

NEW

Medical Economics®

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE

Nº 53 31 de MAYO 2017

CÁNCER



Asesino silencioso

GESTIÓN

La fidelización: mínima inversión, máxima rentabilidad

ENTREVISTA a Carlos Lens Cabrera

(Subdirector General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del MSSSI)

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Campal, Juan

Consejero delegado, grupo HM Hospitales

Abarca Cidón, Juan

Director General de HM Hospitales

Alfonsel Jaén, Margarita

Secretaria general Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Arnés Corellano, Humberto

Director General FARMAINDUSTRIA

Asín Llorca, Manuel

Presidente Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología (ACD)

Avilés Muñoz, Mariano

Abogado - director de Alianza Cuatro Asesores Legales
Presidente Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

Bando Casado, Honorio Carlos

Consejero Instituto de Salud Carlos III

Calderón Calleja, María Luisa

Directora de Relaciones Institucionales de HM Hospitales

Campos Villarino, Luis

Presidente Agrupación Mutual Aseguradora (AMA)

Carrero López, Miguel

Presidente Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

Castro Reino, Óscar

Presidente del Consejo General de Dentistas

Contel Bonet, Cristina

Presidenta de Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

De Benito Cañizares, Emilio

Presidente de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS)

De Lorenzo y Montero, Ricardo

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

De Rosa Torner, Alberto

Consejero Delegado del grupo Ribera Salud

Fernández-Pro Ledesma, Antonio

Presidente Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Fernández-Valmayor, Adolfo

Presidente del Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (IDIS)

García Giménez, Víctor

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

Garrido López, Pilar

Presidenta Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de Salud

González Jurado, Máximo

Presidente del Consejo General de Colegio Oficial de Enfermería

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Consejero honorario, Fundación Lilly

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Jaén Olasolo, Pedro

Presidente Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Lens Cabrera, Carlos

Subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Llisterri Caro, José Luis

Presidente 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)

Martí Pi Figueras, Jordi

Presidente de ASEBIO

Martín del Castillo, José María

Farmacéutico y abogado

Martínez Solana, María Yolanda

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

Matesanz Acedos, Rafael

Coordinador Nacional de Trasplantes

Millán Rusillo, Teresa

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego

Presidente de la Fundación Agrupación Mutual Aseguradora (AMA)

Ondategui-Parra, Silvia

Directora Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

Peña López, Carmen

Presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Pey Sanahuja, Jaume

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

Revilla Pedreira, Regina

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

Rodríguez Caro, José Isaías

Vicepresidente de Asuntos Europeos en Llorente & Cuenca

Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis

Director de la Asociación Española del Medicamento Genérico (AESEG) y Director General de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BIOSIM)

Rodríguez Sendín, Juan José

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

Rodríguez Somolinos, Germán

Director de Ciencias de la Vida y los Materiales (CDTI)

Ruiz i García, Boi

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

Sánchez Chamorro, Emilia

Directora Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

Sánchez de León, Enrique

Director General Asociación para el Progreso de la Dirección

Sánchez Fierro, Julio

Vicepresidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad

Somoza Gimeno, Asunción

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

Tranche Iparagirre, Salvador

Presidente Sociedad Española de Medicina y Familia Comunitaria (SEMFYC)

Truchado Velasco, Luis

Socio para los sectores de Salud y Ciencia de Odgers Berndtson en el sur de Europa

Valles Navarro, Roser

Responsable de la promoción de la Donación. Banco de Sangre y Tejidos de la Consellería de Sanitat de Catalunya.

EDITORIAL

EDITA

Medihealth Economics, S.L.
c/Cristóbal Bordiú, 19-21. 4-Dcha.
28003 Madrid.
ISSN: 2386-7434
S.V.: 18/14-R-CM

DIRECTOR

José M^a Martínez García
direccion@newmedicaleconomics.es
josemaria@newmedicaleconomics.es

COORDINADORA REDACCIÓN

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

DEPARTAMENTO DE REDACCIÓN Y PRODUCCIÓN

Jaime Recarte Roldán
jaime@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 629 94 03 54

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Amparo Martínez Alonso, Manuel Pérez Jiménez,
Miguel Ángel Serralvo Titos, Florencio Miguel Lorenzo
Gómez, Israel Prieto Mateos

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN PROFESIONAL

Lluis Bohigas Santasusagna,
Economista de la salud



Blanca Fernández Lasquetty,
Enfermera del Hospital General de la Mancha Centro (Alcázar de San Juan).
Vocal de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)



María Gracia Ruiz Navarro,
Enfermera.



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



Elisa Herrera Fernández,
Experta jurídica en Derecho Ambiental.



Marta Iranzo Bañuls,
Directora de Avant Comunicación.



M^a Carmen Ocaña García-Abadillo,
Graduada en enfermería



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Javier Carnicero Jiménez de Azcárate, Coordinador de los Informes SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud).



Óscar Gil García,
Ingeniero de telecomunicación, Healthcare & Lifesciences senior manager en EY.



Verónica Pilotti de Siracusa,
Especialista clínico de ventas en Masimo



Findia Leyva Vera,
Blog Cuestión de Estrategia. Inteligencia de negocio para directivos.



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



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



Pilar Vecina Navarro,
Neuropsicóloga de INDEPF (Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades Poco Frecuentes).



Jorge Tello Guijarro,
Fundador de Savana



RRHH

Elena Fernández Carrascoso,
Doctora en Psicología. Socia fundadora de N-ACCIÓN (Asociación para el Desarrollo del Coaching y la Inteligencia Emocional).



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



Corpus Gómez Calderón,
Jefe de desarrollo profesional de Marinasalud. Denia (Alicante).



Jaime Puente C.,
C. Level Advisor. Executive coach. Miembro de Expert Council.



DERECHO

Mariano Avilés Muñoz,
Abogado-director de Alianza Cuatro Asesores Legales. 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.



Miguel Fernández de Sevilla,
Profesor de derecho sanitario en la Facultad de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid.



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



Julio Sánchez Fierro,
Abogado. Socio Director Área de Derecho Farmacéutico De Lorenzo Abogados.



ATENCIÓN AL PACIENTE

Mercedes Maderuelo Labrador,
Vocal de la Junta Directiva del Foro Español de Pacientes (FEP).



M^a Dolores Navarro Rubio,
Directora del Instituto Albert J. Jovell- Universidad Internacional Cataluña.





Responsabilidad
Civil Profesional

más de

20

AÑOS

*Asegurando
su Tranquilidad*

LLEVAMOS
MÁS DE
20 AÑOS
ASEGURANDO
EL EJERCICIO
PROFESIONAL DE
QUIENES EJERCEN
LA SANIDAD

En A.M.A. aseguramos su tranquilidad profesional

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- ✓ AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- ✓ DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ✓ ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ✓ ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en



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 (Villanueva)

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

A.M.A. MADRID (Hilarión)

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

S U M A R I O



- 6 El Termómetro**
Barreras y oportunidades en la era de la globalización
- 10 En Profundidad**
Ejes para la sostenibilidad de las asociaciones de pacientes
La robótica al servicio de la salud y la rehabilitación del paciente
Las organizaciones de pacientes reclaman participar en la toma de decisiones que les afecten como colectivo
- 18 Surf Digital**
La ciencia entra en pista
- 20 Gestión**
La fidelización: mínima inversión, máxima rentabilidad
Neurofeedback
- 24 RRHH-Inteligencia emocional y coaching**
La tercera grandísima actitud
- 26 Entrevista**
"En vez de demostrar la intercambiabilidad de biológicos a biosimilares habría que demostrar que no son intercambiables"
- 30 En Portada**
El asesino silencioso
- 40 Las Noticias de la Quincena**
- 44 Nombramientos**
- 45 Economía**
- 48 Innovación y Nuevas Tecnologías**
Los retos del sistema de salud y qué podemos esperar de las tecnologías de la información y de la comunicación
- 51 Sanidad Autonómica**
- 53 Biblioteca**

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias y opiniones a través de nuestra web:
www.newmedicaleconomics.es

New Medical Economics no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados. Asimismo, se reserva el derecho a adaptar y resumir los contenidos de los colaboradores

El Termómetro

Barreras y oportunidades en la era de la globalización

FERNANDO MUGARZA BORQUE



Desde hace tiempo, la titularidad en Sanidad genera no pocas controversias en el entorno político y social, parece como si todos los males de nuestro sistema vinieran de ahí y por lo tanto parece estar de moda erigir muros y fronteras entre un sistema de provisión y aseguramiento y otro, un error que desde mi punto de vista nos perjudica a todos.

Generar silos no es lo más apropiado en una era como la nuestra en la que el trabajo colaborativo, en red, buscando sinergias y complementariedades se hace usual en el día a día. Es más, el nuevo modelo propiciado por las redes de comunicación y herramientas digitales cada vez hablan más y ponen en práctica estrategias de “código abierto” que permiten enriquecer proyectos e iniciativas.

Es curioso que cuando deberíamos intentar proyectar e impulsar un sistema sanitario excelente en su doble vertiente, desde fuera, lo único que perciban nuestros vecinos europeos es un constante rosario de declaraciones e informaciones renegando o cuestionando una Sanidad y emprendimiento privados que por otra parte son imprescindibles para el desarrollo adecuado del sistema y del país en cuanto a generación de riqueza y empleo, y lo más importante, para el propio individuo en lo concerniente a su salud.

Hace unas semanas, leía con sorpresa la iniciativa o pretensión de alguna Comunidad Autónoma de que los alumnos de medicina que desarrollen sus estudios en facultades privadas no puedan realizar sus prácticas en centros asistenciales de titularidad pública, todavía no logro entender lo racional de esta pretensión.

Por otro lado, otra idea en esa misma línea es la relacionada con la futura OPE en Sanidad y el hecho de que no computen en el baremo los años trabajados en centros asistenciales de naturaleza privada.

También encuentro abundante información sobre el tema de las incompatibilidades del ejercicio médico público con el privado, algunas incidiendo en que quien ejerza en la vertiente pública del sistema no pueda o no deba ejercer en la parte privada.

Día sí, día también se publican informaciones y noticias destinadas a denostar el emprendimiento privado en Sanidad en sus múltiples formas y formatos, unas veces con la renuncia o puesta en duda de los beneficios que aporta la colaboración público-privada (conciertos, concesiones y mutualismo administrativo), otras con la supresión de los beneficios fiscales a la contratación de seguros de salud en comunidades autónomas en las que lo habían instaurado en su tramo autonómico, en otros casos con propuestas de reversiones o no renovación de contratos, así hasta el infinito.

Unos y otros andan afanados en hacer ver quién defiende más a la Sanidad de titularidad pública y a la vez reniega con mayor énfasis de todo lo que suene a privado en el entorno sanitario. En nuestro país veo con preocupación el fenómeno del cuestionamiento alrededor del emprendimiento privado en una materia tan importante para el individuo como es su propia salud, máxime cuando todos estamos de acuerdo en la necesidad de disponer de un sistema público eficiente, solidario, accesible, equitativo y cohesionado. Nadie pone en duda

ni sus bondades ni la necesidad de su consolidación en un momento especialmente complejo como el que vivimos.

Cada vez estoy más convencido de la importancia de mirar hacia fuera y no tanto hacia dentro en una actitud contemplativa y complaciente con lo que somos en materia de Sanidad en relación al mundo que nos rodea, aprendiendo de los mejores y poniendo en práctica aquellas soluciones que está comprobado que funcionan.

No es lógico desde mi punto de vista que cuando en los países más destacados en materia de salud, Sanidad e innovación de nuestro entorno económico y geográfico tienen superado el debate dicotómico sanidad pública, sanidad privada, nosotros nos empeñemos en levantar muros y barreras.

La politización diaria y constante de la Sanidad nada bueno barruntaba puesto que lo que genera en la sociedad en general y en el ciudadano en particular es intranquilidad, dudas, inseguridades, desconfianza y lesión de la credibilidad.

Quien no habla bien de sí mismo, qué puede esperar que piensen y digan los demás de él, en este caso, qué podemos esperar de nuestros socios de la UE cuando estamos tratando de impulsar por ejemplo el sector del turismo de salud a través de Marca España, o la venida de la Agencia Europea del Medicamento, o el desarrollo de investigación puntera en nuestros centros asistenciales públicos y privados.

Cada vez que articulamos mensajes negativos en cualquiera de los dos entornos de aseguramiento y provisión asistencial perdemos competitividad, una vez que estamos dando alas a otros países que ven cómo constantemente nosotros mismos nos dejamos girar en batallas dialécticas cargadas de dogmatismos y oportunidad política.

**LA POLITIZACIÓN DIARIA Y
CONSTANTE DE LA SANIDAD
GENERA INTRANQUILIDAD,
DUDAS, INSEGURIDADES,
DESCONFIANZA Y LESIÓN DE LA
CREDIBILIDAD**

A la vista de las diferentes proyecciones realizadas por los expertos de ESADE y ANTARES CONSULTING pronostican un incremento en el gasto sanitario en una horquilla que va de los 32.000 a los 48.000 millones de euros adicionales en 2025 y un futuro en que la dependencia y la salud de las personas mayores serán, el hecho dominante en la prestación de servicios personales públicos y privados.

Ante un panorama sociodemográfico de estas características y con semejantes retos me gustaría saber cómo vamos a poder resolver la ecuación, cómo vamos a afrontar el hecho incremental y exponencial del gasto sanitario sin tener en cuenta todo el valor añadido que genera el emprendimiento privado en Sanidad en sus diferentes formas y versiones.

En este contexto cargado de incertidumbre, inmersos en una crisis económica sin precedentes, aunque los datos apunten a una incipiente mejora, todos los operadores además de colaborar de una forma sinérgica en beneficio del ciudadano deberían medir su actividad por los resultados de salud alcanzados de una forma eficiente y por la calidad percibida por el ciudadano en todos los indicadores validados internacionalmente (*customer experience* o experiencia de cliente – Norma UNE-CEN/TS 16880:2015 - Excelencia en el servicio. Creación de experiencias excepcionales del cliente mediante la excelencia en el servicio -).

El análisis de los resultados de salud, la mejora de la calidad percibida y el impulso del concepto





customer experience implican a los diferentes actores involucrados en el proceso asistencial, a las diferentes administraciones, a los centros que prestan asistencia, a los profesionales sanitarios y a los propios pacientes, que son el destinatario final de nuestros esfuerzos en un ejercicio de transparencia y objetividad.

La publicación de estos datos en las dos vertientes de la Sanidad, pública y privada, debe ayudar a los gestores de la Administración y a los dirigentes políticos a establecer y priorizar las estrategias sanitarias más convenientes, dibujando planes de acción que contribuyan de una forma determinante a conseguir los objetivos marcados previamente.

La consecución de los mejores resultados en salud y la mejora en *customer experience* de la práctica asistencial debe figurar por lo tanto como un objetivo prioritario, erigiéndose según los expertos en “el punto de intersección de los intereses de los gestores clínicos y los profesionales sanitarios, un punto de encuentro este a partir del cual hemos de trabajar de manera conjunta para consensuar áreas de mejora y diseñar procesos asistenciales más eficientes que proporcionen un mayor nivel de eficiencia y calidad asistencial”.

Una publicación sistemática de estos resultados en ambos contextos, cuantitativo y cualitativo, implica que los gestores y gerentes sanitarios puedan comparar los resultados intercentros, lo cual sin duda es fundamental para mejorar la calidad, la seguridad, los procesos y procedimientos establecidos de una forma continuada. Una herramienta tan importante como es el *benchmarking* aplicada a este caso puede ayudarnos a entender nuestra posición respecto a la de los demás, tendremos a través de ella una visión más cercana sobre qué es lo que están haciendo mejor otros y sobre todo cómo se puede alcanzar y mejorar nuestro nivel de excelencia, competencia y competitividad.

La revisión de resultados permite a los profesionales sanitarios disponer de los datos que cuantifican de una forma objetiva cuál es el impacto de su práctica clínica en los pacientes que trata, lo cual incide sin duda en la generación de ámbitos de mejora asistencial exentos en lo posible de variabilidad que determinarán un mayor nivel de satisfacción tanto en la percepción objetiva como en la subjetiva de pacientes y familiares.

Poner al alcance de la sociedad los resultados de salud de cada institución sanitaria de una forma fiable, reglada y transparente permite ejecutar su libertad de elección de centro y médico con un mayor nivel de conocimiento y objetividad, algo que es fundamental puesto que estamos hablando del bien más preciado, nuestra salud y la de todo nuestro entorno.

La publicación de resultados de salud de los centros sanitarios públicos y privados y la implantación de estrategias de mejora en *customer experience* contribuye a incrementar de manera global la credibilidad de nuestro sistema sanitario, al dotarlo de un mayor nivel de transparencia. Además, favorece la implicación de la sociedad en la optimización de los recursos, otorgando al profesional sanitario una herramienta imprescindible, de primer nivel, que estimula la mejora continua de su pericia y por lo tanto del impacto de su práctica clínica en sus pacientes.

