aprender una ley, se trata de saber buscar qué norma les afectará en cada momento de su trabajo, para evitar responsabilidades. No deberán ser ilustrados en materia legal (que para un farmacéutico no es fácil), sino un avisado sabedor y bus-

“

La capacidad normativa en España está elevada a la máxima potencia

”

cador de la norma que le afecte en cada momento, y no es fácil, como no sería fácil, por ejemplo, que a los conductores nos cambiaran las señales de tráfico periódicamente por ocurrencia de la Dirección General de Tráfico.

No se puede pretender tener una justicia eficaz si no se tiene clara la norma que ha de aplicarse, la seguridad jurídica de cualquier ciudadano debe ser una prioridad como lo es la salud pública y lo uno, sin lo otro, además de inseguridad también genera desigualdad.

Jurista- Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

marianoaviles@asedef.org



ENTREVISTA

José María Abad Díez, Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón

"Me gustaría que las líneas de trabajo que se han desarrollado hasta ahora continúen"



José María Abad Díez, Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

Tras una amplia trayectoria profesional, el actual director general de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón tiene claro que hay que recuperar el sistema sanitario y dar la mejor calidad de vida a los pacientes, contando con profesionales sanitarios suficientes. Entre otras cuestiones, durante esta entrevista también ha señalado que los indicadores en salud y llevar a cabo proyectos de humanización es fundamental.

¿Qué balance puede hacernos de su trayectoria profesional?

He pasado por varias etapas en mi vida profesional. Mi origen es la especialidad en medicina preventiva. Hice la residencia en el Hospital Clínico y comencé a trabajar allí al terminarla. Posteriormente he realizado diferentes labores como responsable de sistemas de información, inspector médico, director de atención especializada en salud y, desde hace seis años, Director General de Asistencia Sanitaria en Aragón.

Además, he desempeñado la labor como docente de Salud Pública en la universidad y he trabajado también en proyectos de investigación. Estoy muy satisfecho de mi trayectoria profesional por su variedad en los diferentes ámbitos y niveles de responsabilidad. También he realizado durante algunos meses tareas de inspección médica, algo que te permite trabajar en muchos ámbitos y relacionarte con un amplio abanico de profesionales y centros. Básicamente, la labor de un inspector tiene que ver con controlar, realizar y colaborar con los profesionales asistenciales, buscando las mejores soluciones.

Como Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón, ¿cuáles han sido sus principales logros?

Llegué a la Dirección General de Asistencia Sanitaria en 2018 y prácticamente al año y medio empezó la pandemia por lo que mi trayectoria está muy vinculada a la atención de esta. En ese sentido, me encuentro más que orgulloso porque ha sido una de las labores principales que he tenido, y he tratado de mantener los servicios sanitarios asistenciales en un nivel razonable durante toda la pandemia. Una emergencia que fue especialmente dura en los primeros meses de 2020 después durante el 2021 y 2022.

En el año actual, nos encontramos intentando paliar los problemas derivados del parón que supuso este problema en la asistencia sanitaria de otro tipo de patologías que no eran directamente el COVID. En ese

sentido, la colaboración con los servicios sociales y con los centros residenciales de ancianos fue una labor especialmente crítica en los primeros meses y especialmente importante en la segunda fase.

Aragón fue de las comunidades más afectadas en la primera ola de la pandemia y en la segunda en el verano y en el otoño del 2020, por diferentes circunstancias. Especialmente porque hubo una cierta concentración de casos en el área de Madrid, Castilla y León, Navarra, La Rioja y Cataluña. Así como en Andalucía, Galicia, Asturias y Comunidad Valenciana no fue tan notable esa primera ola, aquí sí, probablemente por la propia distribución epidemiológica. En las fases iniciales no teníamos información real sobre la circulación del virus, que es una realidad que ha marcado mucho la respuesta a la pandemia. Actualmente sabemos que fue muy superior al que en ese momento se sospechaba. Hubo una fase en abril del 2020 donde estaba en riesgo el desbordamiento del sistema, fue la fase en la que se desplegaron los hospitales de campaña. En Aragón, aunque estuvimos cerca, se llegó a controlar razonablemente la situación y no tuvimos que activar esos dispositivos de guerra.

Sobre el tema de la salud mental, hemos dedicado muchos esfuerzos por mejorarla. En este periodo, hemos actualizado el Plan de Salud Mental y una evaluación del Plan de Salud Mental anterior del 2017 a 2021. Asimismo, hemos elaborado el de 2022 a 2025, así como una estrategia de prevención del suicidio que fue pionera en toda España y que ha dado unos resultados razonablemente buenos. Hemos trabajado también en colaboración con el Departamento de Educación, precisamente en el control de las situaciones de riesgo en población infantil y juvenil.

Hemos incrementado también los recursos tanto en hospitalización como en profesionales y en conciertos. También hemos destinado recursos a procesos de rehabilitación con entidades sociales. Es cierto que sigue habiendo necesidades importantes y que el abordaje de la salud mental ha estado infradotada



José María Abad Díez, Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

durante tiempo y que la situación post pandemia lo dificulta aunque hayamos incrementado los recursos.

Otro tema a destacar es la atención a crónicos. Aragón elaboró una estrategia de atención a crónicos complejos, en la fase posterior a la pandemia una de las prioridades fue reactivar ese plan de atención a crónicos y tratar de garantizar la continuidad de cuidados y la adecuación de los cuidados de los pacientes crónicos complejos. La estrategia de atención comunitaria en atención es otro de los puntos que queremos destacar junto al desarrollo profesional de la enfermería.

A nivel local contamos una estrategia autonómica regional de atención comunitaria con una serie de herramientas que ponemos a disposición de los centros, pero se tiene que trabajar sobre todo a nivel local, en la colaboración entre profesionales del sistema sanitario, con entidades sociales, con trabajadores de servicios sociales de municipios y comarcas. También con otros profesionales que están en el territorio, como los farmacéuticos.

Enfermería es uno de los pilares de la atención comunitaria, son profesionales que tienen un contacto muy directo con los pacientes, con los servicios so-

ciales, con las familias y con los cuidadores. Toda esta estrategia de atención comunitaria pretende utilizar lo que llamamos activos comunitarios, es decir, aquellos recursos que hay a nivel del territorio y que sobre todo a nivel de prevención de las complicaciones de los pacientes crónicos, son fundamentales.

Otra de mis prioridades ha sido la mejora de las listas de espera. La situación que dejó la pandemia fue compleja e hicimos un plan de abordaje prioritario y en esta última fase no nos ha dado tiempo a avanzar más, pero hemos comenzado en la reordenación y planificación de la atención especializada en el sector uno, que es un área de Zaragoza que requiere de más recursos porque ha tenido un crecimiento muy importante desde hace unos años, esto requiere una reordenación y un incremento de recursos a nivel hospitalario.

Actualmente, ¿a qué problemas de salud se enfrenta su comunidad autónoma?

Los problemas de salud son similares al resto del territorio. Estos son: el envejecimiento, la cronicidad, el impacto que ha tenido la pandemia en la salud mental. No tanto en el incremento de trastornos mentales graves, pero sí en un incremento de la preocupación por los problemas de salud emocional y lo que eso conlleva. Fundamentalmente, la atención primaria está sufriendo ese incremento de los problemas de salud mental porque no es un problema solo de los especialistas en salud mental.

Una de las principales líneas de actuación marcadas es la atención a la cronicidad. Los pacientes cada vez son más crónicos por lo que consideramos fundamental la prevención como estrategia para luchar contra los grandes problemas crónicos que padecemos. Es importante adaptarnos también como sistema a esos problemas.

¿Cuál es la situación de las listas de espera en Aragón?

Es difícil realizar comparaciones entre comunidades autónomas sobre la situación de las listas de espera, desgraciadamente. Se realizó un intento en 2003 para estandarizar los sistemas de información que permitían hacer comparaciones. Sin embargo, es un tema que a nivel político tiene una trascendencia muy alta, creo que muchas veces desproporcionada para el problema de salud real que supone. En mi opinión, existe mucha manipulación en la información que se maneja sobre listas de espera porque no sabemos realmente cómo estamos en comparación con otras comunidades. Tenemos dudas sobre si los datos entre todas las comunidades son comparables.

Tradicionalmente, Aragón estaba en la media de España y creo que sigue estando en la media. Lamentablemente, la media nacional no es buena tampoco. El principal problema con este tema en Aragón es el aumento del número de pacientes con demora superior a seis meses, que es lo que supone el problema real de la atención la lista de espera, y que prácticamente se multiplicó por tres tras la llegada de la pandemia. Hemos realizado un plan de abordaje que hemos ido actualizando progresivamente, pero la estrategia fundamental para disminuir la lista de espera es el incremento de la oferta con recursos propios. Nos dificulta la falta de profesionales suficientes.

Siempre hemos colaborado con la sanidad privada en Aragón, pero no tiene una capacidad quirúrgica fuerte. De hecho, las intervenciones de lista de espera en Aragón en centros privados suponen alrededor de un 5 % del total de intervenciones de lista de espera. La línea fundamental ha sido la colaboración con los profesionales. Esperamos llegar a los datos de junio y cerrar el primer semestre de junio de 2023 con una situación de lista de espera

en línea con la que había en la época prepandémica y a partir de ahí, nuestra idea es continuar para llegar a nuestro objetivo, que es alcanzar las cifras de los años 2016-2017 que eran de entre 1000-1500 pacientes de más de seis meses, que además se concentran en patologías crónicas que no suponen un riesgo en la vida de los pacientes y tampoco tienen un impacto fundamental en su calidad de vida. Ese es el objetivo y si se mantiene la línea de trabajo que hemos seguido es perfectamente alcanzable.

¿Qué iniciativas de inteligencia artificial tienen implantadas en Aragón?

Debemos considerar inteligencia artificial de una forma amplia porque puede tener muchas acepciones. Además de los proyectos de futuro, ahora mismo las herramientas de Inteligencia Artificial que se están utilizando están destinadas en gran parte a ayudar a los profesionales en el análisis de la imagen médica, fundamentalmente en rayos y también algo en anatomía patológica. Tenemos varias experiencias en dispositivos de imagen, tanto de radiología como de anatomía patológica que llevan incorporadas herramientas o software que incorpora la inteligencia artificial para ayudar precisamente al profesional en ese diagnóstico.

