



ESTRATEGIAS PARA LA  
**VACUNACIÓN** A LO LARGO  
DE TODA LA VIDA EN ESPAÑA

**Con Ojo Clínico:**

Volver a la casilla inicial: recuperar los valores

**En Profundidad:**

La riqueza participativa del paciente

# CONSEJO EDITORIAL

## **Abarca Cidón, Juan**

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad)

## **Alfonsel Jaén, Margarita**

Secretaría General Federación Española de Empresas de la Tecnología Sanitaria (FENIN)

## **Aguilar Santamaría, Jesús**

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

## **Arnés Corellano, Humberto**

Director General de Farmaindustria

## **Asín Llorca, Manuel**

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

## **Avilés Muñoz, Mariano**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

## **Bando Casado, Honorio-Carlos**

Académico de varias Reales Academias de España y miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Fundaciones (AEF)

## **Campos Villarino, Luis**

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

## **Carrero López, Miguel**

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

## **Castro Reino, Óscar**

Presidente del Consejo General de Dentistas

## **De Lorenzo y Montero, Ricardo**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

## **De Rosa Torner, Alberto**

Consejero Delegado del Grupo Ribera Salud

## **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 del Consejo Nacional de

Especialidades en Ciencias de Salud

## **Gutiérrez Fuentes, José Antonio**

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

## **Iñiguez Romo, Andrés**

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

## **Jaén Olasolo, Pedro**

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

## **Llisterri Caro, José Luis**

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

## **Lorenzo Garmendia, Andoni**

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

## **Macaya Miguel, Carlos**

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

## **Martínez Solana, María Yolanda**

Profesora titular de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid

## **Millán Rusillo, Teresa**

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

## **Murillo Carrasco, Diego**

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

## **Múzquiz Vicente-Arche, Regina**

Directora General de BioSim

## **Navarro Rubio, M<sup>a</sup> Dolores**

Directora de la Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu (Barcelona)

## **Ondategui-Parra, Silvia**

Directora de la Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

## **Peña López, Carmen**

Inmediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

## **Pérez Raya, Florentino**

Presidente del Consejo General de Enfermería

## **Pey Sanahuja, Jaume**

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

## **Polanco Álvarez, Ana**

Presidenta de ASEBIO

## **Revilla Pedreira, Regina**

Directora Ejecutiva de Policy, Communication & Corporate Affairs de MSD en España

## **Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis**

Secretario General de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)

## **Rodríguez García-Caro, José Isaías**

Consejero en LLORENTE&CUENCA

## **Rodríguez Somolinos, Germán**

Director de Seguimiento del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI)

## **Romero Agüit, Serafín**

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

## **Rosado Bretón, Luis**

Director de Azierta Health International

## **Ruiz i García, Boi**

Profesor de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC) y Presidente de Know How

## **Rus Palacios, Carlos**

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

## **Sánchez Chamorro, Emilia**

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

## **Sánchez Fierro, Julio**

Presidente del Consejo Asesor de Pacientes

## **Smith Aldecoa, Borja**

Director General de Bio Innova Consulting

## **Somoza Gimeno, Asunción**

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

## **Tranche Iparraguirre, Salvador**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Familia Comunitaria (SEMFYC)

## **Truchado Velasco, Luis**

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

## **Vallès Navarro, Roser**

Ex Directora General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud de Catalunya

## **Zapatero Gaviria, Antonio**

Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)

## EDITA

HEALTH ECONOMICS, S.L.  
C/ Velázquez, 157  
28002 Madrid  
ISSN: 2386-7434

## DIRECTOR

José M<sup>a</sup> Martínez García  
direccion@newmedicaleconomics.es

## PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

## REDACCIÓN Y DISEÑO

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

## RELACIONES INSTITUCIONALES

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

## REDACTORA JEFE

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

# COLABORADORES EXPERTOS

## GESTIÓN SANITARIA

**Sofía Azcona Sanz,**  
Directora General de Cofares Digital.



**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).



**Clara Grau Corral,**  
Consultora en salud.



**Elisa Herrera Fernández,**  
Experta jurídica en Derecho Ambiental.



**Marta Iranzo Bañuls,**  
Directora de Marketing y Comunicación. Presidenta del Club de Marketing del Mediterráneo.



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



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



**M<sup>a</sup> Carmen Ocaña García-Abadillo,**  
Graduada en enfermería.



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



## EXPERIENCIA DEL PACIENTE

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



**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.



**M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio,**  
Directora de Patient and Family Empowerment del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.



**Virginia Pérez Rejas,**  
Coach personal y enfermera.



## RRHH

**Manuel Antonio Férreo Cruzado,**  
Doctor en Psicología. Socio fundador de N-ACCIÓN (Asociación para el Desarrollo del Coaching y la Inteligencia Emocional).



**Teresa Gómez Anquela,**  
Associated Partner de Action Coach and Engage & Grow Global.



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



**Jaime Puente y C.,**  
Socio Director de BÉsideU.



## DERECHO

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



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



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



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



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



**Carlos Lázaro Madrid,**  
Estudiante de Cuarto año en Derecho por la Universidad de Zaragoza.



**Julio Sánchez Fierro,**  
Presidente del Consejo Asesor de Paciente.



## INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

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



**Lorena Pérez Campillo**  
Investigadora de la UPV (Universidad del País Vasco).



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





Seguro de Automóvil



# Juan necesitó ayuda de *confianza* para montar la silla

Y uno de nuestros profesionales lo hizo, gracias al nuevo “Servicio Manitas Auto”.

*Así de fácil...*

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

**A.M.A. MADRID (Hilarión)**  
Hilarión Eslava, 50  
Tel. 910 50 57 01  
hilarion@amaseguros.com

**A.M.A. MADRID (Villanueva)**  
Villanueva, 24  
Tel. 914 31 06 43  
villanueva@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en



y en nuestra APP



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora



- 6** **Gestión**  
¿Condenados a esperar?
- 8** **Con Ojo Clínico**  
Volver a la casilla de salida:  
recuperar los valores
- 12** **El Paciente de Hoy**  
El Paciente ante una nueva  
década
- 16** **Enfermería**  
El efecto terapéutico del aula  
hospitalaria. Punto de encuentro  
lo sanitario y lo educativo
- 18** **RRHH-Talento  
digital y vintage**  
A propósito de un caso
- 20** **En Profundidad**  
La riqueza participativa  
del paciente
- 22** **En Profundidad**  
Bases para un Pacto de  
Estado por la Sanidad
- 24** **Salud sin Bulos**  
Profesionales sanitarios  
frente a *youtubers* en la  
divulgación de salud
- 26** **Entrevista**  
“No podemos pensar en adquirir  
medicamentos, debemos comprar  
un resultado”
- 31** **En Portada**  
Estrategias para la vacunación a lo  
largo de toda la vida en España
- 40** **Las Noticias De  
La Quincena**
- 44** **Nombramientos**
- 45** **Economía**
- 47** **Sanidad Autonómica**
- 49** **Biblioteca**



## ¿Condenados a esperar?

Alberto de Rosa Torner

**A**caba el año con los peores datos de listas de espera de la Historia reciente de España. El Ministerio de Sanidad ha publicado esta información por comunidades autónomas a 30 de septiembre y el balance es nefasto. El tiempo medio de espera a nivel nacional ha pasado de 93 a 115 días en solo un año. Es decir, los pacientes tienen que esperar casi un mes más para ser operados que en 2018.

Es verdad que esta es una situación con lo que llevamos conviviendo muchos años en el sistema público. Demasiados. Es una auténtica lacra, responsable de que el sistema sanitario español no sea resolutivo y perjudique seriamente a los ciudadanos, que tendrían que ser

el centro del sistema y sin embargo, se sienten víctimas del sistema.

Más de medio millón de españoles han pasado estas Navidades esperando una intervención quirúrgica que, de media, se demora casi cuatro meses. Hay quien espera un año.

Me preocupa que, si pasada una quinta parte del siglo XXI tenemos las peores listas de espera de la Historia, todo indique que estamos ante un hecho estructural, no coyuntural.

Pero como ya decía Einstein: "Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo". Y eso es precisamente lo que hacen los responsables políticos. Es incomprensible escuchar-

les hablar de soluciones tan poco efectivas como los autoconcertos -pagar para que los profesionales atiendan a pacientes de la lista de espera fuera de horas de trabajo-. ¿Por qué? Porque esta medida está desfasada, va en contra de un modelo de gestión eficiente, implica una política de personal trasnochada y se ha demostrado totalmente ineficaz. Cuando empecé a trabajar en el sector sanitario, en 1990, ya se decía que los autoconcertos no eran la solución, ya que es el propio sistema el que incentiva las horas extras, la falta de conciliación y el exceso de horas de trabajo, con la consiguiente reducción de la seguridad en el trabajo de los profesionales. Además, se crean auténticos cuellos de botella porque solo se aplica a los profesionales de especialidades quirúrgicas cuando otros como los médicos de familia o los pediatras tienen los mismos problemas de listas de espera.

Otra de las medidas que los políticos proponen una y otra vez, como si vivieran “El día de la marmota”, son los planes de choque. Hay gobiernos que se resisten a establecer concertos estables y eficientes con el sector privado y aplican este tipo de medidas temporales, pensando que nos enfrentamos a un problema coyuntural, cuando no es así. Los planes de choque también se han revelado ineficaces en el largo plazo porque no reducen las listas.

¿Y cuál es la solución? No podemos hacer magia, pero todos tenemos que ser valientes: Los gobiernos para aplicar nuevas fórmulas de gestión en el sistema público, como el modelo de Ribera Salud o al menos herramientas que se han demostrado eficaces como una gestión moderna de los recursos humanos; y la iniciativa privada, para innovar y ofrecer la mejor atención sanitaria para los ciudadanos, con fórmulas de colaboración a largo plazo con la administración pública. Administraciones y empresas tenemos que poner siempre al paciente en el centro del sistema y motivar e incentivar a los profesionales con la consecución de objetivos -incluida la calidad asistencial, la demora, la adecuación en las estancias, las listas de espera etcétera-.

Las listas de espera son un problema estructural, y si queremos afrontar los nuevos retos de la Sanidad con determinación hay que ir al fondo de la cuestión, al principal activo del sistema que son los profesionales. Debemos darles el protagonismo que merecen y recompensas que no solo son económicas sino de reconocimiento profesional, flexibilidad y conciliación, formación e investigación, además de las retribuciones variables. Es necesario alinear



Las listas de espera son un problema estructural, y si queremos afrontar los nuevos retos de la Sanidad con determinación hay que ir al fondo de la cuestión, al principal activo del sistema que son los profesionales



los objetivos de los profesionales a los de la organización, abrir servicios por la mañana y por la tarde y acabar con la rigidez de un sistema público que se resiste a actualizar su *modus operandi*. Además, es importante que trabajemos juntos en la apuesta por la tecnología como herramienta para facilitar el trabajo a los profesionales y mejorar la atención y la información a los pacientes.

Mientras sigamos haciendo lo mismo frente a los mismos problemas, el resultado no cambiará. La demostración más clara de que las cosas se pueden hacer de otra manera es el Informe de la Sindicatura de Cuentas de la Generalitat Valenciana, donde este organismo asesor del Gobierno valenciano asegura que la lista de espera del hospital de Torrevieja es tres veces menor que la media de los hospitales valencianos.

En Ribera Salud somos valientes. No somos perfectos, pero siempre nos esforzamos por mejorar y ofrecer la mejor atención sanitaria. Y eso, al final, es poner de verdad al ciudadano en el centro del sistema y dar el protagonismo al principal activo del sistema, los profesionales, para que lideren el proceso de cambio.

Consejero Delegado del Grupo Ribera Salud



# Volver a la casilla inicial: recuperar los valores

José María Martínez García

**A** estas alturas, ya ha transcurrido todo el mes de enero de este prometedor año 2020. No afecta a su actualidad, pero sí es bueno que lo sepamos desde el principio.

El día 31 de diciembre pasado, un periódico de amplia repercusión nacional indicaba, como tantos otros, pautas para que todos los lectores reflexionáramos sobre nuestro comportamiento anual y tratáramos de mejorarlo en el futuro inmediato que se abría tras las famosas doce campanadas.

Y ello valía tanto para el mundo empresarial, como familiar o de amistades.

Yo me puse a ello, y pensé que todo se circunscribía a dos premisas: el análisis de los valores o virtudes propias y su grado de cumplimiento, y la revisión del nivel de conocimiento de cómo es uno mismo.

Empezaré por definir qué debemos entender por valores humanos. Son el conjunto de ideas que tienen la mayor parte de las culturas existentes sobre lo que se considera correcto, y suponen la colocación de los seres humanos en una posición de superioridad frente a todos los demás existentes en el Universo, gracias a los valores éticos y morales.

Pero con esos valores no nacemos; hay que adquirirlos para que acaben formando parte de la personalidad de cada uno, de nuestra manera de ser, de nuestro carácter o *ethos* (ese es

el origen del término “ética”). Y se adquieren con la práctica habitual.

Además, hay que adquirirlos y cultivarlos explícitamente, están muy vinculados a la educación, pero no a la teórica, sino a la práctica diaria. Y muy específicamente a la imitación de los modelos éticos de otros, generalmente la familia.

Siempre me ha parecido que la ética de las virtudes o de los valores es el complemento adecuado para que la ética de los principios funcione adecuadamente. Al vincular la ética no tanto a normas, valores o principios abstractos, sino a la formación de la persona, la ética de las virtudes aparece como aquello que hace falta tanto para ampliar el contenido y extender el ámbito de los principios y valores fundamentales como para aplicar esos valores y principios adecuadamente.

Aunque las costumbres de cada población cambian a lo largo de la historia, se piensa que hay valores que deberían perdurar prácticamente siempre, ya que indican a las personas lo que es correcto y lo que no.

Conocer nuestros valores, nuestras virtudes, nos aporta diversos beneficios como personas y en la relación con los demás.

Estos beneficios, sobre todo, te permiten conocerte mejor a ti mismo, ayudarte a vivir con integridad, poder tomar decisiones que se adecuen a tu forma de pensar y saber cómo

invertir mejor tu tiempo y priorizar lo que es verdaderamente importante.