DIRECTOR DE DESARROLLO CORPORATIVO Y
COMUNICACIÓN DE LA FUNDACIÓN IDIS.
EXPRESIDENTE Y MIEMBRO DE HONOR DE FORÉTICA.
PROFESOR DE ÉTICA EN LA UNIVERSIDAD PONTIFICA
DE COMILLAS (ICAI-ICADE).
PARA CONTACTAR: FMUGARZA@FUNDACIONIDIS.COM

NEW

Medical Economics®

www.newmedicaleconomics.es

Abierto el **plazo de candidaturas** para los

P R E M I O S 2017

Para aquellos que deseen optar como candidatos a los **Premios New Medical Economics**, solicitamos:

- La categoría a la que la empresa/compañía quiere optar como premiada
- Un dossier de máximo 5 páginas de extensión exponiendo los motivos por los que la empresa/compañía cree que debe ser candidata para recibir el premio
- Su dossier informativo nos servirá para informar a los medios de las características de la compañía candidata al premio
- Dirigirse a la Redacción de *New Medical Economics* escribiendo su candidatura a: **redaccion@newmedicaleconomics.es**
- La fecha límite para enviar la candidatura será el 30 de junio de 2017
- Los candidatos serán elegidos por votación del Consejo de Redacción y se publicarán el próximo día 5 de Julio de 2017
- Los candidatos se publicarán en nuestra página web (**www.newmedicaleconomics.es**) y en la revista, y además tendrán repercusión en la misma a posteriori
- En el caso de que una agencia de comunicación sea la intermediaria para con la compañía/empresa y *New Medical Economics*, les solicitamos que nos facilite los datos de la compañía, para lograr así una mejor comunicación entre la publicación y la candidatura

Categorías

- Hospital privado con mejor gestión
- Hospital público con mejor gestión
- Hospital público con mejor gestión privada
- Mejor política de transparencia a la sociedad
- Aseguradora de servicios sanitarios
- Mutua sanitaria
- Mejor campaña de divulgación sociosanitaria
- Fomento de I+D+i biomédica
- Innovación farmacológica
- Tecnología sanitaria
- Sociedades y asociaciones científicas
- Asociaciones de pacientes
- Responsabilidad Social Corporativa
- Mejor actividad de emprendimiento
- Mejor labor de humanización sanitaria
- Comunidad Autónoma con actividad sanitaria más innovadora
- Mejor artículo aparecido en NME 2017
- Mejor relato de humanidades médicas
- Mejor entidad/personalidad sanitaria, trayectoria profesional

Más información en **www.newmedicaleconomics.es**

En Profundidad

Ejes para la sostenibilidad de las asociaciones de pacientes

Un funcionamiento interno más participativo y transparente que aporte credibilidad, servicios adaptados a las necesidades del colectivo, comunicación, formación y nuevas fórmulas de financiación que partan de la imaginación y se ajusten a los nuevos tiempos son los pilares sobre los que debe pivotar la sostenibilidad de las asociaciones de pacientes, ha señalado Roser Vallés, responsable de la Promoción de la Donación del Banco de Sangre y Tejidos de la Conselleria de Sanitat de Cataluña y ex directora y fundadora del Consejo General de Pacientes de Cataluña.

Durante la mesa redonda “*Relaciones con entidades externas y financiación de las asociaciones de pacientes*”, celebrada en el marco de la jornada *En la piel de las asociaciones de pacientes* organizada por la Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) durante su 45º Congreso Nacional, Vallés se refirió a la financiación como uno de los aspectos “no resueltos” dentro del asociacionismo, y que hay que abordar con una “mirada caleidoscópica” y desde varios ejes, cada uno conducirá a un aspecto concreto de la sostenibilidad y financiación.

Vallés puso sobre la mesa los posibles conflictos de intereses en las asociaciones de pacientes con la industria farmacéutica, y se preguntó en qué medida las asociaciones de pacientes dan la información necesaria para evaluar esos posibles conflictos de intereses, con qué frecuencia tienen estos conflictos de intereses, y si tienen actualizadas las políticas para manejarlos bien.

Según datos aportados por Vallés, en Estados Unidos el 83 por ciento de las grandes asociaciones de pacientes recibía financiación de la industria farmacéutica o biotecnológica, y ejecutivos en activo de empresas farmacéuticas participan en los gobiernos de estas asociaciones. “El alcance del apoyo de financiación de la industria en las asociaciones de pacientes no lo podemos evaluar de forma total, porque no

tenemos las cantidades exactas. Y esto resta credibilidad”, dijo Vallés, quien sentenció: “Nos hace falta ser más transparentes a todos”.

“La voz del paciente tiene acento farmacéutico”, advirtió José María Martínez, director de *New Medical Economics*, patrono de la Fundación de la AEDV y moderador de la mesa redonda. Martínez se preguntó si las asociaciones están participando en prácticas potencialmente engañosas al sugerir soluciones que sirven mejor a los intereses de sus patrocinadores corporativos en lugar de lo que es mejor para los pacientes, y recordó un artículo de JAMA que concluye que para asegurar una voz más saludable de los pacientes en la investigación médica, la educación, la política y la práctica clínica, las asociaciones que quieran ser vistas como independientes y creíbles necesitan disminuir los patrocinios que reciben de la industria, y en última instancia, librarse de ellos, ganando en autoridad lo que pierden en recursos.

Martínez también aludió a otros temas que influyen en la consolidación de la imagen de las asociaciones de pacientes como la necesidad de reorientar la educación sanitaria, los modelos presidencialistas como lastre de su progreso, la profesionalización y la falta de formación, los bajos niveles de asociacionismo existente, acercar las asociaciones a los profesionales sociosanitarios y a las universidades, y trabajar en cuatro líneas estratégicas basadas en la formación, la investigación social, la cooperación entre entidades y proyectos de apoyo que mejoren la gestión y la sostenibilidad de estas organizaciones.

Mayor participación y transparencia

En esta misma línea, explicó Vallés, una asociación de pacientes tiene ya un punto de partida bueno, el compromiso, y su funcionamiento interno debe fomentar una mayor participación de los socios en todas las actuaciones, y la



De izda. a dcha.: Santiago Alfonso, Pablo de la Cueva, José Soto, Roser Vallés, José María Martínez, y Fernando Prados.

transparencia en la gestión y el plan de acción. “Los socios son agentes indispensables, y la transparencia nos va a dar una credibilidad que aporte más socios y cuotas”, señaló.

La ex directora del Consejo General de Pacientes de Cataluña consideró que los servicios que ofrece una asociación deben adecuarse a cada colectivo y organizarse en función de la sostenibilidad. Asimismo, se mostró partidaria de trabajar de forma conjunta con la Administración por un objetivo común, los pacientes, dejar de lado los personalismos entre asociaciones de una misma patología y hacer alianzas para usar la misma estructura física, también con colectivos profesionales como los Colegios de fisioterapeutas. “Hay que desarrollar la imaginación para trabajar juntos con los mismos servicios”, insistió.

La comunicación es otro de los ejes para la sostenibilidad de las asociaciones de pacientes. A juicio de Vallés, “tenemos que estar en las redes sociales y comunicarnos. Hoy cualquiera puede recaudar fondos para una causa concreta a través de las redes sociales. Hay que competir, dar credibilidad mediante la transparencia y evaluar el impacto de nuestras acciones”.

Otro pilar es la formación, tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios. “Se trata de que seamos efectivos, no de que ocupemos una silla. Tenemos derechos como pacientes pero también responsabilidades, así

que la formación y la información para poder luego elegir con libertad es fundamental”, destacó Vallés, que cree que “es la Administración quien tiene la obligación de formar a pacientes y profesionales en competencias emocionales, y modular las cargas de trabajo”.

Vallés apeló a la imaginación para buscar nuevas fórmulas de financiación. “No se puede inventar nada, pero sí adaptarnos a los nuevos tiempos. Hay que mantener las cuotas, que representan un 30 por ciento de la financiación y gestionar los fondos con transparencia; recurrir a las subvenciones de las administraciones públicas, que no financian el 100 por cien de los proyectos; organizar carreras, conciertos, etcétera.; acercar la calidad a las técnicas de *fundraising*; e innovar en filantropía”.

Las asociaciones, claves en la gestión sanitaria

Por su parte, Fernando Prados, director general de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid, que también participó en la mesa redonda, se refirió a las asociaciones de pacientes como un elemento más a tener en cuenta dentro de la gestión sanitaria. “Van a ir a más porque cada vez están más cerca de la información y el conocimiento, influyen más en su problema y aglutinan intere-

ses propios en el manejo de su enfermedad”, señaló Prados.

Según sus palabras, “el Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid ya ha contado con los pacientes en su diseño y desarrollo”. A juicio de Prados, la formación es muy importante dentro de este plan. “Hemos creado la Escuela Madrileña de Salud para formar a pacientes, cuidadores y al ciudadano en general. Es un potencial del que se puede beneficiar la Sanidad, y la escuela será la responsable de generar todo este conocimiento”, ha explicado el responsable madrileño.

Prados concluyó que el empuje que se está dando a la humanización en la Sanidad en España va a llevar a que las asociaciones de pacientes tengan mayor influencia.

Los dermatólogos, con los pacientes

Durante la mesa redonda, el Dr. Jorge Soto de Delás, vicepresidente primero de la AEDV, se mostró partidario de cambiar el término humanización por mejora, asistencia igualitaria o accesibilidad, y puso el acento en un sistema con recursos insuficientes, un incremento de la demanda sanitaria y unas decisiones que hay que tomar con valor y jerarquía, pensando en los intereses de los ciudadanos.

“La AEDV tiene el compromiso de mejorar la salud de la población a través de su implicación en iniciativas que van más allá de la asistencia sanitaria. Tenemos dos muy concretas: una, participar y ponernos a disposición de las asociaciones de pacientes, y dos, generar actividades para llegar

a la población con información dermatológica de calidad, de ahí el proyecto de educación escolar con material para los educadores que estamos implementando con la colaboración de dermatólogos y pedagogos”, apuntó el Dr. Soto.

En la misma línea, el Dr. Pablo de la Cueva, vicepresidente de la Sección Centro de la AEDV, animó a los profesionales sanitarios a invitar a los pacientes a participar de las asociaciones. “Es algo que se dice mucho pero se hace poco, y existe ahí un margen de mejora importante en nuestra relación médico-paciente”, concluyó.

Por su parte, Santiago Alfonso, director de Acción Psoriasis, indicó que “nuestra misión es dejar de existir porque el sistema funciona, y lo digo con conciencia, pero tenemos una cosa que se llama cronicidad. Somos un recurso más, el brazo armado de la formación, y ahora que vamos a un mundo de crónicos, tenemos que tener un papel destacado. Somos pequeñas pymes que para sobrevivir no tenemos ningún recurso. Necesitamos que los dermatólogos confíen en nosotros”.

DAFO de las asociaciones de pacientes

Tras la mesa redonda, se elaboró un DAFO de las asociaciones de pacientes con la participación de las asociaciones asistentes. De esta forma, entre las debilidades se apuntó la falta de formación, de recursos y de información de cómo moverse por el sistema, la escasa afiliación, la heterogeneidad y la atomización de las asociaciones de pacientes, y la falta de profesionalización y de comunicación entre organizaciones profesionales.

En cuanto a las amenazas, se refirió desigualdades en el trato, un menor compromiso de la Administración con las asociaciones de pacientes, la instrumentalización de las organizaciones profesionales por parte de la industria farmacéutica y el intrusismo en la representación.

Finalmente, respecto a las fortalezas, se apuntó al objetivo compartido, el compromiso real, el empoderamiento, la credibilidad, la experiencia personal y la masa social, mientras que en el capítulo de oportunidades, se hizo hincapié en el empoderamiento en los congresos, trabajo conjunto entre pacientes y profesionales (academias, colegios profesionales...), predisposición externa (colegios, Administración y profesionales) a la formación, mancomunar los servicios entre asociaciones, margen de mejora en la afiliación, alianzas entre organizaciones profesionales y cronicidad.



En Profundidad

La robótica al servicio de la salud y la rehabilitación de pacientes

JORDI PELEGRI



La integración de la robótica colaborativa en el sector de la industria y la manufactura ya es un hecho. Reconocida como uno de los pilares de la llamada 4ª revolución industrial, han corrido ríos de tinta en los medios y los foros de debate sobre el impacto positivo que está

teniendo a la hora de agilizar y optimizar la productividad en las fábricas actuales. Pero lo que pocos conocen es cómo los robots colaborativos están cambiando la forma de hacer las cosas en sectores e industrias que hasta ahora habían sido inimaginables.

Un ejemplo de esto es el sector de la salud y el sociosanitario donde se están produciendo algunos avances revolucionarios con robots colaborativos gracias a su precisión, flexibilidad, seguridad y capacidad de operar al lado de humanos para ofrecer apoyo a cirujanos, enfermeras, terapeutas y cuidadores en sus respectivas labores.

El primer robot quirúrgico de España

Hace dos años presentaron en Córdoba el Proyecto Broca, un prototipo de robot quirúrgico desarrollado en España por Tecnalia y la Universidad de Málaga, que tiene como objetivo poner la robótica al alcance de cualquier centro hospitalario, permitiendo que cirujanos de todo el país puedan contar con un dispositivo seguro y preciso que les permita llevar a cabo intervenciones en los quirófanos que habitual-

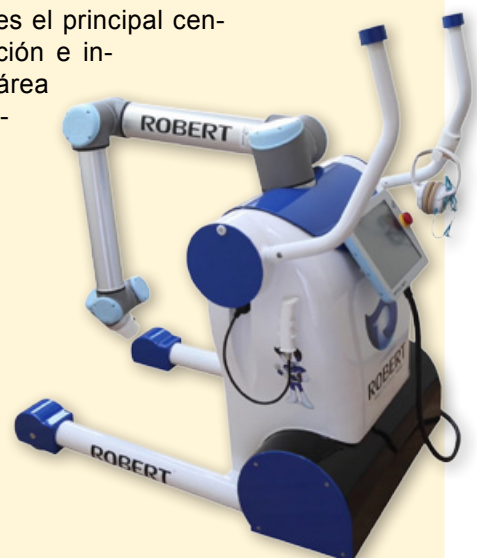
mente se usan en cirugía laparoscópica. Este proyecto, el primero en España y financiado por el fondo FEDER y el Ministerio de Economía y Competitividad, contó con el apoyo de Universal Robots, la multinacional danesa pionera en la robótica colaborativa que ha vendido más de 12.000 robots a empresas industriales por todo el mundo. El robot BROCA está compuesto por tres brazos de su modelo UR5 que interactúan coordinadamente o autónomamente según las necesidades de la intervención. Los robots de Universal Robots fueron seleccionados para formar parte de este proyecto por su sencillo sistema de programación, que ha permitido adaptar su *software* a las necesidades específicas de las intervenciones quirúrgicas.

Sin embargo, la colaboración de Universal Robots en proyectos de tecnología sanitaria se extiende a otras iniciativas en Dinamarca, su país de origen, dedicadas sobre todo al desarrollo de soluciones para la rehabilitación de pacientes.

Recuperación de lesiones producidas por coágulos sanguíneos y embolias

Patient@Home es el principal centro de investigación e innovación en el área

de tecnología sanitaria de Dinamarca, que presta especial atención a las nuevas tecnologías y a los servicios destinados fundamentalmente a actividades





de rehabilitación y monitorización en el sector de la salud pública danesa. Uno de sus múltiples proyectos es el robot Rainer, desarrollado en colaboración con Universal Robots y diseñado para ayudar a pacientes que se están recuperando de lesiones producidas por coágulos sanguíneos y embolias.

La rehabilitación de estas lesiones es muy difícil y exigente para el paciente, y un desafío costoso tanto para la sociedad y las familias de los afectados como para los recursos humanos del sistema de salud. Los pacientes a menudo experimentan pérdida de sus capacidades funcionales o parte de ellas como resultado de la falta de suministro de sangre a zonas del cerebro. Estas lesiones pueden tener como resultado la disminución del control muscular y la parálisis. Rainer está diseñado para ayudar a los pacientes con la aplicación de movimientos funcionales repetitivos como parte de su proceso de rehabilitación.

El robot es capaz de dar soporte a los pacientes haciendo movimientos específicos que les permitan recuperar su capacidad funcional, dirigiendo físicamente un brazo, por ejemplo, en la trayectoria del movimiento que necesitan recuperar. Los sensores en el robot ayudan a determinar cuánta fuerza de soporte necesita el paciente, de modo que el ejercicio no sea ni demasiado duro ni demasiado fácil, sino que se adapte automáticamente al nivel y progreso individual del paciente.

El proyecto también se centra en ayudar a los terapeutas a crear programas específicos de capacitación para cada paciente, gracias a la flexibilidad y facilidad de uso y configuración que caracterizan a los robots de Universal Robots.

El cuidado de pacientes encamados

Robert ApS es una empresa danesa que también ha contado con la tecnología de Universal Robots para el desarrollo de ROBERT®, un robot prototi-

po diseñado para ayudar a trabajadores del sector sanitario con la rehabilitación de pacientes encamados. La idea nació de una conversación trivial entre el fundador de la empresa y su mujer, una enfermera del Hospital Universitario de Aalborg, en el norte de Dinamarca. Ella comentaba las dificultades que afrontan los trabajadores sanitarios en sus tareas diarias, especialmente a la hora de levantar peso durante la rehabilitación de pacientes encamados. El fundador decidió aprovechar sus 20 años de experiencia en el campo de la robótica y automatización industrial y comenzó el desarrollo de esta innovadora solución junto con otro socio, quien además de ser el director del proyecto es fisioterapeuta.

ROBERT® puede utilizarse para rehabilitar tanto el sistema muscular como la movilidad en todos los pacientes postrados en la cama, lo que libera a los trabajadores sanitarios de estar continuamente levantando peso. Es capaz de hacer los mismos movimientos que cualquier cuidador humano tiene que realizar regularmente durante el proceso de recuperación de un paciente -estirar, doblar y levantar en movimientos lineales y circulares con o sin resistencia-. Cada ejercicio se puede ajustar a las necesidades del paciente individual.

Dado que la rehabilitación de los pacientes encamados tiene un efecto perjudicial sobre los empleados en los hospitales y hogares de ancianos y es un enorme gasto para la sociedad, el robot ROBERT® ofrece ventajas en varios niveles: los beneficios económicos en virtud de la reducción de la ausencia del trabajo y las bajas de los empleados, la reducción en el tiempo que los pacientes tienen que estar hospitalizados o encamados y la mejora del entorno laboral de los trabajadores sanitarios, ya que les libera de tareas monótonas de fisioterapia y les permite atender a responsabilidades más productivas.

El prototipo, que está compuesto de un brazo robótico UR colocado sobre un chasis que permite su fácil traslado y colocación a lado de una cama, está en la última fase de pruebas antes de recibir la certificación CE que determina su cumplimiento con los requisitos de seguridad, salud y medio ambiente necesarios para que la compañía pueda comenzar a comercializarlo.

DIRECTOR DE DESARROLLO DE NEGOCIO DE
UNIVERSAL ROBOTS

En Profundidad

Las organizaciones de pacientes reclaman participar en la toma de decisiones que les afecten como colectivo

JOSÉ LUIS BAQUERO, SANTIAGO ALFONSO, MERCEDES MADERUELO Y ANDONI LORENZO

“Ser un agente activo y tenido en cuenta en los foros en los que se tomen decisiones que le afecten”. Este ha sido uno de los principales objetivos a alcanzar por las organizaciones de pacientes de España, y expresado durante el Encuentro Nacional de las Asociaciones de Pacientes y Voluntarios, promovido por el Foro Español de Pacientes (FEP), con el apoyo de la Alianza General de Pacientes (AGP).