A nivel de investigación hay un proyecto interesante que espero pronto dé frutos, es incorporar la inteligencia artificial también a los programas de cribado de cáncer, de forma que se puedan dirigir mejor las intervenciones.

¿Que se está haciendo en Aragón por la prevención y la promoción de la salud?

La estrategia fundamentalmente pasa por la profundización de atención comunitaria, es decir, proporcionar herramientas a la población para que pueda mejorar su prevención y proporcionárselo a nivel local. También existen programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar,

en el laboral, y en el de la población general, que son muy importantes.

¿Se miden los resultados en salud? ¿Qué herramientas se utilizan?

En Aragón desde hace varios años existe un proyecto importante que se está desarrollando, es la historia clínica única e informatizada. También el desarrollo de herramientas de análisis de datos que se basen en los datos de la historia clínica informatizada. Ese es el futuro.

Aquí ya desde hace años la historia clínica es común para atención especializada y ahora estamos en fase de incorporación de Atención Primaria, aunque en Atención Primaria hasta ahora se sigue utilizando un programa específico. Sin embargo, la información de la historia clínica de primaria se vuelca en la historia clínica común, con lo cual sí que podemos decir que tenemos una historia clínica común. De este modo, el profesional puede acceder a toda la historia clínica del paciente.

En la actualidad estamos en el proceso de implantación de la historia clínica común, también en primaria, con el fin de sustituir la herramienta clásica que tenían los centros de salud, que es un modelo que ha quedado obsoleto. Y si la historia clínica es única y las bases de datos son únicas, las herramientas de análisis de datos tienen que ser comunes en el análisis de resultados en salud. Lo que se ha trabajado hasta ahora es en desarrollo de indicadores de resultados en salud y de proceso que se incorporan los acuerdos de gestión clínica. El programa es igual para todos los hospitales y para toda la Atención Primaria, incorpora indicadores de resultados en salud que son comunes para toda la red e incorpora también algunos indicadores que son comunes para atención primaria y especializada.

No debemos olvidar que el paciente es el mismo y la transición es fundamental, con lo cual es im-

portante también incorporar indicadores de resultados de salud que midan de una forma global la actuación de todo el sistema. Nuestros acuerdos de gestión y contratos incorporan ya desde hace años indicadores de resultados en salud y yo creo que están muy interiorizados en la forma de funcionamiento de nuestros centros y de nuestros servicios asistenciales.

¿Tienen previsto realizar proyectos de humanización en los próximos tiempos?

Fundamentalmente trabajamos en colaboración con las asociaciones de pacientes. Existen varias líneas de trabajo, y creo que el tener en cuenta la perspectiva de las asociaciones de pacientes en la gestión del sistema es fundamental y en esa línea trabajamos en la participación. También colaboramos con las asociaciones en el diseño de los servicios. De hecho, esperamos poder licitar próximamente en el sector uno el nuevo Hospital Royo Villanova, que contempla dentro de las prescripciones técnicas, la colaboración con las asociaciones de pacientes para hacer un hospital adecuado a las necesidades y a la forma de funcionamiento de los pacientes.

Es importante también incorporar herramientas de humanización en la sanidad telemática. Desde la Dirección General de Transformación se trabaja con las asociaciones de pacientes en el diseño de todas las aplicaciones de acceso por parte de los pacientes a la historia clínica.

También, a nivel más local, ha habido proyectos importantes en los diferentes hospitales y en centros de salud para incorporar a asociaciones de pacientes en las tomas de decisiones para la adaptación de los espacios asistenciales especialmente pues en las áreas pediátricas.

¿Cuáles son sus proyectos de futuro?

Personalmente, me gustaría que las líneas de trabajo que se han desarrollado hasta ahora se continúen.

¿Cómo influye a la sanidad aragonesa la dispersión geográfica de la población?

Existe una idea general, que yo creo que es equivocada, sobre la atención en el medio rural. No es peor que en el medio urbano. La población del medio rural para muchos aspectos y en muchos indicadores tiene mejores niveles de salud que la población urbana y tiene también mejor accesibilidad al menos en atención primaria, que es la línea fundamental de trabajo y también muchas veces a la atención hospitalaria.

De hecho, en los sectores rurales en general tenemos menos lista de espera, tanto quirúrgica como de consultas, como de pruebas diagnósticas, con lo cual la accesibilidad real es menor. Sí que a veces hay cierta sensación de pérdida de contacto de los profesionales, porque existe la limitación de la disponibilidad de profesionales en el medio rural obliga a disminuir la frecuencia de las consultas presenciales, pero se debe mantener la asistencia aprovechando las nuevas tecnologías.

Además, trabajar en el mundo rural es cada vez más complicado porque hay menos profesionales y además los nuevos profesionales que salen al mercado laboral no les atrae el medio rural. Al final, estos profesionales se enfocan hacia el hospital porque es lo que han aprendido en la carrera. Creo que ahí es fundamental cambiar un poco el paradigma en la formación de los profesionales. Es importante que los alumnos de medicina y enfermería conozcan lo que es el trabajo en el medio rural y en hospitales comarcales, tanto en Atención Primaria como en Especializada.

También hay que hacer más atractivo el trabajo en el medio rural, incorporando incentivos específicos y facilitando el desarrollo profesional, por ejemplo vinculando a profesionales de centros rurales con servicios de referencia.

PRESENTACIÓN

Libro Blanco del Envejecimiento y la Artrosis: Problemas, Retos y Soluciones

**Elaborado por el Dr. Julio Sánchez Fierro
y la Fundación OAFI**

**Acto de presentación del Libro Blanco
y homenaje al Dr. Julio Sánchez Fierro**

29 de junio, 11h
**Real Academia Nacional de
Medicina Española (Madrid)**

Confirmación de asistencia a mbibas@oafifoundation.com /
comunicacion@oafifoundation.com

OaFi
OSTEOARTHRITIS
FOUNDATION
INTERNATIONAL



Presentación del “Libro Blanco del Envejecimiento y la Artrosis: Problemas, Retos y Soluciones”

Homenaje al Dr. Julio Sánchez Fierro

Detalles de la jornada

Lugar: Real Academia Nacional de Medicina Española, Madrid (C/ Arrieta 12)

Fecha: 29 de junio de 2023 a las 11h

Participación: Presencial y *streaming* en YouTube OAFI

Objetivo del encuentro

Dimensionar el impacto del envejecimiento demográfico en España y definir estrategias socio-sanitarias óptimas para preservar la salud de los mayores y mejorar su calidad de vida.

Presentación de los datos recogidos en el Libro Blanco y homenaje a la figura del Dr. Julio Sánchez Fierro, coautor de la obra.





Programa

11:00h Acto de inauguración

- Bienvenida Dr. José Manuel Ribera Casado, académico numerario de la Real Academia Nacional de Medicina
- Prof. Antonio Campos, vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina
- Salutación Personalidad (pendiente de confirmar)
- D. Eduardo Martín Serrano, presidente de la Asociación Andaluza de Derecho Sanitario
- Apertura a cargo de Dr. Josep Vergés Milano, presidente de la Fundación OAFI y AECOSAR

11:30h Envejecimiento demográfico y mejora de la calidad de vida: Especial atención a las enfermedades osteoarticulares

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

11:50h Estrategias y políticas en materia de salud y envejecimiento

- Dr. Manel Santiñà, Past President de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

12:20h Abordaje multidisciplinar del envejecimiento a debate

Moderador: Dr. Antonio Román Jasanada, senador

- Representante de SEMERGEN (pendiente de confirmar)
- Dr. Jesús Gómez, presidente, SOCFIC
- Don Juan Manuel Cuñarro Alonso, Enfermero Especialista en Enfermería Geriátrica y Presidente de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica, socio de SEEGG
- Representante CEOMA (pendiente de confirmar)
- Sra. Ofelia De Lorenzo, Presidenta de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)



Programa

12:40h Gestión sanitaria del envejecimiento, perspectivas de futuro: luces y sombras

Moderador: Dr. Jose Maria Martínez, Director de New Medical Economics

- Dr. Carlos Lens, ex subdirector General de Cartera de Servicios, Ministerio de Sanidad
- Dra. Blanca Fernández Capel, directora de la Escuela Andaluza de Salud Pública

13:15h Conclusiones y clausura

- Sra. Raquel Sánchez Sanz, abogada especializada en derecho sanitario, paciente y voluntaria de AECOSAR
- Dr. Josep Vergés Milano, presidente de la Fundación OAFI y AECOSAR

13:30h Cóctel de despedida

Con el aval científico de:



Con el respaldo de:





El abordaje terapéutico de la leucemia mieloide aguda, a debate en Madrid



Grupo de expertos del Encuentro 'Hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con leucemia mieloide aguda', celebrado en el Hospital Universitario La Princesa (Madrid).

La leucemia mieloide aguda (LMA) es uno de los tipos más comunes de leucemia en adultos, siendo en general bastante infrecuente. Representa el 1% de todos los cánceres, aumentando su incidencia con la edad. De hecho, la edad promedio de personas diagnosticadas es de 67 años. Cada año se diagnostican en España 2900 pacientes con esta enfermedad y la tasa de supervivencia a cinco años para las personas de 20 años de edad o más es del 27% y para personas menores de 20 años, el 69%.

La supervivencia depende de diversos factores y entre ellos las características biológicas de la enfermedad y en particular de la edad del paciente. El abordaje terapéutico de la LMA presenta un

elemento clave para el éxito terapéutico. Se trata del diagnóstico precoz y correcta derivación con el objetivo de iniciar en el momento oportuno el tratamiento adecuado para el paciente.

En este aspecto tiene una especial relevancia el papel de los profesionales de atención primaria, así como los especialistas en hematología y oncología, profesionales que, además, disponen ya de las primeras herramientas terapéuticas para dirigir el tratamiento de los pacientes con LMA.

En este contexto, New Medical Economics con el apoyo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el laboratorio Astellas, organizó el Encuentro de Expertos 'Hacia la excelencia en el



Grupo de expertos del Encuentro ‘Hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con leucemia mieloide aguda’, durante el debate.

proceso asistencial de los pacientes con leucemia mieloide aguda’.