Bien pero, hasta ahora, solo he comentado aspectos de bioética muy generales, sin entrar específicamente en nuestro mundo de la Sanidad. Hagámoslo ahora.

Para ello se podrían considerar una lista interminable de valores humanos dependiendo del grado de autorigor que nos imponamos, y con la certeza de que cada uno de nosotros los tenemos diferentes, pero yo voy a considerar en este artículo siete que considero, personalmente, imprescindibles, y más en el sector de actividad donde nos movemos dedicado a combatir el dolor ajeno:

**La honestidad.** Supone que, como personas, debemos decir siempre la verdad. Debe ir acompañada siempre de otro valor fundamental que es el respeto. Ser honesto significa ser objetivo, hablar con sinceridad y respetar las opiniones de otras personas.

Entre los profesionales sanitarios este concepto nos puede llevar a hablar de la tendencia tan de moda de “alcanzar la excelencia”.

Pese a su buena definición, por desgracia, esta palabra tiene hoy un significado muy limitado. Se relaciona casi siempre con el éxito más vinculado a la fama y al dinero que a un sentido de identificación con la buena práctica. Esta es la razón por la que la ética aplicada ha incidido en el campo de la medicina con el fin de dignificar y humanizar una profesión tan vinculada al sufrimiento humano.

La ética de los valores es la más apropiada para poner de manifiesto la necesidad de reorientarlos realmente hacia la manera de actuar del profesional de la salud. Como ya dije antes, el aprendizaje de los valores es un saber práctico, que se adquiere ejerciéndolo y creando un ambiente adecuado que sirva para formar la personalidad del profesional.

Llegar a ser un buen profesional debería ser uno de los propósitos, no solo del médico, sino de cualquier persona que entiende que su trabajo tiene una dimensión ineludible de servicio a los demás. En el caso de la medicina, de la enfermería, de cualquiera de las profesiones sanitarias, esa condición se da por supuesta. No en vano, suele decirse que quien escoge dedicarse a la medicina o a la enfermería

“  
Conocer nuestros valores, nuestras virtudes, nos aporta diversos beneficios como personas y en la relación con los demás  
”

como un elemento de su forma de vida lo hace por vocación.

Se da a entender con ello que, si un buen profesional es siempre un experto en su materia, en el caso de la profesión sanitaria, la competencia científica y técnica va acompañada de un compromiso ineludible de carácter moral. Uno de los primeros códigos éticos de la historia fue el Juramento Hipocrático que, al consagrar los principios de no maleficencia y beneficencia, puso los pilares de lo que seguimos entendiendo como buena práctica médica.

No obstante, en la actividad real, la supuesta excelencia profesional todos sabemos que no siempre va acompañada de la total excelencia ética porque, en el orden de las prioridades, el interés particular prima sobre el general o sobre el interés del otro. A medida que la profesión se mercantiliza y el conocimiento se especializa y tecnifica, mayor es la tendencia de reducir la excelencia profesional a, simplemente, estar en posesión de los conocimientos necesarios para no fracasar científicamente y obtener el reconocimiento crematístico debido.

**La sensibilidad.** Debemos ser sensibles ante otras personas. Esto nos permitirá ayudar, utilizar la empatía y entender el dolor ajeno. Una persona sensible comprende las miradas y los gestos más allá de las palabras y sabe cuando otra necesita algo.

Va absolutamente relacionada con todos los movimientos que, al menos promocionalmente, se han utilizado sobre la humanización. La calidez es lo que el cuidado añade al ano-



nimato e imparcialidad de la justicia y, sobre todo, es un objetivo cada vez más importante si, como es seguro, sigue aumentando la esperanza de vida y el envejecimiento hace que proliferen las enfermedades crónicas.

**La gratitud.** Estamos acostumbrados a un mundo que se mueve muy rápidamente. Nos quejamos de lo que no tenemos o de lo que tenemos, sin darnos cuenta de que en nuestra vida hay muchos motivos para ser agradecidos.

Si bien es cierto que la mayoría de las religiones y creencias han hablado desde la antigüedad de los beneficios que trae ser agradecidos y de la necesidad de darle gracias al Dios respectivo, ensayos experimentales controlados y rigurosos han demostrado sus beneficios concretos en los seres humanos, más allá de considerar la gratitud como un valor fundamental.

Dichos estudios expresan que la gratitud puede producir efectos positivos prolongados en la vida de las personas; puede bajar la presión arterial, mejora la función inmune y reduce el riesgo de depresión y ansiedad.

La mayoría de estos estudios se han adelantado dentro de la teoría de la psicología positiva, un campo de estudio relativamente nuevo según el cual es posible mejorar el bienestar y la salud mental si las personas se enfocan en lo que está bien en vez de centrar su atención en lo que está mal.

**La humildad.** Nos permite conocernos a nosotros mismos, saber que tenemos defectos y aceptarlos, entender que siempre se puede sacar una lección de todo lo que ocurre a nuestro alrededor.

Va ligada con el hecho de la importancia creciente en nuestros días de tomar en consideración el punto de vista del paciente. El respeto a su autonomía significa un cambio de paradigma radical en la relación clínica. Como lo es también la consideración de la justicia

como uno de los requerimientos de la investigación biomédica y, por extensión, del sistema público de salud, que garantiza el derecho de las personas a la protección de esa salud.

Este valor, unido al respeto, la sinceridad, la amabilidad o el olvido de sí mismo exigen del profesional un talante modesto que debe predisponerle a escuchar al paciente, tener en cuenta sus valores y puntos de vista y no verlo exclusivamente como un organismo que está enfermo y necesita un tratamiento, sino como el elemento más interesado en su curación.

**La prudencia.** En la vida, actuar con prudencia significa saber evaluar los riesgos y controlarlos en la medida de lo posible. Es importante ser prudente cuando no se conoce a otra persona, o cuando no se sabe cuáles son las circunstancias de un caso clínico con todo el máximo rigor de diagnóstico.

Otra vía por la que la dimensión ética se pone de manifiesto es la que le debemos a Aristóteles: a su ética de las virtudes y, en especial, la virtud de la *phronesis*. Este es un valor intelectual, gracias al cual la persona que la ha adquirido es capaz de actuar bien porque sabe escoger el término medio entre el exceso y el defecto, que es la regla que define, en general, a todas las virtudes.

Él consideraba que el hombre prudente es aquel que ha adquirido el “saber práctico” que dicta cómo se debe actuar en cada momento. Un saber que no puede ser reducido a fórmulas, códigos o recetas de ningún tipo, dado que cada situación es singular y requerirá una decisión única.

Se puede terminantemente decir que la prudencia es la síntesis del conjunto de las virtudes, o el criterio que rige en todas ellas.

**El respeto.** Está íntimamente relacionado con la honestidad y conlleva una atención o consideración hacia otra persona. Es uno de los valores humanos más importantes, ya que fo-

menta la buena convivencia entre personas muy diferentes.

Yo llevaría este ejemplo a la principal relación que existe en nuestro mundo sanitario, el del profesional y el paciente.

El perfil de la relación médico-paciente ha pasado de un modelo paternalista a un modelo en el que la autonomía de este ha adquirido una importancia fundamental. El paciente por fin se ha integrado con los otros dos agentes del sistema, profesionales e industria, y se está convirtiendo en un personaje activo, con unos derechos claros, como los de ser debidamente informado sobre su enfermedad o participar en las decisiones que afectan a su patología, pero también con los deberes de ser responsable de su enfermedad y de su estado de salud.

Derechos y deberes enmarcados, lógicamente, en un marco de respeto mutuo.

Pero un respeto bien entendido por ambas partes y en una relación de igualdad, nunca deformado por causas externas como el menosprecio, el miedo o la inseguridad, entre otras causas de desencuentro

**La responsabilidad.** Supone el cumplimiento de las obligaciones, tener cuidado a la hora de tomar decisiones o llevar a cabo una acción. Es una cualidad que poseen las personas que son capaces de comprometerse y actuar de forma correcta.

Y que se plasma, por ejemplo, en la elaboración y cumplimiento de lo escrito en los consentimientos informados con infinito rigor.

Desgraciadamente, hay un escepticismo creciente en la actualidad que procede de haberlo convertido, la mayoría de las veces, en un requisito meramente burocrático, que no promueve el conocimiento real del paciente por parte del médico. Y solo trata de cubrir su cumplimiento legal.

Y ello, pese a que, estrictamente, el consentimiento del paciente está supeditado al deber por parte del médico de informarle adecuadamente.

La virtud de la responsabilidad y, por supuesto, de la sinceridad, debe ser siempre inherente a ese deber.

Para finalizar querido lector, y como decía al principio de este texto, te invito a seguir mentalmente un breve esquema de puntos de reflexión. Si los haces, verás que todos nos conducen al mismo fin..., volver al principio, repasar los valores.

- Aprende a conocerte mejor. Repasa la lista de tus valores.
- Relaciona éxitos y fracasos con atribuciones internas. Repasa la lista de tus valores.
- Gestiona el error desde la compasión en lugar de hacerlo desde la crítica. Repasa la lista de tus valores.
- Créete merecedor del éxito. Repasa la lista de tus valores.

En el fondo es como jugar a la oca y caer siempre en esa casilla maldita que te hace retroceder a la inicial. Pero en este caso no es dañina, es lo que hay que hacer. Volver a la casilla inicial con frecuencia, examinar si uno se desvía de esos valores en la actividad, controlar y realizar ajustes hacia el modelo inicial.

En ningún momento he querido criticar en general los valores actuales de los profesionales sanitarios que, aún, siguen siendo muy altos. Sin embargo, y como colofón de este artículo, aparte de lo reseñado (pérdida del carácter vocacional, burocratización excesiva, búsqueda de lucro excesivo, etcétera), me quedo con que si también está habiendo entre ellos una pérdida al igual que en el resto de la sociedad se debe, fundamentalmente, a que han visto aumentar sus deberes y disminuir sus derechos de modo ostensible, y se ha favorecido más la permeabilidad legal que la ética humanizante.

Confiemos en que ya estemos pasando de las palabras a los hechos en la humanización, que se reduzca el afán de "especialismo" que lleva a poner más interés en los órganos del paciente que en su persona como tal. Todos los esfuerzos que se hagan son pocos e insuficientes aún, pese a lo que se airean.

Director de *New Medical Economics*  
direccion@newmedicaleconomics.es



### El paciente ante una nueva década

Mª Dolores Navarro Rubio

**S**e inicia un nuevo año y, con él, una nueva década. De entre las decenas de mensajes que hemos enviado y recibido estos primeros días de enero de familiares, amigos y conocidos, me llamó la atención uno que decía “felices años 20” y que iba acompañado de una foto en la que aparecían unas chicas bailando el

Charleston. Eran los tiempos de los gangsters, el Gran Gatsby, el cabaret y el burlesque.

En aquella década de los 20, también llamada “los felices años 20” o “la década dorada”, se iniciaba un período de bonanza económica, social y cultural tras el fin de la Primera Guerra Mundial y se promovía un ambiente de euforia, creatividad y celebración. Surgieron grandes



personajes de las artes, la cultura, la política y la sociedad en general. Por nombrar alguno de ellos, en concreto en el campo de las ciencias, destacaron Einstein con su teoría de la relatividad, Heisenberg y los descubrimientos de mecánica cuántica o Freud con el psicoanálisis.

En Medicina, en una época en la que prevalecían las enfermedades infecciosas, las epidemias y la mortalidad infantil, Fleming descubrió el poder antibiótico de la penicilina ante dichas enfermedades, lo que significó un enorme avance en la lucha contra las mismas y en beneficio de la salud pública.

En esa misma época, en España se había creado ya el Instituto Nacional de Previsión, organismo sanitario para cubrir a la población trabajadora (que más tarde daría lugar al Instituto Nacional de la Salud –INSALUD– y, posteriormente, al Servicio Nacional de Salud que presta servicios a toda la población). Paralelamente, se abrieron centros para la atención a enfermos de tuberculosis, se crearon campañas contra el paludismo y se luchó contra la mortalidad infantil.

En los años 20 de hace un siglo, el entonces sistema sanitario se orientaba a la enfermedad (sobre todo a la enfermedad infecciosa que era la más prevalente y la que ocasionaba más morbimortalidad); estaba muy burocratizado y los pacientes eran meros receptores pasivos de la atención. Aquellos años 20 acabaron en una crisis global con la caída de la bolsa en Wall Street y el inicio de la gran depresión de 1930 en Estados Unidos.

Ha pasado un siglo y aquí nos encontramos, pensando que las cosas han cambiado mucho o que, quizá, no hayan cambiado tanto. Han cambiado mucho en cuanto a las características de la sociedad en la actualidad en sus diferentes áreas: social, cultural, económica y política; en la cultura de los derechos y la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones en dichas áreas y, entre ellas, en Sanidad, en cuanto al progreso científico-técnico y a los grandes avances de la medicina. El perfil epidemiológico de la población hoy respecto a 100 años atrás se ha cronificado. Las enfermedades infecciosas han dado paso a las enfermedades que perduran en el tiempo. La mortalidad general ha disminuido, no morimos tanto y vivimos más años con diferentes enfermedades y factores de riesgo para la salud,

“ El perfil del paciente hoy, a diferencia de hace un siglo, es el de una persona más formada y con voluntad de tomar decisiones en temas de salud que le afectan ”

lo que hace que tengamos unas necesidades diferentes a las de nuestros antepasados.

El perfil del paciente hoy, a diferencia de hace un siglo, es el de una persona más formada y con voluntad de tomar decisiones en temas de salud que le afectan, se ha organizado más en grupos o asociaciones que le representan y participa en diferentes formas en la toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios. Todo esto es cierto y, a la vez, no lo es.

Aunque es cierto que hemos avanzado mucho en temas generales de incorporación del paciente en las decisiones que le afectan, en su involucración en la mejora de los servicios en los centros sanitarios y en su representación en las políticas públicas; no es cierto que podamos generalizar estos conceptos a todos los pacientes ni que estos avances se den en todo el territorio por igual.