Para llegar a esta principal conclusión, se confeccionó un cuestionario Delphi, partiendo de la “Declaración de Barcelona” de mayo del 2003, y se procedió, a partir de ahí, a debatirse, con el fin de alcanzar, a continuación, dos importantes metas: la primera, sentar la bases de las prioridades de las organizaciones de pacientes del siglo XXI, actualizando la Declaración de las Asociaciones de Pacientes y Voluntarios en el ámbito de la salud; y la segunda, elevarlas a los poderes públicos y al resto de agentes sanitarios, para su adopción y consecución real.

Pero aparte de este principal objetivo, las entidades participantes también destacaron la im-

portancia de: exigir un trato humanizado y una atención personalizada, puesto que se trata de pacientes y no de enfermedades; conseguir un sistema sostenible, aunque no en detrimento de la calidad ni de la equidad, garantizando a todos los pacientes una atención integral, física, emocional y social; y adaptar el actual sistema sanitario a la atención de las necesidades del paciente crónico, incluyendo el soporte socio-sanitario hasta el final de la vida, cuando los cuidados paliativos irán incrementándose paulatinamente para garantizar una muerte digna.

También el impulso de la educación, la adopción de hábitos saludables, la importancia de la adherencia al tratamiento y la prevención, fueron vistos por todos los participantes como claves para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía y la sostenibilidad del sistema; así como el refuerzo de la I+D+i, en pro del desarrollo de tratamientos cada vez más eficaces y eficientes; y la integración de la sociedad en las propias organizaciones de pacientes y voluntarios.





Declaración de las asociaciones de pacientes y voluntarios en el ámbito de la salud

Resumen de respuestas

	M ¹	RIC ²
Exigir los derechos y obligaciones de los pacientes	9	0
Participar de forma real en la política sanitaria, a todos los niveles (empoderamiento)	9	1
Humanizar la relación con el paciente	9	0
Garantizar el acceso a la prestación completa de salud, de calidad y sostenible	9	1
Asegurar la equidad en la atención a nivel nacional	9	0
Adaptar el sistema a la atención integral del paciente	9	0
Asegurar apoyo sociosanitario hasta el final de la vida	9	0
Impulsar la educación sanitaria y la prevención	9	0
Impulsar la investigación, el desarrollo y la innovación (I+D+i)	9	0
Sensibilizar sobre el papel de las organizaciones de pacientes y voluntarios	9	0

¹Medianas, valor de la posición central en el conjunto de las respuestas.

²Rangos intercuartílicos, medida de dispersión.

Entidades Participantes

- Acción Psoriasis.
- Asma Madrid.
- Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO).
- Asociación de Afectados por Fisioterapia, Osteopatía y Quiropráctica (AFOQ).
- Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis.
- Asociación de Epidermólisis Bullosa de España, Asociación Piel de Mariposa. DEBRA España
- Asociación de Familias con Perthes.
- Asociación de Niños Con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA).
- Asociación de Ostomizados de Madrid (AOMA).
- Asociación de Pacientes Coronarios (APACOR).
- Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis.
- Asociación Española contra la Meningitis.
- Asociación Española de Afectados de Cáncer de Mama y Ginecológicos de Castilla La Mancha (AMUMA).
- Asociación Española de Ayuda a Niños con Enfermedades Hepáticas y Trasplantados Hepáticos (HEPA).
- Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE).
- Asociación Española de Ictiosis (ASIC).
- Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex (AEPNAA).
- Asociación Española de Trasplantados.
- Asociación Lúpicos Solidarios de Madrid.
- Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar.
- Coordinadora Estatal de VIH y SIDA (CESIDA).
- Epilepsia España.
- EuropaColon. Asociación de pacientes con cáncer de colorrectal.
- Federación de Asociaciones de Celíacos de España.
- Federación Española de Diabetes (FEDE).
- Federación Española de Epilepsia.
- Federación Española de Hemofilia (FedHemo).
- Federación Española de Lupus.
- Federación Nacional de Asociaciones de Prematuros (FNAP).
- Foro Aragonés de Pacientes.
- Fundación de Afectados/as de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (Fundación FF).
- Fundación Lovexair.
- Hipertensión Pulmonar España.
- Liga Reumatológica Española.

FORO ESPAÑOL DE PACIENTES CON EL APOYO DE LA ALIANZA GENERAL DE PACIENTES (AGP)



Surf Digital

La ciencia entra en pista

JORGE TELLO GUIJARRO



No hay ninguna duda de que el trepidante cambio (en todos los sentidos) que hemos podido percibir a lo largo de nuestras vidas no ha sido algo común a la mayoría de nuestros antepasados. Desde los primeros *homo sapiens* que partieron de África, pasando por los

egipcios, o las sociedades feudales, el entorno y las condiciones externas para nosotros siempre eran situaciones constantes e impuestas contra las que poco se podía hacer más que encomendarse al cielo. El entorno era igual desde el vientre hasta la tumba, un cazador-recolector tenía la misma sensación del mundo y la sociedad de la que formaba parte en todo

momento, todo tenía un orden y era como tenía que ser.

Sin embargo, desde el periodo que comienza en el entorno del Renacimiento todo cambia, y el ser humano comienza a descubrir que puede influir en su propio destino. Esto se debió a múltiples factores, pero sin duda es la generalización del método científico una de las principales palancas para acelerar el desarrollo humano, o más que palanca, podríamos verlo como rueda: la humanidad deja de evolucionar 'a pie' y se da cuenta que se puede subir primero en un carro, que posteriormente convertirá en un tren a vapor, hasta llegar a la actualidad: a bordo de un flamante deportivo a toda potencia por la autopista. Esta es la razón por la que no solo hemos visto evolucionar la sociedad a lo largo de nuestra vida, sino que todavía la veremos acelerar más y veremos varios 'mundos' nacer y morir, de manera cada vez más rápida.





Tal es así, tal se ha impregnado en nuestra manera de entender la realidad, que todo el mundo coincide, a cualquier nivel, en la importancia de la investigación. Y especialmente en el campo de la salud. No importa la edad o la condición social, es algo en lo que todos estamos de acuerdo: se organizan carreras para recaudar fondos, las autoridades en sus distintos estamentos financian proyectos para entender las patologías, las empresas investigan en torno a nuevas moléculas o procedimientos para atajar las enfermedades. La figura del investigador se encuentra muy bien situada a nivel social. Cada uno de nosotros, secretamente, desea que si alguna vez le acontece algún problema de salud, la ciencia haya avanzado lo suficiente en ese momento para poder atajárselo con la mejor estrategia. Y la verdad es que esto es cada vez más probable, pues la aceleración de la generación de ciencia es patente, el número de publicaciones científicas en el ámbito médico se duplica cada cinco años, es probable que dentro de poco cada cuatro, luego cada tres...

¿Pero la sociedad conoce en que consiste realmente investigar? Resumiendo: todo proceso investigador comienza con una observación de la entidad investigada, una recogida de datos y un posterior análisis. ¿Pero cómo se produce dicha recogida de información? ¿Ha cambiado mucho desde que Descartes publicó su *Discurso del Método*? Pues esencialmente no, seguimos recogiendo los datos de la misma manera que lo hacía él: de forma manual. Se suele afirmar que, del trabajo de un investigador, el 80 por ciento consiste en recopilar y ordenar datos y el 20 por ciento restante en analizarlos. Esto significa que un investigador en el campo de la salud, alguien que ha estudiado durante 10 años las Ciencias de la Vida para ser capaz de tener un criterio que le permita extraer conclusiones útiles, está dedicado básicamente a tal tarea: a recoger datos y rellenar registros. Por tanto, la aceleración de la ciencia se debe a que hay más investigadores y más financiación, pero fundamentalmente el proceso no ha cambiado (a lo mejor ahora se

recoge en un programa informático en vez de en un cuaderno, pero en la práctica eso solo implica un cambio en el soporte, lo que influye en el proceso de manera cosmética).

Hasta ahora. En estos momentos, la tecnología necesaria para automatizar la recogida y ordenación de datos, ya se encuentra en su madurez. No antes, ni mañana: HOY. Espero que seamos conscientes de lo que esto implica... ¿Qué pasaría si se invirtiera el porcentaje de tiempos dedicados a las fases de una investigación de la noche a la mañana? ¿Qué pasaría si el 80 por ciento del tiempo de un investigador se dedicara al análisis y el 20 por ciento a la recogida de datos? ¿Y si este 20 por ciento fuera disminuyendo a virtualmente 0 y en unos años solo fuera necesario un botón? El número de publicaciones no se duplicaría cada cinco años, sino cada mes, suponiendo un impacto directo en la calidad de vida y la supervivencia de todos y cada uno de nosotros.

**TAL SE HA IMPREGNADO EN
NUESTRA MANERA DE ENTENDER
LA REALIDAD, QUE TODO EL
MUNDO COINCIDE, A CUALQUIER
NIVEL, EN LA IMPORTANCIA DE LA
INVESTIGACIÓN**

¿A qué velocidad va entonces el coche? Estimada lectora o lector, deje de mirar por la ventanilla porque esto ya no es un coche, le hemos dotado de alas: es un avión. Y está entrando en pista para despegue... ¡así que no sea el último en abrocharse el cinturón!

FUNDADOR DE SAVANA
PARA CONTACTAR: JTELLO@SAVANAMED.COM



Gestión

La fidelización: mínima inversión, máxima rentabilidad

MARTA IRANZO BAÑULS

La fidelización ha cobrado en los últimos años una gran importancia en todos los sectores y el sanitario no es una excepción. No pasa desapercibido que los altos índices de fidelidad van unidos normalmente a mayores beneficios y altos crecimientos. Existen diferentes modelos de planes de fidelización y no todos sirven para todos, por ello es importante conocer el proceso de relación con los pacientes y las experiencias y expectativas de nuestros pacientes.

Muchas clínicas ponen todo su esfuerzo en la identificación de potenciales pacientes utilizando estrategias de visualización y del paciente nuevo con estrategias de captación. No son conscientes que los esfuerzos más rentables son los que se dedican a la fidelización del paciente satisfecho, para conseguir que se convierta en fiel y amante de nuestra clínica.

Debemos comprender cuál es el proceso de relación con el paciente, sus diferentes estados y diferentes estrategias a utilizar.

Comenzamos con un paciente desconocido que queremos que nos conozca y se convierta en un potencial paciente. Para ello utilizaremos las estrategias de visibilidad.

Para conseguir un cliente nuevo y satisfecho utilizaremos estrategias de captación.

Y como últimos estados tenemos al paciente fiel y amante de nuestra clínica, con los que trabajaremos desde las estrategias de fidelización.

El valor de un paciente son todas las visitas que realizará a lo largo de toda su vida. Es lo que en marketing llamamos *Life Time Value*. Debemos pensar y diseñar estrategias que pongan el foco en el medio plazo.

La captación de un nuevo paciente cuesta entre 5 y 7 veces más que mantener a uno que ya tenemos.



¿Cuáles son los objetivos de un plan de fidelización?

1. Convertir a tu centro como la primera opción para tus pacientes. Queremos que repitan y aumenten sus visitas a nuestra clínica. Para conseguirlo debemos trabajar dos tipos de vínculos: los vínculos racionales y los vínculos emocionales.
2. Conseguir que tus pacientes traigan a otros pacientes.
3. Aumentar el ticket medio por paciente, por ejemplo, a través del *crossselling* (compra de otros productos).

¿Cómo podemos conseguirlo? Para poder fidelizar a los pacientes debemos conocer su experiencia en nuestra clínica. Sí, hablamos de experiencia y no solo del resultado óptimo o ni de un tratamiento. La experiencia va más allá del tratamiento: el proceso de cita, recepción, tiempo de espera, instalaciones, diagnóstico, etcétera.

A todos nos gusta opinar. Estamos más que acostumbrados a conocer las opiniones de otros usuarios. Por ejemplo, a la hora de elegir un restaurante o un hotel. Sin embargo, no estamos acostumbrados a conocer las opiniones en el sector médico ¿por qué?



¿Cómo podemos recabar la información?

El cuestionario en papel no nos da una imagen muy moderna, ni nos permite tabular y analizar los resultados...

Preguntando en persona, el coste del tiempo es alto, y no sé si la gente será muy sincera, además tabular y analizar los resultados se convierte en tarea complicada...

Las empresas de investigación, con muy buenos resultados, quizás estén fuera de nuestro alcance.

El sector sanitario todavía tiene un perfil bajo en el uso de nuevas tecnologías. Al igual que en el sector hotelero es un servicio que a diario utilizan miles de personas, es un sector muy atomizado (con mucha competencia) y muy especializado. Empezamos a ver en el sector sanitario algunas webs donde dar visibilidad a nuestra clínica, captar nuevos pacientes... pero todavía este sector tiene un perfil muy bajo.

El miedo a la crítica. La otra razón por la que no preguntamos o buscamos conocer la opinión de los demás es el MIEDO. Si además esa crítica es pública a través de redes sociales o comentarios en otros portales el sentimiento es de pánico. Empezamos por recoger las opiniones privadas de nuestros pacientes. La percepción de la crítica como algo negativo debe cambiar. La crítica es una oportunidad de mejorar. Podemos seguir viviendo en nuestro mundo irreal pensando que todo es perfecto pero un día nos despertaremos solos. Cuando un paciente nos hace llegar una queja nos está dando la oportunidad de mejorar. El que sale insatisfecho por la puerta y no nos dice nada, simplemente no volverá.

Una de las mayores ventajas que tenemos en nuestro sector es que nuestros pacientes no son anónimos (como lo son los de un restaurante, u otros negocios) están identificados. En la mayoría de ocasiones he visto como los datos simplemente se quedan en una agenda para realizar llamadas. Estos son solo datos de contacto, pero hay otra información importante que nos muestra el valor de cada uno, de los pacientes: Qué interesante sería tener la información sobre la periodicidad de sus visitas, qué tratamientos realiza, qué tratamientos complementarios podríamos ofrecer, qué productos podríamos ofrecer para aumentar el ticket medio, qué nivel de recomendación realiza a terceras personas.

Os recomiendo las plataformas *online* que dan un servicio a bajo coste, que nos dan una imagen de modernidad, donde obtenemos resultados de forma inmediata y que nos facilita infografías y análisis de los resultados.

El análisis de la información es una acción clave. En muchas ocasiones he hablado que la información sin orden no sirve de nada. Información por información es un conjunto de letras y números sin sentido. Por ello, el tener la información a través de indicadores es de gran ayuda para interpretar y actuar.

Los efectos de un programa de fidelización se basan en primer lugar en un aumento del *cross-selling*, en segundo lugar en la captación de nuevos pacientes (el cliente fiel es el mejor portavoz de nuestra clínica), y en tercer lugar en un aumento de los servicios contratados.

Debemos determinar objetivos a alcanzar e indicadores a estudiar. Solo así podremos trabajar en el proceso RECOGER-ANALIZAR-ACTUAR. Un proceso circular que debe basarse en la mejora continua.

Pasa de la comunicación por impulso al impulso de la comunicación. Descubre cómo la estrategia y la planificación siempre ofrecen buenos resultados. Descubre cómo el marketing y la comunicación están en la base del crecimiento de tu clínica.

DIRECTORA DE AVANT COMUNICACIÓN
PARA CONTACTAR: MARTAIRANZO@ME.COM



Gestión

Neurofeedback

PILAR VECINA NAVARRO



Hoy me gustaría acercar al lector, un nuevo método de intervención neuropsicológica para tratar desórdenes neuropsiquiátricos y/o neurológicos. En primer lugar empezaré describiendo qué es:

Neurofeedback es un proceso de aprendizaje gradual durante el cual monitorizamos la actividad cerebral y la mostramos al paciente/cliente, proporcionando así al cerebro retroalimentación (*feedback*) sobre su ejecución, y reforzando la actividad eléctrica adecuada. Algunas de las características fundamentales son las siguientes:

- Mejora la funcionalidad del cerebro y su autorregulación
- Potencia las habilidades cognitivas y psicofísicas generales
- Es un proceso de aprendizaje
- Es un método seguro y no invasivo
- Se aplica en niños, adolescentes y adultos
- Mejora y resuelve diferentes trastornos y dolencias

¿Cómo es una sesión de Neurofeedback?

Antes de empezar la primera sesión, se realizará una entrevista detallada con el paciente y/o su familiar para averiguar sus hábitos, problemas y objetivos. Esto facilitará la información necesaria para personalizar el tratamiento.

En una sesión de Neurofeedback, el paciente se sentará en un cómodo sillón y se concentrará en unas imágenes presentadas en una pantalla, mientras que se registra su actividad eléctrica cerebral (electroencefalograma).

Las características (velocidad, nitidez...) de las imágenes que está viendo (película, juego...), se modificarán según la actividad cerebral registrada, de manera que el sistema fomentará la actividad deseada.

Se trata de un proceso gradual y agradable en el que el cerebro aprende a utilizar patrones más eficientes y a mejorar su capacidad de autorregulación.



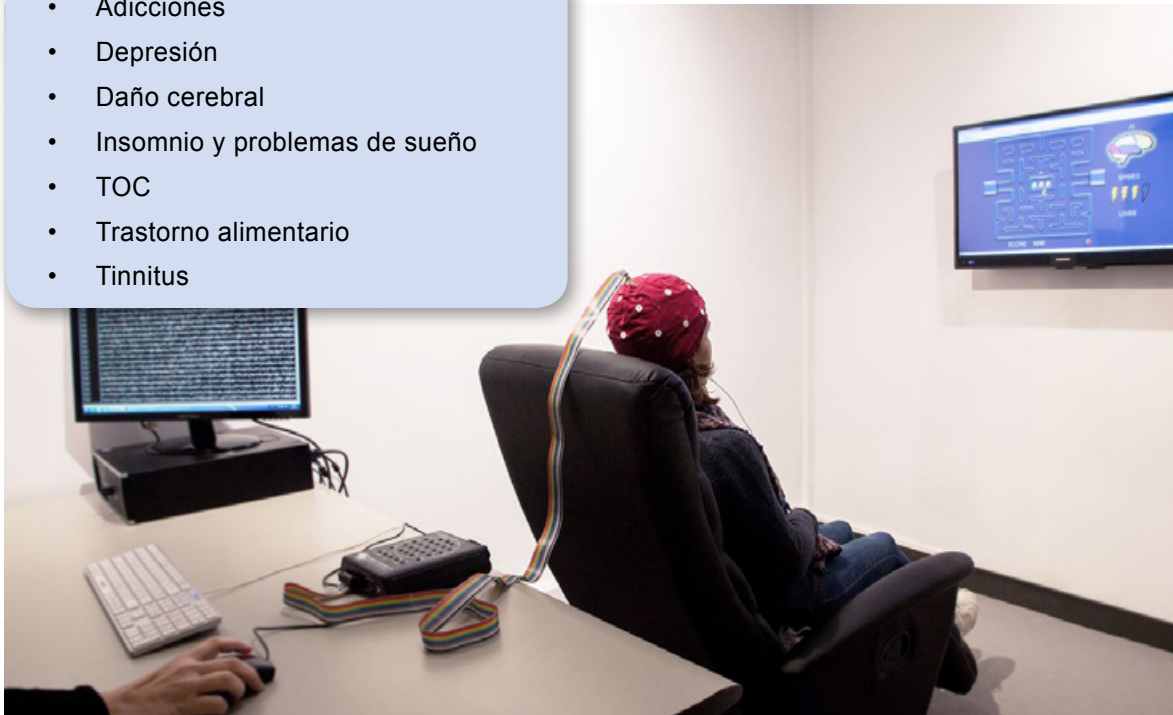
¿Cuáles son las áreas de aplicación?