El encuentro de expertos fue organizado por este medio en el Espacio Conocimiento Dr. Gómez Zamora del Hospital Universitario La Princesa (Madrid) y contó con referentes de sector como: Adrián Alegre Amor, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de La Princesa y Presidente del Patronato de la Fundación Leucemia y Linfoma; José Julián Díaz Melguizo, suplente Gerencia del Hospital Universitario de La Princesa; Ángela Figuera Álvarez, jefa de Sección y experta en LMA del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Princesa; M^a Ángeles Gómez Mateos, jefa del Área de Coordinación de Proyectos de Humanización de la D.G. de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de Madrid; Javier Letéllez Fernández, Unidad de Farmacia OncoHematológica del Hospital Universitario de Fuenlabrada; Laura Martínez-Cava Villamor, supervisora de Enfermería en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital Universitario La Princesa; Joaquín Martínez López, jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre; Inmaculada Mediavilla Herrera, coordinadora de calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madri-

leño de Salud y presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA); Alberto Morell Baladrón, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de La Princesa; María Liz Paciello Coronel, subdirectora de Servicios Centrales del Hospital Universitario 12 de Octubre; e Irene Sánchez Vadiello, médico adjunto del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz. El encuentro estuvo moderado por Paloma Tamayo Prada, directora de operaciones de New Medical Economics.

Para dar comienzo al debate, la moderadora del encuentro preguntó sobre el proceso asistencial de los pacientes con leucemia mieloide aguda: “¿existen rutas definidas?”, cuestionó. Según Joaquín Martínez López, jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre, no existe una ruta asistencial definida para la transición de este tipo de pacientes. “La atención recae básicamente sobre los hematólogos. Por el tipo de tratamiento que reciben, está muy implicado el personal de enfermería y farmacia. Además, es muy importante el seguimiento mediante atención primaria”, explicó.

Ángela Figuera Álvarez, jefa de Sección y experta en LMA del Servicio de Hematología del Hospital

Universitario La Princesa, aseguró que las personas que padecen leucemia aguda son pacientes con un índice de supervivencia bajo, con la necesidad de un tratamiento muy intensivo y que requieren de revisiones semanales por parte de los profesionales de la salud. “Una ruta asistencial con atención primaria es secundaria y donde debemos poner el foco es en el diagnóstico más moderno que tiene un gran margen de mejora en los hospitales de España y especialmente de Madrid”, explicó Figuera Álvarez. Irene Vadillo también considera que el paciente es muy dependiente del hematólogo, “ni siquiera confía en su médico de familia y debería haber una comunicación bidireccional”.

En esta línea, Adrián Alegre Amor, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de La Princesa y presidente del Patronato de la Fundación Leucemia y Linfoma, destacó que la Comunidad de Madrid publicó un plan estratégico hace unos años en el que destacaban criterios de derivación del paciente con LMA desde la Primaria. “Desde el Servicio de Hematología del Hospital Universitario de La Princesa realizamos el año pasado un curso de detección precoz del cáncer hematológico. Es cierto que el circuito asistencial habitualmente empieza por atención primaria, pero en el caso de esta patología, en muchas ocasiones no”, señaló Alegre Amor.

“Desde la Unidad de Calidad de la Gerencia Asistencial de AP del SERMAS -contó Inmaculada Mediavilla- seguimos el tema de la seguridad del paciente, hemos intentado establecer unos circuitos de comunicación con todos los hospitales de la Comunidad de Madrid para que cuando haya una alerta respecto a un resultado de analítica haya un circuito claro de emisor, receptor y tiempo. Eso facilitaría que el paciente con leucemia aguda pueda entrar en el sistema lo antes posible sin tener que esperar”.

Por su parte, M^a Liz cree que para el diagnóstico precoz también es muy importante atención primaria, “y que el hospital especializado esté bien comunicado con atención primaria”. M^a Ángeles Gómez añadió a esta cuestión la visión del paciente: “Desde la Dirección General y dentro de la Escuela Madrileña

de Salud se realizó un estudio “Construyendo una propuesta de valor: El Paciente Superviviente a una neoplasia Hematológica” en el que el paciente identificaba la Continuidad Asistencial como un área de mejora clara. Es muy importante lo que el paciente necesita, que a veces no es lo que nosotros creemos que necesita”.

Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales

Desde el punto de vista de Alberto Morell Balandrón, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de La Princesa, la coordinación asistencial es básica. Sin embargo, falta digitalización para hacer un correcto seguimiento del paciente y que “el flujo de información y la actividad del paciente sea continuo. Deberíamos disponer de una historia clínica que realmente resuma el estado del paciente y tenga todos los datos accesibles”, lamentó Morell Balandrón.

Para Javier Letéllez Fernández, de la Unidad de Farmacia Oncohematológica del Hospital Universitario de Fuenlabrada, la coordinación entre especialidades para tratar a este tipo de pacientes es fundamental. “Mejorar la coordinación y tener una comunicación más fluida es importante para disponer de fármacos que no están habitualmente disponibles y evitar retrasos en todo el proceso asistencial”, aseguró el experto.

En este sentido M^a Liz Paciello considera que el tema de la informática es muy complejo en la ruta asistencial, “no existe esa integración y no hay una información real de todo. Nosotros solemos revisar bien la medicación del paciente porque al final, si no se hace ese paso se incurre en mucho en errores”. “Para nosotros es un problema que la medicación de dispensación hospitalaria no esté en la herramienta porque el médico de primaria no la ve”, señaló Inmaculada Mediavilla.

Laura Martínez-Cava Villamor, supervisora de Enfermería en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital Universitario La Princesa, ofreció



Grupo de expertos del Encuentro ‘Hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con leucemia mieloide aguda’, durante el debate.

el punto de vista de la enfermería señalando que realiza una labor engranaje y coordinación, entre el médico en planta y el servicio de farmacia, intentando anticiparse para que no exista dificultad con la medicación necesaria.

“¿Existen una unidad gestora de casos?”, esta fue la siguiente cuestión planteada por la moderadora del encuentro, Paloma Tamayo Prada. Joaquín Martínez López, jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre, afirmó que no existe, pero es algo que se ha reclamado desde el Servicio de Hematología y Hemoterapia de su hospital al considerarse fundamental. “En nuestro Servicio debería haber al menos tres enfermeras de práctica avanzada para las diferentes áreas del servicio, pero por ahora no se dispone de recursos”, lamentó Martínez López.

En la misma línea, Adrián Alegre Amor, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de La Princesa y presidente del Patronato de la Fundación Leucemia y Linfoma, confirmó la falta de gestores de casos para Leucemia Mieloide Aguda y señaló la importancia de un gestor de procesos hematológicos.

“Al no existir la figura del gestor de casos se pierde la educación para la salud y toda esa información previa al tratamiento. La labor de la Enfermería es fundamental durante todo el proceso del paciente y en los diferentes niveles asistenciales. Y para ese acompañamiento durante las fases del tratamiento es importante la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), señaló la supervisora de Enfermería en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital Universitario La Princesa.

Cuellos de botella a nivel de diagnóstico precoz

“¿Existen cuellos de botella a nivel de diagnóstico precoz?”, preguntó Paloma Tamayo al panel de expertos.

El jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre, Joaquín Martínez López, explicó que “el diagnóstico para hacer el tratamiento con medicina de precisión se basa en el diagnóstico molecular y genético, pero en la actualidad en Madrid existen pocos recursos para llevarlo a cabo”.

“Seguimos teniendo todo tipo de dificultades también con los nuevos fármacos, para tratar la LMA que se basan en el perfil mutacional que tenga el

paciente y no están financiados por la Seguridad Social. Con estos nuevos fármacos, los pacientes se van a beneficiar porque dejaremos de hacer tratamientos tan agresivos y empezaremos a hacer tratamientos orales que, además, ahorran muchísimo dinero a medida que pasa el tiempo”, añadió Ángela Figuera.

En cuanto a la medición y evaluación de la eficacia de los tratamientos, Adrián Alegre Amor lamentó la lentitud burocrática en los trámites administrativos para la aprobación de financiaciones. “Existen demasiadas trabas burocráticas para pasar el filtro de un fármaco cuyo beneficio está basado en evidencias científicas”, declaró el Dr. Alegre.

“Otro problema es la falta de transparencia en la negociación porque esa información no es pública. Por lo que es difícil luchar un argumento de coste eficacia cuando las negociaciones no son claras”, señaló Javier Letéllez Fernández.

Humanización en la atención al paciente con LMA

La siguiente cuestión que se planteó fue sobre la preparación de los profesionales sanitarios para la comunicación con los pacientes. Ángela Figuera Álvarez indicó la falta de más psicólogos para realizar esa labor que ahora están realizando los hematólogos y enfermeras, entre otros profesionales sanitarios y que supone una gran inversión de tiempo por parte de estos.

Adrián Alegre Amor afirmó que desde las asociaciones de pacientes y fundaciones se lleva a cabo ese apoyo psicológico que necesita el paciente. “Hay un tercer sector que está supliendo las carencias que tiene el sistema y que son el apoyo psicológico, el apoyo emocional, la elaboración de guías informativas sobre la enfermedad y la formación personalizada que no tenemos tiempo de llevar a cabo en la consulta”.

M^a Ángeles Gómez Mateos, jefa del Área de Coordinación de Proyectos de Humanización de la D.G. de

Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de Madrid, señaló que una de las prioridades debe ser el aumento del personal de psicología, así como el aumento del apoyo y formación al cuidador. “La hospitalización a domicilio es una línea de trabajo de humanización en todas las patologías desde la salud mental hasta cualquier problema oncológico. También me gustaría destacar la importancia de la humanización de los espacios. En este hospital se ha mejorado la organización de los espacios para hacerlo más cómodo y que se respete la intimidad del paciente o que pueda estar acompañado durante todo el proceso de su enfermedad”, añadió la experta.

Para Irene Vadillo todo esto es importante, pero para ella la prioridad debería ser que “los propios profesionales pudiéramos humanizar más y que pudiéramos dedicarle más tiempo al paciente, que de verdad estemos con ellos”.

Tratamiento de la LMA

Otro de los temas centrales del encuentro de expertos fue el tratamiento de los pacientes con leucemia mieloide aguda: “¿Qué particularidades tienen los nuevos tratamientos para la LMA y cómo afecta esta patología a la calidad de vida (QoL) de estos pacientes con los nuevos tratamientos?”, cuestionó la moderadora del encuentro al panel de expertos.