Hasta cierto punto, esta situación es lógica, todo proceso de cambio conlleva un avance paulatino en su implementación y en la consecución de resultados. Aún más si el proceso conlleva cambios culturales y de comportamiento. Que el paciente participe en plenitud de condiciones en la toma de decisiones en Sanidad, a todos los niveles: el personal en lo que se refiere al abordaje de su propia salud y calidad de vida y a la relación que se establece con el profesional sanitario; el que tiene lugar en los centros sanitarios en la mejora de los servicios y el que se produce en las administraciones en cuanto a las políticas sanitarias,



significa que tanto los pacientes y familiares como los profesionales y los políticos han de “remar” en la misma dirección. Y hemos de aprender a hacerlo.

En la década que iniciamos nos enfrentamos ante unos retos que nos toca abordar como sociedad. En primer lugar, hemos de concretar qué significa en realidad la “atención centrada en el paciente”. En este sentido, hace ya más de 10 años, Albert Jovell apuntaba cinco preguntas para valorar si realmente teníamos en cuenta al paciente en nuestro sistema sanitario:

1. ¿Participan los pacientes en los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias?
2. ¿Se organiza la asistencia sanitaria en torno a las agendas de los pacientes?
3. ¿Están formados los profesionales en técnicas de comunicación y en cuidados emocionales del paciente?
4. ¿Está organizada la atención sanitaria para proveer una atención integrada, global y coordinada?
5. ¿Proporcionan las instituciones sanitarias información sobre su actividad asistencial y sobre los resultados obtenidos?

No hace falta contestar, simplemente y a modo de reflexión, ojalá pudiéramos decir aquello de “prograsa adecuadamente”.

Hemos de poder concretar también qué supone la “humanización” del sistema sanitario. ¿Acaso no es el nuestro un sistema humanizado? ¿A qué nos referimos exactamente y cómo podemos medir los avances en este sentido? Expertos que trabajan este tema han focalizado su atención en la necesidad de formar a pacientes y familiares, pero también a los propios profesionales. Los profesionales sa-

nitarios, quizá unos más que otros, necesitan volver al origen de su profesión y poner en valor la comunicación, la empatía, la compasión por el que sufre. En este sentido, la universidad ha iniciado recientemente una andadura en la que vuelve a enseñar al futuro profesional sanitario el poder de estas palabras. Pero es necesario también recordarlo a los profesionales que ejercen hoy en día su profesión.

Y hemos de poder diseñar estrategias de participación del paciente que sean realistas y que den resultados que podamos medir. Solo con un plan de participación diseñado e implementado conjuntamente con los pacientes podremos avanzar en este sentido.

En esta década que comienza se nos pide reconocer las características de la sociedad actual, sus necesidades y retos y reaccionar ante el cambio continuo al que está expuesta: desigualdades e inequidad en salud, cronicidad y envejecimiento, calidad de vida y dependencia, inmigración, educación sanitaria, necesidades sociales, cambio climático, etcétera. A su vez, estamos ante una época de grandes oportunidades: la medicina personalizada, la innovación biomédica, la digitalización o la inteligencia artificial, por citar solo algunas.

En resumen, esta época llama a la reflexión, a valorar los logros alcanzados sin olvidar los errores cometidos. El paciente es un ciudadano, cualquier ciudadano y para entender cuál ha de ser su papel en la toma de decisiones en Sanidad solo hemos de observar cómo ha ido evolucionando la sociedad y, con ella, la ciudadanía ... y actuar en consecuencia.

Directora de Patient and Family Empowerment  
del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

[mnavarrior@sjdhospitalbarcelona.es](mailto:mnavarrior@sjdhospitalbarcelona.es)

Changing tomorrow



## En Astellas estamos comprometidos en convertir la innovación científica en soluciones médicas que aporten valor y esperanza a pacientes de todo el mundo.

Trabajamos diariamente para hacer frente a necesidades médicas aún sin resolver, centrándonos en Oncología, Urología, Antiinfecciosos y Trasplante como áreas terapéuticas prioritarias, avanzando al mismo tiempo en nuevas áreas aprovechando el desarrollo de técnicas de investigación innovadoras. De esta manera, seguimos dedicándonos a cubrir las necesidades de los pacientes a quienes nunca dejaremos de apoyar.

A través de este compromiso ofrecemos a los pacientes la esperanza de un futuro mejor y aspiramos a liderar las áreas terapéuticas en las que somos expertos, involucrándonos en aquellas que aún presentan necesidades médicas no cubiertas. Por medio de la innovación, seguiremos identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

**En Astellas trabajamos para lograr que nuestro lema *cambiando el mañana sea una realidad*.**



## El efecto terapéutico del aula hospitalaria. Punto de encuentro entre lo sanitario y lo educativo

Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc

La hospitalización de un niño constituye un estresor en su vida de baja frecuencia, pero de un gran impacto emocional tanto para él como para su familia, que puede ser vivida como una situación amenazante, que le genera temor y problemas adaptativos. La afectación emocional del niño hospitalizado es una tesis ampliamente aceptada, por lo que en los últimos tiempos hay una tendencia a buscar soluciones y estrategias de afrontamiento ante la situación de hospitalización de pacientes pediátricos.

El niño experimenta grandes cambios en su vida cotidiana, como la pérdida de autonomía, independencia e intimidad en un ambiente desconocido, un alejamiento de las personas significativas para él, familia, compañeros y amigos, así como de su ambiente y sus objetos personales. Se ven sometidos a procedimientos invasivos, dolorosos y que le producen miedo.

A pesar de ser una situación estresante, desde el enfoque de la resiliencia puede constituir una oportunidad de aprendizaje para superar con éxito situaciones adversas y aprender a utilizar aquellos recursos internos para la adaptación a entornos diferentes.

Atendiendo a los derechos del niño hospitalizado, Silva Páez (2012) en su estudio identifica dentro de los tres más importantes para los propios niños, dos que hacen referencia directa a aprender y jugar. El derecho número 10,

“ El aula mejora la autoestima de los niños haciéndoles sentirse importantes ante los profesores, sus iguales, sus familias y el personal que los atiende ”

"que me permitan caminar, jugar, aprender y hacer bullicio, si esto no interfiere con la calidad de mi cuidado" y el derecho número 5 "que pueda disponer de juguetes, libros, medios audiovisuales adecuados a mi edad".

Diversos trabajos han puesto de manifiesto que la hospitalización supone un estrés en el niño que puede manifestarlo con cambios físicos como taquicardia, palpitaciones o trastornos del sueño y trastornos conductuales como



actitud temerosa, irritabilidad, cambios en la conducta, etcétera. Sin embargo, algunos elementos actúan como distractores y disminuyen la ansiedad del niño, los factores llamados amortiguadores de la experiencia hospitalaria, aquellos que promueven una adaptación exitosa, factores como pueden ser el humor, la creatividad, la interacción y la iniciativa. Si a estos factores se les añade el juego y el aprendizaje, se favorece la resiliencia hospitalaria, enfrentándose con éxito a la situación de hospitalización.

Entre los factores dentro del entorno hospitalario que tienen una influencia clara sobre el bienestar subjetivo de los niños ingresados, están la calidad humana de las personas que lo atienden y la disponibilidad de infraestructura y recursos materiales para el juego y el aprendizaje de los niños.

Las aulas hospitalarias nacen del principio de que todo niño tiene derecho a la educación, independientemente de su condición de salud.

El aula hospitalaria es el marco idóneo para la interacción entre los distintos actores que intervienen en el proceso sanitario y educativo del niño, lugar en el que se favorece y se potencia la cooperación, la solidaridad y la comprensión.

El aula hospitalaria, con un rol principalmente educativo, tiene efectos favorables en el proceso de adaptación a la hospitalización, en la disminución de la ansiedad y el restablecimiento de la salud del niño enfermo.

Lieutenant describe una doble función de las aulas hospitalarias, por una parte, para la promoción y el mantenimiento en el nivel escolar del niño, continuando con su aprendizaje y

por otro lado, su valor terapéutico al incentivar la actividad, autonomía, el aprendizaje y la comunicación.

En un estudio publicado por Serradas Fonseca, Ortiz González y Manueles Jiménez, comprobaron que los niños que asistían a las aulas hospitalarias tenían niveles más bajos de ansiedad durante su hospitalización que los que no recibían ningún tipo de asistencia educativa. Y en el análisis de los dibujos de este mismo estudio, el 12% presentó como escenario de sus dibujos el aula hospitalaria, representando en el 100% de ellos a los niños en una posición activa, como jugando, leyendo, utilizando un ordenador, etcétera, y nunca en posición pasiva, como puede ser metido en la cama, a diferencia de los dibujos que se representaban en otras áreas del hospital.

Esta representación de actividad del niño hospitalizado pone en evidencia el factor resiliente que constituye el aula hospitalaria.

El aula mejora la autoestima de los niños haciéndoles sentirse importantes ante los profesores, sus iguales, sus familias y el personal que los atiende.

Los docentes y los profesionales de la salud asumen un papel como promotores de la resiliencia animando a los niños a sobreponerse a la adversidad. La coordinación y el trabajo transdisciplinar entre ellos es decisivo para lograr resultados favorables para el niño y su familia.

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

blancafl@enferconsultty.es



### A propósito de un caso

Corpus Gómez Calderón

*"Los objetivos son sueños con fechas límites"*

**Diana Scharf Hunt**

Con el inicio del año suele surgirnos la necesidad de replantearnos lo ocurrido en el pasado reciente y afrontar nuevos propósitos, objetivos a conseguir en la nueva etapa. Sentimos ese toc-toc, ese pepito grillo, la voz interior que nos dice que es el momento de plantearse nuevas metas a conseguir. Las típicas suelen estar relacionadas con hábitos de vida más saludables, con la utilización más satisfactoria de tu tiempo de ocio, con las relaciones sociales y familiares, con adquirir nuevos conocimientos o con cambios profesionales. La fecha es irrelevante, el inicio de año, del curso escolar, el fin del cuatrimestre o la fase lunar, lo esencial es que cada cierto tiempo nos impongamos no importa qué excusa para hacerlo, para fijar nuestros propósitos, metas, dianas sobre las que focalizar nuestra atención y esfuerzos por conseguir algo relevante para nosotros. Se trata de acallar esa otra voz interior que, quedamente, te va susurrando que ya habrá tiempo de planteárselo o que no vas a conseguirlo una vez más. ¡Abajo la procrastinación y viva el propósito de enmienda!

Con este mismo planteamiento, si nos trasladamos de la esfera personal a la profesional y empresarial, nos encontramos con la típica gestión por objetivos, considerada como una de las prácticas esenciales en cualquier organización. Peter Drucker definió en 1954 este proceso de planificación estratégica y gestión del rendimiento conocido como MBO, *Management by Objectives*. Con frecuencia es un proceso malinterpretado y mal utilizado, posiblemente influenciado por una errónea traslación de las dinámicas personales a las organizacionales, traduciéndose en prácticas cortoplacistas centradas primordialmente en el rendimiento individual. Incluso en el caso de que se ponga atención a los objetivos de grupo orientando hacia una única meta a cada uno de los equipos de trabajo, puede ocurrir que consigamos que cada uno de ellos lo haga en una dirección diferente con el fin de conseguir un indicador o resultado inmediato. En las organizaciones sanitarias, los profesionales deberían contar unos objetivos alineados que realmente centren sus tareas y actividades hacia el fin común de satisfacer al paciente y de favorecer el rendimiento global y sostenible de su hospital o centro de salud.

Algunos de los factores clave que facilitan la implicación hacia la consecución de objetivos estratégicos sólidos y de largo plazo son el en-

tendimiento (comprender el para qué), el diálogo y la participación en la fijación de estos. Es fundamental también fomentar una cultura que dé soporte al aprendizaje y que elimine el miedo al fracaso.

Respecto a la adecuada planificación de objetivos, los expertos nos dicen que las claves residen en que estos han de ser escasos y relevantes, que aporten valor. También coinciden en afirmar que un objetivo bien definido ha de cumplir la técnica MARTE:

- **Medible:** ha de establecer una métrica que permita valorar el nivel de cumplimiento del objetivo.
- **Alcanzable:** ha de ser realista para que se pueda cumplir y dependa de nosotros.
- **Retador:** ha de ser motivador para nosotros.
- **Temporal:** ha de mostrar el plazo en el que se alcanzará.
- **Específico:** ha de ser concreto y claro.

El número de objetivos que nos fijemos para un periodo de tiempo determinado es fundamental. En este caso, menos, es más, el secreto es que sean poco numerosos. Normalmente empezamos a pensar en cosas a conseguir y terminamos planteándonos mil objetivos que nos parecen esenciales. Un número excesivo de metas diluyen la prioridad y restan fuerza al reto. Esto puede conducirnos también a la autocomplacencia y existe el riesgo de terminar consolándonos, concluyendo que hemos cumplido con unos pocos, los irrelevantes, los fáciles, aquellos que de todos modos hubiéramos conseguido, los que forman parte de nuestra rutina habitual y disfrazamos engañosamente de retos.

En cuanto al tiempo es aconsejable escalar en diferentes niveles contemplando el corto, medio y largo plazo. El medio y largo plazo suele ser más asequible si lo troceamos convenientemente en etapas intermedias. El resultado inmediato en el corto plazo suele ser motivador para el siguiente reto, por el contrario, las metas muy lejanas nos recuerdan a esas montañas inaccesibles imposibles de escalar.

Combinar tanto los objetivos más personales, individuales, como los grupales o colectivos, también suele resultar adecuado en la mayoría de los entornos. Planteémonos en todo

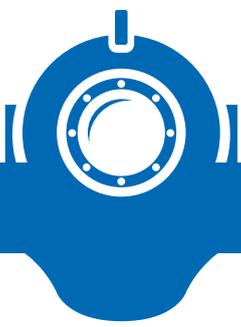
“ Combinar tanto los objetivos más personales, individuales, como los grupales o colectivos, también suele resultar adecuado en la mayoría de los entornos ”

caso siempre, como desafío personal, qué podemos hacer cada uno de nosotros para que nuestra aportación contribuya a los objetivos comunes.