Clínica

- DA / TDAH
- Vértigo
- Síndrome de Asperger
- Trastorno bipolar
- Autismo
- Parkinson
- Migrañas y cefaleas
- Alzheimer
- Ansiedad
- Adicciones
- Depresión
- Daño cerebral
- Insomnio y problemas de sueño
- TOC
- Trastorno alimentario
- Tinnitus

Mejora del rendimiento

- Control de ansiedad
- Concentración
- Autoconfianza
- Toma de decisiones
- Focalización
- Atención
- Gestión de recursos emocionales
- Motivación



¿A quién va dirigido?

Se ha usado ampliamente para ayudar a niños con trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH).

En este sentido, la Academia Americana de Pediatría concedió a Neurofeedback su calificación más alta como aplicación para los síntomas conductuales del TDAH.

Neurofeedback es un tratamiento que puede ser utilizado a cualquier edad, ya que es pasivo, seguro y no invasivo.

Reseñar que, esta técnica, ataca concretamente a la sintomatología específica de los desórdenes que padece el sujeto. Por este hecho,

podemos utilizarlo tanto en enfermedades poco frecuentes como en patologías crónicas.

Desde el Departamento de Neuropsicología de INDEPF, (Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades Poco Frecuentes), se ha puesto en marcha este tipo de tratamiento, con la finalidad de poder dar respuesta a las necesidades más prioritarias de los pacientes.

NEUROPSICÓLOGA DE INDEPF (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL DE ENFERMEDADES POCO FRECUENTES)

PARA CONTACTAR: VECINA.PILAR@GMAIL.COM



RRHH-Inteligencia emocional y *coaching*

La tercera grandísima actitud

MANUEL ANTONIO FÉRREO CRUZADO

Aún nos quedan asuntos por ver, Mr. Coaching, ¿seguimos contando con usted?

Espero que después de nuestras últimas conversaciones los lectores hayan podido reflexionar sobre la naturaleza y la importancia de la ayuda definitiva y real en el ámbito de la salud. Todo ello con las diferencias que puedan existir en sus cuatro manifestaciones: prevención, atención, curación y paliación.

Pues bien para ir completando este gran asunto, y aunque parezca obvio, nos vendrá bien tratar de la aceptación necesaria que debemos mantener hacia la persona a la que vamos a ayudar. Pero, usted y yo sabemos que de lo que nosotros hablamos va más allá de la regulación legal o incluso de la inclinación vocacional, que se da por hecho en cualquiera de los profesionales implicados en estos ámbitos.



El asunto legal queda resuelto con la imposición de los reglamentos y leyes que regulan estas actividades y las laborales, en general. El asunto vocacional se les supone también, entre otras cosas por los juramentos que realizan, por las colegiaciones y códigos éticos, y sobre todo por la capacidad de sacrificio que, en general, soportan estos profesionales y que abar-

ca a la práctica totalidad de la profesión. Siempre hay versos sueltos y “quemados”, claro.

Mr. Coaching, ¿qué puede ir más allá de lo que acabamos de plantear en el párrafo anterior?

Porque en el fondo, lo que pretendemos en el ámbito de la salud es que las personas permanezcan sanas el mayor tiempo posible en sus vidas, y que si enferman estén atendidas lo mejor que la sociedad puede aportarles con un sentido de solidaridad. Al menos como lo entendemos en Europa, en general y en España en particular.



Siguiendo la línea de Rogers, y aunque este trabajó únicamente en el ámbito de la salud mental, le propongo que esta misma línea pueda ser el soporte de la ayuda médica. En el fondo, el método que nosotros usamos tiene que ver con el ámbito mental única y exclusivamente. El ámbito médico-técnico es otra historia y ahí los profesionales deben trabajar de otra manera. El psicólogo vino a decir: “Si podemos crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración, y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual”. Si esto lo adaptamos a nuestra actividad, lo que se trata es de que cualquier profesional sanitario implicado con un necesitado de este ámbito, cree la relación suficiente para que la persona se ayude a sí misma esté en la situación que esté.

Hoy le preguntaré sobre la consideración positiva que debemos tener hacia la persona a la que pretendemos o “debemos” ayudar. Como hemos adelantado, esta consideración va más

allá de las obligaciones legales o morales. Se basan en el enfoque terapéutico. Es decir, no solo debemos ser “considerados” por obligación o vocación, sino por ser “terapeutas” en alguna medida. Es decir, que sabemos que esta consideración positiva o aceptación incondicional tiene la facultad de contribuir de manera “técnica” a la resolución del problema. Entiéndase bien que es una pequeña parte de la solución pero aporta más de lo que, a priori, se pueda pensar.

J. C. Bermejo indaga en cuatro aspectos relacionados con esta actitud:

- Cordialidad al tratar con la persona afectada
- Confianza en esa persona
- Acogida de la emocionalidad que presenta el ayudado
- Respeto o ausencia de juicios de moral hacia la persona

La aplicación del método *coaching* en este entorno, significará que el que ayuda o profesional de la salud, debe adecuar en lo posible sus comportamientos a esos cuatro aspectos. Parece que existen dificultades para asumirlos y no les culpo a los profesionales, pero si queremos seguir las indicaciones de Mr. Coaching, y buscar la utilidad de esta metodología, la aplicación de los mismos es fundamental.

¿Mr. No cree que en algún momento, en nuestra sociedad se han dado las condiciones para que esto fuera más sencillo?

Diría que es, y ha sido muy dependiente del ámbito de la salud al que nos refiramos y de la época que tratemos.

¡Bien! Mr. Coaching, parece que esto requeriría alguna conversación más y la tendremos y sobre todo buscar campos de posibilidad en la aplicación de estos comportamientos.

Cuando no estamos inmersos en las mismas circunstancias, solemos hacer juicios de moral o de comportamiento en determinados casos (ejemplo: enjuiciar a drogadictos con problemas de salud, por faltar a la prevención o por no cumplir con las terapias y dificultar su curación). Pero aceptar no es aceptar que algo es deseable, pero sí que puede ser natural en las condiciones dadas. Diríamos algo así, como aceptar que “es lo que hay” y no podía haber



otra cosa en tales circunstancias. Eso no debe impedir una dedicación total a esa persona y no solo por los imperativos de los que antes hemos tratado.

Por otro lado, la confianza que el terapeuta proporciona al “enfermo” podría llegar a convertirse en una fe incondicional en las potencialidades de aquel, sin ser ingenuo claro. Esta fe trata de que se cree una línea positiva de predisposición para emerger. Consiste en que el ayudador transmita el protagonismo al ayudado. A veces implica dejarle hacer (ejemplo: admitir que pueda tener otro tipo de terapias alternativas en las que pueda creer), siempre con las debidas advertencias.

En cuanto a la gestión emocional, aún reconociendo la importancia de la misma, dejaremos a nuestra compañera Elena Fernández que trate este tema. Para nosotros, el *coaching* y la inteligencia emocional van de la mano pero son cuerpos conceptuales distintos. Pero debe quedar claro que el coach o la persona que usa de este método debe ser un buen gestor emocional (de sus emociones y de las de los demás).

Sería interesante tratar de desarrollar estos comportamientos en nuestros profesionales. Alguno de ellos puede que sea cuestión de recuperarlo, pues hubo un tiempo en que alguno de ellos se daba con más asiduidad que en este momento.

Quédese y seguiremos tratándolo y esperando podamos aportar nuevas ideas para este apasionante mundo de usar la metodología del *coaching* a este ámbito de la salud. Gracias por quedarse Mr. Coaching, ya doy por hecho que lo hará, no nos defraude.

DOCTOR EN PSICOLOGÍA.
SOCIO FUNDADOR DE N-ACCIÓN (ASOCIACIÓN
PARA EL DESARROLLO DEL COACHING Y LA
INTELIGENCIA EMOCIONAL).
PARA CONTACTAR: MAFERREO@N-ACCION.ES

Entrevista



Carlos Lens Cabrera,
Subdirector General de Calidad
de Medicamentos y Productos
Sanitarios del Ministerio de Sanidad,
Servicios Sociales e Igualdad

***"En vez de demostrar
la intercambiabilidad
de biológicos a
biosimilares habría
que demostrar que no
son intercambiables"***

Lleva trabajando en el Ministerio de Sanidad desde el año 1996 y antes de ocupar su cargo actual Carlos Lens fue el director de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. En esta entrevista ha hecho un balance de los precios de los medicamentos, la política de negociación que sigue el Ministerio para la compra de medicamentos genéricos y biosimilares, del funcionamiento de la Comisión Interministerial de Precios, además de dar su opinión sobre el cambio de medicamentos biológicos a biosimilares una vez empezado el tratamiento.

¿Siguen siendo en España los precios de los medicamentos más baratos que en otros países del entorno?

No es cierto que en España los medicamentos sean más baratos que en otros países. Ya hay importación de medicamentos, importación paralela que es una buena señal. Otra cosa es que los costes medios del envase en el Sistema Nacional de Salud sean más inferiores a la media en comparación con otros países. Pero no es menos cierto que también frente a la media de un 44 por ciento de cobertura del mercado farmacéutico en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), España está en más de un 80 por ciento del mercado ambulatorio y en más del 90

por ciento del mercado hospitalario. Algo tendremos que buscar para mantener ese nivel de prestación.

¿Cuál es la política de negociación que sigue el Ministerio para la compra de medicamentos genéricos? ¿Y biosimilares?

La Comisión Interministerial de Precios estableció en 2009-2010 los criterios básicos para fijar el precio del medicamento genérico y biosimilar. Básicamente se pide un 40 por ciento al primer genérico con respecto al medicamento comparador, y al biosimilar se le trataría de la misma forma. En el caso de que la empresa

titular no acepte esa bajada, entonces se establece una negociación y se lleva el caso al Pleno de la Comisión, que es donde se decide. Lo normal es que los biosimilares no acepten el 40 por ciento, y se sitúe entre el 25-30 por ciento con respecto al precio del comparador, y sin embargo la inmensa mayoría de los genéricos -más del 95 por ciento-, acepta el 40 por ciento.

¿Qué opina sobre el cambio de medicamentos biológicos a biosimilares una vez empezado el tratamiento?

Hace bastantes años la Ciencia tenía que dar respuesta al cambio, así que este cambio es posible. Recientemente, el verano pasado se publicó un estudio que consiste en verificar qué sucede en pacientes tratados con infliximab, si se les trata con la marca Remicade o con cualquiera de los dos biosimilares que están en el mercado. El estudio se sustanció con evidencias suficientes de que se podía producir el intercambio sin problema ninguno. Lo cual viene a decir que la Ciencia empieza a dar una respuesta. La normativa que impide la sustitución de medicamentos biológicos data de los años 50-60 del pasado siglo y algo ha evolucionado la Ciencia desde entonces. Ahora bien, es cierto que hay medicamentos biológicos cuya intercambiabilidad está comprometida, como por ejemplo las insulinas: no es fácil cambiar a un diabético de una insulina a otra. La mayor parte de los biológicos modernos hoy son anticuerpos monoclonales, son inmunoglobulina de Tipo G, y desde finales del S.XIX estamos utilizando IgG, desde sueros inmunes, de hecho los primeros sueros eran para el tratamiento de la difteria o de la rabia. Primero eran proteínas IgG heterólogas porque eran sueros equinos, en algún caso suero de conejo, y no pasaba nada, la medicina no era capaz de asignar los efectos adversos al cambio de la estructura proteica, pero sin embargo, no hay que irse tan lejos. Desde los años 60 del pasado siglo estamos cambiando tratamientos con IgG sin reparar en gastos, con lo cual hemos de pensar que los monoclonales se pueden beneficiar del mismo sistema. Es más, hay una corriente de pensamiento científico que dice que en vez de tener que demostrar la intercambiabilidad para determinadas especies, como por ejemplo los monoclonales, debería invertirse la carga de la prueba, es decir, habría que demostrar que no son intercambiables.

Biosim sugiere una regulación propia para los biosimilares, ¿deja la puerta abierta ante esta petición?

A esta nueva patronal no le faltan razones al pedir una regulación propia para los biosimilares porque el coste de desarrollo de un biosimilar es muy superior al de un genérico e incluso a veces nos encontramos que hay más pacientes sujetos de ensayo en una bioequivalencia clínica de un biológico que para un nuevo fármaco, esto es relativamente frecuente. Entonces, el coste ya de por sí justificaría algún esfuerzo en proteger esa innovación y evidentemente hay innovación y no poca en el desarrollo de un biosimilar. Cuando se ven los boletines de características técnicas, evidentemente el producto biológico clásico se ciñe a requerimientos de farmacopea, pero sin embargo el biosimilar, normalmente tiene requerimientos adicionales que ha marcado la Agencia Europea del Medicamento (EMA). EMA tiene un procedimiento que desarrolla para generar una directriz a la cual se deben adecuar los biosimilares de un cierto tipo. Esta directriz se genera cuando está pronta a vencer para aspirar a una patente y en ese momento se piden muchos requisitos técnicos que probablemente no se le exigieron al original cuando se le concedió la autorización de comercialización. Es decir, ya de por sí un biosimilar lleva una carga de desarrollo técnico, por no hablar de clínico, muy relevante, y este aspecto debería considerarse. Pero no es menos cierto que nuestro legislador está tremendamente remiso a separar el concepto de biosimilar con el concepto de genérico.

¿Cree que debe cambiar el funcionamiento de la Comisión Interministerial de Precios, tal y como opina el País Vasco?

Evidentemente, nada es eterno. El funcionamiento cambió en 2012 como consecuencia del Real Decreto Ley 16 de aquel año. Ahora mismo creemos que es momento de introducir un cambio cualitativo, primero en la estructura de la Comisión pero también en las funciones. La Comisión ha dejado de ser un órgano de debate y es ahora un órgano con una fuerte carga técnica. Es cierto que el Ministerio de Hacienda y Función Pública cada vez está más interesado en cómo funciona la Comisión y probablemente tenga que aumentar su peso, pero no solamente es cuestión de representación sino que hay que aportar más.



Por ejemplo, la capacidad de producción de antibióticos, que es limitada en el mundo; es limitada y ahora mismo una tercera parte de la población mundial China y la India, ya no se conforma con padecer la infección y tratarla con medicina tradicional, sino que exige antibióticos. ¿Qué sucede? Se está absorbiendo una parte considerable de antibióticos del mundo y hay cortedad de antibióticos en otros mercados. Si la inmensa mayoría de los antibióticos están sometidos al sistema de precios de referencia y por definición no pueden aumentar el precio, a pesar de que hay una causa objetiva como es el aumento de demanda mundial y sin embargo, un periodo de tiempo para aumentar la capacidad de producción de seis años, evidentemente estas tensiones se trasladan a los precios, y si el precio de la materia prima hace inviable la producción del medicamento porque no puede aumentarse el precio por el sistema de precios de referencia, es evidente que España padecerá déficit en el suministro de antibióticos y de vacunas.

Dentro de esta evaluación que estáis haciendo para modificar la estructura y funciones de la Comisión Interministerial de Precios, ¿qué papel jugarán las CCAA que son siempre tan críticas con la fijación de precios?

Proponemos aumentar la participación, no que sea mayoritaria como ellos quisieran, porque como ya he dicho quien está sometido a las tensiones presupuestarias es muy mal decisor en esta materia. Aquí hay casos de otros países que no pueden permitirse medicamentos innovadores hasta que vencen las patentes y aparecen genéricos o biosimilares. El nivel asistencial de estos países en esta materia deja mucho que desear en comparación con España. Una cosa es que las CCAA, no solamente sean oídas sino que participen más en el trabajo de la Comisión.

La Ley establece hasta 6 criterios para fijar precios, estos criterios no son solamente que en una mesa se siente una empresa y negocie un precio con el Ministerio, hay muchos más, en concreto las necesidades de determinados colectivos de pacientes, la asistencia de otras alternativas, el impacto presupuestario y las necesidades financieras del sistema, el grado de innovación del medicamento y así hasta 6 criterios enuncia la Ley, que luego a efectos de herramienta se concretan en análisis del impacto presupuestario, análisis de coste-efectividad y contribución al PIB. Si ya estamos aplicando estas tecnologías desde hace 5 años y vamos a dar algún paso adelante en esto, las CCAA y los demás miembros de la Comisión no solamente van a estar allí para aportar. Proponemos que trabajen en la nueva opción, en la concreción de estos documentos, de estos informes sobre los que se toma la decisión, igual que están trabajando en el Grupo de Coordinación de Posicionamiento Terapéutico que dirige la Agencia para elaborar los IPTs, que normalmente están pilotados por CCAA. Entonces, ya que el modelo demuestra que cuando te haces parte de un trabajo no te queda más remedio que asimilarlo, esta filosofía la quisiéramos incorporar.

¿Considera que debe haber un proceso de financiación personalizada de medicamentos como propone la industria?