Para el Dr Adrián Alegre Amor los nuevos tratamientos pueden permitir tratamientos personalizados contra dianas específicas, pero se precisa seguir investigando en esta patología. Es recurrente hablar de las carencias de fondos para investigar, “pero si no fuera por la industria habría mucha menos investigación traslacional, incluso básica o clínica. Se deben dedicar más recursos para la investigación oncohematológica y hacer de este objetivo una prioridad real y no un tema coyuntural como puede ocurrir con los fondos europeos”.

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



SECTOR EJECUTIVO

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

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



El proceso asistencial del paciente con anemia asociada a la enfermedad renal crónica



Grupo de expertos del Encuentro 'Diseño y mejora del proceso asistencial del paciente con anemia asociada a la enfermedad renal crónica', celebrado en la sala de juntas del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR-Sevilla).

Se calcula que en España una de cada cinco personas con enfermedad renal crónica (ERC) presenta anemia, una complicación que empeora a medida que aumenta el deterioro de la función renal. Esta afección aumenta el riesgo de morbilidad, la progresión de la enfermedad renal y contribuye a la disminución de la calidad de vida del paciente, pues interfiere con la vida cotidiana, la actividad física, el cuidado personal y la vida laboral.

En este contexto, New Medical Economics, con el apoyo de la Consejería de Sanidad y Consumo de Andalucía y el laboratorio farmacéutico Astellas Pharma, ha organizado el encuentro de expertos 'Diseño y Mejora del Proceso Asistencial del Paciente con Anemia Asociada a la Enfermedad Renal Crónica'. En dicho encuentro se ha contado con la par-

ticipación de un grupo multidisciplinar de expertos con experiencia en el marco de la ERC o la anemia renal, con el objetivo de comentar y revisar el modelo asistencial óptimo que permite la mejor atención del paciente con anemia asociada a ERC en las distintas áreas sanitarias.

La sala de juntas del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR-Sevilla) acogió este encuentro moderado por el presidente de New Medical Economics, José María Martínez, y que contó con profesionales referentes de este hospital como: Ignacio Jiménez López, director médico; Aurea Morillo García, subdirectora médica; Sandra Flores Moreno, jefa del Servicio de Farmacia; Salvador Payán Pernía, hematólogo especialista en anemia y vocal de la Comisión de Transfusión; Luis López Rodríguez, de la Unidad de Calidad; Antonio Alcántara Bernal, jefe de Enfermería

del Bloque Urología-Nefrología; M^a Luz Amoedo Cabrera, supervisora de Enfermería de Nefrología; José Luis Rocha Castilla, jefe del Servicio de Nefrología; y Teresa Seda, miembro de la Junta Directiva de Alcer Giralda (Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales de Sevilla y Huelva).

Rutas asistenciales, calidad de vida y recursos

La primera pregunta que se puso sobre la mesa fue sobre la existencia y definición de rutas asistenciales del paciente con anemia asociada a la ERC. La subdirectora médica del HUVR comentó que en el hospital están definidas siguiendo el marco de los Procesos Asistenciales Integrados y cuyo cumplimiento está supervisado y garantizado en su área por el Servicio de Nefrología y resto de Servicios implicados en el manejo de pacientes con ERC. “También hay guías y protocolos de las sociedades científicas. Es decir, es un problema y una patología que está reconocida y para ello hay protocolos”, indicó la experta.

El jefe de Servicio de Nefrología explicó que hace 30 años cuando trataban a pacientes renales y no existían agentes eritropoyéticos, se enfrentaban a un escenario muy diferente al de ahora, “la anemia en pacientes con ERC está muy bien, tanto identificada y protocolizada, no solo la anemia, sino los criterios de indicación, el estudio de las reservas de hierro y el resto de aspectos relacionados con la misma. En nuestro caso, está bien documentado y muy clarificado”.

“La anemia es un uno de los problemas más prevalentes de la humanidad, que puede producirse por infinidad de enfermedades y que, por tanto, afecta a todas las especialidades. Los pacientes cada vez son más complejos, las patologías se cronifican más, y necesitamos más sangre para transfundir, pero la sangre es un recurso limitado y nos falta, tenemos un problema de falta de hemoderivados”, señaló el hematólogo especialista en anemia y vocal de esta Comisión de Transfusión.

“Por ello, desde la Comisión de Transfusión se decidió protocolizar el manejo de la anemia en el contexto perquirúrgico, “este protocolo va a cambiar radicalmente el modo de abordar la anemia perquirúrgica en el hospital, con un abordaje muy novedoso. Tam-

bién estamos elaborando un protocolo hospitalario de manejo de la anemia en el contexto no quirúrgico, que revisará y actualizará los circuitos asistenciales y las indicaciones de cada medicamento, abordando también la anemia renal”, señaló el Dr. Payán.

La siguiente pregunta que el moderador lanzó a los profesionales fue “¿cómo afecta a la calidad de vida de estos pacientes?”. Por su parte, Teresa Seda contó su experiencia como paciente de esta patología, “con la aparición de nuevas terapias los pacientes hemos mejorado mucho y la calidad de vida ha mejorado 200%”. “La anemia cuando es profunda y crónica tiene un impacto brutal en la calidad de vida del paciente”, añadió el Dr. Rocha.

Para Sandra Flores, los análogos de la eritropoyetina han sido uno de los ejemplos claros de cómo un efecto adverso modifica la práctica clínica, en alusión a la asociación de estos medicamentos con la trombosis tras su comercialización. “En un mes modificamos todos los tratamientos”. En relación a ello también comentó: “entendemos que tenemos que trabajar con la evidencia, con el consenso, con el resto de los profesionales y además valorando todo lo que hacemos periódicamente”.

En el ámbito de los recursos, la experta en Farmacia Hospitalaria indicó que siempre se puede mejorar, “hay muchas cosas automatizables que no están automatizadas. Los resultados están, lo que no está es la extracción automática de los mismos”.

En la misma línea, el Dr. Rocha considera que siempre se solicitan más recursos porque la demanda de atención sanitaria es creciente. “Los recursos se tienen que adaptar y no siempre es posible porque saltamos de una crisis a otra y cada vez hay más restricciones. Pero lo cierto es que hay una demanda, una sensación percibida de insuficiencia de recursos que se está cronificando y que realmente es un elemento de preocupación”. El experto en nefrología también señaló que la enfermedad renal crónica es, después de la enfermedad de Alzheimer, la que más está creciendo en carga de enfermedad y mortalidad, “se espera que a final de siglo sea la primera causa de mortalidad”.

Para Luis López, experto en calidad asistencial, el diagnóstico precoz cada vez es más importante y no hay que olvidarse de los niños, y en esa línea “tam-



Grupo de expertos del Encuentro ‘Diseño y mejora del proceso asistencial del paciente con anemia asociada a la enfermedad renal crónica’, durante el debate.

“... también estamos trabajando en un protocolo hospitalario sobre anemia en la población pediátrica”. Por su parte, el Dr. Payán dijo que “los estudios con medicamentos que se hacen en población pediátrica son mucho menos que en adultos. Sin embargo, la necesidad está ahí”.

La representante de Alcer Giralda contó que ella empezó a los 3 años con problemas renales y que en su edad adulta trabajó como enfermera también con pacientes renales; y en relación con ello cree que “algo muy importante para el enfermo es tener la misma posibilidad de calidad de vida que las personas sanas, es importante para que el enfermo renal sea más independiente y autónomo”.

“Cada vez está más en auge la enfermedad, nosotros tenemos en el hospital una consulta de enfermería de ERC avanzada, donde su papel es primordial para evitar el progreso de la enfermedad renal”, explicó M^a Luz Amoedo, supervisora de Enfermería Urología-Nefrología. La experta en enfermería señaló que los pacientes renales son personas muy añosas y que el papel de la enfermería es clave.

En este sentido, el Dr. Salvador Payán destacó el papel potencial del abordaje de los aspectos socioeconómicos y emocionales en pacientes con enfermedades crónicas como la ERC, también en los más jóvenes, y, por tanto, de la intervención de trabajadores sociales y psicólogos. Este es, para el experto, un punto de mejora.

Indicadores de calidad y resultados en salud

“No utilizamos, a nivel de hospital, indicadores de calidad específicos de la anemia los indicadores generales están más relacionados con la seguridad del paciente”, explicó Luis López. “A nivel de unidades concretas, sí se manejan”. “Y en relación con la obtención de datos -continuó el responsable de la Unidad de Calidad- en Andalucía tenemos las herramientas y posiblemente el sistema más potente del mundo de historia clínica digital. Los datos los tenemos, pero hace falta ser capaces de extraerlos y en algún momento se producirá un ‘boom’”.

Según contó el Dr. Rocha, en Andalucía, las propias unidades tienen sus objetivos a alcanzar, y en esa línea “tenemos una parrilla de indicadores muy detallados, los vamos monitorizando y obtenemos una retroalimentación, también con los centros de diálisis con los que trabajamos. Hacemos reuniones cada dos o tres meses. Realmente la información que hay es muy importante, se usa y está estandarizada. Y los resultados son buenos”.

Por su parte, el Dr. Payán quiso poner el foco en la importancia de la digitalización como herramienta para la calidad asistencial. El experto cree que los servicios de informática deberían tener un papel preeminente en los hospitales y cada vez más. “Andalucía es la única comunidad que tiene un sistema único, Diraya, que integra en formato digital toda la información de salud de cada ciudadano, y

eso hay que aprovecharlo y perfeccionar la extracción de datos de diferente tipo: pruebas diagnósticas, tratamientos recibidos, diagnósticos concretos...”, subrayó.

En la misma línea, el jefe del Servicio de Nefrología considera que la digitalización es una realidad y ha producido muchas mejoras en la práctica clínica y en la seguridad del paciente.

“En Enfermería también ayudaría mucho tener todo informatizado”, contó Antonio Alcántara. El jefe de Enfermería del Bloque Urología-Nefrología indicó que su especialidad siempre va por detrás en este sentido, “el programa en el que anotamos nuestros datos no está bien implementado con la historia clínica, se vuelcan solamente algunos datos”.

Papel de atención primaria, prevención y tratamientos

Para la subdirectora médica, el papel de Atención Primaria es fundamental a la hora de diagnosticar la ERC y la anemia asociada, pero también se necesitan otros especialistas y sobre todo coordinación entre los profesionales. “Podemos mejorar la calidad, pero estamos en el camino y tenemos los recursos y las personas, tenemos que sacar la mayor eficiencia”, manifestó.