Finalmente, el núcleo de un excelente sistema de gestión por objetivos se fundamenta en el ciclo de Planificar-Comunicar-Ejecutar-Evaluar-Ajustar. La retroalimentación permanente nos ayudará a convertir en hábito esta forma de hacer. Tener una ruta clara ordena las acciones, nos sirve de guía y orientación, nos da impulso. Los retos conseguidos nos proporcionan la satisfacción del logro conseguido, como esos clics que vamos poniendo en las tareas hechas y que nos dibujan una sonrisa al final del día. Y los no conseguidos, seguro que nos aportan aprendizaje, oportunidad para la reflexión y, si somos algo competitivos, puede que estímulo para volver a intentarlo de otro modo. Como dijo Rick Warren, la tragedia más terrible no es morir, sino vivir sin propósito.

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

[corpus.gomez@marinasalud.es](mailto:corpus.gomez@marinasalud.es)



# La riqueza participativa del paciente

Mercedes Maderuelo Labrador

**C**ada vez son más pacientes los que quieren ser protagonistas de su propia salud, además de incrementar su participación en la toma de decisiones que les afecta, dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Y no solo en temas directamente vinculados con su autocuidado, si no en ámbitos que implican, fundamentalmente, más calidad de vida a medio y largo plazo: investigación, evaluación de tec-

nologías sanitarias o el diseño de políticas sanitarias.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el contexto actual de las nuevas tecnologías hace que, en muchos casos, el propio paciente se encuentre ante una encrucijada para poder participar como agente sanitario activo, pues es mucha y muy diversa la información relacionada con la salud que existe hoy en día, siendo, además, en muchas ocasiones, de



gran complejidad para entender por determinados colectivos.

Es por ello que, dentro de nuestro SNS queda una asignatura pendiente si lo que se quiere es aprovechar esta riqueza participativa de un actor tan relevante como el paciente. Concretamente es la promoción e impulso de políticas de educación sanitaria, que dirijan hacia un empoderamiento real, tanto de los pacientes como de sus familiares. Es clave, por lo tanto, modificar las dinámicas de trabajo actuales que se llevan a cabo con los pacientes crónicos, orientándolas hacia una atención integral, proactiva, ajustada a sus individualidades y segura. Y es que, una información comprensible y que pueda ser compartida es esencial para que profesionales y pacientes puedan hablar en un mismo idioma y poner en marcha el modelo de decisiones compartidas, así como impulsar una participación real de los pacientes en el SNS, a través de entidades como las asociaciones de pacientes.

Un primero y prioritario paso sería la elaboración de materiales escritos, en general, que puedan ser asumibles por los pacientes. Y es que, no debemos olvidar que los pacientes crónicos, como son los que padecen diabetes, por ejemplo, deben tomar decisiones a diario y continuamente que afectan a su salud y de muy diverso calado: alimentación, actividad física, revisiones periódicas, consumo de bebidas, etcétera. Y en este objetivo, a través de poder tener bajo control una patología crónica, las personas necesitan materiales que les sean de utilidad.

De no conseguirse este aumento de formación sanitaria, a través de esta u otras herramientas educativas, llevaría a una importante carencia de comprensión de la información necesaria para tomar decisiones apropiadas en relación con la salud, por parte del paciente. Y esto, lógicamente, se halla relacionado con una baja adherencia a los tratamientos, un peor estado de la calidad de vida y una mortalidad más elevada, sobre todo en las personas de mayor edad.

“ La información, por sí sola, no produce un cambio de hábitos de vida ni la comprensión en salud ”

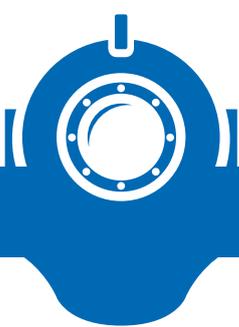
De hecho, múltiples estudios ponen de manifiesto que las personas que cuentan con un grado bajo de formación sanitaria suelen tener dificultades en la interpretación de indicaciones en formato escrito, como recetas, informes médicos u otros materiales impresos relacionados con su salud y tratamiento. Además, obtienen peores resultados en salud en comparación con personas que presentan un nivel adecuado de comprensión o formación en salud, teniendo más riesgo de hospitalizaciones y una menor adherencia terapéutica.

Pero no debemos olvidar otro dato también muy relevante. Y es que, la información, por sí sola, no produce un cambio de hábitos de vida ni la comprensión en salud. Y aquí precisamente es donde entraría en juego la comunicación efectiva (y también afectiva) entre el profesional sanitario y el paciente, a través de la que poder consolidar la formación sanitaria e impulsar los cambios de vida, de manera progresiva y paulatina, pero al mismo tiempo de manera exitosa.

Por ello, la mejora de las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios, destacando sobre todo la empatía, también es fundamental hoy en día, en este nuevo modelo de un SNS comprometido con la formación sanitaria al paciente.

Gerente de la Federación Española De Diabetes (FEDE)

gerencia@fedesp.es



# Bases para un Pacto de Estado por la Sanidad

Mariano Avilés Muñoz

¡Cómo nos gustaría que los políticos se entendieran en lo que respecta a la salud de los ciudadanos! La salud es una, pero tiene diecisiete formas de gestionarla; el ciudadano que enferma en Cádiz requerirá, en esa misma patología, cuidados similares que el que vive en Santander, de ahí que la universalidad y la equidad deba ser una constante en el tema que hoy trato.

El Pacto de Estado por la Sanidad ha sido y será una reivindicación necesaria de la sociedad civil frente a los políticos que no terminan de encontrar el punto en común, aunque ese punto no es otro que la propia salud. Es difícil entender que la universalidad se quiebre por las políticas de cada territorio, aunque los impuestos sí que son universales.

La sociedad civil demanda un trato igual y aunque en Asedef hemos abogado y avanzado en identificar las trabas, es cierto que la fragmentación política no ayuda para alcanzar el Pacto porque no se ha conseguido aún establecer estrategias y desarrollos para llegar al deseado Pacto y “toda la responsabilidad recae sobre unos partidos, cada vez más fragmentados, y más opuestos”; se dan las condiciones aunque no se haya conseguido y todo por no haber sacado el Pacto por la Sanidad del debate político.

De las sesiones de Asedef se deduce que, en realidad, hacen falta tres pactos sectoriales, el primero afecta a la financiación sanitaria, el segundo referido a los profesionales sanitarios y el tercero pasaría por la fortaleza técnica del Consejo Interterritorial. Estos tres “subpactos” juntos conformarían el gran Pacto de Estado que la sociedad quiere.

“ La fragmentación política no ayuda para alcanzar el Pacto porque no se ha conseguido aún establecer estrategias y desarrollos para llegar al deseado Pacto ”

Hablar de la suficiencia financiera, mecanismos de reparto e instrumentos de compensación; hablar de Recursos Humanos en el SNS y sus competencias y, por último, hablar de un Centro Nacional de Salud Pública o un Centro de Innovación Terapéutica serían miembros necesarios para la conformación global, sin olvidar a los ciudadanos, a quienes se debe reforzar su papel dentro del SNS, dejando de proclamar que somos el centro del sistema para hacer posible nuestra participación, no como un gesto, sino como un derecho colectivo.

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

[marianoaviles@asedef.org](mailto:marianoaviles@asedef.org)



## Sección de Ciencias Económicas

# La Sanidad en España. Aspectos económicos. (Luces y sombras de la descentralización de la Sanidad)

Interviene:

**José María Martínez García**

Presenta : **Miguel Ángel García Raserón**

Modera: **Francisco de Medina**

24 de febrero de 2020, 19,00 horas

Salón Ciudad de Úbeda

Ateneo de Madrid. C/ Prado, 21; (Madrid)





### Profesionales sanitarios frente a *youtubers* en la divulgación de salud

Carlos Mateos

Casi cinco millones de visualizaciones tiene un vídeo de la influencer Laura Mejía, que promete acabar con los granos en un solo día. Uno de sus remedios es machacar una aspirina (cuyo envase muestra) y disolverla en agua hasta tener una pasta que se aplica en su rostro. Trucos como este, de dudosa eficacia y seguridad, pueden encontrarse en YouTube,

con millones de reproducciones, para el acné, el cabello y otras muchas afecciones de la piel. *Youtubers* sin más conocimiento científico que unas clases de biología del bachillerato se atreven a proclamar las supuestas bondades de cualquier producto que hayan utilizado o por el que les hayan pagado, sea un maquillaje o una crema antibiótica. Al mismo tiempo, los



dermatólogos apenas consiguen que sus vídeos de consejos tengan más allá de unos pocos miles de visualizaciones en el mejor de los casos. Algo falla en la comunicación de salud a la población, sobre todo entre los más jóvenes.

Una de las razones del predicamento de estos *influencers* es que ofrecen soluciones rápidas, como explica el doctor Eduardo López Bran, jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico San Carlos, que organiza un programa formativo gratuito continuado para médicos de familia y comunitaria en esta especialidad. A su juicio, “debido a los selfies y las fotos que se comparten en las redes sociales, los jóvenes ya no aceptan algunos problemas, como el acné, que antes se resolvían con el tiempo, por lo que ahora solicitan y reclaman una respuesta y un tratamiento que los solucione de manera rápida y evite las cicatrices”.

Las consultas de Atención Primaria también se han incrementado, según este Servicio de Dermatología, debido a la dismorfia del selfie, la insatisfacción con la propia imagen. Un estudio publicado en la revista *Journal of Cosmetic Dermatology* detalla que el uso de las redes sociales puede provocar insatisfacción personal por el aspecto físico, especialmente en la generación *millennial*. Antes esa insatisfacción se manifestaba frente al espejo una o dos veces al día y ahora se multiplica con la exposición permanente en las redes. Y detrás de ella siempre han existido vendedores de crecepelos, que han sabido sacarle provecho, sea subidos a un carro, como en el siglo XIX, o a través de un vídeo, en el siglo XXI.

Al mismo tiempo, el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico también ha detectado un incremento de los bulos y falsas creencias sobre los problemas dermatológicos en las consultas de Atención Primaria. En esta línea, un estudio publicado en la revista *Dermatology Practical and Conceptual* detalla que más del 70% de los adolescentes creía que el acné podía ser consecuencia de una dieta rica en alimentos grasos o fritos, cuando, en

“ Algo falla en la comunicación de salud a la población, sobre todo entre los más jóvenes ”

realidad, tiene una mayor implicación el índice glucémico de productos como el chocolate, los lácteos o los refrescos. En el caso de la alopecia, se trata de una de las patologías con mayor cantidad de falsas creencias y bulos.

Para desmontar estas falsas creencias los profesionales tienen algo que aprender de los *youtubers*: hay que divulgar con vídeos y hacerlo de manera eficaz, con ejemplos prácticos, emoción y lenguaje sencillo. Quizá no consigan millones de reproducciones porque no pueden prometer soluciones mágicas pero su credibilidad es mucho mayor, sobre todo si colaboran con otros profesionales sanitarios. Es lo que hacemos en el Instituto #Saludsinbulos, con eventos, campañas, y uso del hashtag #saludsinbulos, que, con dos años de andadura, ya se ha convertido en un referente de la información veraz de salud en la Red.

Director de la Agencia de Comunicación COM Salud y  
Coordinador del Instituto #SaludsinBulos  
cmateos@comsalud.es



## ENTREVISTA

### Concepción Carmona Torres, Subdirectora de Gestión Farmacéutica del Servicio Extremeño de Salud (SES)

**“No podemos pensar en adquirir medicamentos, debemos comprar un resultado”**



*Tras haber pasado por todos los ámbitos asistenciales, en 2003, Concepción Carmona Torres llegó al Servicio Extremeño de Salud para quedarse. De hecho, actualmente sigue ocupando el cargo de Subdirectora de Gestión Farmacéutica. Piensa que su trayectoria profesional le ha servido de mucho ya que tiene la visión del paciente y del clínico asistencial. En esta entrevista para New Medical Economics ha hablado de las líneas estratégicas que está siguiendo su departamento, así como de otros temas de gran calado en el sector farmacéutico.*

### **¿Podría hablarnos un poco sobre su trayectoria profesional?**

Soy médico de familia y he ejercido la profesión durante 10 años, he pasado por centros de salud, por urgencias y emergencias, en Cáceres, Plasencia, Navalmoral de la Mata y Sevilla. He trabajado en todos los ámbitos asistenciales, en todo el recorrido que puede hacer un médico de Atención Primaria. Siempre he sabido que quería ser médico y la verdad es que fueron unos años muy enriquecedores. Después, por azares del destino, a una compañera de profesión le ofrecieron ser Directora de un Área de Atención Primaria de Badajoz y me dijo que le acompañara en ese proyecto. Era una amiga mía muy buena y le dije que sí, ya que para mí era una oportunidad muy buena para conocer el mundo de la gestión, que al final ninguno de los que trabajamos en la asistencia conocemos. Estamos muy lejos de saber cuál es el nivel de trabajo o cómo se lleva la profesión desde este entorno, que es muy diferente.

A partir de ahí primero trabajé como coordinadora de Atención Primaria, y luego pasé a llevar prioritariamente dentro de Atención Primaria la Farmacia, y cuando se creó la Subdirección de Farmacia entré directamente en ella. Llevo desde el año 2003 como Subdirectora de Gestión Farmacéutica del SES.

### **¿Le ha servido su experiencia asistencial para su actual cargo como Subdirectora de Gestión Farmacéutica del Servicio Extremeño de Salud?**

Personalmente creo que bastante, porque sí es cierto que cuando los compartimentos son estancos, da igual el que sea, se pierde la perspectiva del trabajo diario del resto de los profesionales. Creo que me ha servido de mucho haber pasado por todos los estamentos para llegar donde estoy ahora. Te da la perspectiva y la visión del paciente, la visión del clínico asistencial y luego poquito a poco vas subiendo escalafones y vas sumando obligaciones y competencias. Ha sido muy enriquecedora.

**Usted es una de las representantes de las comunidades autónomas que forman parte como oyente de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (CIPM),**

### **¿podría explicarnos en qué consiste exactamente esta Comisión?**

La misión de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos es y así lo recoge la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, fijar los precios de financiación. Pero detrás de eso hay un trabajo porque hay una exigencia enorme. También tiene que aunar muchas condiciones para hacer un análisis riguroso y poner un precio a un medicamento determinado. Reconozco que están haciendo un trabajo excepcional porque: si no llegas a ese nivel de gestión y no conoces el trabajo diario de los profesionales que están dando soporte a una institución como esta, te pierdes las dificultades y la complejidad que hay detrás de cada una de las decisiones que se toman, que es mucha.