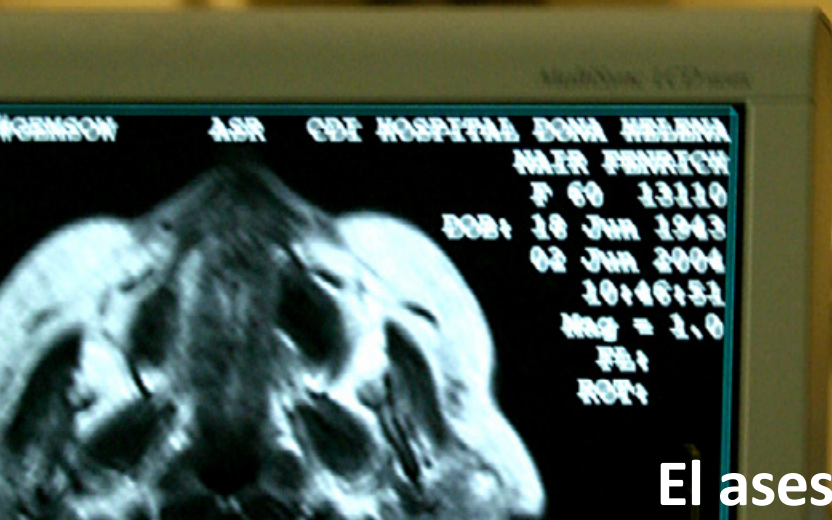
No, bajo ningún concepto por ahora, porque si alguien quiere hacer un algoritmo basado en los GRDs, que están disponibles en la página web del Ministerio, puede hacerlo, empieza a asignar pesos a los diferentes GRDs multiplica por las prevalencias y a lo mejor terminamos en el 30 por ciento del PIB para la prestación farmacéutica, y eso sería inasumible. Pero no estoy absolutamente convencido de cerrar la vía para otro momento.

Tenemos que hacer un abordaje más general, a mí me gusta el concepto de gestión centralizada y un enfoque competitivo, es decir, que se den cuenta las empresas ofertantes que no solamente están hablando de una subpoblación de pacientes, sino que están hablando de un fondo global, que una vez que se agote en el año no va a ser posible ampliar, a lo mejor esto mueve a los gestores de las empresas a tener un poco más de sentido.

¿Por qué ha pedido a las compañías innovadoras que no sigan mecanismos para alargar patentes?

En mis años de trabajo en la EMA, nos tocó pilotar el desarrollo legislativo, se concretó en el reglamento 2726 y la actualización de la directiva 2001/83. El objetivo de aquel paquete normativo era facilitar el acceso de los pacientes a los nuevos medicamentos, transcurrido ya más de una década ahora vemos que esto se ha utilizado mayoritariamente por las empresas para aumentar el precio. El paquete preclínico de I+D se ha reducido notablemente y por tanto su coste y el tiempo, y el paquete clínico aproximadamente lo mismo, lo que yo estudié en la escuela de farmacología ya no se aplica. Se ha abaratado mucho la I+D, se han acortado los tiempos pero lo que no se ha acortado es el precio que se demanda por productos que les han costado menos de desarrollar y que tienen muchísimo más tiempo de patente. Ahora mismo hay medicamentos en oncología que llevan 10 años a unos precios estratosféricos, de más 60.000 € paciente/año y les quedan 5 años de patente. Sin embargo, también es cierto que muy pocos fármacos se generan en entorno intramural, sino que se adquieren a centros de investigación, universidades...y esto implica un desembolso inicial que hay que amortizar. Y todo esto hay que ponerlo en el balance, más el hecho de que según dicen los teóricos el riesgo de competencia es hoy muy superior al de hace 10 años.





El asesino silencioso

ISABEL CATALÁ NAVARRO

En el teatro de la vida se libran batallas todos los días, en nuestro caso el asesino contra el que luchan muchas anónimas protagonistas es el Cáncer, y como ustedes ya saben, gana más batallas de las que nos gustaría.



como el de cérvix, mediante la realización de citología.

El cáncer de ovario, es un silente y despiadado enemigo considerado como el tumor ginecológico que mayor mortalidad causa en nuestra civilización, y que por desgracia a día de hoy no tiene un programa de prevención como sí existe en otros cánceres ginecológicos

Las cifras hablan por sí solas, en Estados Unidos, país en el que más ginecólogos oncólogos existen del mundo, en 2013 (últimos años con datos concluyentes) 20.927 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de ovario y por desgracia murieron 14.276 pacientes por esta enfermedad. (www.cdc.gov/uscs).

En España, según datos de la SEOM de 2012, la incidencia de esta enfermedad fue de 3.236 pacientes, una mortalidad de 1.878, y una prevalencia a 5 años de 7.925 pacientes. Aproximadamente un 44 por ciento de las pacientes que sufren un cáncer de ovario en España sobreviven más de 5 años siendo superior a la media europea que es del 37 por ciento, ha-

blamos de datos del 2013. Tenemos delante, a tenor de las cifras, un poderoso asesino al que hacer frente.

Para mayor inri, el diagnóstico de las pacientes suele ser difícil, ya que los síntomas iniciales más frecuentes son inflamación, dolor en la pelvis o en el abdomen, dificultad para ingerir alimentos o sensación rápida de hinchazón al comer, lo que conlleva a que el médico de Atención Primaria derive a la paciente a un penoso periplo por el especialista en digestivo, para terminar por fin y tras un valioso tiempo perdido en manos del ginecólogo.

Quisiera abordar este trascendente asunto desde cuatro diferentes perspectivas que considero imprescindibles para el manejo multidisciplinar del tema que nos ocupa.

La primera y principal es la de la paciente. Ella se llama Paloma Luis y tiene cáncer de ovario:



Paloma, cuéntanos cómo entró el cáncer en tu vida:

Como suelen entrar estas cosas, de manera imprevista y por sorpresa, no diré que sin avisar porque llevaba cerca de tres meses con falta de apetito, sensación de tener ardores, inflamación de estómago y al final mucho cansancio, me fatigaba mucho, lo que me llevó a visitar a distintos especialistas en busca de que alguno me dijera que me estaba pasando, alguno llegó a decir que era fruto de mi imaginación. Todas estas consultas iban acompañadas de un sinfín de pruebas y analíticas, ninguna era de imagen,

finalmente una simple ecografía revelaba una ascitis importante, lo que hizo sospechar de que era algo serio para que un último especialista en digestivo que me recomendaron; en la búsqueda de que algún profesional me hiciera caso, me hizo un informe para que me ingresara de urgencias para un examen más exhaustivo.

El diagnóstico se produjo a finales de octubre del 2012 y un 12 de noviembre, entraba en quirófano, 8 horas de operación, había múltiples implantes en el peritoneo, hubo que extirpar el bazo, la afectación de los intestinos era muy importante por lo que tuvieron que practicarme una colostomía, más lo que conlleva la cirugía de un carcinoma de ovario. Una semana de UCI, otra en planta y unas semanas más tarde tuvimos el apellido de mi cáncer, carcinoma de ovario, epitelial seroso, alto grado, estadio 3C, la aventura acababa de comenzar.

¿Cómo se lleva esta enfermedad?

Los principios son complicados y más cuando has tenido una operación tan brutal y te sientes tan vulnerable, yo soy una persona que no estaba acostumbrada a pedir ayuda y me costó asumir que la necesitaba, a partir de ese momento la vida se me había desbaratado, una colostomía, algo nuevo también y sin saber dónde recurrir ante los problemas que se me presentaban. Después de los primeros momentos un poco caóticos para toda la familia, porque cuando el cáncer llega a una casa lle-

ga para todos los que conviven con el paciente, decidimos no perder energía en pensar en los miedos que siempre nos llenan la cabeza y con esa energía coger impulso para vivir, debíamos reinventarnos y adaptarnos, tuve mucha suerte porque no estuve sola y entre todos conseguimos tener una muy buena actitud, me dediqué a cuidarme y que me cuidaran.

Durante esta travesía he podido comprobar, que hay enfermedades muchísimo peores que invalidan a la persona y en mi caso el cáncer no me ha impedido seguir con mi vida "normal", disfrutando si cabe mucho más de ella.

Paloma actualmente es vicepresidenta de la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO), ¿puedes explicarnos que es esta asociación y por qué te involucraste con ella?

Cuando terminé mi tratamiento me preguntaba si había alguien más como yo, no conocía a nadie, me sentía un perro verde, me puse a buscar por Internet asociaciones de cáncer de ovario y apareció ASACO, inmediatamente me puse en contacto, cada vez que había un encuentro en Madrid me iba, el mejor regalo que me ha dado el cáncer han sido las personas que conozco en la asociación, aunque eso signifique que a veces tengas que despedirte de algunas de ellas, el 2016 fue un año terrible, pero ha enriquecido mi vida. Enseguida empecé a colaborar de manera activa en campañas de visibilidad y concienciación, era importante que las mujeres supieran que el cáncer de ovario existía y que debemos estar atentas a los síntomas tan inespecíficos que presenta para que el tiempo que transcurra entre los síntomas y el diagnóstico sea el menor posible, desde enero del 2016 damos cobertura a todas las pacientes y familiares del resto de cánceres ginecológicos (cervix, ovario, útero o endometrio, vagina y vulva).

También tenía la necesidad de ayudar a las mujeres que pasaran por lo mismo que yo, no sabía de qué manera pero sentía que podía ayudar y en octubre de 2014 formamos un Grupo de Apoyo en Valencia.

¿Tu consejo para una paciente recién diagnosticada?

Que confíe en los profesionales que le tratan, que no se queden con dudas, porque las dudas alimentan los miedos, que prepare la visita y apunte todas las preguntas que le vengán a la cabeza y que trate de no adelantar ningún acontecimiento, que viva el momento, si sufres por lo que puede venir, sufrirás doblemente, pero si no es capaz de controlar los miedos que consulte con un psicooncólogo, esto se lo diría tanto a la paciente como sus familiares, muchas veces la familia lo lleva peor que la paciente.

Desde tu experiencia, ¿qué le pides a un ginecólogo ante un cáncer ginecológico?

Es muy simple, apelo a su humildad y si no es un experto en ginecología oncológica que me remita a uno que sí lo sea, hay ginecólogos que así lo hacen, para mí esos son los auténticos profesionales.

¿Qué papel tiene el oncólogo en la vida de estas pacientes?

Es clave, pasamos muchos años viéndonos muy a menudo, es la persona que controla nuestra salud, acudimos a las consultas muy nerviosas y el simple hecho de que salga de detrás de la mesa para recibirnos o nos dedique una sonrisa ya es un regalo, en ese momento rebajamos la tensión y la consulta es más fluida, esto desgraciadamente no siempre se consigue, quizá porque necesiten protegerse emocionalmente o porque apenas hay tiempo en las consultas, por lo que la comunicación no se produce, ya que emisor y receptor no utilizan el mismo código y las pacientes pueden salir igual o peor que estaban antes de entrar en la consulta.

Cuando las cosas no van bien necesitas sentirte cuidada y muchas veces esa comunicación puede darse "simplemente" a través del lenguaje corporal.

Como ASACO y como paciente, ¿qué le pedís al Gobierno para optimizar la vida de estas mujeres y por lo tanto alargar su esperanza de vida?

Una de las más importantes sería mayor inversión en investigación, creemos que en salud no hay que ahorrar, hay que invertir, si se invierte en prevención y diagnóstico precoz se ahorra y mucho, sobre todo en tratamientos, algunas ni siquiera inversión sino optimización de recursos pero también creemos que muchas de nuestras demandas son cuestión de voluntad política.

Por enumerar cuestiones concretas en las que estamos trabajando resaltaría la creación de cursos de formación o actualización de médicos de Atención Primaria y urgencias en el diagnóstico del cáncer de ovario, para que ante una sospecha sean derivadas a través de vías rápidas a los especialistas, es una de las peticiones que hemos realizado. Parece que en junio, en Madrid, se va a realizar un curso, estamos muy contentas, es un reto a nivel nacional,

otro de nuestros grandes retos es conseguir que se creen unidades de referencia en hospitales, que cuenten con equipos multidisciplinares donde todas las mujeres diagnosticadas de un cáncer de ovario sean derivadas para poder tener una cirugía de excelencia realizada por ginecólogos expertos. La cirugía es clave en la supervivencia de las pacientes. La equidad en los tratamientos es otra de las peticiones, aquello que se ha dado en llamar la lotería del código postal, según donde nazcas tendrás derecho o no, a recibir los mejores tratamientos que hay en el mercado, eso es inaudito.

Tú que asistes a todos los Congresos punteros en este tema, ¿cómo ves el futuro?

He de decir que salgo con la convicción que hay muchos profesionales trabajando en ello, algo que las pacientes no percibimos, ya que en cáncer de mama constantemente hay publicaciones, oncólogos e investigadores, en distintos medios de comunicación, informando de lo que están haciendo y cuanto están trabajando e investigando en ello, por el contrario, en cáncer de ovario, cuesta encontrar algún artículo que no sea extranjero acerca de ello, creo que sería importante un poco más de proyección hacia la sociedad en general, da esperanza, ver que nuestros oncólogos no solamente están en las consultas sino que también trabajan en la investigación de tratamientos para mejorar la supervivencia en cáncer de ovario.

Sabemos quién es el asesino silencioso, es hora de comenzar la lucha, para lo cual contamos con la visión del Dr. Lucas Minig, jefe del Servicio de Ginecología en el Instituto Valenciano de Oncología (IVO). El primero en entrar en acción, el que va a hacer el diagnóstico y estadificación de la enfermedad, y de cuyas manos a la hora de entrar en quirófano va a depender la evolución posterior de la paciente:

**¿Cuál es el verdadero alcance del problema del cáncer de ovario?
¿Existe algún tipo de detección temprana o prevención?**

El cáncer de ovario es el segundo cáncer ginecológico más frecuente pero es el más agresivo. Se estima que casi el 80 por ciento de los casos se diagnostica en etapas avanzadas, cuando la enfermedad se encuentra ya extendida por toda la cavidad abdominal o, hasta incluso fuera del abdomen. Si bien se están desarrollando actualmente numerosas investigaciones, al día de hoy no existe un método efectivo de diagnóstico temprano de la enfermedad como lo es, por ejemplo, la mamografía para el cáncer de mama o la citología cervical para el cáncer de cérvix uterino. Dado que el período de desarrollo de la enfermedad es de unos pocos meses, el control ginecológico con ecografía vaginal más la determinación de un marcador tumoral (CA-125) no ha mostrado prevenir la incidencia ni mejorar el pronóstico de la enfermedad. Además, los síntomas asociados al cáncer de ovario son muy inespecíficos e incluyen: dolor abdominal, intolerancia a alimentos, cambios en el ritmo intestinal, distensión abdominal, dolor lumbar, ardor de estómago, etcétera. Dada la falta de especificidad de los síntomas, el cuadro clínico suele confundirse y el diagnóstico se puede demorar entre 3 y 4 meses más. Por lo tanto, lo más importante que se debe hacer con las mujeres afectadas por un cáncer de ovario es tratarlas adecuadamente.



¿Qué papel tiene el ginecólogo en la prevención y tratamiento de las pacientes con cáncer ginecológico?

El ginecólogo, en muchos países, es interpretado como un médico de cabecera más. Al realizar la citología cervical como parte del programa de detección temprana de cáncer de

cérvix, además tienen la oportunidad de ver a las mujeres de forma periódica e identificar ciertas mujeres en riesgo de padecer otras enfermedades.

Una vez diagnosticado el cáncer ginecológico (útero, ovarios, vagina y vulva), tenemos una función muy importante en el asesoramiento inicial tras el diagnóstico. Tras una adecuada valoración de la extensión tanto local como a distancia del tumor, somos los encargados de realizar el tratamiento quirúrgico. Es importante mencionar que la decisión debe, idealmente, ser tomada en conjunto a otro especialista de diferentes disciplinas involucradas en el manejo del cáncer ginecológico. Esto, que se conoce como equipos multidisciplinares, brinda la posibilidad de tomar la mejor decisión terapéutica posible basada en la situación individual de cada paciente, más allá del estado actual de su enfermedad en sí mismo. Así y además de nosotros ginecólogos, nuestro equipo cuenta con oncólogos médicos y radioterapeutas, radiólogos, patólogos, biólogos moleculares, psico-oncólogos, fisioterapeutas, especialistas en cuidados paliativos y *data-manager*, entre otros.



Has estado especializándote por diversos hospitales de Europa y EEUU, ¿qué podemos aprender de ellos para incorporar a nuestra gestión hospitalaria el tan en boga *benchmarking* sanitario?

Sí, efectivamente en determinadas partes del mundo es más común que los pacientes se trasladen en busca de centros/profesionales especializados. En ambos países los pacientes suelen trasladarse en busca de centros especializados para participar de ensayos clínicos o para recibir un tratamiento quirúrgico en institución de referencia y por profesionales con el suficiente nivel de entrenamiento en patologías muy específicas como lo es el cáncer ginecológico.

¿Por qué es tan importante que las pacientes con cáncer de ovario sean operadas adecuadamente?

Actualmente, la cirugía radical representa el principal pilar de tratamiento frente a mujeres con cáncer de ovario. Esto significa, en ciertas circunstancias, la extirpación del útero y los ovarios junto con los ganglios linfáticos, el bazo, el diafragma, pequeñas partes del intestino, etcétera. En este sentido, existen numerosos estudios epidemiológicos que han demostrado que la expectativa de vida se puede incrementar hasta en un 30 por ciento cuando la cirugía es realizada por un ginecólogo adecuadamente entrenado para realizar una cirugía de cáncer de ovario. Actualmente esta magnitud de beneficio no es posible conseguirla con ningún otro tipo de tratamiento incluyendo quimioterapia estándar o, incluso, terapias moleculares dirigidas contra alteraciones moleculares específicas dentro de la célula tumoral.

Para realizar un procedimiento quirúrgico de tal magnitud, tenemos que tener un entrenamiento de varios años en centros especializados y preparados para la formación de sub-especialistas en ginecología oncológica. Sin embargo, es fundamental que trabajemos en estructuras hospitalarias de alta complejidad y especializadas, y dentro de equipos multidisciplinares que funcionen adecuadamente.

¿Qué le pedirías al Gobierno para que estas pacientes reciban el mejor tratamiento posible y por tanto su esperanza de vida aumente?

Al hilo de la pregunta anterior también, y dado que este tipo de equipos multidisciplinares no está presente en todas las instituciones, la tendencia mundial es concentrar dichos casos con cáncer de ovario y ginecológico en ciertos centros. Esto se llama centralización del tratamiento y ha demostrado que, en sí mismo, es capaz de aumentar la supervivencia de las pacientes. Por lo tanto, y dado que esto es esencialmente un tema de decisión política tal como lo han hecho otros países, los gobiernos quizás podrían revisar esta situación y tomar una decisión de concentrar los casos en centros seleccionados con el objetivo de aumentar la calidad y cantidad de vida de las pacientes que padecen cáncer ginecológico.