“Estamos teniendo cada vez más relación con primaria”, comentó el Dr. Rocha. “Nosotros formamos parte de un sistema de mecanismos de derivación y de entrada y salida en el que el papel de primaria es crucial, no solo del médico de familia, también de la enfermería y de la enfermería de enlace, que hace una tarea fundamental”.

Por otro lado, para el jefe de Servicio de Nefrología, la formación de los pacientes es muy importante, “son los propios pacientes los que la han ido reivindicando, en los últimos años se ha hecho todo un esfuerzo por impulsar aquellas técnicas domiciliarias que a su vez requieren una mayor participación del paciente”.

Por su parte, el Dr. Payán considera que “hay que mejorar el abordaje diagnóstico en atención primaria a través de programas regionales que definan muy bien cómo se debe actuar en cuanto a la anemia en general, no solo a la anemia renal: qué estudios realizar o a qué especialistas derivar en función del

resultado, si es necesario. Las comunidades autónomas tienen programas regionales para otros problemas de salud, pero no para la anemia, que es de los más prevalentes y puede ser la vía para diagnosticar otras condiciones”. Para el especialista es muy importante diagnosticar bien la anemia asociada a la ERC, de cara a nuevos medicamentos venideros cuya indicación puede radicar en la falta de respuesta a los medicamentos convencionales, pero esa falta de respuesta podría deberse a que la causa de la anemia es otra.

En cuanto a la prevención, el director médico del HUVR cree que sería necesario un programa de prevención a nivel regional sobre la anemia asociada a la ERC. Para el Dr. Rocha “es uno de los grandes desafíos del futuro para la enfermedad renal crónica y evidentemente para la anemia como parte de eso es hacer más énfasis en la prevención”. Por su parte, a Antonio Alcántara le consta que los programas de promoción de la salud y de captación de seguimiento están muy débiles. Y Teresa Seda también considera que este aspecto es muy mejorable.

Con respecto a las particularidades que tienen los tratamientos para la anemia asociada a la ERC, Sandra Flores subrayó los análogos de la eritropoyetina “son medicamentos que requieren un especial control y por ello se dispensan desde los servicios de farmacia hospitalaria”.

Proyecto TEIDE

Para finalizar el encuentro, Martínez García preguntó a los expertos su conocimiento sobre el proyecto Teide, un trabajo multidisciplinar elaborado por expertos españoles con el fin de definir y mejorar en nuestro país el proceso asistencial óptimo del paciente ERC desde una visión integral.

El Dr. Rocha indicó que para él es coherente con lo que están haciendo y con lo que se pide que se haga. En su opinión, el manejo de la anemia de la enfermedad renal debe ser incluido en el proceso de enfermedad renal. Desde Nefrología aspiran a tener un plan integral que aborde la enfermedad renal crónica en su totalidad y que una de sus líneas de acción sea el manejo de la anemia, con la participación de los hematólogos, los médicos de familia y los profesionales de enfermería.



Aportando valor desde la perspectiva de los pacientes

A continuación, reproducimos la Introducción y el apartado 7 titulado ‘Retos para una asistencia sanitaria basada en valor desde la perspectiva de los pacientes’ del documento “Aportando valor desde la perspectiva de los pacientes” de la Fundación Economía y Salud.

A través de este enlace puedes acceder a él de manera íntegra: [Aportando valor desde la perspectiva de los pacientes.](#)

Introducción

A principios del siglo XXI Sir Muir Gray y Michael Porter, exponentes de la escuela británica y americana, nos sitúan en la importancia de la medición de todos los resultados en salud, incluyendo aquellos que nos aportan los pacientes. Desde un punto de vista general, la perspectiva que aporta la “Medicina Basada en el Valor” (en inglés, *Value Based Healthcare, VBHC*) nos orienta a eliminar todo aquello que no lo aporte, teniendo por tanto un impacto en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Desde que el profesor Michael Porter (*Harvard Business School*) comienza a hablar de atención sanitaria basada en valor en 2006, muchos son los esfuerzos que las organizaciones han realizado para poner en práctica este modelo, que orienta las intervenciones a los resultados obtenidos en salud. Según Porter, la atención sanitaria se ha centrado, históricamente, en maximizar los ingresos y la utilización de servicios. Es decir, en utilizar la actividad y el consumo de los

recursos para medir la eficiencia, en lugar de enfocarse en los resultados y los recursos utilizados para su consecución. Si difícil es la orientación a estos resultados, ello se complica si tenemos en cuenta que los resultados a medir pueden ser distintos según la perspectiva elegida: así, pueden ser distintos los objetivos, si tomamos como referencia los resultados que importan a los profesionales, los que importan a la organización, los que importan al gestor, o los resultados que importan a los pacientes. La orientación de la asistencia sanitaria basada en valor supone, según la teoría de Porter, un cambio de paradigma: cambiar su enfoque de la eficiencia al valor aportado, incluyendo el valor para todos los agentes, incluidos los pacientes. Para lograr este objetivo, propone tres estrategias:

- Medición y reporte de resultados, donde se deben incluir los resultados que más importan a los pacientes que, generalmente, tienen que ver con la calidad de vida relacionada con la salud, la satisfacción y la experiencia de enfermedad, y la mortalidad, entre otros.



- Organización en torno a las necesidades del paciente, en lugar de en torno a los proveedores de atención sanitaria.
- Uso adecuado de los recursos, lo cual no solo implica reducir los costes de la asistencia sanitaria (mucho menos la calidad de la atención médica), sino, más bien, eliminar intervenciones innecesarias para mejorar la eficiencia del sistema.

La teoría de Porter sobre VBHC ha sido implementada con éxito en diferentes organizaciones sanitarias, como el Sistema Nacional de Salud de Escocia y algunas organizaciones privadas en Estados Unidos, donde ha llevado a mejoras en la calidad de la atención médica y a una mayor eficiencia, además de una mayor satisfacción de los pacientes.

Un reto en las organizaciones que desean orientarse a resultados es, precisamente, detectar cuáles de éstos son los más importantes para los pacientes,

que, por lo general, son aquellos que impactan directamente en su calidad de vida, bienestar físico y emocional, y capacidad para realizar actividades de la vida diaria, además de la supervivencia o la remisión de la enfermedad.

En un estudio realizado por Greenhalgh (2018), los pacientes con enfermedades crónicas identificaron la calidad de vida relacionada con la salud como un resultado crítico. Los pacientes valoran su capacidad para realizar actividades cotidianas y disfrutar de la vida. También valoran la capacidad para mantener su independencia y su autonomía. Pero también otros resultados como la supervivencia o el control de los síntomas han de ser tenidos en cuenta.

La accesibilidad a la atención sanitaria es otro resultado a tener en cuenta pues, en general, los pacientes quieren poder acceder a atención sanitaria de alta calidad de manera oportuna, así como tener la posibilidad de comunicarse eficazmente con los pro-

fesionales y recibir información clara y comprensible sobre su condición desde el principio de su proceso.

La literatura también sugiere que la comunicación efectiva, la empatía y la atención personalizada en el momento en que lo necesitan, son importantes para la satisfacción del paciente y valoran la capacidad para recibir atención sanitaria personalizada y ser tratados con respeto y compasión, es decir de manera más humanizada.

Respecto a la satisfacción, que es un resultado importante para los gestores, también lo es para los pacientes, que quieren ver satisfechas sus necesidades y expectativas. Según una revisión sistemática realizada por Sitzia y Wood en 1997, la satisfacción del paciente se relaciona con la calidad de la atención médica, la comunicación y la relación médico-paciente. En ella se encontró que los pacientes valoran la comunicación efectiva, la empatía y la atención personalizada de sus médicos. En un estudio más reciente realizado por Fenton et al. en 2012, los autores también señalaron que la satisfacción del paciente puede ser un predictor de la adherencia al tratamiento y la continuación de la atención médica.

Es, por tanto, imprescindible, si pretendemos una asistencia sanitaria basada en valor, tener en cuenta los resultados que más importan a los pacientes, para orientar las intervenciones y los procesos, y en definitiva, la toma de decisiones a todos los niveles, macro, meso y micro. A los indicadores y resultados que ya medimos los profesionales, es imprescindible añadir los que importan a los pacientes; tanto de resultados en salud como de su experiencia con el sistema sanitario, tema este último, que excede el contenido de este proyecto, aunque como veremos, está íntimamente relacionado para los pacientes.

Retos para una asistencia sanitaria basada en valor desde la perspectiva de los pacientes

De la lectura conjunta de las necesidades y expectativas que aparecen en los grupos focales de pacientes con distintas patologías, observamos una serie

de aspectos que aparecen expresados de una u otra manera en todos ellos.

Si bien son frecuentes los que tienen que ver con aspectos organizativos (accesibilidad a los profesionales o a tratamientos innovadores, coordinación entre niveles...) o estructurales (rehabilitación, psicoterapia...), destacan aspectos que tienen que ver con los resultados que impactan directamente sobre el desarrollo del proyecto vital de la persona (secuelas de la enfermedad, incapacidad para realizar actividades cotidianas, impacto laboral y social, dependencia, entre otras).

Conseguir una asistencia sanitaria basada en valor pasa por incluir en los indicadores a monitorizar, además de aquellos relacionados con la estructura y el proceso, otros que se refieran a los resultados que más valoran los pacientes, y que por lo general se relacionan con resultados en calidad de vida, y, por tanto, susceptibles de medida con diversas escalas.

Indudablemente la supervivencia y el control de síntomas aparecen como relevantes en todos los grupos consultados, si bien esto aparece con mayor



presencia en el cáncer de colon y cáncer de mama, así como las recurrencias en el caso de ictus o infarto, o las exacerbaciones en el caso del EPOC, o bien, la existencia de complicaciones en el caso de la diabetes.

Cobran importancia asimismo los resultados que perciben los pacientes como buenos en cuanto a la adopción de estilos de vida saludables en su propia persona (tal como relatan, tras un infarto o tras el diagnóstico de diabetes).

Por otra parte, llaman la atención en todos los grupos, las referencias en el discurso de los pacientes apelando a una asistencia sanitaria más humanizada, que se refieren concretamente a ciertas dimensiones de la humanización: la posibilidad de tomar decisiones conjuntamente con el profesional sanitario, la necesidad de información y formación para su propia capacitación y empoderamiento, y la confianza que inspira el profesional sanitario, expresada por los pacientes como imprescindible para una mejor adherencia a las recomendaciones terapéuticas.