Tienen que aunar partiendo de la eficacia del medicamento, que se da por supuesto porque ha llegado a ser autorizado, pero hay cosas muy gruesas ahí que nosotros debatimos o al menos debatimos en petit comité para saber lo que significa por ejemplo innovación y el valor que se le da. Innovación creo que es una de las palabras que viene recogida en la Ley de Garantías y eso ya es costoso, qué es innovación ya es costoso definirlo, cuanto más medirlo si no sabemos por dónde empezar. Yo creo que en el trabajo que hay en la Comisión, simplemente con el hecho de fijar precios, es enorme, muy valioso y enriquecedor. Yo agradezco muchísimo que ahora todas las comunidades participemos porque enriquece muchísimo el conocimiento y compartir experiencias.

### **¿Qué oportunidades ofrece el intercambio de información sobre gasto farmacéutico entre la Comunidad y el Ministerio?**

Es una pieza clave para que ellos puedan hacer un análisis correcto de la situación de un fármaco dentro de un entorno, porque el fármaco por sí mismo no dice nada. Hay que ver sobre qué se va a intervenir, sobre qué tipo de pacientes, qué coste de oportunidad conlleva esa intervención...y para eso hay que saber cómo se consume, los competidores, cómo se utilizan...

### **¿En qué líneas estratégicas está trabajando la Subdirección de Gestión Farmacéutica de la Consejería de Sanidad de Extremadura?**

Ahora mismo estamos trabajando en dos líneas fundamentales y una de ellas está muy vinculada a todo el proyecto del Servicio Extremeño de Salud, que es el paciente crónico. Dentro del paciente crónico, nosotros estamos trabajando dentro del paciente crónico polimedicado, sobre todo porque hay que priorizar. Hemos definido una serie de estrategias para abordar sobre todo la revisión de este tipo de pacientes: dónde se puede llevar a cabo, cómo se puede llevar a cabo y cuál es la mejor manera de hacerlo. En eso estamos trabajando ahora mismo, en definir básicamente cómo hacemos atención farmacéutica en el paciente crónico polimedicado. Y la otra gran área en la que también estamos inmersos es en los desarrollos tecnológicos, es un proyecto en sí mismo para cada una de las áreas en las que intervenimos, en las patologías del área terapéutica de medicamentos de alto impacto.

Luego hay otras áreas en las que también estamos interviniendo, nos preocupa mucho también el paciente institucionalizado. Se podría englobar dentro del paciente crónico, pero ya tiene quizás unas características especiales de atención diferente que lo hacen susceptible de otro tipo de intervención. Aquí tenemos una red de residencias tanto públicas como privadas muy importantes y es otra de nuestras principales preocupaciones.

### **En 2017 se creó en Extremadura la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del Servicio Extremeño de Salud (SES), ¿cuál ha sido su evolución?**

Una de las experiencias más enriquecedoras que hemos tenido aquí es tener una Comisión Central de Farmacia, eso nos ha permitido traer a profesionales de distintas especialidades y categorías, poner en común cómo se tratan las patologías en cada sitio, poner en valor las prácticas más eficientes y a raíz de ahí tomar decisiones. Ha sido un antes y un después y lleva muy poquito tiempo (2016-2017) pero ha sido la noche y el día. El núcleo ya empezó a trabajar antes, es decir, cuando sentimos la necesidad empezamos a trabajar para testar un poco cuál era el ambiente, si los profesionales iban a estar de acuerdo, si les parecía una fórmula de trabajo adecuada...y se empezaron a crear grupos técnicos en diferentes ámbitos asistenciales y por patologías, por si teníamos alguna preocupación por alguna de ellas en concreto.

Pensamos que la mejor manera de saber la mejor práctica es reuniéndonos a todos y poniendo en común qué se hacía en cada sitio y nos sorprendimos porque esto es mucho más complejo que definir un protocolo de cómo se utiliza un medicamento. Detrás de todo esto hay una estructura asistencial que da soporte, unos servicios centrales que dan soporte a las áreas de diagnóstico, es decir, que hacer un análisis profundo de cuál es la mejor ruta para tratar a un paciente es algo muy complejo, y considero que el seno de la Comisión a nosotros nos ha brindado la oportunidad de no ser un compartimento estanco que solo gestionamos medicamentos, a gestionar de verdad una intervención terapéutica que es de lo que se trata. Ese es el salto que hemos dado.

### **¿Cómo se puede optimizar la compra de medicamentos y productos sanitarios?**

En ello andamos, no sabría decirte cuál es la fórmula ideal. Creo que ahora mismo se habla mucho de que hay que innovar en los modelos de compra y yo creo que aquí hay que empezar a pensar en algo grande, es decir, no podemos pensar ya en comprar medicamentos porque eso ya se ha quedado desfasado, debemos comprar un resultado. ¿Cómo se hace eso? No sé la forma más adecuada y no sé tampoco la forma jurídica más adecuada, pero eso sería una obligación por nuestra parte. La medición de resultados es absolutamente complicada, ahora tenemos VALTERMED, un proyecto que vamos a ver, tendremos que testar para saber qué alcance tiene y para qué sirve, y sobre todo si da respuesta a lo que realmente nos planteamos. El problema de la sostenibilidad es cada vez más urgente solucionarlo y aquí estamos todos al pie del cañón viendo de qué manera todos convivimos. Aún no tenemos la estructura ni las herramientas necesarias para pasar de esa fase tradicional a otro nivel. Entre todos tendremos que confabularnos para saber cómo lo conseguimos y qué precio se debe pagar por ello. No tenemos el conocimiento necesario ni la experiencia suficiente como para ponerlo en valor y empezar. Pero debemos empezar en dar pasos para dar con la solución.

### **Aunque no sea medible, ¿contáis con los pacientes para ello?**

Sí, contamos con los pacientes y cada vez más. Aquí el movimiento asociativo es muy pujante

y tiene mucha relevancia en la toma de decisiones, muchísima, en todas partes. Nosotros en las primeras experiencias de participación masiva con pacientes fueron con biológicos y biosimilares porque entró de lleno, pero te puedo asegurar que aquí muchísimas asociaciones participan en los consejos de salud, participan en todos los planes de salud y se les tiene muy en cuenta, y cada vez más.

### **¿Cómo cree que se puede lograr una mayor adherencia terapéutica?**

Básicamente con una buena comunicación médico-paciente. Lo que no podemos tener son planes terapéuticos que no se puedan llevar a cabo. Si a un paciente le han prescrito 20 medicamentos no puede ser adherente. Lo primero es concienciar tanto al paciente como al clínico de que debe ser un plan terapéutico asumible por el paciente, no tan intervencionista. La comunicación es fundamental. En esto tiene mucho valor el trabajo de enfermería, y el farmacéutico, porque son piezas clave en afianzar un poco el plan terapéutico que se ha prescrito a un paciente.

### **¿Cómo está siendo la sustitución de biológicos por biosimilares en los pacientes extremos?**

Aquí la sustitución es competencia del facultativo médico prescriptor y además así lo tenemos por escrito. Bien es cierto que eso ya entra dentro del ámbito del profesional y su paciente, pero que promovemos de alguna manera que se utilicen eficientemente los fármacos, en todos aquellos pacientes que estén estables en su patología recomendamos el cambio si hay acuerdo entre las partes y consideramos que no se perjudica al paciente, sino no lo haríamos.

Tenemos que partir de la base de que para nosotros un biológico a lo largo del tiempo se convierte en un biosimilar de sí mismo, con lo cual estamos hablando de que cada vez que prescribes uno nuevo estás prescribiendo un biosimilar de ese biológico.

Cuando tú decides cambiar un biológico de marca por un biológico biosimilar es porque has llegado al acuerdo con el paciente de que la sustitución no perjudica a nadie.

Vamos poco a poco porque para eso se necesita tiempo también por parte del profesional, tiempo en consulta para hablar detalladamente con el paciente y explicarle la situación. El paciente, por suerte, se fía mucho de su profesional sanitario y hay que explicárselo detenidamente y detalladamente. No puede ser de un momento para otro el que te cambien de medicamento porque no es entendible. Lo mismo pasa con la adherencia, hay que explicarle al paciente detalladamente a qué se arriesga sino se toma la medicación.

### **¿Qué políticas se están llevando a cabo orientadas a la eficiencia de la prescripción?**

Todas las que se ponen en valor dentro de la Comisión Central de Farmacia Terapéutica. Pasan por una selección adecuada en función de los problemas que queremos tratar, una utilización adecuada, unos procesos de gestión de adquisición de ese producto adecuado, y por otro lado un seguimiento del paciente adecuado con unos criterios de no resultados, porque yo creo que lo primero hay que partir de ese “vamos a decidir cuál es la selección más adecuada” en cuanto al plan terapéutico de ese paciente y tenemos que definir qué resultados esperamos y en qué tiempo. Eso es fundamental, pero también es fundamental el recogerlos sino no podemos medir nada. Es muy compleja la situación, estábamos dando los primeros pasos, aunque no todo es abarcable. Ahora mismo ya hay herramientas que parece que van a poder ayudarnos pero que todavía dejan mucho que desear porque yo creo que todo esto del big data y de IA que se viene a desarrollar, todo lo que el ser humano no es capaz de hacer está por ver y comprobar qué respondan realmente a necesidades de salud y que realmente midan lo que tengan que medir. Vamos por ahí y creo que ese es el camino de todas las comunidades. Cada una aportando su granito de arena, pero yo creo que entre todos vamos construyendo en positivo, porque todos los agentes debemos trabajar conjuntamente.

La Comisión es para nosotros una herramienta fundamental, esta y en todas las que se apoya, que son varias ya.



FUNDACIÓN | RED DE MUJERES  
**Ana Bella** | SUPERVIVIENTES

# HAZTE SOCIA-HAZTE SOCIO

CON TUS DONATIVOS AYUDAMOS A MUJERES  
MALTRATADAS PARA QUE VUELVAN A SER FELICES

**GRACIAS**

[fundacionanabella.org](http://fundacionanabella.org)



# Estrategias para la Vacunación a lo largo de toda la vida en España

**GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN ESPAÑA**

*Dr. José Luis Baquero, Director y coordinador científico del Foro Español de Pacientes  
Dña. Elena Moya Pendería, Vicepresidenta de la Asociación Española contra la Meningitis  
Dr. Mariano Votta, Director de Active Citizenship Network*



## JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los programas de vacunación se centran en etapas de la vida determinadas, como la infancia, pero la evidencia científica respalda un enfoque a lo largo de toda la vida, es decir, que la vacunación se administre en todas las edades.

El concepto de vacunación a lo largo de la vida se basa en la inmunización como estrategia para prevenir enfermedades y maximizar la salud, independientemente de la edad de una persona. Un enfoque a lo largo de la vida requiere que los calendarios de inmunización y el acceso a la vacunación respondan a cada etapa vital, el estilo de vida de cada persona y los riesgos específicos o vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas que puedan aparecer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) defiende un enfoque a lo largo de toda la vida como modelo de prestación de atención sanitaria que beneficiaría tanto a las personas como a los sistemas sanitarios (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017). Implica considerar la salud como un continuo a través de la vida: un proceso dinámico e interconectado, a diferencia del concepto que divide la vida en etapas rígidas. Se aleja de los enfoques tradicionales, donde se desarrollan y se suministran vacunas en respuesta a las amenazas inmediatas para grupos de edad determinados. En cambio, las inversiones en estrategias de vacunación deben basarse en su potencial para fortalecer la capacidad de las personas para mantener una buena salud a lo largo de sus vidas, y su impacto en la prevención de otros patógenos y comorbilidades a lo largo del tiempo.

España se ha adherido a la iniciativa de la OMS y desde este año se mantiene el mismo planteamiento (Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

## OBJETIVO

El objetivo de esta reunión es valorar la vacunación a lo largo de toda la vida en España y recoger recomendaciones realistas, desde una visión multidisciplinar.

## MATERIAL Y MÉTODO

Active Citizenship Network (ACN) es una red flexible de organizaciones civiles europeas que participan como socios en sus diferentes proyectos, dirigida a fomentar la participación activa de los ciudadanos en la formulación de políticas europeas. Durante el 2019 se ha organizado en tres países (España, Polonia y Hungría) la descripción de la situación en cada país y la discusión. La reunión en España ha sido organizada por la Asociación Española contra la Meningitis (AEM) con la colaboración del Foro Español de Pacientes (FEP).

Moderada por el Dr. Mariano Votta (director de Active Citizenship Network), junto a Dña. Elena Moya Pendería (vicepresidenta de la AEM) y el Dr. José Luis Baquero (director y coordinador científico del FEP), como representantes de los pacientes y ciudadanía, se ha invitado a 12 expertos en la materia, de diferentes puntos de vista, generando así un foro multidisciplinar, procedentes de las administraciones (MSCBS, autonómicas y locales), profesionales sanitarios, académicos, prensa, economía de la salud y legal, junto a los pacientes: Dra. Pilar Campos Esteban (Dirección General de Salud Pública del MSCBS), Dra. Aurora Limia Sánchez (Dirección General de Salud Pública del MSCBS), Dr. Ángel Gil de Miguel (Real Academia de Medicina y catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid), Dra. Mariló Las Heras Carbajo (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid), D. Carlos Mateos (director de ComSalud), Dr. Jesús Ruiz Contreras (Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Doce de Octubre), Dra. Isabel Jimeno Sanz (Servicio Madrileño de Salud, SERMAS), Dña. Inmaculada Cuesta Esteve (Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas, ANENVAC), D. Santiago García Blanco (Consejería de Sanidad de Cantabria), D. Alejandro Cremades (Asociación Enfermería Comunitaria), D. David Cantarero (Universidad Economía Pública & Salud de Cantabria) y D. Javier Moreno Alemán (experto jurídico en materia de Salud de LEXMOR).

La reunión se llevó a cabo el 26 de noviembre de 2019 en la Real Academia de Medicina (Madrid), en dos etapas:

1. Encuesta individual valorando la vacunación a lo largo de toda la vida en España y

2. Grupo nominal recogiendo recomendaciones sobre el abordaje multidisciplinar.

El encuentro no ha contado con la presencia de ninguna empresa farmacéutica.