Seguimos intentando poner freno a este asesino, es el momento del oncólogo, será el encargado del tratamiento médico del cáncer. Su consulta se convertirá en el santuario donde se puede hablar de cáncer, el que acompañará a las pacientes durante su seguimiento, y por desgracia muchas veces en sus recaídas. Para hablar de ello contamos con el Dr. Ignacio Romero, especialista en Oncología Médica Ginecológica y Consejo Genético en el IVO:

Dr. Romero, ¿en qué punto se encuentra la batalla al cáncer de ovario?

Estamos en un proceso de avance constante y el momento actual es clave para poder identificar no el cáncer de ovario, sino los diferentes cánceres de ovario de forma más personalizada.

Dos aspectos son clave, uno de ellos es la identificación de las mujeres con un riesgo elevado para poder actuar de forma precoz, y otro aspecto es el terapéutico, tanto en la parte quirúrgica como de tratamiento médico.

¿Cuáles son las últimas aportaciones de la oncología para el tratamiento de esta enfermedad?

El aspecto más relevante es el de la identificación de las diferentes características íntimas de cada uno de los cánceres de ovario para así abordar el tratamiento de la forma más individualizada posible. Los dos hitos más relevantes en el tratamiento en esta enfermedad son los tratamientos moleculares que se centran en aspectos clave de esta patología.

Uno de ellos es evitar el crecimiento de vasos que alimentan el tumor con tratamientos antiangiogénicos. El otro gran avance es el de la incorporación de un tratamiento oral dirigido a dañar el talón de Aquiles de las células cancerígenas como es la regulación del DNA (inhibidores de PARP).

¿Qué son las unidades de Consejo Genético? ¿Por qué son tan importantes para estas pacientes?

Son unidades multidisciplinares donde se intenta individualizar el riesgo de desarrollar algunos cánceres a lo largo de la vida con las úl-

timas herramientas, como son, las tecnologías basadas en el análisis de ADN. Esto permite hacer recomendaciones tanto a las personas que han desarrollado cáncer como a los familiares sanos.

Si bien no es frecuente el cáncer hereditario, sí que tiene gran relevancia para las familias que lo padecen, por cuanto actuar de forma precoz tiene una clara ventaja en cuanto a las posibilidades de supervivencia.

Se recomienda consultar con su oncólogo si debe ser estudiado en una unidad de Consejo Genético o no está indicado.

Ahora parece que la estrella es la inmunoterapia, ¿qué futuro le ves a nivel de las patologías ginecológicas?

En mi opinión, los avances en el tratamiento no se producen de forma escalonada sino gradual. Hace unos años se introdujeron los platinos que mejoraron la evolución del cáncer de testículo con altísimas tasas de curación, así mismo se introdujo esta terapéutica en el cáncer de ovario con iguales resultados. Posteriormente, con los tratamientos dirigidos disponibles para el cáncer de ovario hemos alcanzado una mejoría aún mayor. De forma que, debemos aprender a quien sería conveniente y beneficioso administrar estos nuevos tratamientos de inmunoterapia. En el cáncer ginecológico estamos solamente viendo la punta del iceberg y en proceso de aprendizaje.

Esto significa que está en fase de desarrollo en ensayos clínicos.

Desde tu punto de vista y a nivel institucional, ¿qué podemos hacer para mejorar el abordaje multidisciplinar de esta patología?

La profesionalización de todos aquellos que se enfrentan al cáncer de ovario tiene un claro beneficio en la evolución del tratamiento de tumores poco frecuentes como el que nos ocupa. Así la centralización del diagnóstico, de las complicaciones, de la patología, de la cirugía, y del tratamiento médico son la única forma inteligente de poder mejorar.

La atomización de los recursos no hace más que dispersarlos.

Es hora de conocer el último enfoque, el que nos aportará la esperanza, la última puerta que abrir para muchas pacientes, algo que por ahora depende en muchas ocasiones del código postal, la investigación en ensayos clínicos. Nadie mejor para hablar de esto que el Dr. Andrés Poveda, coordinador del Área de Oncología Ginecológica del IVO, y presidente del GCIG (*Gynecological Cancer InterGroup*):

Dr. Poveda, ¿qué es el GCIG y cómo nace?

El Gynecologic Cancer InterGroup, más conocido por sus siglas GCIG, es una organización internacional que reúne grupos cooperativos de países que se dedican a la investigación sobre cáncer ginecológico. Su objetivo es promover y facilitar ensayos clínicos de calidad para mejorar el futuro de las mujeres con cáncer ginecológico.

En 1992, tres grupos (uno canadiense y dos europeos) se juntaron por la necesidad de poder realizar los ensayos en un tiempo adecuado. Se necesitan muchos pacientes para demostrar con niveles de evidencia nuevos

tratamientos y la manera que vieron de lograrlo fue juntar esfuerzos. Acertaron. El grupo se formalizó en 1997. Hoy forman parte de GCIG 29 grupos de todo el mundo, desde Australia a Canadá, desde Japón a México, desde España a Corea, USA, Alemania, Francia, Italia, Dinamarca, Suecia, Nueva Zelanda,... Nuestro reto es incorporar países en desarrollo de América Latina, Asia y por qué no África.

Solo con la investigación se pueden mejorar los resultados de los tratamientos. Compartir los conocimientos con el respeto a las diferencias culturales, geográficas y diversidades clínicas de los miembros y de las pacientes forma parte de la visión de GCIG.

¿Qué beneficios aporta a un país formar parte de este grupo internacional?

Acceder a lo que llamamos “tecnología punta”. Participar en la investigación a esos niveles supone estar en el centro donde se desarrollan las ideas para tratamientos más avanzados. Donde se diseñan y deciden los nuevos



Dr. Poveda y Dr. Minig.

objetivos. Para un país estar ahí supone estar en lo que, como ahora se dice, “la pomada” de la investigación. En algunos países de alto nivel médico uno de los parámetros más importantes, por los que se mide la calidad de un servicio u hospital es por la cantidad de pacientes que se incluyen en ensayos clínicos. Eso lo explica bien, ¿no?

¿Cuál es el papel del ensayo clínico y qué le aporta a una paciente el ser incluida en uno?

El papel del ensayo clínico es probar nuevos tratamientos y comprobar si los nuevos tratamientos son mejores que los anteriores. Muchas veces los resultados son positivos, pero si no lo son nunca (o casi nunca) son inferiores. Por lo tanto, los tratamientos que se les ofrece a las pacientes, en el desarrollo de nuevas terapias, con frecuencia luego se quedan como tratamiento estándar. Muchas pacientes han recibido así tratamientos más eficaces con 2 o 3 años de antelación a que se comercialicen.

En el mundo de la investigación, ¿juntos podemos más y mejor?

Sin lugar a dudas. Tiene dos ventajas fundamentales: la primera es conseguir resultados más rápidamente, con lo que nuestras pacientes los puedan disfrutar antes. La segunda es evitar repetir estudios, y compartir la información en tiempo real a nivel global.

¿Cómo ves desde tu puesto la investigación en España?

España es uno de los países más fuertes en investigación clínica. Es considerado uno de los “Big five” o cinco grandes, tiene buenos grupos cooperativos, los oncólogos tienen muy buena formación, y saben de la importancia de participar en ensayos.

Pero no todo está hecho: nos faltan recursos materiales y humanos para que el día a día esté mejor repartido con dedicación a investigación. Muchas veces se hace de manera heroica dedicando más horas de las que se tienen contratadas para poder llegar todo. Otro hándicap es la investigación básica: ahí nos falta mucho por hacer. Faltan recursos y sobre todo una política que entienda que invertir hoy es recoger frutos mañana.



¿Cómo crees que será el futuro de la investigación a nivel mundial?

Con los medios y la información global hoy lo deberíamos tener más fácil. Creo que es clave que se unan más grupos entre sí, que no se persigan objetivos individuales, que la vanidad a veces sobra y no sirve para nada.

¿Encuentras apoyo por parte de los organismos gubernamentales que deberían estar implicados?

Es escasa la implicación, no solo en nuestro país. Pocos países dedican parte relevante de su presupuesto a partidas de investigación. Pero los que lo hacen están a la cabeza del desarrollo, no hay trucos ni caminos mágicos. Los estados deben invertir.

¿Qué les pedirías?

Presupuestar las necesidades para mejorar la salud y defenderlos como algo intocable, no negociable.

Amancio Ortega ha donado 230 millones de euros para la oncología en España, ¿la empresa privada apoya o debería apoyar la investigación?

Sin lugar a dudas. En muchos países lo hacen. Pero hay que facilitar beneficios fiscales y transparencia, para estimular las donaciones. EL GCIG está actualmente desarrollando una fundación con el objetivo de ayudar a crear redes de investigación en países que no tienen estructura de grupo. Necesitaremos donaciones y estamos trabajando la estructura para que pueda ser de acceso universal



Como pueden comprobar tenemos un ejército con ganas de pelear, pero hay que dotarlo de recursos para que pueda combatir. Se necesita formación, investigación y lo que cuesta tanto de involucrar, la gasolina que lo mueve todo, la financiación.

Como primer frente deberíamos formar a nuestros médicos de Atención Primaria, para que cada vez se detecte la enfermedad en estadios más tempranos, hay que aprender a escuchar al asesino silencioso, los tiempos son cruciales para las pacientes.

El IVO al igual que otros 5 hospitales en España está acreditado por la *European Society of Gynecological Cancer* (ESGO) para formar a ginecólogos oncólogos. No podremos establecer hospitales de referencia donde enviar a las pacientes para una cirugía óptima si no disponemos de profesionales formados para poderla realizarla. Pero por ahora, ¿por qué no derivar a las pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario a uno de estos hospitales punteros ya que tenemos la inmensa suerte de disponer de ellos?

El Dr. Poveda resume esta situación con una frase contundente: “una buena quimioterapia no arregla una mala cirugía y una mala quimioterapia no beneficia a una buena cirugía”, es medicina basada en la evidencia.

En este sentido les recomiendo la lectura de *La pérdida de oportunidad en las reclamaciones y sentencias de Responsabilidad Patrimonial*, don-

de se habla en el capítulo dedicado al cáncer de ovario de los puntos clave donde se puede producir tales pérdidas, incidiendo en la cirugía y la adecuación de los centros en los que esta se realiza.

Por último, tenemos un cuerpo de jóvenes investigadores esperando a que los dejen entrar en acción. Quién sabe si en la mente de alguno de ellos se está gestando una cura, una nueva diana terapéutica, o un biomarcador para la detección cada vez más temprana de la enfermedad: sin investigación no hay futuro.

El 8 de mayo se celebró el día mundial del Cáncer de ovario. Aunque la supervivencia a cinco años de este cáncer ha aumentado, no lo ha hecho en la misma medida que otros tipos de cáncer, debido a lo complicada que es su detección como mencionábamos antes, no en vano le llaman el asesino silencioso. En la mayoría de los casos, más del 60 por ciento, cuando se detecta es ya en estadios avanzados, añadimos a esto la desventaja de no disponer de suficientes dianas terapéuticas con las que vencerlo. Mire a su alrededor, piense, y si puede hacer algo ¡hágalo!

Esperamos que el próximo 8 de mayo sean más las vencedoras que puedan celebrar el triunfo a esta dura batalla.

ADJUNTA EN GESTIÓN ÁREA DE ONCOLOGÍA
GINECOLÓGICA FUNDACIÓN IVO

Fenin es la asociación empresarial que representa en España a las empresas fabricantes y distribuidoras de productos, equipos y servicios de Tecnología Sanitaria.

Al servicio de sus asociados

*Relaciones Institucionales Asesoramiento legal
Asesoramiento técnico, regulatorio y normativo*

Apoyo a la internacionalización Fomento de la innovación

*Análisis y estudios de mercado Seguimiento del Código de Buenas Prácticas
Impulso de políticas de RSE y medioambientales Formación*



Las Noticias de la QUINCENA

16 de mayo 2017 - 31 de mayo 2017

ASPE celebra la III edición de la Jornada de Calidad en Centros Sanitarios



De izda. a dcha.: Manuel Vilches, Yolanda Herreros, Carlos González-Bosch, Cristina Contel y Carlos Rus.

La III Jornada de Calidad en Centros Sanitarios, organizada por la Alianza de la Sanidad Privada Española y Gestiona y Suma, que tuvo lugar recientemente contó con la participación de numerosos asistentes e interesantes ponencias referentes a los diferentes factores que contribuyen a mejorar la calidad del servicio en hospitales y clínicas.

Marta Serrano, gerente de Sanidad y Seguridad Laboral de AENOR; Yolanda Herreros, directora de Gestiona y Suma; y Cristina Contel, presidenta de ASPE, fueron las encargadas de realizar la apertura del evento.

Contel agradeció a los presentes su asistencia y recalcó la importancia de concebir la calidad del servicio como una "cultura y no como un

hecho aislado", para lo que es imprescindible "planificar, hacer, verificar y actuar".

La primera ponencia, bajo el título "Situación actual de las certificaciones de calidad y seguridad relacionada con el sector sanitario", fue impartida por Marta Serrano. Durante su intervención, destacó que "como las certificaciones de calidad no son obligatorias, los centros que se someten a ellas demuestran su voluntad de ofrecer un servicio de calidad que queda debidamente acreditado".

Tras ésta, fue el turno de David Medina, gerente de la Policlínica Nuestra Señora del Rosario de Ibiza, que en su charla la "Calidad como estrategia empresarial. Visión desde la dirección", señaló que "la calidad es un factor estratégi-

co básico y una ventaja competitiva, pero que los resultados no son inmediatos y que la meta debe ser la excelencia”.

Después, Rosa García, directora de Calidad de la Policlínica Nuestra Señora del Rosario, trasladó a los asistentes la experiencia de su centro con la acreditación ISO: 15224. Durante su intervención detalló las fases de implantación, así como las incidencias que surgieron durante el proceso y el seguimiento y evaluación que han hecho del mismo.

Tras un descanso, se retomó la jornada con Vicente Ballesteros, *managing director* Southern Europe, que habló sobre la “Calidad y seguridad en instalaciones e infraestructuras: Centros sanitarios modulares y trasladables”. Ballesteros expuso las principales necesidades de un centro sanitario en este ámbito y las soluciones que ofrece Algeco para darles respuesta. Entre ellas, especificó la importancia de no tener que interrumpir el servicio para acometer mejoras o iniciar dicho servicio antes incluso de la inauguración, así como controlar la inversión creciendo o decreciendo según la demanda.

A continuación, Alfonso Fernández, de Impuestalia, expuso “La importancia de una buena

gestión patrimonial” e informó sobre el servicio de optimización positiva para empresas que realizan.

Por último, Yolanda Herreros tomó de nuevo la palabra para hablar de “La experiencia del cliente – Modelo de excelencia en el servicio”, donde explicó los pasos a seguir para alcanzar esa excelencia. Su exposición se completó con la participación de Ramón Palacios, gerente de Calidad Avanzada de AENOR, quien hizo hincapié en la necesidad de implicar a todos los trabajadores, desde el primero al último, para conseguir un modelo de excelencia, recordando que “uno puede tener una estrategia, pero la cultura imperante puede dar al traste con ella, por eso es imprescindible que todo el mundo se involucre”.

La clausura de la Jornada se llevó a cabo de la mano de Carlos Rus, Manuel Vilches y Carlos González-Bosch. Carlos Rus, secretario general de ASPE, subrayó la importancia de organizar jornadas de este tipo, en las que diferentes agentes del sector puedan hablar de sus experiencias en referencia al servicio de calidad que ofrecen o para el que contribuyen.

Gestión de crónicos, pirámide de Kaiser y el rol farmacéutico

La gestión de los pacientes crónicos es el gran reto de nuestro sistema nacional de salud, ya que supone actualmente el 80 por ciento de su presupuesto y presenta una preocupante tendencia al alza. Las comunidades autónomas se han puesto manos a la obra y, aunque con diferentes grados de avance, están definiendo las estrategias para la gestión del paciente crónico. Las dianas principales se colocan de momento en la hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca y EPOC.

Otro de los grandes retos es el del envejecimiento. Según los últimos Indicadores Demográficos Básicos del Instituto Nacional de Estadística, a partir de los 65 años es probable vivir otros 21,2 años (19,1 en hombres y 23 en mujeres). Esto quiere decir que, cuando un ciudadano se jubila, su vida media futura tiene un recorrido de hasta al menos 86 años.

“Vivimos un auténtico desafío demográfico. Tenemos una población envejecida, con una esperanza de vida cada vez mayor, con un creci-

miento del número de enfermos crónicos y, por tanto, con un consumo de recursos en aumento. Es preciso que los sistemas sanitarios se reorienten y adapten a este escenario, o de lo contrario, su sostenibilidad se verá amenazada”. Así se expresó el consejero delegado del grupo Ribera Salud, Alberto de Rosa, durante la V Jornada sobre Tecnología al Servicio de la Salud en la Universidad Politécnica de Valencia.

Alberto de Rosa impartió la conferencia inaugural ‘La transformación de la asistencia sanitaria a través de la tecnología’, donde presentó el nuevo modelo de gestión de la salud poblacional que ha desarrollado su grupo. Para De Rosa, los modelos actuales de gestión están orientados al tratamiento del paciente agudo y la no adecuación al paciente crónico implica un incremento de los costes y una peor calidad asistencial. “Uno de los retos que plantea la cronicidad es la capacidad de predecir las necesidades de recursos del sistema sanitario para poder, posteriormente, gestionarlos de forma óptima. El programa propio que hemos desarrollado nos permite estratificar a la población en función de los cuidados sanitarios que requerirán el año siguiente”, aclaró.

El Programa de Gestión de Salud Poblacional de Ribera Salud trata de gestionar de forma eficiente las necesidades de salud de su población. Se trata de un modelo de asistencia predictiva, personalizada, preventiva y participativa. Predictiva porque se ha desarrollado un modelo propio predictivo basado en diferentes modelos de ajuste a riesgo. Personalizada porque cada ciudadano tiene un plan de cuidados personalizado que permite a los profesionales sanitarios actuar de forma proactiva y coordinada. Preventiva porque el plan incluye programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Participativa porque cada ciudadano está directamente implicado en el cuidado de su salud. A estos efectos, Ribera Salud cuenta con un Portal de Salud a disposición de sus profesionales y ciudadanos que permite la comunicación directa de los ciudadanos con sus referentes médicos y de enfermería, el acceso a su historia clínica y a consejos de salud adaptados a sus necesidades, o la resolución de trámites administrativos, entre otras funcionalidades.