Mantener una relación más satisfactoria con el profesional sanitario, basada en el respeto, la compasión, la empatía y la escucha, es percibida en sí misma como un resultado importante. La atención a las necesidades emocionales, y no solo a las físicas, así como el impacto de la enfermedad, su tratamiento y las posibles secuelas sobre su vida laboral y social, en definitiva, tener en cuenta el impacto de la enfermedad en el proyecto vital de cada paciente, debería ser considerado de una forma prioritaria por los profesionales.

Todos estos aspectos aparecen en cada una de las patologías en mayor o menor medida y podrían constituir ejes transversales a tener en cuenta a la hora de la monitorización de las intervenciones sanitarias.

En conclusión, de acuerdo a la perspectiva de los pacientes, no debería faltar, la valoración y medida de resultados relativos a:

1. Funcionalidad y calidad de vida
2. Independencia
3. Recuperación o mantenimiento del proyecto vital (familiar, social, laboral, profesional)
4. Detección precoz de la enfermedad o sus complicaciones
5. Supervivencia
6. Remisión de síntomas
7. Disminución de las recurrencias o exacerbaciones
8. Toma de decisiones compartidas
9. Información, formación, capacitación (empoderamiento)
10. Autocuidado y adopción de un estilo de vida saludable
11. Bienestar emocional: abordaje del impacto emocional que provoca la enfermedad
12. Trato humano, empatía, respeto, comprensión, escucha
13. Accesibilidad a los profesionales, y a tratamientos o técnicas innovadoras
14. Coordinación entre profesionales y continuidad asistencial
15. Atención a la persona cuidadora

En definitiva, el reto está en incluir dentro del cuadro de mando de las instituciones sanitarias y servicios de salud indicadores que hagan referencia a los aspectos que más importan a los pacientes y que permitan orientar las intervenciones al valor, y que pueden o no coincidir con los que más importan a los profesionales, a los gestores o a la institución. Es necesario explorarlos en cada caso, e incluirlos a todos los niveles, macro, meso y micro.



El impacto de la inflación en el sector farmacéutico español

La economía española ha afrontado entre 2020 y 2023 una sucesión de alzas de precios de distinta naturaleza que han afectado de manera significativa al normal funcionamiento del tejido productivo. La industria farmacéutica española no ha sido ajena a esta situación, con la particularidad agravada de que, a diferencia de muchos otros sectores, los precios están regulados por la Administración y los aumentos de costes tienen que ser absorbidos por las compañías farmacéuticas sin repercutir en los precios de venta. Así lo atestigua un informe de Analistas Financieros Internacionales (Afi) encargado por Farmaindustria y que cuantifica en más de 1.500 millones de euros el sobrecoste asumido por las compañías de este sector en los años 2021 y 2022 debido únicamente al alza de los precios de la energía, el transporte marítimo y las materias primas.

En concreto, los cálculos realizados por los expertos de Afi y reflejados en el informe *Impacto de la inflación en el sector farmacéutico español*, señalan que los sobrecostes agregados de este periodo inflacionista sobre las empresas farmacéuticas presentes en España, a pesar de las medidas acordadas entre el Gobierno español y autoridades europeas para fijar un límite al precio del gas, alcanzaron los 1.505 millones de euros en el bienio 2021-2022. Una cantidad -destaca el estudio- superior a todo el gasto en I+D del sector en 2020 (1.267 millones de euros), o a los costes laborales anuales de 25.000 empleados de la industria farmacéutica española. Este impacto -subraya Afi- sobre la situación financiera de las empresas farmacéuticas se vería agravado porque operan en un sector con precios regulados (y en la práctica, rígidos al alza), tanto en España como en los principales mercados de exportación. De estos 1.505 millones, 504 millones se produjeron en el año 2021

y ha sido en el año 2022 cuando estos sobrecostes se han disparado, hasta los 1.001 millones de euros.

El principal responsable de este impacto ha sido el aumento del precio de la electricidad, el gas y el petróleo, que ha supuesto que la factura energética del sector farmacéutico se haya incrementado durante el bienio 2021-2022 en cerca de 820 millones de euros. El grueso del sobrecoste (67%) se ha producido en 2022, cuando las empresas del sector han debido afrontar una factura energética 5 veces mayor que la de 2020. La factura energética de la industria farmacéutica representó en 2021 y 2022 el 4,9% y el 7,7% del total de costes, respectivamente, más del doble de lo habitual en otros años.

El incremento de los precios del transporte marítimo en 2021 y 2022 ha generado un sobrecoste para el sector farmacéutico de cerca de 83 millones de euros, originados en su mayor parte por el aumento del precio de los fletes en las rutas marítimas que conectan España con el sudeste asiático. El impacto de las fricciones en las cadenas de valor ha estado más dividido entre 2021 y 2022, si bien este último año supone el 55% del coste total.

Además -apunta el estudio- un gran número de empresas de diversos sectores han trasladado a los precios de sus productos sus mayores costes energéticos, lo que se ha reflejado en un encarecimiento de las materias primas empleadas en los procesos de fabricación de fármacos. En su conjunto, el sobrecoste ligado al encarecimiento de las materias primas rondaría los 200 millones de euros en 2021 y los 400 millones para el conjunto de 2022.



Sanidad retira definitivamente el visado a la triple terapia de la EPOC

El Ministerio de Sanidad ha retirado definitivamente el visado a la triple terapia de la EPOC, que estaba suspendido de forma temporal desde que irrumpió la pandemia del COVID-19. Así lo ha comunicado recientemente el director general de Cartera Común del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Farmacia, César Hernández, a la Asociación Nacional de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Apepoc).

La triple terapia de la EPOC es un tratamiento que permite a los pacientes avanzados poder recibir tres medicamentos en un solo dispositivo, generando así mayor adherencia al tratamiento y reduciendo las agudizaciones de la enfermedad, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes reduciendo las inhalaciones.

Por otro lado, supone un ahorro del gasto farmacológico tanto para el paciente como para la administración, puesto que el tratamiento alternativo que se prescribía era normalmente los mismos medicamentos pero en dispositivos separados.

El visado impuesto sobre este tratamiento "suponía romper con la equidad del SNS y dificultar el acceso a esta terapia recomendada por las principales sociedades científicas", señalan los pacientes. Por ello, Apepoc inició una campaña institucional para recabar apoyos y solicitar al Ministerio de Sanidad la retirada de este visado "anacrónico e improcedente" sobre este tratamiento.

Apepoc, en un comunicado, pone en valor el trabajo institucional realizado durante este periodo: más de 30 iniciativas parlamentarias, aprobaciones en 12 comunidades autónomas y 24 'embajadores' respaldan una decisión que fue tomada por consenso con el apoyo del Ministerio de Sanidad. "Todo un camino que ha salvado miles de vidas, y las que quedan. Tenemos muchos retos por delante como la factura de la luz de los electrodependientes, el diagnóstico precoz... pero hoy tenemos que celebrar que hemos conseguido un hito histórico para la comunidad EPOC", argumenta Nicole Hass, portavoz de la asociación.





Vivactis Weber y el Instituto de Experiencia al Paciente unen fuerzas para impulsar proyectos conjuntos

Vivactis Weber y el Instituto de Experiencia al Paciente (IEXP) han anunciado un acuerdo de colaboración estratégico con el fin de impulsar la investigación en salud, promover la colaboración en el ámbito de la innovación tecnológica, por ser esta, motor impulsor del crecimiento y garantizar una experiencia positiva para los pacientes.

El IEXP es reconocido por mejorar la experiencia de los pacientes y por generar valor a través de estrategias de sanidad participativa y centradas en el paciente; y Vivactis Weber, por ser una consultora estratégica en materia de salud, especializada en EERR y valor social, por su gran trayectoria en el área de farmacoeconomía, economía de la salud, e investigación aplicada.

Esta colaboración brindará la oportunidad de participar en proyectos conjuntos de investigación y formación, y permitirá ampliar su alcance y desarrollar soluciones personalizadas para los diferentes agentes del sector.

"Estamos emocionados de colaborar con IEXP, primera organización dedicada específicamente al estudio y mejora de la experiencia del paciente en España con un equipo formado por grandes profesionales. Además, esta colaboración aumentará nuestra capacidad para abordar los desafíos en materia de salud y nos permitirá complementar nuestra visión estratégica", comentó Alexandra Ivanova, directora general de Vivactis Weber.

Para Carlos Bezos, director del IEXP: "Para IEXP es clave abordar los aspectos relacionados con el valor para el paciente, el hospital, el sistema de salud y, en general, de todos los actores involucrados en un proyecto o programa. Por esa razón estamos orgullosos de poder trabajar con los líderes en economía de la salud y farmacoeconomía. Creemos que con la alianza Vivactis Weber con podremos dar un servicio más integral e internacional".



De izda. a dcha.: Álvaro Hidalgo, presidente de la Fundación Weber; Alexandra Ivanova, directora general de Vivactis Weber; y Carlos Bezos, director general del IEXP.

Además el presidente de la Fundación Weber, Álvaro Hidalgo contó que: "Vivactis Weber tiene como objetivo contribuir a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y promover la eficiencia en la asistencia sanitaria para facilitar el acceso a la innovación por parte de los pacientes. En este sentido, es necesario trabajar con los pacientes y promover decisiones eficientes incorporando la experiencia del paciente. Poder incorporar a IEXP en este proceso es para Weber una gran oportunidad al poder trabajar con la institución de referencia en España en todo lo relacionado con la experiencia del paciente, enriqueciendo nuestro análisis incorporando metodologías que permiten mejorar la experiencia de los pacientes en cuanto a su bienestar físico, psíquico, emocional, social y espiritual".



La gestión de las Enfermedades Crónicas, a debate en Sevilla

New Medical Economics en colaboración con la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía y el laboratorio farmacéutico AstraZeneca ha organizado la “VI Jornada Gestión de las Enfermedades Crónicas”, celebrada en el Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla (RICOMS).