## RESULTADOS

1. Encuesta individual, valorando la situación actual:

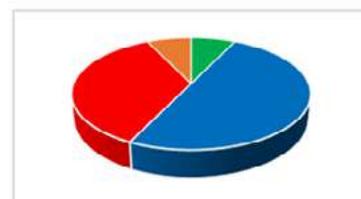
• Al ¿Cuál cree que es el nivel de concienciación y apoyo para la inmunización a lo largo de la vida en su país entre...?

(MB, muy buena; B, buena; A, aceptable; M, mala; y MM: muy mala)

- Ciudadanos: n=14

Predominio “aceptable” con el 50%

MB	B	A	M	MM
1	0	7	5	1



- Profesionales de la Salud: n=14

Predominio “aceptable” con el 43%

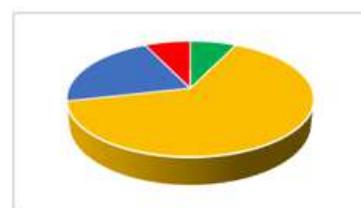
MB	B	A	M	MM
1	4	6	3	0



- Autoridades sanitarias: n=14

Predominio “buena” con el 64%

MB	B	A	M	MM
1	9	3	1	0



MB	B	A	M	MM
0	3	7	4	0



- Asociaciones civiles y de pacientes: n=13  
Predominio “muy buena” con el 43%

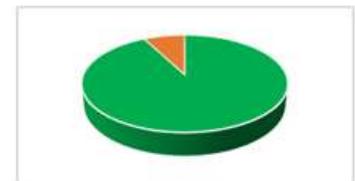
MB	B	A	M	MM
1	6	5	1	0



• A2 ¿Cree usted que el plan de vacunación en su país está diseñado para ayudar a maximizar la capacidad de las personas para protegerse de la infección a lo largo de sus vidas? n=13

Predominio “Sí” con el 92%

SI	NO
12	1

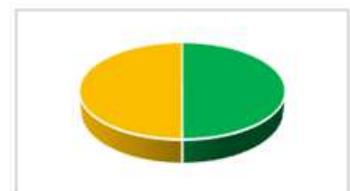


• B1 ¿Cómo tiene su país el calendario de inmunización que cubra toda la vida? n=14

(BD, bien desarrollado; ED, en desarrollo; ND, no desarrollado; y SD, sin datos)

Igualados “bien desarrollado” y “en desarrollo” con el 50% c.u.

BD	ED	ND	SD
7	7	0	0



• B2 ¿Existen recomendaciones en los programas nacionales de inmunización para pacientes con enfermedades crónicas específicas? n=14

Predominio “bien desarrollado” con el 71%.

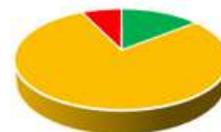
BD	ED	ND	SD
10	4	0	0



- B3 ¿Cómo tiene su país las campañas públicas de concienciación sobre vacunación a lo largo de toda la vida? n=14

Predominio “en desarrollo” con el 78%.

BD	ED	ND	SD
2	11	1	0



- B4 ¿Cómo tiene de implicadas en su país las organizaciones civiles en la promoción de la inmunización a lo largo de toda la vida? n=14

Predominio “en desarrollo” con el 64%.

BD	ED	ND	SD
1	9	4	0



- B5 ¿Cómo tiene en su país a los profesionales de la salud educados en los beneficios de la vacunación a lo largo de toda la vida? n=14

Predominio “en desarrollo” con el 86%.

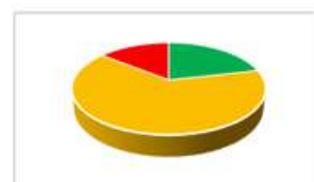
BD	ED	ND	SD
2	12	0	0



- B6 ¿Cómo tiene en su país el respaldo de los profesionales de la salud? n=14

Predominio “en desarrollo” con el 64%.

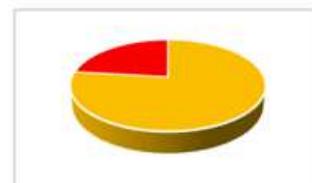
BD	ED	ND	SD
3	9	2	0



- B7 ¿Cómo tiene su país de integrado la inmunización en las políticas de envejecimiento saludable? n=13

Predominio “en desarrollo” con el 77%.

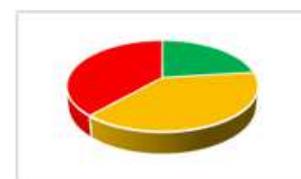
BD	ED	ND	SD
0	10	3	0



- B8 ¿Cómo tiene en su país la administración de vacunas en entornos no clínicos? n=13

Igualados “en desarrollo” y “sin desarrollo” con el 38% c.u.

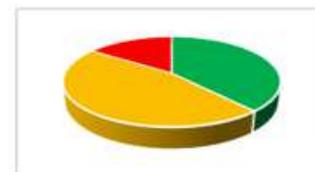
BD	ED	ND	SD
3	5	5	0



- B9 ¿Cómo tiene en su país la cobertura vacunal por grupos de edad? n=13

Predominio “en desarrollo” con el 46%, seguido de “bien desarrollado” en el 38%

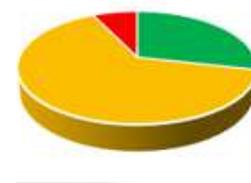
BD	ED	ND	SD
5	6	2	0



- B10 ¿Cómo tiene en su país los datos oportunos y precisos sobre los índices de vacunación? n=14

Predominio “en desarrollo” con el 64%

BD	ED	ND	SD
4	9	1	0



## 2. Grupo nominal, sobre el abordaje:

- Calendario vacunal en España.

Tal como avalan los foros especializados españoles e internacionales, la vacunación infantil es un éxito en nuestro país superando tasas del 95%, gracias al completo calendario y su cobertura, así como a la acción de los profesionales, tanto de las administraciones como sanitarios. Otro éxito de vacunación en nuestro país es la vacuna contra la Tosferina en embarazadas. Agentes involucrados fueron las autoridades sanitarias, los ginecólogos, las matronas y los pediatras.

Sin embargo, a partir de la adolescencia y en la vida adulta, las tasas son inferiores. En todo caso, tanto en la infancia, adolescencia y edad adulta, existen posibilidades de mejora.

- Equidad del calendario vacunal en España a nivel de las diferentes CCAA.

La desigualdad es algo que parece inevitable, consecuencia del sistema de autonomías. El calendario vacunal propuesto por el MSCBS al Consejo Interterritorial está muy estudiado y en base a la evidencia. Salvo contadas razones epidemiológicas es habitual que como estrategia política y en base a su disponibilidad presupuestaria se justifiquen diferencias entre las CCAA. La presión de la industria privada también participa en ello. En todo caso, hay más similitudes que diferencias y se hace necesario combatir la sensación en la población, de inequidad.

- Adaptaciones al calendario vacunal en España, en casos especiales: viajeros, inmigración, etc.

Hasta este año 2019 era abordado de forma independiente en cada CCAA, pero desde este año se ha llevado y consensado una propuesta conjunta al Consejo Interterritorial. En cuanto a los viajeros debe controlarse antes de la ida la exposición a agentes de los que no se está vacunado, como p.e. la malaria; pero también a su vuelta como p.e. el sarampión y la poliomielitis. En la inmigración es estudiado cada caso, evitando la estigmatización y ante la duda y según el caso (origen, destino, edad, etc.), se recomienda la vacunación a pesar de haberla podido recibir, o la serología previa.

- Ciertos casos como p.e. la tuberculosis dispone actualmente de una vacuna poco eficaz como la BCG, pero existe esperanzas en el desarrollo de nuevas, que se estiman que, avallando mejores ratios de protección, puedan

entrar en calendario en el futuro de forma rápida. También el desarrollo de nuevas vacunas frente a distintos serotipos, es estudiado para su incorporación o revacunación con espectro ampliado, como son p.e. la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) y al meningococo (tetraivalente y B).

- Obligatoriedad de la vacunación según calendario vacunal para niños en España.

Su tasa de cumplimiento superior al 95% lo hace innecesario, produciéndose también el “efecto rebaño” que protege al no vacunado. Solo ante el riesgo de salud pública o ciertos casos individuales por dictamen judicial, se hará obligatorio.

- Obligatoriedad de la vacunación a profesionales de la Salud en España.

Existe cierta disparidad de difícil comprensión, entre las campañas y promoción de vacunación a la población general y la de los profesionales en particular. En España se recomienda en profesionales en contacto con pacientes especialmente vulnerables, pero en todo caso existen el derecho amparado por la ley a la abstención. Sin embargo, desde 2011 se estableció la formalización documental de la renuncia a dicho acto, si bien es casi nulo su cumplimiento.

Debe insistirse en la información, formación, sensibilización e incentivo del colectivo profesional. Se sugiere una campaña fuerte desde el Ministerio para recomendar a los profesionales de la salud la vacunación: p.e. con una “carta de compromiso”.

- Vacunación como barrera a la proliferación de multirresistencias bacterianas.

Existe clara evidencia de su efectividad indirecta, especialmente con vacunas atenuadas por ejemplo de la gripe, al reducir el riesgo de posteriores complicaciones bacterianas y la consiguiente reducción del uso de antibióticos. Además, también se ha relacionado con la menor morbilidad, reduciendo por ejemplo patología cardíaca. Debe potenciarse la información y formación en este sentido, tanto a profesionales como a la población.

- Ciertas acciones desde las administraciones, como es la presión en el precio a la industria productora, ponen en cierto riesgo el suministro, a medio y largo plazo. Por otra parte, se ha de respaldar a las administraciones ante acciones tomadas ante ciertas situaciones de alarma en favor de la protección de la población, a pesar de que luego no hayan sido cumplidas

las expectativas, pues son decisiones que en este ámbito deben tomarse de forma rápida, en fase temprana y a veces con escasa información (p.e. pasado caso de la compra masiva de vacuna ante la gripe tipo A, que no llegó a consumir más de 2/10 partes de lo comprado).

- Bulos y movimiento antivacunas. Los profesionales deberían advertir activamente en las consultas del riesgo de dar crédito a informaciones poco validadas, así como recomendar fuentes fiables de información. Las administraciones deberían hacer campañas disuasorias e informativas, en contra de los bulos, ya sea mediante cartelería, prensa, radio y televisión. También debería incentivarse la figura del divulgador técnico, desde las instituciones (administraciones y sociedades profesionales). Debe cuidarse la comunicación y entrenarse adecuadamente a los informadores (periodistas entre otros) por su capacidad de influencia.

- Soporte informático de las administraciones. Es común la escasa compatibilidad entre el ámbito nacional, autonómico y local. La “tarjeta única” solo contiene una información común muy limitada. Desde 2017 se está trabajando en la armonización, pero resulta lento. También se señala la tecnología “blockchain” que en un sentido directo y práctico, le hace al paciente ser dueño de sus propios datos de salud, llevándolo p.e. en su móvil y compartiéndolo con quien estime.

- Vacunas terapéuticas. Cambio de concepto, pues pasa de ser preventivo a ser terapéutico. En desarrollo y con expectativas muy prometedoras basada en genoma y la personalización; sin embargo, hace

temer precios altos que pueden llevar a desigualdades, si no se abordan acuerdos entre el sector público y privado.

## CONCLUSIONES

- Son las autoridades sanitarias seguidas de las asociaciones de paciente y organizaciones civiles, las más concienciadas en la inmunización a lo largo de la vida.

- De hecho, es mayoritaria la impresión de que el plan de vacunación en España está diseñado para ayudar a maximizar la capacidad de las personas para protegerse de la infección a lo largo de sus vidas; considerándose el calendario de inmunización bien desarrollado o

en desarrollo, a partes iguales. En cambio, cerca de  $\frac{3}{4}$  partes lo considera bien desarrollado para pacientes con enfermedades crónicas específicas.

- Las campañas públicas, la implicación de las organizaciones civiles y de pacientes, la educación y respaldo de los profesionales, la integración de la inmunización en las políticas de envejecimiento, la administración de vacunas en entornos no clínicos, la cobertura vacunal por edad y la disposición de datos, son materias aun en desarrollo. Se subraya la importancia de las asociaciones de pacientes como fuerte baza para mejorar la vacunación en el adulto. También se sugiere la utilización del argumento emocional a través de historias personales.

- La vacunación infantil en España es un éxito. Sin embargo, a partir de la adolescencia y en la vida adulta, las tasas son inferiores y es muy mejorable.

- Tenemos un calendario vacunal muy completo y bien justificado, con más elementos comunes que diferentes entre las CCAA. De hecho, se hace necesario combatir la sensación de inequidad.

- Se hace necesaria la vigilancia y adaptación al calendario vacunal, en el caso de viajeros e inmigración.

- La administración central está pendiente de forma continuada al desarrollo de nuevas vacunas para su incorporación en el calendario, en caso de ser avaladas por su eficacia y seguridad.

- Ni se considera necesario en los niños, ni adecuado entre los profesionales la obligatoriedad; resultando más adecuado la información, formación, sensibilización e incentivo del colectivo profesional. Sí se analiza cómo abordaje a la mejora, abrir canales de comunicación desde el Ministerio y las consejerías, enfermería y jóvenes. Estas 3 vías de comunicación llegarían a la mayoría de la población.

- El papel de la vacunación frente a la proliferación de multirresistencias bacterianas resulta evidente científicamente y ha de potenciarse la información y formación en este sentido, tanto a profesionales como a la población.

- La presión en el precio de las vacunas, pone en cierto riesgo el suministro, a medio y largo plazo.
- Las acciones ante las alertas epidemiológicas en favor de la seguridad de la población, aunque sea tomada por expertos, precisan ser rápidas y en fases incipientes lo que dejan muchas sombras de dudas, lo que debe disculpar los posibles errores de cálculo.
- Los bulos son relativamente frecuentes en las redes sociales, haciéndose necesaria la advertencia de ellos por todos los agentes.
- El soporte informático en España no es malo, pero resulta desigual e inoperante para hacer análisis globales; resultando su mejora una prioridad de estado.
- Al margen de la prevención, el desarrollo de las vacunas terapéuticas es muy prometedor, pero se supone que la personalización implicará altos costes.