El reto inicial para la puesta en marcha de este programa propio fue, según Francisco Javier

Ballesta, supervisor de hospitalización médico-quirúrgica y UHD del Departamento de Salud del Vinalopó, “poder estratificar correctamente a la población, para asignar un nivel de cuidados en función de su riesgo”. Como resultado de la estratificación realizada a la población asignada a los Departamentos de Salud gestionados por Ribera Salud, se obtuvo la carga de morbilidad (riesgo) de cada paciente. A partir de ahí, para cada uno de los ciudadanos se genera un plan de cuidados estandarizado y personalizado.

Con la implementación de este programa, Ribera Salud apuesta decididamente por una transformación en la prestación de la atención sanitaria mediante la personalización de los cuidados, el empoderamiento de pacientes y profesionales y el apoyo de la tecnología manteniendo viva la relación médico-enfermera con el ciudadano. Para Ballesta, gracias a la implementación de este programa, “se ha podido contemplar una reducción de los ingresos y urgencias hospitalarias, un aumento de la satisfacción del usuario y profesional y una mejora en la calidad de vida de los ciudadanos”.

Los mejores especialistas en gestión hospitalaria se reunieron en la penúltima sesión del Máster de Gestión de la UPSA

En la penúltima clase del Máster en Dirección y Gestión de Organizaciones e Instituciones Sanitarias de la UPSA se trató el tema de Gestión Hospitalaria Hospitalizada, y una vez más contó con los mejores especialistas. La sesión comenzó con una conferencia de Javier Maldonado González, asesor en el Gabinete del Subsecretario de Empleo y Seguridad Social.

Después del receso para el desayuno y compartir opiniones, se celebró una mesa redonda en la que participaron Germán Seara Aguilar, de la Unidad de Apoyo a la innovación del Hospital Clínico San Carlos; Carmen Ferrer Arnedo, exgerente de Atención Primaria del Hospital de Guadarrama y Roser Vallés Navarro, responsable del Banco de Sangre y Tejidos de la Conselleria de Sanidad de Cataluña. El director de *New Medical Economics* y co-director del Máster Universitario en Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias, José M^a Martínez García fue el encargado de moderar la mesa redonda.



De izda. a dcha.: Germán Seara, Roser Vallés, Carmen Ferrer, José María Martínez y Javier Maldonado.

España, en el top ten de la Sanidad mundial

El sistema sanitario español está en el *top ten* mundial. Así lo asegura un nuevo informe publicado en la revista *The Lancet*, que sitúa a nuestro país en el octavo puesto de un ránking que clasifica la atención y el acceso a la Sanidad en 195 países del mundo.

España obtiene 90 de 100 puntos posibles en una lista que encabezan Andorra, con 95 puntos, Islandia, con 94 y Suiza, con 92. Suecia, Noruega, Australia y Finlandia preceden a España (también con 90 puntos) y completan los puestos más destacados de la clasificación Holanda (asimismo con 90 puntos) y Luxemburgo (89).

El "Informe sobre calidad y acceso a la atención sanitaria en el mundo" ha evaluado la competencia sanitaria que, entre 1990 y 2015 desarrollaron países de todo el mundo. Para ello, se basa principalmente en el estudio de las tasas de mortalidad de 32 enfermedades que pueden combatirse con una adecuada atención médica.

Según los datos del trabajo, el sistema de salud de nuestro país ha mejorado significativa-

mente en los últimos 25 años, sumando 15,7 puntos desde 1990. La evaluación muestra que España obtiene la puntuación máxima en el abordaje del sarampión, el tétanos y la difteria (todas ellas enfermedades prevenibles mediante vacunación), 99 puntos en la atención de los problemas asociados a la maternidad y las infecciones del tracto respiratorio superior. A cambio, las puntuaciones más bajas que obtiene se refieren al tratamiento del linfoma de Hodgkin (64 puntos) o la leucemia (66 puntos).

En los 25 años estudiados, 167 han experimentado mejoras en el acceso y la calidad de sus programas sanitarios. Sin embargo, el análisis también ha detectado un aumento de las desigualdades. Si en 1990, las diferencias entre los países con mejor y peor asistencia sanitaria variaba entre los 84,7 y los 23,1 puntos; en 2015 este rango se amplió a los 66 puntos de diferencia (94,6 puntos ostenta Andorra y 28,6 la República Centroafricana).

En general, los países de Europa Occidental son los mejor situados en los primeros puestos del ránking, mientras que las naciones del África Subsahariana y Oceanía ocupan la cola de la clasificación.

La Nefrología española está de luto

El Prof. Arturo Ortiz nos comunica el fallecimiento reciente de una de las personas más relevantes de nuestra Nefrología, Luis Hernando Avendaño.

El pasado día 5 de mayo falleció en Madrid Luis Hernando Avendaño. La Nefrología española está de luto, esta es la triste noticia. La historia de la Nefrología podía ser su propia biografía cronológica y doctrinalmente, tutelando sus actividades los casi 60 años de existencia. Y tutelando no solo doctrinalmente sino también físicamente, estando en todas las reuniones anuales de la Sociedad Española de Nefrología sentado en el primer banco, desde el primera hasta la última reunión y con una autoridad moral indiscutible sobre todos los nefrólogos y llevando al más alto nivel por una exigencia que solo podía hacer por habérselo exigido antes asimismo.



El Prof. Luís Hernando fue maestro en el hacer y en el saber roturó los surcos en los que ha crecido la pujante Nefrología española a la que ha contribuido esencialmente a situarla a una altura que prestigia a la Medicina. Ha luchado con limpieza, con indignación y con verdad de la Nefrología de la que es indiscutible autoridad ética y doctrinal de la especialidad.

La Nefrología española sigue el camino que el empezó en su Servicio de la Fundación Jiménez Díaz y lo continúa de manera ejemplar en la medicina traslacional en personas como Jesús Egido y Alberto Ortiz y en su familia.

La Dirección y Redacción de New Medical Economics lamenta tan gran pérdida para nuestra Ciencia. D.E.P.

N O M B R A M I E N T O S

En primer lugar y tras mucho tiempo de espera **Beatriz Domínguez-Gil**, ha sido nombrada Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes.

En el ámbito autonómico, la Región de Murcia ha experimentado grandes cambios: **Manuel Villegas** es el nuevo Consejero de Sanidad. En el Servicio Murciano de Salud, **Asensio López** es el nuevo Director Gerente; **María Teresa Martínez Ros** asume el cargo de Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano; **Roque Martínez Escandel** ha sido nombrado Director General de Asistencia Sanitaria; **Pablo Alarcón Sabater** es el nuevo Director General de RRHH y **José Carlos Vicente López**, Director General de Salud Pública y Adicciones.

En el Servicio Riojano de Salud, **Yolanda Montenegro**, ha sido designada Directora de Atención Primaria y del 061.

En los colegios de médicos, el **Dr. Francisco Javier Hernández de Sande** ha sido elegido nuevo Presidente del Colegio de Médicos de Cantabria, mientras que **Enrique Guilabert** revalida su cargo como Presidente del Colegio de Médicos de Segovia.

Por otra parte, la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos tiene nuevo gerente: **Daniel Álvarez Cabo**.

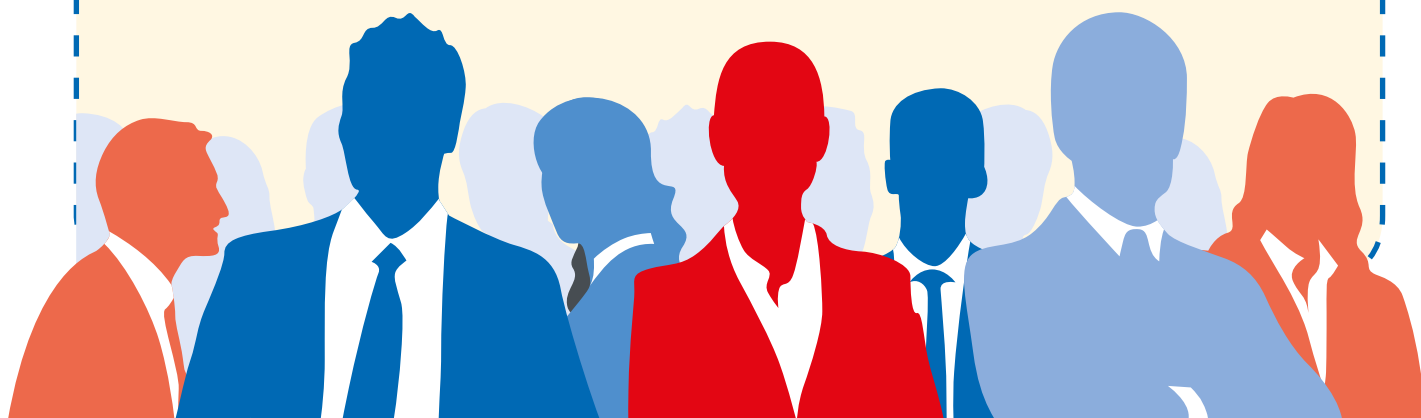
María Luisa Valle ha sido nombrada directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (dependiente del Instituto de Salud Carlos III).

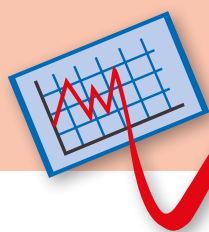
En el ámbito de las sociedades y asociaciones, **Juan González Armengol** repetirá como presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); **José Antonio Pérez Molina** ha sido nombrado nuevo Presidente del Grupo de Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); **Elena Zabala** ha sido reelegida presidenta de la Asociación para el Autocuidado de la Salud, y **Mercedes Escarrer** es la nueva presidenta de la Sociedad de Inmunología y Asma Pediátrica.

En la industria de gases y terapias respiratorias, **Patricia Estepa** ha sido nombrada nueva Directora de Relaciones Institucionales y Market Access de Linde Healthcare en España.

Y en el ámbito de las aseguradoras, tras la retirada de Diego Murillo, **Luis Campos Villarino** ahora es el nuevo Presidente de AMA Seguros.

Por último, la Organización Mundial de la salud cuenta con nuevo Director General: el **Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**





Economía

A.M.A. obtiene en 2016 un beneficio antes de impuestos de 20,3 millones de euros



A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, obtuvo en 2016 un beneficio bruto de 20,3 millones de euros, mientras que los netos ascendieron a 15,5 millones de euros, mejorando este resultado frente al del ejercicio anterior. Es el quinto año consecutivo que A.M.A. mantiene un crecimiento sostenido, antes de impuestos, por encima de los 20 millones.

En la Asamblea General celebrada recientemente en la sede central de la Mutua en Madrid -que aprobó las cuentas del pasado año con un 99,8 por ciento de los votos emitidos-, Diego Murillo anunció que deja la presidencia del Consejo de Administración, después de más de veinte años en el cargo, en los que A.M.A. ha alcanzado las máximas cotas de solvencia y reconocimiento social.

“Ha sido una decisión muy meditada en los últimos meses. Dejo el cargo -ha afirmado el presidente durante la Asamblea- y doy el relevo a un nuevo equipo con experiencia, con nuevas ideas, con nuevos proyectos y convencido de su buena labor en el futuro”

Además, la Asamblea ha aprobado la renovación y el nombramiento de nuevos consejeros. Así, renuevan sus cargos, Luis Campos Villarino; Luis Alberto García Alía; D. Francisco Herrera Gil; Pedro Hidalgo Fernández; Francisco Mulet Falcó; Juan José Sánchez Luque; Luciano Vidán Martínez; y Alfonso Villa Vigil. Por su

parte, entran a formar parte del Consejo de Administración Jesús Aguilar Santamaría; Óscar Castro Reina; Ramón Jordá Alva; Inmaculada Martínez Torre; y Juan Antonio Repetto López.

La Mutua de los profesionales sanitarios cuenta con 650.000 asegurados, 625 empleados, casi cien edificios en propiedad, y las reservas técnicas perfectamente cubiertas. El total del activo a finales de 2016, a valor de Mercado, fue de 420,4 millones de euros.

A.M.A. cerró el año 2016 con un ratio de cobertura del 276 por ciento y casi 150 millones de euros de exceso de capital disponible frente al regulatorio de Solvencia II. El aumento del exceso de solvencia respecto a 2015 ha sido de 36 millones de euros, es decir un 34 por ciento más.

La Mutua incrementó el pasado ejercicio un 2,8 por ciento el número de pólizas, siendo la cartera de Automóvil la que ocupa más del 50 por ciento del total; le siguen Ramos Diversos, con un 32 por ciento, Responsabilidad Civil, con un 13 por ciento y Decesos. Este último ramo, que se comenzó a comercializar hace muy poco tiempo, ha conseguido un significativo crecimiento.

A.M.A. también ha aumentado la cartera en Responsabilidad Civil Profesional -añadió Diego Murillo en su informe anual- un seguro que “no fue creado solo para defender a nuestros compañeros, sino también para dignificar la profesión sanitaria, sobre todo cuando somos injustamente tratados por actuaciones profesionales”.

Además, en 2016 se constituyó la sociedad A.M.A. Vida Seguros y Reaseguros, S.A. que cuenta con un capital social de 9 millones de euros. Diego Murillo dijo que ya está tramitada la concesión de la licencia correspondiente en la Dirección General de Seguros y que en un plazo muy corto, se podría disponer de la resolución favorable de la Secretaría de Estado de Economía para operar también en este sector.

La alianza estratégica entre Ribera Salud y Prestasalud gana la licitación para gestionar Cafesalud



La alianza estratégica formada por Ribera Salud y la colombiana Prestasalud ha resultado ganadora de la licitación para gestionar Cafesalud, una de las prestadoras de servicios sanitarios más importantes de Colombia. La operación, valorada en 1.450 millones de pesos (unos 250 millones de euros al cambio actual), supone la entrada de la compañía española en el mercado colombiano y un paso más en su estrategia de expansión y desarrollo internacional. Ribera Salud y Prestasalud competían en la licitación de Cafesalud con la empresa local Sanitas EPS Salud.

Cafesalud, que será privatizada en virtud del acuerdo de licitación, es la mayor aseguradora del país y cuenta con una red de 24 hospitales y más de 40 centros de salud en Colombia. La compañía da servicio a más de seis millones de usuarios y cuenta con una plantilla de más de 40.000 trabajadores.

Prestasalud, que lidera el consorcio que ha resultado adjudicatario del contrato de Cafesalud, cuenta con 192 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a nivel nacional y 2.200 camas

para atención sanitaria en Colombia. El consorcio ganador lo forman 13 entidades, una serie de activos en la que destaca el Grupo San José, que gestiona el Hospital de San José, el Hospital Infantil Universitario de San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). La oferta de Prestasalud y Ribera Salud contó con el respaldo de Lazard, PwC y Posse Herrera, asesores de la licitación.

Ribera Salud consolida de esta forma su decidida apuesta por Latinoamérica, donde ya está presente en los hospitales peruanos Villa María del Triunfo y Callao. Además, la compañía es proveedora de sistemas informáticos en varios hospitales de Chile. El consejero delegado (CEO) de Ribera Salud, Alberto de Rosa, mostró su satisfacción por el resultado de la licitación en Colombia y aseguró que la operación de Cafesalud "es un gran reconocimiento para el modelo de gestión que la compañía desarrolla desde hace más de 18 años en la Comunidad Valenciana. Nuestra alianza estratégica de Prestasalud es el paso definitivo para convertirnos en una multinacional con sede en Valencia".






curso

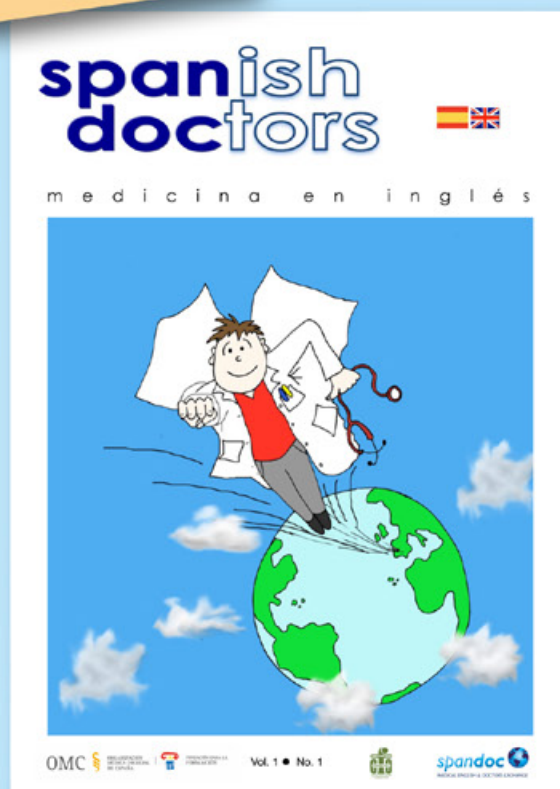
spanish doctors

medicina en inglés

Comunicación **internacional**
en las profesiones sanitarias

Por médicos y para médicos

-  Fascículo **mensual** impreso + campus online con audios, foros, tutorías y evaluaciones.
-  El **inglés necesario** para comunicarte en eventos, estancias internacionales y publicaciones, o con pacientes anglohablantes.
-  Formato **bilingüe** para todos los niveles.
-  **Método Spandoc:** textos, artículos e historias comentadas para aprender sin pérdida de tiempo.
-  Escenas **ilustradas** de la vida profesional, pasatiempos, entrevistas, cartas de lectores...



Volumen 1	Módulo A	Acreditación solicitada. Ed. anterior 9,3 créditos
	Módulo B	Acreditación solicitada. Ed. anterior 9,3 créditos
	Módulo C	Acreditación solicitada. Ed. anterior 9,1 créditos



Más información e inscripciones en www.ffomc.org y www.spandoc.com

Innovación y Nuevas Tecnologías

Los retos del sistema de salud y qué podemos esperar de las tecnologías de la información y de la comunicación

JAVIER CARNICERO GIMÉNEZ DE AZCÁRATE

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta a varios retos, que no por ser bien conocidos deben dejar de recordarse. El envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, las nuevas tecnologías sanitarias siempre de mayor coste y el crecimiento del gasto sanitario. Todo ello asociado con los innumerables problemas de gestión de un sistema muy complejo, con los instrumentos a que obliga el que este sea de Administración Pública.