Miguel Ángel Guzmán Ruiz, viceconsejero de Salud y Consumo de Andalucía; José María Martínez García, presidente de New Medical Economics; Juan Manuel Contreras Ayala, secretario General RICOMS; y Jesús Corredor Molina, market access head en AstraZeneca fueron los encargados de inaugurar este encuentro, que congregó a más de 100 personas del sector sanitario, así como a profesionales, gestores y representantes de la Administración.

Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas

La primera mesa redonda titulada “Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas”, estuvo moderada por María Inmaculada Vázquez Cruz, directora general de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y en ella participaron: Jorge Aboal Viñas, director de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud; Silvia Fernández Calderón, directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Luis Martínez Hervás, director general de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS; Ariadna Mas i Casals, subdirectora general de Planificación en Salud del Departamento de Salud de Cataluña; y Julia M. Ruiz Redondo, coordinadora de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

El objetivo planteado en esta mesa fue “alargar la vida en buena salud, convertirnos en sociedades e individuos generadores de salud”. Para ello, los

expertos pusieron de manifiesto que si queremos obtener resultados con las estrategias que se pongan en marcha, es imprescindible tener en cuenta las peculiaridades en las distintas comunidades y elaborar estrategias equitativas con respuestas adaptadas que faciliten la adquisición de hábitos saludables.

También se compartieron estrategias de avance concretas como la herramienta Planificat de Cataluña, que incluye los itinerarios del paciente a lo largo de su proceso con hitos basados en la evidencia; la Plataforma TELEA, en la que el ciudadano comparte información con sus profesionales de salud en Galicia; o metodologías basadas en los procesos como el Kaizen en Castilla-La Mancha.

Proceso asistencial de las personas con enfermedades crónicas

Seguidamente, se dio paso a la mesa titulada “Proceso asistencial de las personas con enfermedades crónicas”. La directora general de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud, Rita Tristanchó Ajamil fue la encargada de moderarla y contó con los siguientes expertos: Rocío del Castillo Hernández, directora gerente del Área Sanitaria Sur de Sevilla del SAS; César Gómez Derch, gerente del Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid); Beatriz López Ponga, gerente del Área Sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias; Beatriz Massa Domínguez, directora gerente del Departamento de Salud del Hospital Universitario San Juan de Alicante; y Josep M. Pomar Reynés, director gerente del Hospital Universitario Son Espases (Palma).

Los gestores destacaron que hay que avanzar hacia nuevos modelos asistenciales más eficientes basados en las necesidades y expectativas de las actuales de las personas. El reto más repetido fue la

mejora de la continuidad asistencial, que las personas tengan itinerarios/vías clínicas fácilmente identificables entre ámbitos y dentro del propio hospital, para que el paciente pueda ser tratado por el profesional más adecuado que precise en cada momento.

Además, se comentó que el ciudadano es el responsable de su salud, pero mantener o adquirir hábitos de vida saludables es muy complicado, están ligados a la cultura y a la propia sociedad, por eso debe planificarse estrategias fácilmente identificables, personalizadas a cada realidad y cada proyecto vital y con un acompañamiento terapéutico a lo largo de toda la vida.

Cribado, diagnóstico, manejo y cuidados en las enfermedades crónicas

Tras una pausa para comer, la siguiente mesa que tuvo lugar fue la de “Cribado, diagnóstico, manejo y cuidados en las enfermedades crónicas”, moderada por Fco. Javier Félix Redondo, responsable de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES). Participaron: Alejandra Adalid Ortega, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria del SAS; María José Castillo Moraga, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de La Algaida de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz); M^a Inmaculada Mesa Gallardo, subdirectora de Gestión Sanitaria del SAS; y Paula Salamanca Bautista, coordinadora de Programas de Salud Comunitaria en el SES.

En esta mesa se plantearon nuevas estrategias y retos para mejorar la prevención, detección precoz y el manejo de las enfermedades crónicas desde la Atención Primaria. Una de las propuestas fue trabajar en un plan terapéutico consensuado y compartido que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas como activos/recursos comunitarios.

Los expertos también presentaron proyectos fundamentales para la comunicación como la teleconsulta, interconsulta virtual, vías clínicas, procesos adaptados en lo local, o las enfermeras gestoras de casos que facilitan el tránsito y garantizan esa vía clínica.

Complejidad del abordaje de la persona con enfermedad crónica

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

En continuidad con la tercera mesa también se puso manifiesto cómo es de fundamental el diagnóstico precoz: disminuye el avance hacia la complejidad porque hace adelantarse y poner en marcha intervenciones que prolonguen los años en situación de no complejidad.

La proactividad en el abordaje volvió a salir como elemento clave, los expertos coincidieron en que deben impulsarse los estándares de calidad que están descritos en documentos basados en revisiones de la evidencia y adaptadas al entorno de cada comunidad por profesionales competentes e implicados como son los procesos asistenciales integrados. También destacaron que las sociedades científicas juegan un papel fundamental en la producción de documentos que aborden los distintos procesos: cómo deben diagnosticarse, abordarse y evaluarse.

El papel del farmacéutico en las patologías crónicas

La última mesa de la jornada trató sobre el papel del farmacéutico en las patologías crónicas. Moderada por el presidente de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (SAFAP), Carlos Fernández Oropesa, contó con los siguientes expertos: Raúl Ferrando Piqueres, jefe de Servicio de farmacia del Hospital General Universitario de Castellón; Sandra Flores Moreno, jefa de Servicio

de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla); Arantzazu García Colinas, farmacéutica de Atención Primaria en el Servicio Aragonés de Salud; y Josep Maria Guiu Segura, director del Área de Farmacia y del Medicamento del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC).

Este debate se destacó el papel del farmacéutico en los distintos ámbitos. En el ámbito hospitalario se considera que está aportando mucho valor en el análisis y diseño del plan farmacoterapéutico de los pacientes que ingresan o que acuden a las unida-

des ambulatorias de la farmacia hospitalaria, pero no existen de forma estandarizada protocolos específicos del abordaje del paciente crónico. Los farmacéuticos comunitarios tienen una relación directa y continuada con las personas con enfermedades crónicas. Y los farmacéuticos de atención primaria hacen de enlace entre los farmacéuticos hospitalarios y los comunitarios, participan en la creación de sistemas de información integrados que facilitan que médicos y enfermeros dispongan de cuadros de mandos ligados a los distintos procesos o problemas de salud.





La Fundación A.M.A. recibe el Premio A tu Salud de *La Razón* por su gran labor social

La Fundación A.M.A., presidida por el Dr. Diego Murillo, ha sido distinguida por su gran labor social con el Premio “A tu Salud” que cada año otorga el diario *La Razón* en reconocimiento al esfuerzo investigador y al trabajo de los profesionales en las áreas de salud, medicina, investigación, alimentación y calidad de vida.

Los Premios, que este año celebran su XII Edición, fueron entregados ayer durante una gala que estuvo presidida por el ministro de Sanidad, José Miñones, a la que asistieron, entre otros, el exconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero; el director de *La Razón*, Francisco Marhuenda, y destacadas personalidades del ámbito sanitario y periodístico.

El Dr. Bartolomé Beltrán, vicepresidente de la Fundación A.M.A., recogió el premio en representación del presidente, el Dr. Diego Murillo, quien no pudo asistir al acto, pero agradeció el galardón que, en palabras de Beltrán, “supone un reconocimiento al esfuerzo y el trabajo desarrollado por la Fundación A.M.A para el bienestar y la prosperidad de España”, pero también “representa un estímulo para seguir trabajando en las necesidades de los profesionales sanitarios de este país”.

Bartolomé Beltrán también tuvo palabras para el Dr. Diego Murillo, de quien resaltó “sus capacidades de dirigente cabal, inteligente, consistente y de gran sentido común”. “Una persona dotada de cualidades infinitas pues su vida transcurre por el conocimiento y el afecto”, concluyó.



Para futuros líderes de la calidad y seguridad de la atención

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

Inicio del curso: 25 de septiembre de 2023

 masteronline@fadq.org

 www.fadq.org





Lo más visto en las redes

➤ Juan Abarca Cidón

Diagnóstico hipertemprano del cáncer

<https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7079685837625409536/>

➤ Iñaki Alegría Coll

Por qué no eres un africano más cuando vas de voluntariado

Por qué no eres un africano más cuando vas de voluntariado | Red de expertos | Planeta Futuro | EL PAÍS (elpais.com)

➤ Alberto de Rosa Torner

Es imprescindible aumentar la inversión en la sanidad española

<https://albertoderosa.es/2023/06/es-imprescindible-aumentar-la-inversion-en-la-sanidad-espanola/>

➤ Lucía Galán Bertrand

¡Posparto! ¿Quién nos prepara para ser padres?

¡Posparto! ¿Quién nos prepara para ser padres? - Lucía mi pediatra (luciamipediatra.com)

➤ Ignacio Hernández Medrano

Los extraños

Los extraños - Y sin embargo - Medium

➤ Leticia Polignano

La clave para enfrentar las crisis empresariales: Detectar y Actuar en Etapa Temprana

<https://leticiapolignano.com/la-clave-para-enfrentar-las-crisis-empresariales-detectar-y-actuar-en-etapa-temprana/>

➤ SEDISA

Los Directivos de la Salud tienen un papel esencial en el abordaje del asma grave

<https://medium.com/sedisa/los-directivos-de-la-salud-tienen-un-papel-esencial-en-el-abordaje-del-asma-grave-b599275f73b0>

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



ECONOMÍA



Astrazeneca crece un 9,36% en bolsa durante el primer semestre y centra su inversión en España

La farmacéutica británica dedicada al desarrollo de tratamientos innovadores para mejorar las vidas de los pacientes, AstraZeneca, ha registrado un aumento considerable en el valor de sus acciones durante este primer semestre de 2023. Con más de 83.000 empleados en todo el mundo, la compañía apuesta firmemente por la innovación con la inversión cada año el 30% de las ventas globales en I+D, cifras que le han llevado a conseguir un incremento de su valor tanto a finales del año pasado como mediados de este.

Entrando en términos económicos, AstraZeneca cotiza en varios índices de diferentes países, aunque el más importante en el que se encuentra es Nasdaq, conocido por ser el segundo mercado de valores y bolsa de valores automatizada y electrónica más grande de los Estados Unidos.

Para conocer cómo han llegado al valor con el que cuentan a día de hoy es necesario remontarse al año pasado. En 2022, la farmacéutica registró meses muy positivos en términos financieros, sobre todo a inicios de año, con un incremento del 4,59% del valor de sus acciones en febrero y un aumento del 8,97% en marzo, situándose en los 66,34 dólares (61,17 euros) por acción. Una tendencia positiva que, tras pasar por un periodo de pérdidas y ganancias, se repetiría en el último trimestre del año, con un +7,24% en octubre y un sorprendente ascenso del

15,58% en noviembre que le dejaría en los 67,97 dólares (62,68 euros).

España se sitúa como uno de los países europeos en los que más ha confiado AstraZeneca. Prueba de ello son los 340 ensayos clínicos abiertos en hospitales españoles que comparten el objetivo de la compañía de formar parte de la solución global a los grandes desafíos sanitarios de la humanidad.



Almirall amplía capital en 200 millones para crecer mediante compras

El consejo de administración de la farmacéutica Almirall ha aprobado una ampliación de capital de 200 millones sin derecho de suscripción preferente con el fin de "ejecutar con rapidez oportunidades de crecimiento inorgánico", según informa el grupo al supervisor bursátil, la CNMV. La dirección de Almirall considera que es necesario ganar en dimensión empresarial para optimizar las cuentas y afianzar el futuro y que es necesario para ello comprar otras empresas o los medicamentos que hayan inventado. La operación emprendida se lleva a cabo mediante una colocación privada coordinada por con JP Morgan y BNP Paribas y se dirige "exclusivamente a inversores cualificados".

La familia Gallardo, que ostenta el 59,66% del capital social de Almirall, se ha comprometido a participar en el aumento de capital a través de grupo Plafín, una filial propiedad de su *holding*, Grupo Corporativo Landon y a aportar por tanto hasta 120 millones de euros. Almirall prevé este año lograr un beneficio bruto de entre 165 y 180 millones de euros, tras las pérdidas del 2021 que todavía pesan en la conciencia de la dirección del grupo y que han motivado muchos replanteamientos internos.

Almirall pretende destinar lo obtenido con este aumento de capital "a preservar la flexibilidad financiera y agilidad necesarias para buscar activamente y ejecutar con rapidez oportunidades de crecimiento inorgánico (incluyendo adquisiciones complementarias, así como acuerdos de licencias) que se encuentran actualmente bajo análisis". Esas oportunidades de crecimiento se centrarían, según informa la compañía, en adquisiciones de fármacos, principalmente medicamentos en investigación, a ejecutar en un plazo de entre seis y 18 meses.

La ampliación de capital es, en términos contables, un crecimiento inmediato de la empresa del 12% en capitalización bursátil (lo que vale en bolsa). La valoración de Almirall actual es del orden de los 1.600 millones de euros. Al elevar el capital social, la compañía oxigena sus cuentas para afrontar inversiones sin necesidad de financiación bancaria y en unos momentos de elevadas expectativas de incremento de ingresos por la comercialización próxima del medicamento Lebrikizumab, quizá antes de que acabe el año. Fundada en Barcelona en 1943, Almirall está centrada en el negocio de dermatología y en la búsqueda de oportunidades en esa área terapéutica, tanto en preclínica como en clínica (ya en ensayos con pacientes).





La radióloga Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Fátima Matute es ya la nueva consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, según anunció la presidenta regional, Isabel Díaz Ayuso, durante el pleno de investidura que se celebró en la Asamblea.

La nueva consejera de Sanidad de Madrid, licenciada en Medicina y Cirugía y especializada en Radiodiagnóstico, ejercía hasta ahora en el Hospital Clínico San Carlos.

Matute es vicepresidenta de la Sociedad de Seguridad y Calidad en Radiología y ex secretaria general de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM; cargo que ostentó desde el 2012 al 2018). En los últimos años ha colaborado con el Servicio Madrileño de Salud (Sermas) para implantar el Plan de Garantía de Calidad en la Comunidad de Madrid 2022-2025 y unificar la cartera de servicios de Radiología.



Cataluña tiene un gasto sanitario en diabetes de más de 2.000 millones de euros anuales

El número de personas con diabetes en España llega casi a los 6 millones. Y por lo que se refiere a Cataluña, esta región cuenta con una incidencia total de 739.218 afectados, de los que tan solo 492.812 cuentan con un diagnóstico de la patología, según estimaciones de FEDE. A esto se suma, además, con que su gasto sanitario derivado de la diabetes supone más de 2.000 millones de euros anuales.

A nivel nacional, y según las cifras extraídas del Informe sobre el Impacto Económico de la Diabetes Tipo 2 en España, las cuantías derivadas de la diabetes implican un gasto sanitario total de 5.809 millones de euros al año, de los que 2.143 millones se deben a las complicaciones derivadas de la en-

fermedad. Esta cantidad podría reducirse si a los pacientes con diabetes se les proporcionara, por parte de la Administración Pública, una correcta educación diabetológica. Y precisamente este es el eje de la campaña 'No des la espalda a la diabetes', que busca impulsar y promover la educación en diabetes.

En este sentido, Francesc Fernández Barqué, presidente de la Associació de Diabetis de Catalunya (ADC), ha manifestado que "es importante que las personas con diabetes puedan ser formadas correctamente desde el momento del debut, lo que ayudaría a mejorar la calidad de vida del colectivo y de sus familiares, además de contribuir a reducir el coste sanitario nacional por la diabetes y a la sos-

tenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)”.

De este modo, con la campaña ‘No des la espalda a la diabetes’, FEDE busca concienciar sobre la importancia de la formación diabetológica. Con una mayor formación, los pacientes tendrán más autonomía para adherirse correctamente a su tratamiento y entender los síntomas de su patología,

evitando así complicaciones de salud y reducir, en consecuencia, los costes sanitarios derivados. Juan Francisco Perán, presidente de FEDE recalca la necesidad de “mejorar la calidad de vida de las personas con esta patología y de sus familiares, y reducir el coste sanitario por diabetes. Es clave también la participación real de los pacientes en la toma de decisiones”.



Sanidad impulsa el Consejo Asesor de Terapias Avanzadas de Cantabria

El Boletín Oficial de Cantabria (BOC) ha publicado recientemente la orden que tiene por objeto “la creación y regulación” del Consejo Asesor de Terapias Avanzadas de la comunidad, que se encargará de la planificación estratégica y toma de decisiones para el diseño, desarrollo y ejecución de acciones que permitan la implementación adecuada de este tipo de tratamientos.

Entre sus funciones, se encuentra asesorar sobre líneas de investigación en curso o que se prevean en un futuro, así como informar de la existencia de manera prospectiva de tecnologías emergentes en este campo de actividad para anticipar su posible impacto.

Además, se encargará también de realizar propuestas de acceso a las terapias avanzadas a todos los pacientes que puedan obtener beneficio; asesorar sobre la capacitación competencial que precisen los profesionales; identificar las necesidades en el sistema sanitario; definir las necesidades de formación de profesionales; valorar la necesidad del desarrollo en paralelo de aplicaciones que den soporte a decisiones y aquellas otras funciones que le sean

encomendadas por la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad.

Tal y como informan, el consejo se reunirá, con carácter ordinario, al menos una vez al año, previa convocatoria efectuada por la persona que ostente la presidencia. También podrá reunirse con carácter extraordinario cuantas veces sean necesarias para el cumplimiento de sus fines, previa convocatoria a iniciativa de la persona que ostente su presidencia.

Además, dentro del Consejo se podrán constituir grupos de trabajo para el estudio y tratamiento específico de áreas y materias de su competencia. Del trabajo que realicen estos grupos, elaborarán informes para su presentación y debate en el pleno.

Por último, la pertenencia al Consejo o el desarrollo de actividades de colaboración o participación en grupos de trabajo no dará lugar a retribución alguna, sin perjuicio del derecho de los miembros del mismo a ser indemnizados por los gastos ocasionados con motivo de la asistencia de forma presencial al mismo, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente aplicable.

BIBLIOTECA



La salud digital y las nuevas formas de la atención médica

Jaime Del Barrio y Julio Jesús Sánchez

La salud digital ha llegado para revolucionar la forma en la que entendemos y gestionamos la atención sanitaria.

La salud digital y las nuevas formas de la atención médica aborda cómo las nuevas tecnologías e innovaciones están transformando el sector y examina las tendencias actuales y sus áreas de aplicación, incluyendo la atención basada en valor y las terapias digitales. Además, explora sus beneficios tanto para pacientes como para profesionales, y resalta la importancia de la competencia digital para los profesionales sanitarios.

COLECCIÓN HEALTH TECH



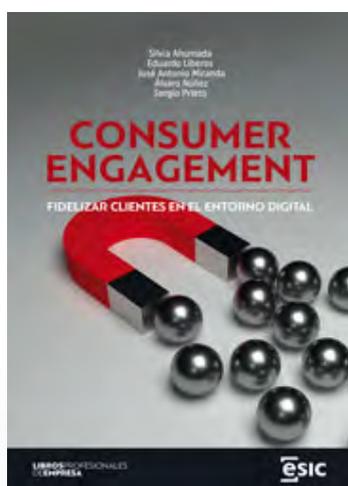
LA SALUD DIGITAL Y LAS NUEVAS FORMAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DR. JAIME DEL BARRIO
JULIO JESÚS SÁNCHEZ

30 ANOS

Consumer Engagement Fidelizar clientes en el entorno digital

Silvia Ahumada Luyando, Eduardo Liberos Hoppe, José Antonio Miranda Villalón, Álvaro Núñez Quevedo y Sergio Prieto Valentín



El *consumer engagement* es la disciplina del marketing que engloba todos aquellos procesos de retención, fidelización y relación con clientes y leads mediante la utilización de las nuevas tecnologías. Las técnicas de *consumer engagement* son las herramientas más poderosas de las que disponemos los directores de marketing para relacionar, fidelizar y retener de una forma clara, económica y directa como nunca antes se había realizado en marketing.

El libro se divide en 11 capítulos donde se tratan de una manera profunda todas las herramientas que un directivo puede utilizar para poner en marcha un programa de relación, fidelización y retención de clientes, proveedores y empleados. También se enseña el funcionamiento de técnicas de comunicación digital aplicadas a la gestión de clientes.

New Medical Economics

La revista líder de gestión sanitaria



Revista NME



Canal Online



Comunidad



Premios NME



Eventos



Campañas institucionales



Suscripción gratuita

PARA MÁS INFORMACIÓN: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es