## BIBLIOGRAFÍA

Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Obtenido de [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion\\_Todalavida.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Obtenido de <https://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/event/es/>

## AGRADECIMIENTOS

La iniciativa forma parte de un proyecto europeo "European active citizens for vaccination - Improve the awareness on the importance of vaccination across Europe" liderado por Cittadinanzattiva-Active Citizenship Network, con el soporte no condicionado de MSD y las recomendaciones finales serán presentadas en un evento público al Parlamento Europeo en 2020.

## ANEXO

**CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA**  
Calendario recomendado año 2019



VACUNACIÓN	EDAD													
	Prenatal*	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥ 65 años
Poliomielitis			VPI	VPI	VPI				VPJ <sup>(a)</sup>					
Difteria-Tetanos-Pertussis	dTpa		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa <sup>(a)</sup>		Td	Td <sup>(b)</sup>	Td <sup>(b)</sup>	Td
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib	Hib									
Sarampión-Rubéola-Parotiditis						TV		TV				Ty <sup>(c)</sup>	TV <sup>(c)</sup>	
Hepatitis B <sup>(d)</sup>		HB <sup>(d)</sup>	HB	HB	HB								HB <sup>(e)</sup>	
Enfermedad meningocócica C				MenC <sup>(f)</sup>		MenC				MenACWY		MenACWY <sup>(g)</sup>		
Varicela							VZ	VZ		VZ <sup>(h)</sup>		VZ <sup>(h)</sup>	VZ <sup>(h)</sup>	
Virus del Papiloma humano										VPJ <sup>(i)</sup>		VPJ <sup>(i)</sup>		
Enfermedad neumocócica			VCN1	VCN2	VCN3									VN <sup>(k)</sup>
Gripe	gripe													gripe anual

Esta sección de En Portada está patrocinada permanentemente por Reig Jofre, fruto del acuerdo alcanzado con New Medical Economics.





## LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

### El Consejo General de Médicos aprueba un Código de Buen Gobierno y Transparencia

En la Asamblea General celebrada recientemente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha aprobado un Código de Transparencia y Buen Gobierno, un compromiso ético suscrito con el fin de asegurar la eficacia y eficiencia en la gestión y administración de la corporación a través de un estilo de trabajo basado en valores.

El Dr. Serafín Romero, presidente del CGCOM, presentó a los miembros de la Asamblea este texto del que destacó que “supone un plus en nuestro compromiso en la toma de decisiones y el uso de los recursos, así como da cumplimiento a la ley 19/2013 de 9 de diciembre, Ley de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno que – recordó – incluye a las corporaciones de derecho público como la nuestra”. En esta línea incidió en la importancia de contar con un código de estas características que pretende cumplir con la ley en el plano administrativo, “pero que marca también un camino para la actuación de los cargos de la corporación”.

El Código de Transparencia y Buen Gobierno cuenta con seis capítulos y treinta artículos que establecen las normas generales que deben regir la conducta de los órganos de gobierno de la corporación, la Asamblea General y la Comisión Permanente, así como la de sus empleados y colaboradores, en el desarrollo de las actividades a través de las que se materialicen los fines.

Su objetivo principal es establecer un marco de actuación institucional para garantizar la consecución de sus fines, minimizar los posibles riesgos operativos y reputacionales, contribuir a generar transparencia y fomentar la confianza entre los colegios de médicos, los médicos colegiados y la sociedad en general. Se trata de una propuesta de autorregulación

que se une a otros mecanismos de control del propio Consejo, como las auditorías externas.

El CGCOM cuenta con un sistema de gobierno que se articula en torno a los Estatutos, Código de Buen Gobierno para la Realización de Inversiones Financieras Temporales, Código de Deontología Médica y la Legislación vigente. Añade ahora el Código de Transparencia y Buen Gobierno, que interpreta y desarrolla los Estatutos de conformidad con los principios, misión y valores de reconocimiento general en el ámbito de las corporaciones de derecho público, en el marco de los fines que le son propios y que constituyen el instrumento que sirve de guía para que los órganos de gobierno y demás personal que preste sus servicios en el Consejo orienten su actuación adecuándola a dichos principios, misión y valores.

El CGCOM considera que la transparencia y el buen gobierno son valores primordiales del estilo de trabajo que adopta una organización si desea que sus órganos de gobierno actúen con rigurosidad, seriedad y con sentido de la responsabilidad. Recoger estos valores en un Código supone asumir públicamente el compromiso ético de demostrar que la confianza depositada en la organización está siendo bien administrada. Con la aplicación del Código se asegura la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios, se optimizan los recursos y se logra la excelencia en la gestión, a la vez que se fortalece la confianza en la organización.

Este texto está vigente desde el momento de su aprobación por la Asamblea General, y es de obligado cumplimiento para todos aquellos actos y relaciones de los miembros de sus órganos de gobierno, colaboradores, directivos y demás trabajadores internos, entre sí y otros profesionales, organizaciones y órganos de las Administraciones, así como con los medios de comunicación y el resto de personas o instituciones con las que se relacionen, con independencia de la modalidad contractual que determine su relación con la organización, posición que ocupen o lugar en el que se encuentren.



# Ribera Salud impulsa dos proyectos de innovación sanitaria con el programa Corporate de Lanzadera



Parte del equipo de Ribera Salud junto a los emprendedores seleccionados en el programa Corporate de Lanzadera.

Ribera Salud ha empezado a trabajar con los dos equipos de emprendedores seleccionados en el programa Corporate de Lanzadera para detectar e impulsar proyectos de innovación en el ámbito sanitario. Las dos iniciativas que están desde esta semana en fase de desarrollo, apoyadas por los profesionales de Ribera Salud, son una aplicación para el seguimiento de pacientes en tratamiento psicológico, Serenmind; y una plataforma de monitorización de datos de pacientes, HumanitCare.

Ribera Salud es un grupo especializado en proyectos innovadores en el sector salud y, como tal, su apuesta por la tecnología es clave para continuar aportando valor a la sociedad, mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos y contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Por ese motivo, Futurs, la filial tecnológica de Ribera Salud abandera esta iniciativa y coordinará la puesta en marcha de los dos proyectos seleccionados en el programa Corporate de Lanzadera para el sector Salud. Otros cinco startups trabajarán con Mercadona (2), Airbus (2) y Facsa (1) y 14 más se han incorporado al programa de aceleración de Lanzadera para consolidar sus empresas.

Uno de los dos equipos seleccionados para trabajar con Ribera Salud presentó Serenmind, una aplicación para el seguimiento online de pacientes en tratamiento psicológico, que permite garantizar la atención de un determinado perfil de paciente sin necesidad de que éste acuda al centro de especialidades. El objetivo de esta aplicación es que el paciente pueda seguir un plan terapéutico de forma remota, a través de una serie de herramientas (audios, chatbot, material educativo...), de forma personalizada y con el seguimiento del equipo médico.

El otro equipo seleccionado es el desarrollador de la plataforma HumanitCare, diseñada para recoger y monitorizar datos sobre pacientes crónicos, con el fin de

anticipar las necesidades de los diferentes grupos de población y adaptar los procesos para ofrecer una atención sanitaria rápida y de la máxima calidad. Conecta al médico con el paciente mediante una app, monitorizando sus constantes a través de diversos dispositivos. Esta propuesta encaja a la perfección en el objeto de Futurs, ya que todas las herramientas implantadas ya en los hospitales de Ribera Salud o que se están desarrollando desde su filial tecnológica facilitan la medición y el posterior análisis de los datos de salud de la población, con el fin de personalizar en unos casos y replantear en otros, desde tratamientos hasta controles, revisiones y toma de decisiones.

El modelo asistencial de Ribera Salud es un modelo poblacional, predictivo, personalizado, preventivo y participativo (también conocido como las 5P's), que permite ofrecer al paciente lo que necesita en cada momento, por lo que las dos propuestas seleccionadas dentro del programa Corporate de Lanzadera permitirán a Ribera Salud avanzar en su apuesta por la innovación, la tecnología y el compromiso de mejora constante en la atención sanitaria a la ciudadanía.

Vídeo de los equipos seleccionados y los responsables del programa:



# Fenin y sociedades científicas actualizan los informes sobre las pruebas de aceptación que recomiendan realizar a los equipos de diagnóstico por imagen

Con el fin de garantizar la máxima seguridad y calidad de los equipos de radiodiagnóstico utilizados en los centros sanitarios, la Sociedad Española de Protección Radiológica (SEPR), la Sociedad Española de Física Médica (SEFM) y la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), en colaboración con Fenin, han actualizado dos informes sobre Pruebas de Aceptación de Equipos de Diagnóstico por la Imagen, por un lado, sobre Equipos de Radiología Convencional y Equipos Portátiles con y sin Detector Digital, y otro basado en Arcos Fluoroscópicos con Intensificador de Imagen.

Estos informes son el resultado del conocimiento científico y la experiencia y conocimiento técnico de las empresas del sector de tecnología sanitaria y las sociedades científicas, constituyendo un punto de referencia ineludible para la realización de dichas pruebas en los centros sanitarios. Se lleva a cabo en el grupo de trabajo que se creó con el objetivo de elaborar documentos de consenso sobre las "Pruebas de aceptación de equipos de diagnóstico por la imagen" con el fin de identificar las pruebas necesarias que aporten las máximas garantías de seguridad y calidad antes del uso clínico de los equipos de diagnóstico por imagen.

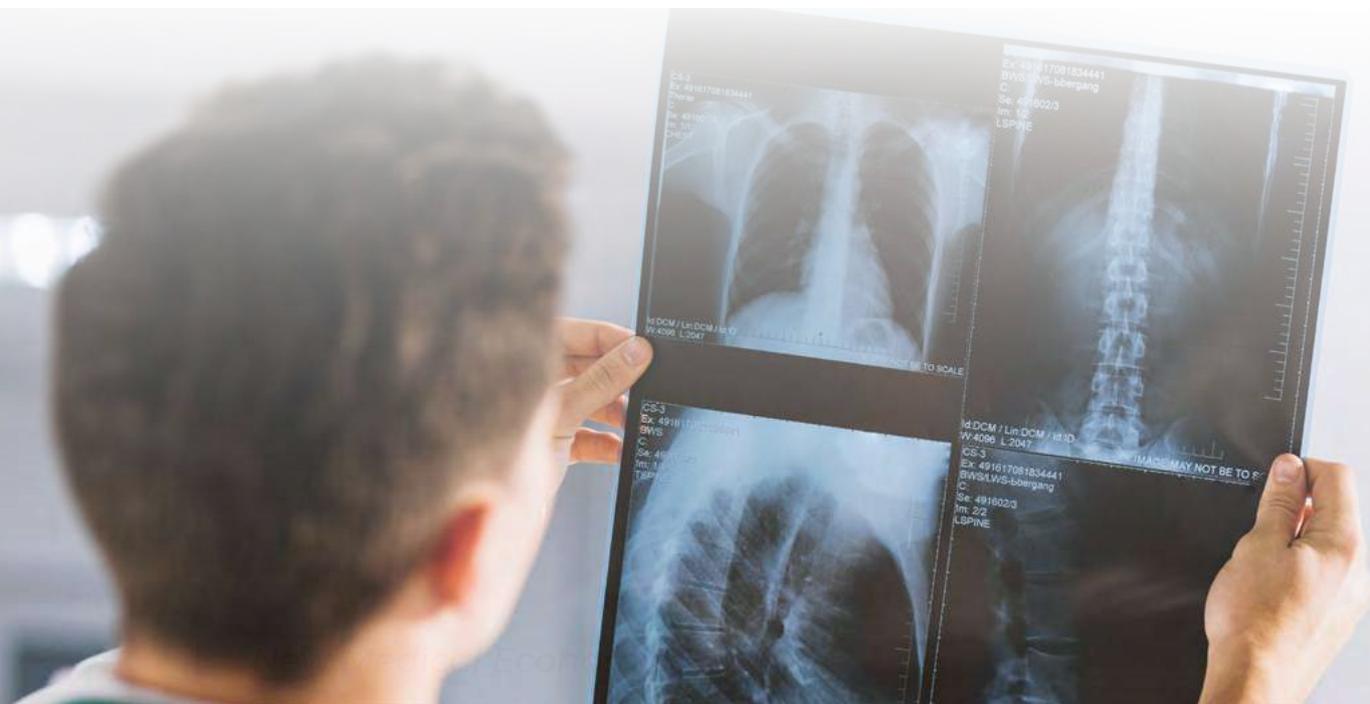
"Pruebas de Aceptación de Equipos de Diagnóstico por la Imagen Gráfica – Equipos de Radiología Convencional y Equipos Portátiles con y sin Detector Digital". Este documento se publicó por primera vez en el año 2014, fue

ya actualizado en 2018 y vuelve a serlo ahora con el fin de adaptarlo, como el resto de los estudios, convenientemente a la realidad cambiante que experimenta de forma continua el sector de Tecnología Sanitaria, así como a la legalidad vigente. Dedicado a los equipos de radiografía convencional, el estudio presenta una tabla que contiene un listado de pruebas a efectuar en el caso de sustitución o modificación de componentes fundamentales del equipo, seleccionadas en función de estos.

Asimismo, se publica la actualización del informe "Pruebas de Aceptación de Equipos de Diagnóstico por la Imagen Fluoroscopia – Arcos Fluoroscópicos con Intensificador de Imagen", documento que se refiere a los equipos de fluoroscopia portátiles cuyo receptor de imagen está constituido por un intensificador convencional. Se trata, en este caso, de la actualización del estudio publicado en febrero de 2018 y es el segundo de una serie que afectará a las diferentes modalidades de radiodiagnóstico.

Las sociedades científicas y Fenin están trabajando en nuevos informes (angiografos y telemandos) con el fin de dotar de las máximas garantías de calidad y seguridad de dichos equipos utilizados en los centros sanitarios para el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

Los informes están disponibles en las webs de las sociedades científicas participantes, así como en la de Fenin.



## Transmural Biotech (Asisa) recibe un premio a la innovación más prometedora en medicina digital

Transmural Biotech, la compañía biotecnológica participada de forma mayoritaria por Asisa, ha recibido el premio a la 'Innovación más prometedora en medicina digital' en la tercera edición de la Conferencia de Medicina Digital (DMC, por sus siglas en inglés) que se ha celebrado en Nueva York organizada por NODE. Health (Network of Digital Evidence in Health).

Transmural ha recibido este premio por el desarrollo de QuantusFLM, el primer test basado en el uso de IA que permite predecir el riesgo de morbilidad respiratoria neonatal (MRN), una de las principales causas de mortalidad en nacimientos prematuros, a través del análisis de una ecografía y, por lo tanto, de forma completamente no invasiva, segura para el paciente y totalmente fiable. La DMC ha considerado que QuantusFLM es una promesa de la tecnología para proporcionar evidencia científica y resultados clínicos.

Este foro reúne anualmente a más de 500 líderes en innovación tecnológica aplicada a los

sistemas de salud, el desarrollo de planes de salud y la industria farmacéutica y clínica, además de diferentes entidades gubernamentales, especialmente de Estados Unidos. La conferencia, que se celebra anualmente, permite a estos expertos analizar las mejores prácticas para la transformación, la colaboración y la implementación de aplicaciones de salud digital basadas en evidencia.

El impulsor de la DMC y de sus premios NODE. Health, una organización estadounidense que agrupa a una red de sociedades, universidades, organizaciones e innovadores dedicados a la transformación digital en salud. NODE. Health construye y explora la base de conocimiento que ahora se requiere para liderar los sistemas y la industria de la salud global.

Además de recibir este galardón en la DMC, Transmural Biotech ha sido elegida este año por la revista estadounidense "Technology Innovators" entre las 20 compañías del mundo más innovadoras en el ámbito de la tecnología sanitaria en el año 2019.

La revista destaca la apuesta de Transmural por "desarrollar soluciones y servicios clínicos innovadores utilizando tecnologías disruptivas basadas en el uso de inteligencia artificial".



## Las XV Jornadas de Gestión y Evaluación en Salud de la Fundación SIGNO se celebrarán bajo el lema "Innovar en Sanidad, un reto colectivo"

Las XV Jornadas de Evaluación y Gestión en Salud se celebrarán por primera vez en Granada, del 6 al 8 de mayo de 2020, gracias al acuerdo de colaboración que mantienen la Fundación Signo y la Escuela Andaluza de Salud Pública. En estas jornadas, bajo el lema "Innovar en Sanidad, un reto colectivo", se abordará el desafío de la innovación junto con otras sociedades buscando puntos de encuentro y de colaboración para sumar y para compartir las experiencias y los avances que se están produciendo en la actualidad, y que convierten al sistema sanitario en un sector en permanente adaptación al cambio.

Las jornadas serán una oportunidad para constatar cómo desde los servicios de salud y sus proveedores se mantiene la inquietud innovadora. Una constante cuya difusión debe potenciarse y convertirse

en un estímulo para aquellos que no se conforman con las soluciones continuistas. Se innova desde la práctica clínica, siguiendo la estela de la atención sanitaria basada en el valor; se innova en el campo de la gestión, a pesar de las dificultades y restricciones; se innova con las nuevas tecnologías de la información, aceptando los nuevos paradigmas relacionales presentes en la sociedad; se innova con la revolución tecnológica y terapéutica.



# NOMBRAMIENTOS

En el Ministerio de Sanidad han surgido los siguientes nombramientos: el de **Germán Rodríguez Sánchez**, que ha sido designado nuevo Director del Gabinete del Ministro; y el de **Alberto Herrera**, que ha sido nombrado nuevo Subsecretario de Sanidad.

En Madrid, **Gema García Ledo** ha sido nombrada Directora de la Unidad de Tumores Torácicos y del Sistema Nervioso Central del Centro Integral Oncológico Clara Campal HM CIOCC; y **Belén Martínez**, nueva presidenta de la Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos.

En País Vasco, **Milagros López de Ocáriz** asume la Presidencia del Consejo de Farmacéuticos de la región.

En Andalucía, Vithas ha nombrado a **Mercedes Mengíbar** Directora territorial de esta comunidad; y **Antonio Mingorance Gutiérrez** ha sido reelegido Presidente del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En Cataluña, **Enric Mangas** ha sido reelegido Presidente de La Unió Catalana d'Hospitals.

En el sector de la industria farmacéutica, **Ana Bosch** ha sido nombrada nueva Directora del Departamento Jurídico de Farmaindustria; **José Luis Fernández**, nuevo Director General de IQVIA; y **Miguel Fernández Alcalde** como nuevo Director General de Merck en España.

Por último, en el ámbito de las aseguradoras, cabe destacar el nombramiento de **Patxi Amutio** como nuevo Director General de Sanitas Mayores.

# ECONOMÍA



## PSN incrementó un 18,3% su facturación en seguros de riesgo en 2019

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) cerró el ejercicio 2019 con un incremento del 18,3% en primas devengadas (facturación) en seguros de Riesgo, hasta alcanzar los 40,3 millones de euros frente a los 34 facturados en 2018. Esta tipología de producto es la que mayor incremento experimentó dentro de la facturación global en seguros, que en 2019 se mantuvo en cifras similares a las del ejercicio anterior, concretamente en 345,5 millones (frente a 347).

El incremento de facturación en los seguros de Riesgo responde a la decidida apuesta de PSN por reforzar un segmento en el que es necesaria una mayor conciencia social sobre la importancia de la protección personal y familiar ante posibles imprevistos (fallecimiento,

invalidez...) que, además de las consecuencias personales, pueden suponer un perjuicio económico para la familia del asegurado.

Otro apartado que ha experimentado un aumento en primas devengadas es el de los Planes de Previsión Asegurados (PPA), en este caso cerca de un 8%, hasta los 46,5 millones. Por su parte, los seguros de Ahorro han experimentado un ligero descenso del 2,66%, fruto del escenario de bajos tipos de interés que en los últimos años está generando una progresiva pérdida de atractivo para quienes buscan rentabilidad en productos 100% garantizados.



## Ribera Salud invertirá 4 millones de euros en povisa en su primer año al frente del hospital vigués

El consejero delegado de Ribera Salud, Alberto de Rosa, ha anunciado que Povisa recibirá, durante este primer año de gestión, una inversión de 4 millones de euros, que se destinará a mejorar las infraestructuras, renovar el equipamiento tecnológico y reforzar los sistemas de información.

Durante un desayuno informativo con periodistas, De Rosa ha precisado que las prioridades para este 2020 son las mejoras en el área de Urgencias, la reforma del hall principal del hospital y la modernización de las plantas destinadas a hospitalización; tareas que se acometerán paulatinamente para que afecten lo menos posible al normal funcionamiento del centro.

Además de la inversión en infraestructuras, renovación del equipamiento tecnológico y mejora de los sistemas de información, el consejero delegado de Ribera Salud ha reiterado el objetivo de proporcionar estabilidad a la plantilla y consolidar el empleo. En este sentido, ha recordado que el primer paso para reforzar el equipo humano se materializó el pasado diciembre con la conversión a indefinidos de 71 trabajadores eventuales.

De Rosa ha explicado que Ribera Salud tomó la decisión de adquirir el 93 por ciento de Povisa atraído por su gran proyecto y ha apro-

vechado para reconocer el buen trabajo realizado a lo largo de los últimos años. En esta nueva etapa, con el objetivo de mejorar la experiencia del paciente, Ribera Salud revisará la cartera de servicios e implantará en Povisa su modelo asistencial, enfocado en la medicina personalizada, predictiva, preventiva, poblacional y participativa (5Ps) y que busca aportar valor a la sociedad a través de tecnología de vanguardia y de una gestión responsable, integral y sostenible.

La formación, ha remarcado el consejero delegado, es fundamental para alcanzar la excelencia y por este motivo otro de los objetivos para este 2020 será potenciar la Escuela de Enfermería, a través de la mejora y adecuación de las instalaciones y del equipamiento tecnológico.

El consejero delegado ha precisado que todas estas medidas forman parte de un plan estratégico que se está configurando en colaboración con los profesionales, “que son los que mejor conocen el proyecto”. Por este motivo, ha añadido, se trata de un “plan vivo que se irá nutriendo con las necesidades de los profesionales y los pacientes”. De hecho, ha avanzado que también se pulsará la opinión de los pacientes a través de encuestas o grupos de discusión, por ejemplo.



# SANIDAD AUTONÓMICA



## Canarias mejora la detección de violencia de género en su Atención Primaria

La Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, adscrita a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, celebró unas Jornadas de actualización en el abordaje de la violencia de género, que contó con la participación de 64 profesionales sanitarios de Atención Primaria, entre médicos de familia, enfermeras, matronas, trabajadoras sociales y auxiliares de enfermería.

El objetivo de las Jornadas es facilitar un espacio de reciclaje formativo en materia de violencia de género para los profesionales de la Atención Primaria de Gran Canaria. Para ello, se generó un espacio interdisciplinar que permitiera un intercambio formativo y experiencial, favoreciendo el desarrollo de estrategias de actuación conjuntas en la atención a mujeres en situación de violencia de género; promoviendo, asimismo, la sensibilización, información y formación de los profesionales de Atención Primaria.

La finalidad es, por tanto, actualizar la información y la formación que facilite la detección y atención precoz a las posibles víctimas de la violencia de género desde la propia actuación de los centros de salud y consultorios locales de la Isla. Por ello, estas Jornadas fueron impartidas por ponentes de diferentes disciplinas como la Abogacía, Medicina, trabajo social, ... abordando los aspectos legales tanto desde el ámbito sanitario como desde el trabajo social en Atención Primaria de Salud.

Las Jornadas propiciaron la reflexión sobre las buenas prácticas en la atención a las mujeres en situación de violencia de género en el ámbito de la Atención Primaria a través de la exposición y talleres de experiencias en el abordaje de la violencia de género desde el ámbito comunitario y otras disciplinas.



## El sistema de innovación e investigación navarro, listo a lo largo de 2020

El Ejecutivo foral está trabajando para desplegar durante este año 2020 el Sistema Navarro de I+D+i (Sinai), cuyo objetivo es "dotar al sistema innovador navarro de una buena coordinación y orientarlo hacia la excelencia".

De esta forma, se desarrolla la Ley Foral de Ciencia y Tecnología aprobada en 2018, que establece el marco para el fomento de la ciencia, la tecnología, la investigación y la innovación en Navarra. Esta norma recoge la creación del Registro de Agentes Sinai, que actualmente se encuentra tramitándose en el Consejo de Navarra.

Podrán constituirse como agentes de ejecución del Sinai las universidades, centros de investigación, institutos de investigación sanitaria, centros tecnológicos, unidades de I+D+i empresarial, entidades singulares y coordinadores de agentes de ejecución. Quienes se registren como agentes podrán participar en programas y convocatorias de ayudas específicas a las que anteriormente no tenían acceso y hacer uso de las infraestructuras de investigación de todos los agentes del sistema en condiciones preferentes.



## Asturias exporta su modelo de hospital comarcal al resto de España

El consejero de Sanidad del Principado de Asturias, Pablo Fernández Muñiz, ha enseñado el hospital Álvarez-Buylla de Mieres a su homóloga canaria, María Teresa Cruz, como ejemplo de un modelo sanitario que los responsables insulares quieren exportar a las islas. La razón es su sostenibilidad y forma de trabajo, tal y como señala *La Nueva España*.

"Creemos que el hospital Álvarez Buylla es todo un ejemplo de innovación en lo que es un hospital comarcal y hemos tenido ocasión de hacerlo con los medios y las ideas de hoy en día, y enseñarles todo lo organizativo del hospital era lo mejor que podíamos hacer", ha señalado Fernández Muñiz. El consejero ha sido el anfitrión para la delegación del Gobierno ca-

nario que ha acudido a Asturias capitaneado por María Teresa Cruz. La consejera entiende que el Principado es la región de la que poder exportar el modelo sanitario para las islas.

"Hemos venido a aprender, porque preocupados por la sostenibilidad del sistema canario, nos dimos cuenta de que el sistema más similar era el asturiano", ha señalado María Teresa Cruz.

Y ha agregado: "Lo que está inventado no lo voy a inventar, y venimos a Asturias para aprender y extrapolar este modelo a Canarias, porque tenemos una apuesta decidida por los hospitales comarcales, que son necesarios, y Asturias es el ejemplo a seguir".

# BIBLIOTECA

## Recetas para el alma

*New Health Foundation*

*Recetas para el alma* es un ejemplar que contiene los mejores platos y fórmulas para alimentar a personas con enfermedad avanzada y que ayuda a los cuidadores en esta tarea.

*Recetas para el alma* no es un libro técnico, sino que se trata de un libro humano que contiene doce recetas de personas que cuidan de personas para que otros cuidadores que afrontan situaciones similares encuentren sosiego e inspiración a la hora de alimentar a una persona con enfermedad avanzada a su cuidado. Cada receta cuenta una historia vinculada al plato y a los momentos de felicidad asociados a ellas y que han aliviado algún síntoma físico, psicológico, emocional, espiritual".

En el libro, los testimonios reales dejan paso a una parte técnica donde profesionales médicos y nutricionistas han elaborado un documento que habla de la alimentación durante la enfermedad crónica avanzada a través de recomendaciones generales, patologías y los síntomas más frecuentes.



### Recetas para el alma

De personas que cuidan para personas que cuidan



## En un lugar del mundo

*Juan Martínez Hernández*



*En un lugar del mundo* recoge un conjunto de reflexiones sobre médicos, pacientes y situaciones cotidianas en torno a la Sanidad en base a la experiencia del Dr. Juan Martínez como médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y a su espíritu reflexivo y filosófico.

En esta obra, que recopila 157 artículos la inmensa mayoría de ellos inéditos, el Dr. Juan Martínez recurre a la prosa, la poesía y hasta el humor, para hablar de temas relacionados con problemas sanitarios como la cobertura universal de la sanidad pública o la medicina preventiva; la enfermedad y la realidad humana que subyace al entramado de la industria, la Administración, los médicos, la tecnología y la economía en el complejo mundo de la salud. También habla de los pacientes, en especial, de la soledad con la que algunos afrontan la muerte, en muchas ocasiones, solo con la compañía de los médicos.

“Es un libro diferente donde también hay espacio para la Literatura y la creación, es decir, está en el limbo entre ciencia médica y Literatura”, expresó el autor.



# SUSCRÍBETE GRATIS

[suscribirse >](#)