La población de España en el año 2011 superó los 46,8 millones de habitantes, aunque en 2016 disminuyó hasta los 46,46 millones. El crecimiento durante los 10 años anteriores a 2011 fue del 14,6 por ciento, pero a expensas sobre todo del aumento de residentes extranjeros. Mientras los españoles aumentaron durante ese periodo en 2,28 millones, los extranjeros lo hicieron en 3,68 millones, pasando de 1,57 millones a 5,25 millones de habitantes, pero descienden a partir de 2013 llegando a 4,4 millones en 2016.

La población española envejece. El porcentaje de mayores de 65 años es ya del 18,5 por ciento y la tendencia es creciente. Aunque la natalidad repuntó en los primeros años del siglo XXI, se aprecia un nuevo descenso a partir de 2009, coincidente con el inicio de la actual crisis económica. Todo ello conduce a que también aumente la tasa de dependencia, que pasa de 24 por ciento en 2004 a 27,55 por ciento en 2014¹.

La esperanza de vida es uno de los indicadores sanitarios que mejor reflejan el estado de salud de una población, aunque sus variaciones dependen de múltiples factores, no todos ellos relacionados con el estado de salud o con el sistema sanitario. La esperanza de vida al

nacer en España alcanza los 83,1 años con 80,1 años en los hombres y 86 años en las mujeres. Desde al año 2001 la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 3,4 años. A los 65 años la esperanza de vida es de 21,4 años, con 19,2 años en los hombres y 23,4 años en las mujeres.



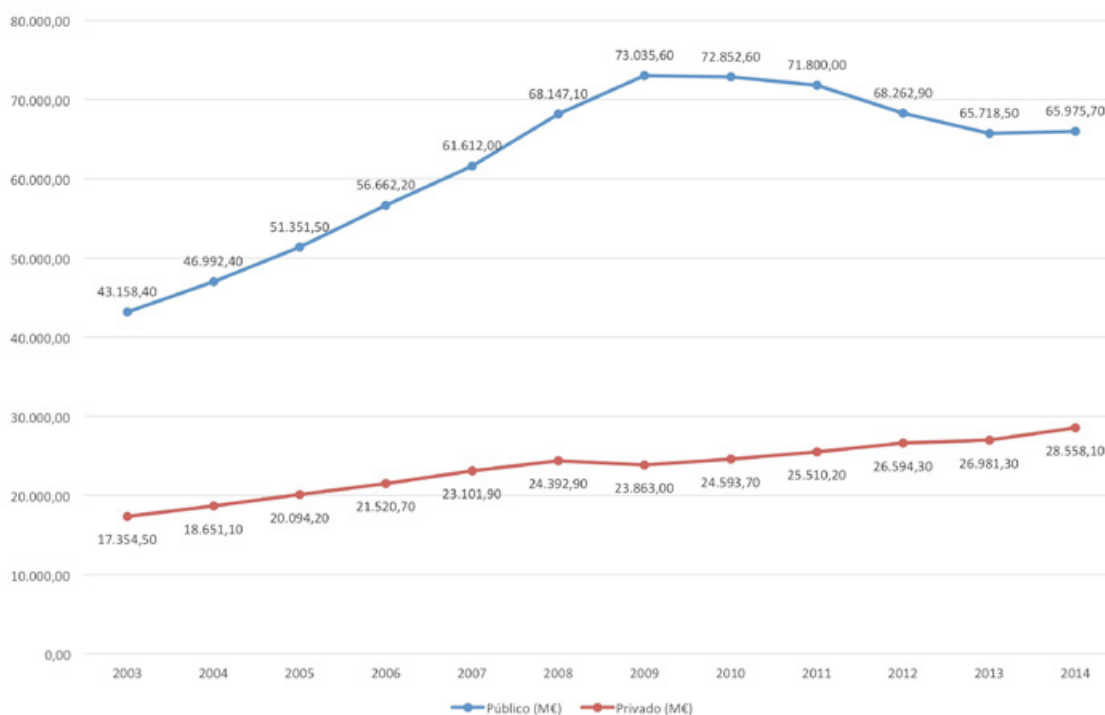
El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (que supone un 30,1 por ciento del total de las defunciones) y los tumores (28,4 por ciento), son las principales causas de muerte en España. El cáncer de pulmón, que es responsable del 5,6 por ciento del total de las defunciones, es sensiblemente superior en hombres (8,8 por ciento) que en mujeres (2,2 por ciento). El riesgo de muerte desde 2001 ha disminuido un 17,1 por ciento entre los primeros, pero ha incrementado un 75,4 por ciento entre las mujeres. No obstante, el tumor maligno de mama sigue siendo la neoplasia más frecuente en la mujer, suponiendo el 3,4 por ciento del total de las muertes en mujeres. Desde el comienzo del presente siglo, el riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer se ha reducido un 18,4 por ciento.

El tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada es de 65 días y el de los pacientes en lista de espera quirúrgica se sitúa en

87 días. Para el 9,3 por ciento de los pacientes la espera es superior a 6 meses. La proporción de ciudadanos que creen que en el último año el problema de las lista de espera ha empeorado o sigue igual es del 76,9 por ciento².

Además, las principales causas de muerte en los españoles son enfermedades crónicas, o tumorales, que pueden ser prevenidas o detectadas y tratadas de forma precoz, mejorando su pronóstico tanto de supervivencia como de calidad de vida.

Figura 1



Gasto Sanitario público y privado. Millones de euros.
Fuente: OECD Health Statistics.

La **Figura 1** muestra la evolución del gasto sanitario público y privado durante los últimos años. Se observa que la tendencia ininterrumpida hacia el crecimiento, que ha sido una constante en todas las series históricas, se ha interrumpido en 2010 mientras que el gasto sanitario privado ha crecido. Los datos absolutos se corresponden también con su proporción del PIB, es decir, ha disminuido la proporción de gasto sanitario público con relación con el PIB, mientras aumenta la de gasto privado. En 2009 el gasto público era el 6,77 por ciento del PIB y el privado el 2,21 por ciento. En 2014 las cifras son de 6,34 y 2,74 por ciento respectivamente.

En resumen, la población envejece y el gasto sanitario se encuentra sujeto a fuertes tensiones, fruto de su tendencia al crecimiento acompañada de las restricciones presupuestarias a que obliga la situación económica.

Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) pueden contribuir a la mejora del sistema de salud. Desde su incorporación a los centros sanitarios, hace ya 30 años, han apoyado a los sistemas de gestión y logística, y más tarde a la práctica clínica. La tendencia actual parece ser la consolidación de los sistemas clínicos y la expansión e interoperabilidad de la receta electrónica. Menos desarrollados están los sistemas que involucran al paciente en su propio cuidado, aunque esta sea una utilidad muy necesaria en la estrategia de atención al paciente crónico. Por otra parte, a pesar de las grandes esperanzas que se han depositado en la explotación de grandes fuentes de datos para la investigación y la mejora de la calidad de la asistencia, todavía no hay proyectos significativos que se hayan llevado a cabo en nuestro entorno para aprovechar esa enorme riqueza de información. Las TIC pueden contribuir para afrontar los retos del sistema de salud median-



te la mejora de su calidad, su eficiencia y su efectividad, con aportaciones como las que se indican a continuación:

- La mejora de la práctica clínica, con sistemas de historia clínica electrónica, de apoyo a la toma de decisiones clínicas y de alertas. Valga el ejemplo, bien conocido, de la receta electrónica, que permite mejorar la seguridad del paciente, controlar su adherencia al tratamiento, y reducir la frecuentación innecesaria de las consultas de atención primaria, entre otras ventajas.
- La continuidad de la asistencia, porque se permite que todos los involucrados en el proceso asistencial compartan y trabajen sobre la misma información.
- La telemedicina, que puede ser de gran utilidad para las alternativas a la hospitalización. Una variante de la telemedicina es el trabajo en red, especialmente interesante en el caso del diagnóstico por imagen.
- La gestión clínico-administrativa, mediante la organización de nuevos sistemas de relación con el paciente, como son la planificación de agendas, la cita previa por Internet y las facilidades para la gestión de documentos clínico-legales, como partes de incapacidad o certificados, evitando la presencia del paciente en centros sanitarios para actividades de escaso valor añadido en el proceso asistencial.
- La planificación, control y evaluación de las políticas de salud.
- La formación continua de los profesionales.
- La información al ciudadano, facilitando la participación activa del paciente en sus cuidados, que es una de las principales estrategias que se pretenden promover dentro de los planes de atención a los enfermos crónicos.
- La explotación de grandes fuentes de datos, que permitirá notables avances en investigación, calidad de la asistencia y planificación y gestión del sistema de salud.

El aprovechamiento de estas y otras aportaciones de las TIC depende de la decisión de invertir en estas tecnologías. Pero también resultan imprescindibles la vinculación de la estrategia de sistemas y tecnologías de la información con la estrategia del sistema de salud; la disponibilidad de profesionales tanto sanitarios como de tecnologías, capaces de implantarlas y de innovar de forma continua; y el decidido impulso y coordinación de las autoridades. La tecnología está disponible, la necesidad es imperiosa, los profesionales listos, falta el impulso necesario de la Administración Pública.

1. Tasa de dependencia se refiere a la relación en tanto por ciento entre la población mayor de 65 años y la comprendida entre 16 y 64.
2. Datos obtenidos del Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

COORDINADOR DE LOS INFORMES SEIS (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD)
 PARA CONTACTAR: JCARNICERO@SEIS.ES

Sanidad Autonómica

Galicia

La Xunta de Galicia pide regulación de la publicidad sanitaria

El Pleno del Parlamento de Galicia ha aprobado recientemente una Proposición no de Ley para regular la publicidad sanitaria "para evitar anuncios engañosos, limitando especialmente todo aquello que pueda constituir un riesgo para la salud, y contando para eso con los colegios profesionales". Esta resolución se ha adoptado tras la reunión que mantuvieron el presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, y el presidente del Consejo General de Dentistas, Óscar Castro Reino. Durante el encuentro, Castro Reino transmitió al presidente gallego la necesidad de regular la publicidad sanitaria para "garantizar la calidad asistencial y la salud de los ciudadanos evitando los mensajes engañosos y velando por una información rigurosa,

comprensible y veraz, sin que exista posibilidad de engaño".

Según ha transmitido el presidente del Consejo General de Dentistas, "la Organización Colegial celebra la decisión tomada por el parlamento gallego y el compromiso de esta Comunidad Autónoma con un tema tan sensible como la publicidad sanitaria". Al mismo tiempo, ha asegurado que el Consejo General de Dentistas seguirá trabajando y manteniendo contacto con todas las autoridades a nivel nacional para establecer una ley marco que regule la publicidad sanitaria en todo el Estado.

"El Consejo General de Dentistas siempre apoyará una Odontología ética y de calidad al servicio de todos los ciudadanos y se opondrá frontalmente a la mercantilización de la salud y al uso de agresivas técnicas comerciales, que en muchos casos son engañosas, para captar pacientes", ha concluido el presidente de la Organización Colegial de Dentistas.

Islas Baleares

La campaña "La próstata sí importa" llega a las farmacias baleares

Las oficinas de farmacia de las Islas Baleares contarán con información sobre la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) animando a los pacientes con síntomas urinarios a acudir a su médico para preguntar sobre esta patología. La HBP es una enfermedad con síntomas urinarios molestos, que en algunos casos es progresiva y puede acompañarse de complicaciones. Además, como parte de esta campaña, se han realizado tres talleres formativos sobre salud prostática dirigidos a farmacéuticos: en Menorca (25 de abril), Ibiza (9 de mayo) y Mallorca (16 de mayo) con una asistencia total de alrededor de 60 profesionales sanitarios. Los contenidos que se han

impartido en estos talleres resultan de interés para los profesionales farmacéuticos ya que abordan los Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI), la HBP en su conjunto –desde su definición y prevalencia, hasta el diagnóstico, complicaciones y tipos de tratamiento, además de un cuestionario válido para evaluar la gravedad de sus síntomas–, y consejos sobre estilo de vida para pacientes con HBP.



El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Islas Baleares (COFIB), Antoni Real Ramis, ha destacado que en la campaña puesta en marcha por el Colegio y GSK, “también participarán todas las farmacias de las Islas Baleares mediante la exposición de dípticos con información sobre Hiperplasia Benigna de Próstata y tendrán a su disposición las tarjetas de visita, pertenecientes al Programa PACO, para el que contado con la colaboración de la Cooperativa d’Apotecaris y COFARME”.

Además, en las farmacias, los usuarios podrán realizar un sencillo cuestionario para evaluar la intensidad de sus síntomas, siguiendo la Puntuación Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS), y beneficiarse de sencillos consejos para mejorar su sintomatología. Tanto la información como el cuestionario también están al alcance de los pacientes en la web

www.laprostatasiimporta.com

Región de Murcia

Avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer se dan cita en Murcia



Según el Servicio de Epidemiología de la Región, Murcia cuenta con una alta incidencia de casos de cáncer tanto en hombre como en mujeres. Cada año se diagnostica esta patología a 3500 hombres y a 2400 mujeres, lo que representa una tasa de incidencia acumulada de 0-74 años de un 40 por ciento para hombres y de un 24 por ciento para mujeres. Sin embargo, tal y como ha señalado la Dra. Beatriz Pérez-Gómez, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del Centro Nacional de Epidemiología en el marco de una jornada informativa sobre el cáncer, “muchos tumores malignos podrían evitarse adoptando hábitos de vida saludables como el ejercicio físico, mantener un peso adecuado y una dieta mediterránea y evitar el consumo de tabaco y alcohol”. Pero para cambiar estos hábitos, en palabras de la doctora, “se requiere de políticas de salud pública similares a las leyes frente al tabaco y la contaminación ambiental”.

La jornada, organizada por la IMOncology Fundación, en colaboración con Sanitas Murcia, el Hospital Mesa del Castillo e IMOncology GenesisCare, trató sobre los avances científicos y tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. El Dr. José Balsalobre, especialista en Oncología Médica en el Hospital Mesa del Castillo de Murcia destacó también el auge de la inmunoterapia y la mejora en los tratamientos de soporte (antiesméticos, estimulantes de células sanguíneas, suplementos nutricionales, analgésicos...) que acompañan a la administración de los fármacos de quimioterapia clásica.

En relación a los avances en el diagnóstico, la Dra. María Martínez, especialista en radiodiagnóstico y directora de la Unidad de Mama del Hospital Mesa del Castillo de Murcia, explicó que el cáncer de mama es la patología que se ha beneficiado de forma más significativa de los avances tecnológicos en diagnóstico por imagen: “Hay que resaltar la tomosíntesis / mamografía 3D y la posterior introducción de las imágenes sintetizadas (C-View), que ha propiciado un incremento de la capacidad de detección precoz del cáncer de mama, alcanzando porcentajes de mejoría, no solo en el pronóstico de los pacientes y en la morbilidad asociada al proceso, también en la disminución de costes”.

Por su parte, la Dra. Ana Sanz, especialista en psicología y neuropsicología de IMOncology Fundación, ha centrado su intervención en la importancia de la calidad de vida, que no significa la ausencia de enfermedades: “Ya no solo importa aumentar la supervivencia del paciente sino que este tiempo sea con la mejor calidad de vida posible”. En palabras de la Dra. Sanz, la calidad de vida es un “concepto es multidimensional”, ya que abarca la parte física, la psicológica, la social y la funcional, entre otras, y todas ellas son relevantes y se deben tener en cuenta para el tratamiento del paciente.

Biblioteca



Fundamentos de la publicidad

Begoña Gómez Nieto



La actividad publicitaria es uno de los principales motores económicos de nuestra sociedad. Por eso el propósito de esta obra, escrita por Begoña Gómez Nieto es que los alumnos que inician los estudios de Publicidad y Relaciones Públicas,

Periodismo y Comunicación Audiovisual o de cualquier otra materia relacionada con el ámbito de la comunicación, dispongan de un instrumento más que les ayude a adentrarse y conocer de forma global la composición y estructura del sistema publicitario.

Este libro trata de un estudio riguroso, sistemático y sintético sobre el complejo engranaje del sistema publicitario. La publicidad es analizada exhaustivamente desde dos perspectivas bien diferenciadas: a nivel conceptual y a nivel operativo-práctico, presentando conceptos, planteamientos, teorías, ejemplos y contenidos de modo sencillo con el objeto de facilitar la lectura y comprensión del mundo publicitario. Un instrumento imprescindible para la comprensión y acercamiento al diverso entramado de la actividad publicitaria, destinado al alumnado y al público que desee entender en qué consiste la actividad publicitaria en sí.

La Sanidad no es moneda de cambio

Este libro es un ejemplo del compromiso del Círculo de la Sanidad con sus principios fundacionales y con el futuro de la sanidad española. En primer lugar, porque reúne a voces de diferentes ámbitos del sector, la de los políticos, con la presencia del exconseller de salut de la Generalitat de Catalunya, el Dr. Boi Ruiz; la de la asociaciones, con el presidente de SEDISA, el Dr. Joaquín Estévez; la de los profesionales, con el Dr. Alfonso Flórez; y la de los pacientes, a los que pone voz Irene Villa, para abordar la situación actual del sistema sanitario e identificar posibles campos de mejora.

En segundo lugar, porque ya desde el título responde a un propósito muy concreto, que es casi un clamor dentro del sector sanitario: la necesidad de buscar o construir los espacios de encuentro necesarios para sacar las políticas de salud pública de la arna de la refriega política y promover un gran Pacto Político y Social por la

Sanidad, que garantice la sostenibilidad a medio y largo plazo del actual sistema sanitario español, un modelo de referencia a nivel internacional que vive bajo la permanente Espada de Damocles de la insuficiencia financiera.





UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

CAMPUS EN MADRID

TÍTULO OFICIAL

MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE INSTITUCIONES SANITARIAS

2ª PROMOCIÓN



Desarrolla tu futuro profesional

Créditos ECTS: 60

Nº de plazas: 50

Duración:

Un curso académico, de septiembre 2017 a junio 2018.
Dos sábados al mes de 10h a 14h.

Metodología Semipresencial

Importes: 7.500 €
(60 créditos / 125 € el crédito)

Requisitos:

Estar en posesión del Título Universitario de Diplomado/a o Graduado/a, Licenciado, Ingeniería Superior o Media.

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia
SALUS INFIRMORUM**

C/Gaztambide, 12. 28015 MADRID
Tel. +34 91 447 72 23 (L a V de 9 a 14h)
mastergestionsanitaria@saluscampusdemadrid.com
www.saluscampusdemadrid.com
www.upsa.es

Colabora:

