

EL REPORTATGE

Avenços d'alta tecnologia
en càncer de pròstata

**ELECCIONS
I SANITAT**

La visió dels partits

ANNA VEIGA,

DIRECTORA d'R+D+i DE L'ÀREA DE BIOLOGIA DEL SERVEI DE
MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓ DE DEXEUS DONA, DEPARTAMENT
D'OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA I REPRODUCCIÓ DE L'HOSPITAL
UNIVERSITARI DEXEUS, I DIRECTORA DEL BANC DE LÍNIES CEL·LULARS
DEL CENTRE DE MEDICINA REGENERATIVA DE BARCELONA

**«Els temes científics en
què les persones tenen més
a dir són els relacionats amb
l'inici i el final de la vida»**

SIMPOSI D'ARQUITECTURA I SALUT

Influència de l'arquitectura en l'assistència sanitària

21 de maig al Roca Barcelona Gallery de 9 a 14 hores (Joan Güell, 213)

Objectiu: Conèixer les demandes dels professionals i dels clients, constatar experiències i debatre les millors opcions des de totes les perspectives sanitàries i arquitectòniques.

Dirigit a: Professionals de l'àmbit assistencial i de la gestió, propietaris, arquitectes, fabricants i constructors, responsables de serveis i manteniment dels centres i empreses de *facility management*. La sessió comptarà amb la participació de representants de les direccions de centres sanitaris de l'ACES, arquitectes, constructors, fabricants i proveïdors de serveis.

Inscripcions obertes

ORGANITZA



PATROCINADOR PRINCIPAL



Els continguts es debatran en taules rodones:

Taula 1. Les claus per millorar la gestió i manteniment dels centres sanitaris

Taula 2. Rehabilitació, optimització i construcció d'espais i centres hospitalaris

Taula 3. Minimitzar la factura energètica introduint criteris ambientals

Podeu consultar el programa detallat i fer la inscripció a www.aces.es / o al telèfon 932091992 Seguiu-nos a twitter.

AMB EL SUPORT DE:



PATROCINADORS SIMPOSI:





EDITA

Associació Catalana
d'Entitats de Salut (ACES)
Muntaner, 262
08021 Barcelona

Tel.: +34 932 091 992
Fax: +34 932 010 992

aces@aces.es
www.aces.es

CONSELL EDITORIAL

Josep Ignasi Hornos
Sergi Freixes
Lluís Monset
Joan Nadal
Odalys Peyrón
Albert Punsola
Isidre Rodríguez

DIRECCIÓ GENERAL

Lluís Monset

**REALITZACIÓ I
PRODUCCIÓ EDITORIAL**

Cos 12 comunicació
Rafael Ramos, 32
08338 Premià de Dalt
Tel.: 655 171 944
info@cos12.com
www.cos12.com

DISSENY I MAQUETACIÓ

Estudi Freixes
Santa Rosa, 26
08320 El Masnou
Tel.: 607 984 010
sergifreixes1@gmail.com

FOTOGRAFIA

Xavi Gómez
Shutterstock

REVISIÓ LINGÜÍSTICA

Gemma Garrigosa

PUBLICITAT

Isidre Rodríguez
Tel.: +34 932 091 992
605 905 710
empreses@aces.es

Dipòsit legal: B-15206-2012



**4
TRIBUNA**

El gran valor afegir de
la sanitat privada

**5
EDITORIAL**

Han oblidat la sanitat

**6
L'ENTREVISTA**

Anna Veiga, directora d'R+D+i
de l'Àrea de Biologia del Servei de
Medicina de la Reproducció de Dexeus
Dona, Departament d'Obstetrícia,
Ginecologia i Reproducció de
l'Hospital Universitari Dexeus,
i directora del Banc de Línies
Cel·lulars del Centre de Medicina
Regenerativa de Barcelona

**12
PARLEM-NE**

Llum per a la salut

**13
A FONTS**

Entrevista a Marc Antoni Broggi,
doctor en Medicina i Cirurgia

**14
EL REPORTATGE**

Avenços d'alta tecnologia
en càncer de pròstata

**18
ACTIVITAT ACES**

Aspectes fiscals i laborals 2019

**20
ELECCIONS GENERALS 2019**

**22
GRUPS DE TREBALL**

**23
FORMACIÓ**

**24
ACES EN BREU**

**25
XARXA ACES**



El gran valor afegit de la sanitat privada

Dr. Josep Ignasi Hornos Vila
PRESIDENT



Les últimes dades de l'OCDE (2014) assenyalaven que la despesa de la sanitat privada espanyola superava els 35.000 milions d'euros i s'acostava al 35% del cost sanitari total. Un informe més recent del *Global Medical Trends (2019 Rates Report)* xifra la repercussió de la sanitat privada en un 4% sobre el PIB estatal. Això comporta una despesa anual de més de 40.000 € i s'apropa al 40% del cost sanitari total. La sanitat privada és un veritable motor de l'economia de l'Estat.

L'ACES, com a patronal, posa en valor la sanitat privada, amb o sense ànim de lucre, com un subsector necessari i imprescindible dels Sistemes Nacionals de Salut (SNS) a Europa. Pràcticament cap país europeu dubta de la necessària i imprescindible col·laboració publicoprivada. Sobretot aquells països on, en sanitat, els polítics estan més allunyats de les decisions operatives. Són els països que obtenen els millors resultats en les valoracions que els consumidors fan dels seus SNS. A més, és notori el consens que determina que les empreses o organitzacions públiques i privades, totes, han d'obtenir beneficis econòmics, han de ser sostenibles i no poden ser una càrrega per a la societat. Segons la seva titularitat i, també, segons els seus estatuts, hi podrà haver, o no, dividendes.

És absurd criminalitzar l'empresa sanitària privada quan tot el sector sanitari mundial, públic i privat, depèn totalment d'empreses privades amb un lícit i necessari ànim de lucre: empreses farmacèutiques, empreses de tecnologia sanitària, d'IT, constructores, subministradores d'energia, logística, serveis generals, seguretat, formació, consultoria, auditoria, etc. Es podria dir que la sanitat, des del punt de vista de la despesa ja està totalment privatitzada, ja que, independentment de la seva titularitat i gestió, depèn sempre d'empreses privades, que són les que presten tots els materials i serveis.

Com ja dèiem a l'ACES *Info 67*, «la col·laboració publicoprivada no és privatització. Sempre ha existit. Les notaries, el registre de la propietat, les oficines de farmàcia, el transport públic i el subministrament de l'electricitat o de l'aigua són serveis públics de gestió privada.

És competència de l'Administració garantir els serveis bàsics dels ciutadans? Sens dubte. L'execució i la gestió d'aquests serveis i actuacions ha de ser competència exclusiva de l'Administració? En absolut».

El percentatge que citava a l'inici, entre el 35-40% del total de la despesa sanitària, sobretot quan es compara amb la sanitat pública, aporta molt valor afegit, que es pot percebre en:

- Pagament d'impostos per part de les empreses privades que obtenen beneficis.
- Millors ràtios d'accessibilitat i de llistes d'espera.
- Més flexibilitat.
- Millors sistemes de finançament.
- Tecnologia millor i més moderna.
- Més eficiència.
- Menys despesa. Les empreses privades, que no funcionen, tanquen i desapareixen sense costos ni despeses addicionals per a la societat, fet que no succeeix en l'empresa pública.
- Menys despesa amb la contractació per MUFACE de la sanitat privada.

A Espanya, en sanitat, com a màxim exponent de la col·laboració publicoprivada tenim el model MUFACE. Amb 43 anys d'existència, ofereix la lliure elecció, entre sanitat pública o sanitat privada, als seus mutualistes i beneficiaris (2.300.000 persones). Any rere any, amb un alt nivell de satisfacció, més del 80% escull la sanitat privada. Aquesta opció comporta un important estalvi econòmic per a l'Administració central, ja que MUFACE pacta amb la sanitat privada uns costos un 25% per sota del que ingressen les diverses conselleries de Sanitat en concepte de la prestació de la sanitat pública.

El model MUFACE és un model d'èxit i, per tant, la constatació que la lliure elecció del tipus de sanitat pot ser una de les solucions per gaudir de tots els avantatges i dels valors afegits relacionats anteriorment.

Han oblidat la sanitat

Si ens pregunten si ha estat la sanitat present en la campanya o en el vot dels electors en les últimes eleccions al Parlament espanyol la majoria respondríem que no.

Però si la pregunta és si la sanitat és un tema important per a la societat i és identificat per aquesta com un tema que cal millorar la resposta és sí. Segons l'últim CIS, la sanitat ocupa el cinquè lloc en les preocupacions després de l'atur, la política, la corrupció i l'economia.

La nostra sanitat pública, sobre la qual tenen absoluta responsabilitat els polítics, té tres reptes molt importants no resolts:

- 1.) La sostenibilitat econòmica
- 2.) El malestar dels professionals, especialment els metges per les condicions generals de feina i retribució
- 3.) Alguns elements de qualitat reiteradament menyspreats pels governs, lligats a una característica tan important com l'accessibilitat (llistes d'espera o accés a fàrmacs innovadors, etc.)

Malauradament, gairebé les úniques referències en els programes electorals i les declaracions dels nostres polítics durant la campanya han estat a la necessària «desprivatització», bàsicament per part dels partits que creuen que la planificació central i la gestió estrictament pública de la prestació del servei són la solució a aquests problemes.

Aquesta anàlisi és de totes totes equivocada ja que els

anomenats processos de privatització no han estat més que tímids intents de buscar fórmules de col·laboració amb l'empresa. I aquest tipus de gestió empresarial ha rebut objectivament la conformitat de la població, i amb resultats econòmics més eficients.

Les tímides referències d'alguns partits més defensors de la llibertat i la col·laboració govern-empresa que de la planificació han estat ignorades, no per la seva utilitat o els seus arguments, sinó per diluir-se entre altres problemes que han centrat les eleccions.

L'estigmatització de l'ànim de lucre o la incomprensió dels bons resultats per a tothom, conseqüència de la llibertat d'escollir en un marc col·laborador, però també competitiu per captar el client i no el regulador, són característiques que només porten al fracàs. Això no s'ha sabut o volgut defensar amb força.

El camí per acabar tenint sanitats de dos nivells és justament el preconitzat pels partits estatistes. I això cal evitar-ho.


Dir que es necessiten més diners per a la sanitat pública és tant com dir o que cal reestructurar les prioritats del pressupost públic, o bé que cal pujar de manera significativa els impostos.

Si la resposta és això darrer és el moment de recordar la comparació que feia Sir Winston Churchill: «Una nació que intenta prosperar amb impostos és com un home amb els peus en una galleda tractant de saltar estirant la nansa».

Sabies que un 15% de la despesa sanitària es destina a la gestió d'esdeveniments adversos?*

T'ajudem a establir un sistema per reduir els riscos i a ser més eficient.



A close-up portrait of Anna Veiga, a woman with blonde hair, smiling warmly. She is wearing a black jacket and a black ruffled scarf. The background is a soft-focus green, suggesting an outdoor setting.

ANNA VEIGA (Barcelona, 1956) és llicenciada en Biologia i doctora per la Universitat Autònoma de Barcelona; embrióloga clínica superior per la Societat Europea de Reproducció Humana i Embriologia, i especialista en reproducció humana i embriologia clínica per l'Associació per a l'Estudi de la Biologia de la Reproducció. Compta amb nombroses distincions i reconeixements a l'excel·lència en l'àmbit científic. Anna Veiga és autora de més de 285 articles científics i de 65 capítols de llibres, 7.133 citacions, h-índex 42. Ha participat com a organitzadora o ponent en esdeveniments científics internacionals relacionats amb les seves línies de recerca, com l'embriologia clínica, la genètica de la reproducció, les cèl·lules mare i la teràpia cel·lular.

Actualment és directora d'R+D+i de l'Àrea de Biologia del Servei de Medicina de la Reproducció de Dexeus Dona, al Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció de l'Hospital Universitari Dexeus, directora del Banc de Línies Cel·lulars del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona i professora Associada de la Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra (UPF).

ANNA VEIGA

DIRECTORA d'R+D+i DE L'ÀREA DE BIOLOGIA DEL SERVEI DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓ DE DEXEUS DONA, DEPARTAMENT D'OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA I REPRODUCCIÓ DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS, I DIRECTORA DEL BANC DE LÍNIES CEL·LULARS DEL CENTRE DE MEDICINA REGENERATIVA DE BARCELONA

«Els temes científics en què les persones tenen més a dir són els relacionats amb l'inici i el final de la vida»

El 1984 va tenir lloc el primer naixement fruit de la fecundació in vitro a l'Estat, el de Victòria Anna. Com veu aquell fet des de la perspectiva actual?

Va marcar un abans i un després de la reproducció assistida al nostre país. L'equip del doctor Pedro N. Barri va aplicar una metodologia que ja existia en altres països, si bé en aquell moment les eines que teníem a l'abast eren força rudimentàries comparades amb les actuals. La meua vida professional va quedar absolutament marcada per aquest naixement. Feia tres anys que treballava a Dexeus en feines administratives i em vaig incorporar a aquest projecte de laboratori de fecundació in vitro.

El primer naixement d'aquest tipus a escala internacional s'havia produït el 1978, només sis anys abans. Com va ser possible aconseguir aquell èxit a Barcelona quan el nivell de recerca del nostre país no era com el d'ara?

És cert que l'ambient científic no era el d'ara, però Barcelona sempre havia destacat en l'àmbit mèdic. Hi havia Dexeus, però també Barraquer o la Fundació Puigvert. La medicina, tant la pública com la privada, tenia un molt bon recorregut. Dexeus ja era una referència a escala nacional i començava a ser-ho en l'àmbit internacional en salut de la dona. El fet que en aquesta casa hi hagués unes quantes persones entusiastes de la reproducció, el doctor Santiago Dexeus, el doctor Josep Maria Dexeus i el doctor Pedro N. Barri, va ser determinant. Tot això va afavorir que la reproducció

assistida s'iniciés aquí. Es va comprar un laboratori, es va preparar el personal adient, i tot plegat d'una manera molt més àgil i més ràpida del que segurament s'hauria pogut fer en una organització pública.

En aquestes més de tres dècades, quins canvis s'han produït en reproducció assistida?

Una de les coses que han canviat és el perfil de les persones que tractem; ara són molt més grans i de vegades això comporta alguns problemes. Però, malgrat això, els resultats han millorat d'una manera espectacular. Si quan vam començar les possibilitats d'èxit estaven entre el 15% i el 20%, ara estem parlant del 50% o més. A l'inici es tractava només de posar en contacte òvuls i espermatozoides, esperar que sorgís un embrió i implantar-lo dins de l'úter d'una dona. Actualment al voltant de la fecundació in vitro s'han desenvolupat tot un seguit de tècniques que contribueixen a millorar-ne els resultats: fem diagnòstic preimplantacional, congelem embrions i també òvuls. La fecundació in vitro no només ha aportat novetats en la manera de reproduir-se, sinó que ha contribuït al fet que la mateixa reproducció es pugui fer reduint els problemes per a les persones.

Hem arribat a un punt de maduresa i de seguretat en l'aplicació d'aquests mètodes o bé encara hi ha incerteses?

Encara queda un terreny ampli per a la recerca perquè encara tenim algunes preguntes per respondre, com,

per exemple, per què alguns embrions no s'implanten, o com aconseguir que una dona, amb una medicació concreta, pugui produir un nombre d'òvuls. La fecundació in vitro i les tècniques de reproducció assistida han entrat en la normalitat dels tractaments que s'ofereixen en centres públics i privats. Avui ningú, o gairebé ningú, s'amaga del fet de seguir un tractament de fecundació in vitro. Al principi, el nivell d'informació que tenia la població era limitat i de vegades no s'entenia del tot. Les dones que es tractaven ho compartien amb molta cura i només en el seu cercle íntim.

Els avenços desenvolupats en reproducció assistida han tingut influència o han derivat en recerques en altres àmbits de la salut?

La fecundació in vitro, a banda de ser una ajuda a parelles que tenen dificultats per aconseguir un embaràs, ens ha facilitat entendre molt bé la reproducció humana perquè ens ha permès estudiar els embrions com mai abans. Per tant, hi ha un vessant social, i un altre de progrés científic.

Tot el que s'està fent en aquests moments amb cèl·lules mare, sobretot amb cèl·lules mare pluripotents, deriva directament de la fecundació in vitro. Si no haguessim tingut disponibles els embrions, no tindríem cèl·lules mare embrionàries, i no s'estarien plantejant possibles tractaments per problemes degeneratius, de retina, cardiovasculars, de lesió medul·lar, etc.

Creu que les opinions sobre el que es fa en la ciència per part dels que no són científics són legítimes si no es fonamenten en un cert aprofundiment?

Jo crec que és legítim opinar sobre aquests temes encara que no siguis metge o científic, és clar que sí. No només és legítim, sinó que penso que és bo que tothom hi digui la seva. Ara bé, l'opinió s'ha de basar en la informació. El que no s'hi val és llançar opinions basades en tòpics, fal·làcies o prejudicis. És clar que els temes científics en què les persones tenen més a dir són els relacionats amb l'inici i amb el final de la vida.

Encara hi ha oposició a les pràctiques científiques que estem comentant?

Sempre hi ha hagut sectors que s'han oposat a fer recerca en embrions o a utilitzar la fecundació in vitro. L'Església catòlica encara no l'admet. Em sembla bé que cadascú defensi la seva idea, en tot cas a ningú se l'obliga a fer res. És una opció lliure. Vull matisar que no és només l'Església catòlica: altres confessions cristianes i no cristianes també mantenen diferents graus d'oposició. En el cas de la jerarquia religiosa, crida l'atenció que uns senyors, perquè solen ser se-

«Quan vam començar les possibilitats d'èxit en reproducció assistida estaven entre el 15% i el 20%, ara en el 50% o més»

nyors, que mai tindran fills, ni els compartiran amb ningú, acabin dient què cal pensar respecte al tema.

Parlava de diferents graus d'oposició...

Sí. Recordo pacients que m'havien expressat el seu neguit pel fet de ser creients i em deien que havien parlat amb el capellà de la seva parròquia i havien trobat una acceptació i un missatge de tranquil·litat i d'ànim que era molt diferent de la posició oficial de l'Església.

En aquests moments hi ha un fort debat sobre la maternitat subrogada. Què en pensa?

No es pot aprovar a correu una llei de maternitat subrogada. S'ha d'analitzar la qüestió molt a fons. Una gestació és llarga i s'estableixen uns lligams forts entre el fetus i la mare. En la majoria de casos estem parlant d'un intercanvi econòmic entre les persones que volen tenir el fill i la dona que el gestarà. Hi ha qui defensa que això pot ser així, però establint molt bé les normes de l'acord, i hi ha qui pensa que només ha de ser possible entre familiars o persones que tinguin algun tipus de vincle previ. Jo, per ser honesta, encara no sé si s'hauria d'aprovar la llei. Sí que tinc clar és que em fa una mica d'angúnia que es pagui a dones per fer aquest tipus de «servei», però, d'altra banda, el sacrifici és important i ha de merèixer alguna compensació, i a més poden aparèixer complicacions. La dona que ha llogat el seu úter pot penedir-se de la seva decisió o poden sorgir problemes derivats dels canvis legislatius en el decurs d'un procés de maternitat subrogada, amb la inseguretats consegüent.

Els paràmetres polítics semblen limitats per abordar la qüestió.

No pot ser només un debat polític, sinó social, amb experts de diferents camps i amb una àmplia perspectiva. A més, veiem com determinats partits s'alineen ràpidament en una posició fixa determinada per semblar més liberals com a estratègia electoral.

Ha d'haver-hi límits ètics a la recerca?

Absolutament, com a la pràctica mèdica i com en moltes altres activitats.

Qui ha d'establir-los?

En el cas de la reproducció assistida es va fer una llei el 1988; per tant, des d'aquell moment va quedar clar



què podíem fer i què no podíem fer. El problema és que la recerca avança de vegades molt més ràpid que el legislador. Per tant, les lleis han de tenir un marc ampli i flexible. La legislació actual és adequada tant a la demanda dels pacients com al que poden oferir els professionals. Per fer les lleis cal recollir les aportacions dels comitès de bioètica i dels mateixos professionals. Quan una llei es queda enrere i no cobreix una situació nova, els comitès de bioètica tenen un paper molt rellevant.

Pot donar un exemple d'una situació «nova»?

Ara fa poc a Nebraska una dona ha parit la seva neta. Aquesta senyora tenia un fill i una filla. El fill vivia en parella amb un home i tots dos volien ser pares. Aleshores es va obtenir un embrió a partir d'un espermatozoide del company del seu fill i d'un òvul de la seva filla i es va implantar l'embrió a aquesta senyora.

Això es podria fer a Espanya?

No, primer perquè estan prohibits els úters de lloguer. Després perquè aquí la donació d'òvuls i espermatozoides ha de ser anònima.

La fecundació in vitro també ha tingut un impacte sociològic.

Efectivament, els models de família han canviat en gran part com a conseqüència de la reproducció assistida. Tenim tota una sèrie de variants abans inimaginables. La ciència en aquest sentit actua com a estímul del canvi social. Ara, hi ha una manera molt més pautada de tenir fills per a una dona que no té parella, per exemple.

Des del 2005 dirigeix el Banc de Línies Cel·lulars del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona (CMR[B]). Quina és la tasca que es desenvolupa en aquest centre?

Es fa recerca en cèl·lules mare pluripotents amb l'objectiu d'acostar aquesta recerca a la pràctica clínica. Es parla de cèl·lules mare, però n'hi ha de molts tipus diferents. Les que nosaltres estem utilitzant al centre són o bé les que procedeixen d'embrions o bé de reprogramació, que és una metodologia que va inventar un científic japonès i que va rebre el premi Nobel per aquesta raó. Les pluripotents són les que es poden convertir en qualsevol tipus cel·lular de tots els que tenim a l'organisme. La idea és que, per exemple, a una persona que ha tingut un infart, en lloc de plantejar-li un transplantament de cor, se li faci un transplantament de cèl·lules per substituir les que li han deixat de funcionar en l'infart. També es podria

aplicar aquest mètode a la degeneració macular de la retina, i a altres finalitats.

En el nostre grup del CMR[B] estem treballant amb un equip de Teknon, amb Jordi Monés, experimentem amb porcs, fent una simulació del que podria ser la degeneració macular de la retina i intentem resoldre-la fabricant, a partir de cèl·lules pluripotents humanes, cèl·lules de l'epiteli de la retina, i tot seguit les injectem al porc. Aquest és un estudi preclínic imprescindible per passar després a l'assaig clínic.

S'ha divulgat que en un futur les cèl·lules mare tindran el potencial de tractar una gran quantitat de malalties i que podran reparar teixits específics o substituir òrgans sencers. On som ara mateix?

Pel que fa a les cèl·lules mare pluripotents s'estan fent els primers assajos clínics. Però hi ha altres tipus de cèl·lules mare que podem tenir al greix, a la sang o al moll de l'os que no són versàtils com les primeres i s'estan utilitzant en molts casos de manera poc seriosa per tractar tot tipus de malalties. Si entres a internet trobaràs les entrades que vulguis de cèl·lules mare. Però, abans de posar en circulació els tractaments, cal que estiguin degudament provats i contrastats. Precisament ha transcendit el cas d'unes pacients amb degeneració macular de la retina que van quedar cegues després d'un tractament amb cèl·lules que no eren pluripotents. Ara mateix ens trobem



El qüestionari permanent

Quin ha estat la fita mèdica que més ha beneficiat la humanitat?

L'aparició dels antibiòtics i la cirurgia van marcar un gran canvi.

Com ha de ser la convivència entre sanitat privada i pública?

Crec que ens hem de complementar. Hi ha serveis que es poden oferir indistintament en tots dos àmbits i d'altres que estaran disponibles només per a aquells que tinguin recursos per pagar-los.

Què pot aportar la gestió privada a un centre sanitari?

Més agilitat.

«Continua sent imprescindible que la gent tingui la informació científica per poder prendre decisions»

amb un gran potencial a l'horitzó, però encara cal fer molts estudis preclínics.

Com valora el paper de la medicina privada a Catalunya en la recerca?

Costa molt fer recerca en l'àmbit de la medicina privada perquè els recursos són limitats. Malgrat tot, se n'és fent i la prova és l'exemple que he esmentat abans.

Barcelona ha esdevingut un hub de recerca biomèdica. Què caldria fer per consolidar la posició de la ciutat?

Tenim centres de recerca potentíssims en molts àmbits i un gran prestigi internacional, però si volem mantenir-los i millorar-los cal invertir-hi molt més. Un govern que no entén que la ciència fa progressar el país, es quedarà atrapat. D'altra banda, cada vegada més el mecenatge està entrant dins la perspectiva de les grans empreses, però caldria fer una llei de mecenatge per estimular aquest model.

L'opinió pública comprèn els beneficis de l'activitat científica?

L'opinió pública no té accés directe a aquesta activitat, que ha de ser vehiculada pels mitjans. Un dels problemes del nostre temps és la immediatesa amb què apareixen i desapareixen les informacions, i això porta a un periodisme de titular, sense aprofundiment. Però continua sent imprescindible que la gent tingui la informació per poder prendre decisions. I és fonamental que els que estem en l'àmbit de la recerca fem una tasca de divulgació.

Veurem en els pròxims anys un canvi disruptiu en les ciències de la vida?

Un canvi així és difícil de preveure, però el que segur que veurem és com pràctiques que avui s'apliquen a qüestions molt concretes es generalitzaran. Per exemple, els *screenings* genètics, que ara es fan servir sobretot per analitzar el genoma de donants, passaran a ser habituals per a les parelles que volen tenir fills per minimitzar els riscos de malalties. Un altre exemple és la congelació d'òvuls, que s'utilitza en determinats tractaments que afecten la fertilitat per preservar-la i recuperar-la quan el tractament hagi acabat, i que probablement es faran servir sense que hi hagi cap malaltia, simplement com un element de planificació de la maternitat en el futur.

Nous requisits en el Model d'Accreditació Sanitària



El nou Model d'Accreditació Sanitària (MAS) per a l'atenció hospitalària aguda a Catalunya, actualitzat i més proper al Model EFQM d'Excel·lència

En aquesta proposta de nou model s'hi presenten un total de 213 canvis respecte a la versió actualment vigent. Hi ha estàndards nous, uns altres han passat a ser essencials i d'altres han sofert modificacions en la redacció. D'estàndards nous n'hi ha un total de 15, un dels quals inclou 37 indicadors prioritaris del quadre de seguretat del pacient. Per tant, el nou MAS recull 51 estàndards nous (14+37), que no preveia el MAS vigent des del 2013.



Nous estàndards per al nou context

L'actualització pel que fa als continguts respon a la necessitat d'adaptar-se a l'evolució del sector, tant a escala nacional com internacional. Els nous estàndards volen alinear els centres sanitaris amb les noves necessitats i realitats assistencials, i se centren en quatre àmbits:

- Seguretat del pacient
- Humanització de l'assistència
- Seguretat de l'aigua
- Promoció de la salut clínica

Canvi en el sistema de puntuació

La metodologia d'avaluació inclou el rendiment de resultats i no només el fet de disposar d'indicadors, com fins ara. Ja no n'hi haurà prou amb les mesures dels resultats, sinó que caldrà demostrar una tendència positiva (un mínim de quatre resultats) i tenir uns objectius adequats i assolits. A més, aquestes valoracions es faran amb cada subcriteri.

Aquest és un dels canvis més significatius del nou MAS en la línia del Model EFQM d'Excel·lència. Amb el nou model, els resultats són rellevants, però també cal treballar per a la millora contínua, tant pel que fa a tendència com a objectius.

Terminis i pròrrogues

El nou Model d'Accreditació Sanitària (MAS) per a l'atenció hospitalària aguda a Catalunya entrarà en vigor en els pròxims mesos. L'esborrany, que es va publicar el novembre del 2018, es troba actualment en fase d'al·legacions. El MAS del 2013 ha viscut diferents pròrrogues, l'última de les quals fins al 30 de setembre del 2019, i sembla possible que n'hi hagi una extensió, ja que el MAS definitiu encara no s'ha publicat i, per tant, els centres encara no han dut a terme l'avaluació externa.

Com a experts en aquesta àrea i en el sector, els consultors de Comtec ajudem els centres hospitalaris amb avaluacions en les quals aportem una visió imparcial i externa del grau d'assoliment de tots els estàndards (avaluació completa) o només dels nous i dels modificats (avaluació incremental). També oferim un servei d'informació i de resolució de dubtes sobre els detalls i les novetats que comunica el Departament de Salut.



JORDI BESORA
CONSULTOR DE COMTEC QUALITY

DOCTORA SILVIA CARRASCO

Directora de la Unitat de Transferència de Tecnologia i Coneixement de l'Institut de Ciències Fotòniques



Llum per a la salut

La biofotònica, fotònica biomèdica o fotomedicina, és una àrea emergent a escala mundial. Parlem de l'estudi i les aplicacions de la llum al desenvolupament de tècniques de prevenció, diagnòstic i teràpia de tot tipus de patologies i malalties. Les tècniques disponibles actualment es basen en diferents fonts de llum, sobretot llum làser. Avui, la fotomedicina té un paper destacat en diverses àrees de la medicina, com la dermatologia, l'oftalmologia, la cirurgia, la cardiologia i l'oncologia. Les eines que actualment ja es troben disponibles, o que es troben en una fase molt activa de recerca, inclouen una gran varietat de tècniques avançades d'imatge, tècniques de detecció i activació molecular, noves eines de cirurgia de precisió extraordinària, tecnologies de manipulació cel·lular i de nanocirurgia, o diverses teràpies fotodinàmiques per al tractament d'alguns tipus de càncer. Malgrat

tots aquests avenços, el potencial de les tecnologies fotòniques en aquest camp no ha fet sinó començar. La capacitat única de veure, analitzar, manipular, tallar, escalfar, tractar, activar, etc., proporciona a la fotònica, en col·laboració amb altres tecnologies, un potencial creixent per a la medicina del futur.

Els esforços d'investigació de l'ICFO en aquesta àrea es focalitzen en els camps següents:

- Imatge avançada i tecnologies de nanoscòpia i superresolució basades en llum aporten solucions capaces de visualitzar característiques que són impossibles de detectar o resoldre mitjançant tècniques de microscòpia tradicional per la seva mida, més petita que el límit fonamental de difracció de la llum visible. També ofereixen solucions per visualitzar processos amb dinàmiques ultraràpides o per resoldre la presència de substàncies específiques sense necessitat de marcadors *ad hoc*, etc.
- Eines ultradelicades i ultraprecises per a la manipulació de material biològic i per a cirurgia d'altíssima precisió.
- Eines de diagnòstic que acosten els laboratoris al pacient: la combinació de llum i nanotecnologia permet detectar amb precisió extrema marcadors de diferents malalties en xips de la mida d'una moneda, en minuts i amb només una gota de sang.

Les possibilitats que això ofereix al diagnòstic precoç de patologies, així com al seguiment adequat dels pacients, són extraordinàries.

- Teràpies basades en llum: de nou la combinació de nanotecnologia i llum per destruir cèl·lules i teixits, combatre infeccions o activar fàrmacs a nanoescala són algunes de les línies d'investigació que l'ICFO empeny en aquesta àrea.
- Monitoració no invasiva de malalties i de l'eficàcia dels seus tractaments: una aplicació en la qual l'ICFO treballa és la monitoració no invasiva quantitativa i en temps real del flux sanguini i la quantitat d'oxigen en sang mitjançant una òptica difusa. Això té aplicacions en nombroses àrees, com la isquèmia cerebral aguda, l'oncologia o malalties musculars. Els dispositius estan ara sent assajats en unitats de cures intensives de diversos hospitals. En paral·lel treballem en solucions portables, que permeten un ús fora de l'hospital, així com en *wearables*.

El programa Llum per a la salut de l'ICFO és possible gràcies al suport de moltes entitats, incloent-hi la Generalitat de Catalunya, la Comissió Europea, el Ministeri de Ciència, i especialment el mecenatge de les Fundacions Cellex, Mir-Puig i "la Caixa". El programa de l'ICFO forma part de la xarxa mundial Biophotonics for Life.

«Avui, la fotomedicina té un paper destacat en àrees com la dermatologia, l'oftalmologia, la cirurgia, la cardiologia i l'oncologia»

«La bioètica no busca el millor en abstracte, sinó el millor en cada cas»

MARC ANTONI BROGGI

DOCTOR EN MEDICINA I CIRURGIA

Marc Antoni Broggi, doctor en Medicina i Cirurgia, és president del Comitè de Bioètica de Catalunya. Els darrers anys s'ha especialitzat en les relacions metge-pacient i ha escrit diversos articles i ponències sobre bioètica, com també el llibre *Per una mort apropiada*.



Com es pot definir la bioètica?

La bioètica és una reflexió crítica amb els avenços de la medicina perquè no tot el que és possible és convenient.

Els principis de la bioètica poden entrar en conflicte entre ells?

Aquesta qüestió és essencial. No és que puguin entrar en conflicte, és que sovint ho fan. Per això calen col·lectius que pugui analitzar cada cas que es planteja i pronunciar-s'hi de manera útil, sense biaixos ideològics o corporativistes. La bioètica és empírica i resol casos concrets. No busca el que és més bo en abstracte, sinó el que és bo en aquell cas. Això no treu que pugui contribuir a la creació de normes generals, com ha fet a Catalunya amb la Llei d'autonomia del pacient.

Quan parla d'aquests col·lectius d'anàlisi, a què es refereix?

Parlo dels comitès de bioètica. Va bé que n'hi hagi un en cada centre sanitari per la proximitat als problemes. Però també és interessant que hi hagi comitès fora dels centres que s'ocupin de qüestions generals com ara la legislació. Pel que fa als comitès dels centres, cal una formalització per garantir que responguin

a uns determinats requisits: han de ser plurals, pluridisciplinaris i operatius. A Catalunya aquests requisits ja es van establir el 1991. Els comitès generals han de respondre també a aquests criteris i han d'estar al servei de l'Administració, de les societats científiques i de la ciutadania. Tots els comitès han de ser consultius, tret del cas dels assajos clínics amb medicaments, cas en què tenen la possibilitat de vetar-los.

La disponibilitat de recursos econòmics pot condicionar aspectes ètics?

La bioètica se centra en les decisions clíniques entorn del malalt, però també se li reclama que es pronunciï en aspectes com ara la distribució de recursos o l'equitat. Precisament el Comitè de Bioètica de Catalunya ha publicat un treball sobre això: *El principi de justícia en el sistema sanitari*. Hi ha més estudis en aquest àmbit, que és molt complex. Jo diria, per resumir-ho, que la qüestió dels recursos econòmics, que afecta tant l'àmbit públic com el privat, no ha de desvirtuar el desig d'universalització de l'atenció sanitària i d'equitat que la població catalana vol majoritàriament. Crec que l'equilibri que hem mantingut fins ara entre allò públic i allò privat, si és manté, fa viable aquest desig.

Com es veu des de la bioètica la revolució tecnològica?

Avui és més necessària que mai la reflexió sobre l'aplicació de les tècniques mèdiques i sobre els límits. La tecnologia permet, per exemple, operar persones molt grans, però en darrer terme el malalt ha de poder decidir si vol ser operat o no. Ell ha de posar el límit. Durant segles l'objectiu primer era lluitar contra la malaltia i això legitimava la imposició. Ara l'objectiu és atendre una persona que ens demana ajuda.

Una ajuda que pot ser per no patir al final de la vida?

Amb la legislació que tenim podem evitar actuacions que la persona no vol i lluitar contra el dolor adequadament. Ara és permès que la mort arribi sense posar-hi impediments, però cal fer un pas més, que és permetre fer accions perquè la mort arribi quan un ja no vol viure. És bo per a la societat que aquesta possibilitat existeixi.

Com valora la tasca que ha fet el Comitè de Bioètica de Catalunya?

Fa 25 anys que existim i hem fet molta feina, tot i que no som gaire visibles a la societat. Però, ens els àmbits clínics i administratius, crec que hem ajudat i ho volem seguir fent.

Avenços d'alta tecnologia en càncer de pròstata

L'ACES i el grup Ferrer van organitzar el 29 de març una sessió divulgativa per informar de les tècniques de diagnòstic i els tractaments més capdavanters en el càncer de pròstata, que actualment és el segon càncer més diagnosticat en el nostre entorn, i el primer en homes. La sessió va comptar amb un elevat nivell científic gràcies a la presència d'alguns dels experts més destacats en aquest àmbit.

La sessió es va desenvolupar a l'auditori del Banc Sabadell a Barcelona i va ser introduïda per Josep Ignasi Hornos, president de l'ACES, que va destacar que «la combinació entre els avenços mèdics multidisciplinaris i la transformació digital permetrà passar del paradigma de *sick care* (cura de la malaltia) al de *healthcare* (cura de la salut)».

Igualment, va afegir que el càncer de pròstata és un bon exemple d'aquest canvi d'enfocament. Tot seguit, Ricardo Castrillo, director general de Laboratoris Ferrer, va expressar la intenció de la companyia de seguir treballant en el camp de l'urooncologia i es va comprometre a aprofundir en la divulgació d'un camp mèdic «que encara no té la projecció



social que li correspondria comparat amb el d'altres malalties d'impacte similar».

CIRURGIA ROBÒTICA

Fernando González-Chamorro, cap clínic d'urologia de l'Hospital San Rafael de Madrid i professor associat de la Universitat Francisco de Vitoria, va situar la malaltia en context, recordant la seva gran incidència tant a Europa com a l'Estat, amb gairebé mig milió de casos nous diagnosticats cada any al continent i més de 30.000 a Espanya, amb 5.400 morts anuals en aquest darrer àmbit. Actualment, a escala global, la mortalitat està disminuint al primer món, però està augmentant als països en desenvolupament. González-Chamorro va subratllar que el cribatge del càncer de pròstata, amb l'ús de tecnologies cada cop més avançades, ha tingut un paper decisiu a l'hora de reduir els càncers metastàtics. Es detecten més càncers, però amb un estat de desenvolupament molt inicial, fet que augmenta les possibilitats d'èxit dels tractaments.

Tot seguit, el cap clínic d'urologia de l'Hospital San Rafael es va centrar en les intervencions





quirúrgiques. Cada any es fan a l'Estat 12.000 cirurgies radicals de pròstata. El 2015 només hi havia 26 sistemes d'intervenció robòtica a tot l'Estat i quatre anys després ja n'hi ha 60, un 84% dels quals es dediquen al càncer de pròstata, «una aplicació en la qual els centres privats hem estat pioners», segons González-Chamorro. Pel que fa als resultats, «aquesta cirurgia permet accedir a la pròstata amb una precisió més elevada que qualsevol altra tècnica, i és l'únic tractament que

ha demostrat, en casos de risc baix i mitjà, millores en la supervivència de malaltia específica».

RESSONÀNCIA MAGNÈTICA NUCLEAR

Raúl Martos, metge del Servei d'Urologia de l'Hospital Clínic de Barcelona i soci d'UROS del Centre Mèdic Teknon, va glossar per als assistents les aportacions al diagnòstic que ha fet la ressonància magnètica nuclear. Les limitacions de les biòpsies transrectals van portar a la preeminència

de les ressonàncies per la seva capacitat de detectar els càncers més agressius, entre altres avantatges. Raúl Martos va posar en relleu l'existència de diversos estudis que demostren que la ressonància magnètica detecta una major proporció de càncers clínicament significatius i redueix el diagnòstic dels no significatius.

A més, l'any 2012 es van establir unes directrius en les ressonàncies destinades a la pròstata per homogeneïtzar els informes emesos pels radiòlegs a fi de re-



App de comunicació per a professionals mèdics

Quan la vida del pacient està en perill, els metges han de prendre decisions ràpides basades en la informació i les imatges mèdiques que tinguin a mà.

Join resol els principals reptes de comunicació per a equips multidisciplinaris, dins i fora de l'hospital.



Comunicació ràpida mitjançant chat, missatge de veu o vídeo trucada



Accés mòbil a PACS, RIS i altres modalitats a mitjançant el visor DICOM que incorpora



Protecció de dades d'alt nivell i GDPR-proof (certificació ISM ISO27001)



duir la subjectivitat en la interpretació i així aconseguir més estandardització en aquests informes. Raúl Martos es va referir també a la importància «del grau d'expertesa dels radiòlegs a l'hora d'encertar en els resultats». Finalment, el doctor Martos va explicar les aportacions de la resonància al coneixement de l'estadi en què es troba la malaltia un cop diagnosticada i va indicar que la resonància magnètica «ha canviat el paradigma del diagnòstic» i que «encara veurem molts canvis en aquest terreny en els propers 10 anys».

BIÒPSIA LÍQUIDA

José Rubio Briones, cap del Servei d'Urologia de l'Institut Valencià d'Oncologia (IVO) de l'Hospital Nisa 9 de Octubre de València, va parlar de les anàlisis efectuades per l'IVO al Select Mdx, un test de biòpsia líquida que, distribuït a Espanya per Ferrer, «és capaç d'optimitzar el diagnòstic de càncer de pròstata d'alt risc».

Es tracta d'una prova de diagnòstic basada en una mostra d'orina que, per una banda, és útil per als uròlegs per identificar quins pacients poden evitar procediments de biòpsia, «amb una potencialitat d'estalvi de biòpsies del 40%, en un escenari de *screenings* oportunistes, com els que fem cada dia», segons el doctor Rubio Briones. Per altra banda, també ajuda a reduir la necessitat de resonància multiparamètrica d'inici. Dos aspectes que, a banda de ser significatius mèdicament, «també tenen les seves repercussions econòmiques en els centres».

GENÈTICA, BIG DATA I IA

Antonio Alcaraz, cap del Servei d'Urologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, catedràtic d'Urologia de la Universitat de Barcelona (UB) i uròleg del Centre Mèdic Teknon, va fer l'última exposició de la sessió. Va començar afirmant que «la combinació entre genètica, *big data* i intel·li-

gència artificial ens està portant cap a una medicina de precisió en el càncer de pròstata». Segons el doctor Alcaraz, «el tractament del càncer de mama va uns cinc o deu anys per endavant perquè en aquest àmbit es va començar ja fa temps a fer medicina de precisió». Igualment, va afegir que «tant en un tipus de càncer com en l'altre cada cas és singular i diferent de la resta i això és el que dona sentit a aquesta medicina».

El catedràtic d'Urologia de la UB va parlar de l'alta variabilitat en l'evolució dels tumors i de la necessitat de respondre a aquests reptes en els tractaments. «Aprendre del que ha succeït a centenars de milers de pacients, més que no pas a un petit grup, és important i aquí és on intervé el *big data*, més encara quan la computació quàntica promet multiplicar per mil les capacitats dels ordinadors». Antonio Alcaraz va pronosticar que els equips oncològics del futur canviaran «per incorporar cada vegada més genetistes i bioinformàtics», si bé va afegir que «l'ull clínic del metge i el seu diàleg i suport al pacient seguiran sent necessaris». També es va mostrar esperançat en l'avenç cap a un increment en la cronificació i supervivència dels casos més greus.

JOSEP M. OLIVÉ

ENGINYER INDUSTRIAL I ADMINISTRADOR DE GESESA



«Quan parlem de neteja, també estem parlant de prestació sanitària»



Que té de particular la neteja en un hospital?

No podem dir que la neteja dels hospitals sigui una neteja més. Ni tan sols semblant a qualsevol altra. La neteja dels hospitals forma part del producte sanitari, de la prestació sanitària que només pot fer-se amb la desinfecció necessària en el procés de la neteja. Per tant, no estem parlant d'un servei auxiliar, sinó de la mateixa prestació sanitària.

En què es diferencia d'altres neteges?

El cicle comença amb l'obtenció i el manteniment d'unes ISO, que en si mateixes no són indicatives més que d'un determinat rigor en fer les coses. Conti-

nua amb un protocol que es fa i actualitza tantes vegades com sigui necessari, per modificació de productes químics, de procediments o de la geometria del centre. Segueix amb una formació planificada, acurada i afavorida des de la contracta a tot el personal que hi està implicat. Continua encara amb els controls adequats de qualitat, ben dissenyats i que assegurin el treball idoni de tot el personal i dels productes utilitzats i amb una motivació del supervisor del centre cap a tot el personal, per aconseguir els resultats desitjats amb la màxima il·lusió possible per la feina, com també la màxima garantia d'excel·lència en el treball.

Les infeccions nosocomials tenen relació directa amb la neteja?

Com diu el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya la neteja és el primer pas, i més imprescindible, per aconseguir èxit en el control de la infecció nosocomial. Si no es fa de manera professional i concreta, compromet l'efectivitat de la desinfecció o de l'esterilització. És per això, i per la importància de les reinfeccions, que no podem parlar de neteja i higiene hospitalària d'una manera banal o ni tan sols dir-ne neteja, sinó higienització. Aquesta és la clau per entendre que la contracta ha de ser experta en el món hospitalari.

I com podem distingir la qualitat de la neteja-desinfecció en un centre sanitari?

La qualitat de la neteja és silenciosa. Hi ha un llindar en el qual és difícil de monitorar quin és el nivell, i només el temps és capaç de subratllar la feina feta pel servei o per la contracta. Evidentment, en l'àmbit hospitalari les infeccions nosocomials poden indicar la qualitat de la neteja-higiene del centre, encara que la seva gènesi és complexa i, fins i tot existint una relació directa entre els dos factors, aquesta relació no és unívoca i, per tant, difícil d'objectivar.

Per això de vegades els centres, acostumats a disposar d'una estudiada, perseguida i acurada qualitat en el servei de neteja, pensen que és independent de la contracta, però no és així. Només la gestió diària de l'expert garanteix que la qualitat segueixi sent la desitjada pel centre.

Això vol dir, doncs, que és millor que el centre tingui el seu propi equip de neteja?

Rotundament no. Cadascú ha d'ocupar-se del que sap fer. La neteja hospitalària va modificant els estris i els procediments a fi d'optimitzar els resultats higiènics. L'especialista, la contracta especialitzada, com qualsevol professional, estudia sempre les millors alternatives i en testa els resultats. És difícil des dels serveis propis donar-hi la importància que requereix el servei i que sap donar la contracta especialitzada.

«La neteja, si no es fa de manera professional i concreta, compromet l'efectivitat de la desinfecció o de l'esterilització»

Aspectes fiscals i laborals 2019

El 12 de febrer l' ACES va organitzar una sessió per informar de les principals novetats en l'àmbit fiscal i laboral per al 2019. La sessió es va desenvolupar a la seu central a Barcelona de PIMEC , i va comptar amb la participació del president de l'ACES, Josep Ignasi Hornos; del director Lluís Monset; de dos experts en assessoria fiscal d'AUREN, Lluís Basart i Cristina Batlle, així com de l'advocada i assessora laboral de l'ACES, Eva Muñoz.

Josep Ignasi Hornos va destacar la recent culminació del conveni col·lectiu del sector privat i va felicitar l'equip negociador de l'ACES pel seu esforç a tancar un acord important després d'unes negociacions difícils. En aquest sentit, es va congratular d'haver aconseguit un resultat molt més avantatjós que l'obtingut en el conveni de Madrid signat per al període 2017-2020, tant en la part econòmica com pel que fa a condicions laborals.

El president va tenir un sentit record per a l'advocat laboralista i secretari general d'ACES, José An-

tonio Fernández Bustillo, traspassat el 15 de gener, qui va estar vinculat a la patronal sanitària des dels seus inicis fa més de 4 dècades, i que va participar activament en les negociacions del conveni del sector durant l'últim any.

INSEGURETAT JURÍDICA

Els representants d'AUREN van ressenyar la normativa aprovada el 2018 en matèria tributària i van esmentar la que es trobava en projecte, pendent d'aprovació. Lluís Basart va efectuar una doble crítica a l'evolució legislativa recent. D'una banda va subratllar que darrerament s'han anat aprovant novetats fiscals «a cop de decret» i, de l'altra, va destacar la incertesa sobre la legislatura, que dies després es va confirmar amb la convocatòria d'eleccions generals anticipades. En l'àmbit legislatiu el més important ha estat la no aprovació dels pressupostos generals de l'Estat. Basart va advertir, per tant, que la introducció de novetats normatives en l'àmbit fiscal quedava «absolutament condicionada» per aquest fet i va afegir que les circumstàncies «eren generadores d'inseguretat jurídica per a tots els contribuents, ja siguin persones físiques o jurídiques».

Els experts van glossar la nova jurisprudència fent referència a alguns pronunciaments d'interès recents. Segons Cristina Batlle, «en els darrers mesos, mentre l'activitat legislativa ha estat més aviat escassa, la jurisprudencial han estat més abundant i en alguns casos ha tingut una projecció mediàtica inusual, com, per exemple, el canvi de criteri del Tribunal Suprem respecte al pagament de l'impost d'actes jurídics documentats (AJD) en les hipoteques».

Malgrat la feble activitat normativa, es van expo-



sar els canvis més destacables aprovats l'any anterior. En el cas de l'IRPF, Cristina Batlle va fer èmfasi en l'ampliació de la deducció per maternitat en 1.000 euros més per a aquelles mares treballadores que hagin satisfet despeses per custòdia d'infants menors de tres anys en escoles bressol i centres d'educació infantil.

Pel que fa a l'impost de societats, la novetat més remarcable és el pronunciament de l'Audiència Nacional amb relació a la possible inconstitucionalitat del denominat «pagament fraccionat mínim» a l'espera que les instàncies jurídiques superiors s'hi pronuncïin. A escala estrictament legislativa no s'ha produït cap canvi rellevant. En l'àmbit de l'IVA, es va esmentar l'ampliació dels supòsits per aplicar el tipus superreduït del 4% als serveis de teleassistència i ajudes a domicili, amb efectes des del juliol del 2018.

Quant als tributs propis de Catalunya, la situació segueix sent incerta atès que alguns es troben suspesos i pendents de sentència del Tribunal Constitucional; altres estan pendents de desenvolupament reglamentari. Aquells que estan en vigor, i que tenen un pes recaptatori important, no han patit modificacions.

NOU CONVENI COL-LECTIU

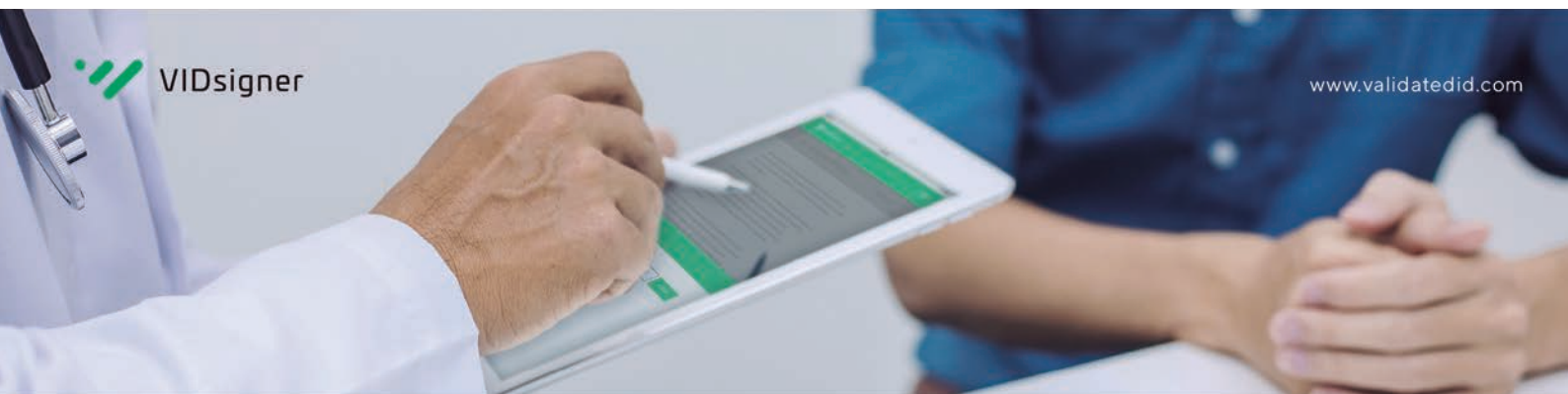
La sessió va acabar amb la presentació dels aspectes més importants del Xè conveni col·lectiu del sector a càrrec d'Eva Muñoz. El conveni estarà vigent fins al 31 de desembre del 2019 amb la previsió de dos anys d'ultraactivitat un cop concloua la durada pactada, i contempla un increment salarial total del 3,4%.

Les principals novetats, respecte al conveni ante-



El nou conveni col·lectiu estarà vigent fins al 31 de desembre del 2019 amb la previsió de dos anys d'ultraactivitat un cop concloua la durada pactada

rior, són en àmbits tan diversos com els permisos i les excedències; les condicions de la carrera professional; el model de sistema d'incentivació professional, l'absorció i compensació; la formació contínua; la violència soferta pels professionals; les mesures d'igualtat per al col·lectiu LGTBI, i la subrogació convencional. La presentació del conveni va suscitar un gran interès entre els assistents, que van plantejar a la ponent qüestions detallades sobre les implicacions d'algunes de les novetats exposades.



VIDsigner

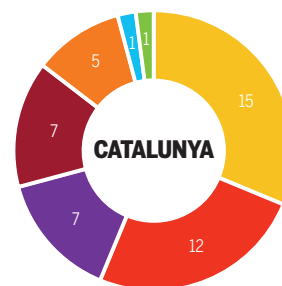
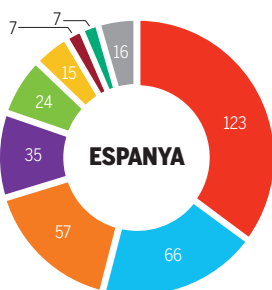
www.validatedid.com

LES PERSONES SÓN EL PRIMER

SIGNATURA ELECTRÒNICA DE CONSENTIMENTS INFORMATS I D'ALTRES DOCUMENTS RELLEVANTS ALS CENTRES DE SALUTS I SERVEIS SOCIALS.

VIDSigner és la solució de signatura electrònica que s'integra amb el seu programa de gestió i que permet gestionar de manera molt més eficient els documents que requereixen la signatura de pacients i facultatius, com els formularis d'admissió o els consentiments informats.

VIDsigner, desenvolupat per Validated ID, és el servei de signatura electrònica amb més nombre d'integracions en el sector salut.



Amb motiu de les eleccions, l'ACESinfo ha formulat dues qüestions als principals partits.

1. Cal reformar el sistema sanitari públic? Si és així, en quin sentit?
2. Com valoreu el paper de la sanitat privada?



1

El sistema sanitari públic català va ser capaç d'aprofitar els recursos existents, en un moment determinat, per donar resposta satisfactòria a les necessitats de la ciutadania. Tenim un model universal, que assegura l'accessibilitat de totes les persones al sistema amb una satisfacció dels usuaris molt elevada. Ara bé, la societat evoluciona i les demandes i necessitats de la ciutadania també. Amb l'augment de l'esperança de vida s'han incrementat les malalties cròniques i això exigeix una adequació del sistema sanitari públic en perspectives al futur.

Creiem que cal una integració dels serveis de salut i benestar per adequar-se a les diferents realitats de les persones com a col·lectiu i com a individus en els diferents territoris; l'equitat n'ha de ser la premissa i la descentralització també. Per tant, apostem per un sistema sanitari universal, equitatiu, integrat, descentralitzat amb una Atenció Primària resolutive com a veritable eix vertebrador de l'entorn de les persones pel que fa a la seva salut i benestar, que coordini l'atenció especialitzada i en adequada comunicació i intercanvi amb l'àmbit hospitalari.

2

Hi ha una part de la societat que demana i tria els serveis sanitaris privats i cal donar efectivament resposta a aquesta demanda. La complementarietat és un element clau. Ara bé, les polítiques sanitàries del país han d'assegurar, garantir i vetllar per la qualitat, l'equitat i l'accessibilitat de l'atenció a tots els ciutadans que utilitzen els serveis sanitaris i des de l'àmbit públic hem de poder garantir una prestació de serveis integral i eficaç de manera que l'elecció entre públic i privat no respongui a una qüestió de necessitat sinó a la lliure elecció.



1

La protecció de la sanitat ha de ser un dret fonamental. En

aquest sentit, sí que necessita una reforma. El PSC vol una sanitat pública de qualitat i accessible per a tothom, i això necessita una aposta política i pressupostària ferma i decidida. Això és el que hem volgut fer en aquests mesos al Govern. Hem aprovat el decret d'universalització i els PGE 2019 preveien la supressió dels copagaments farmacèutics per a les persones amb rendes baixes. Hem de reduir llistes d'espera, que a Catalunya són especialment greus perquè el Govern de la Generalitat ha retallat en sanitat igual que ha fet el PP al conjunt d'Espanya.

2

La sanitat pública és un dret individual i ha de ser gratuïta i universal perquè tothom hi té dret. La sanitat privada ha de ser una opció afegida, però mai ha de substituir la pública. El PP i el Govern de Catalunya han afavorit la gestió privada, que mai s'ha demostrat que sigui més eficient que la pública. El Sistema Nacional de Salut està sempre disponible, independentment de les circumstàncies socioeconòmiques de les persones. Tenim una de les millors sanitats públiques del món, malgrat les retallades de la dreta. Som el tercer sistema més eficient del planeta i el segon país en esperança de vida, i això vol dir alguna cosa.



1

Des d'En Comú Podem hem desenvolupat un programa de salut que més que a reformar el sistema públic de salut va dirigit a recuperar el model sanitari públic, finançat amb impostos i sense prepagaments ni repagaments, universal, equitatiu i de qualitat, i que, a més, estigui sotmès al control democràtic i la participació social.

Perquè la salut és un bé social i un dret humà fonamental que ha de ser garantit per les institucions de l'Estat mitjançant les seves polítiques econòmiques, socials i culturals, i un motor de desenvolupament social, econòmic i polític del nostre país, fonamental per reduir les desigualtats en les condicions de vida de la població. Cal canviar dràsticament les prioritats polítiques enfront de l'actual disseny privatitzador,

desenvolupant un programa de rescat dels serveis públics de salut, amb la finalitat de garantir la sanitat pública universal i els drets socio-sanitaris de les persones.

La salut és un pilar bàsic del nostre estat del benestar, que ha estat objecte de fortes retallades als recursos públics que s'hi destinen, en un intent de desacreditar i fer insostenible el Sistema Nacional de Salut (SNS) i així fomentar la mercantilització de la salut.

Per a aquesta recuperació cal:

- partir de la consideració de la salut com un dret fonamental;
- assegurar uns serveis de salut orientats a la salut de la comunitat: prevenció, promoció i assistència sanitària;
- millorar la qualitat, l'eficiència, l'equitat i l'avaluació de l'SNS. Recuperar la gestió pública de serveis, amb la creació d'un organisme independent auditor que garanteixi la transparència de les dades de gestió i els resultats;
- garantir la independència del sistema sanitari amb relació a la indústria farmacèutica i biotecnològica;
- en els objectius i la planificació de l'SNS, afavorir una participació del personal sanitari i de la ciutadania, veritables actors del sistema.

2

Cal reconèixer, particularment a Catalunya, l'existència d'un sector sanitari privat, vinculat principalment a figures com les mútues i assegurances mèdiques, que compleix una finalitat social atenent les demandes d'una part de la població, amb uns professionals d'excel·lent qualitat.

Ara bé, no podem compartir un model en què aquest sector privat es faci càrrec de la gestió de serveis públics finançats per tota la ciutadania, associats al Sistema Nacional de Salut (SNS). Cal tenir present que el sector privat té una finalitat de lucre que és difícilment compatible amb un servei públic universal adreçat a tota la població, amb independència de la seva capacitat econòmica, i que ha de ser útil per a la reducció de les desigualtats.

La progressiva pèrdua del caràcter públic de la gestió, associada a un context de reducció de la inversió en salut, ha tingut un impacte més que perceptible sobre la qualitat del servei que s'ofereix des de l'SNS i les condicions de treball del personal dels serveis sanitaris, que amb la seva feina són una autèntica garantia de manteniment d'uns estàndards mínims de servei a la ciutadania. D'aquí les nostres propostes de reversió dels serveis privatitzats, amb mecanismes de control i avaluació de l'acompliment dels contractes de gestió, amb possibilitat de rescissió de contractes.



1

El sistema públic de salut necessita unes quantes reformes sense renunciar a la universalitat en l'accés i a un finançament basat majoritàriament en els impostos. És evident que calen canvis per adaptar-se a la cronicitat i a les necessitats

dels ciutadans i els professionals. Proposem un pacte de sostenibilitat del sistema que permeti incorporar la innovació. Actualment, el servei públic a Catalunya disposa d'una provisió diversa que genera qualitat i eficiència.

2

El sistema privat és una opció de què disposen els ciutadans de Catalunya, de llarga tradició, que complementa la sanitat pública.



1

A Cs creiem en una sanitat universal pública i de qualitat com un dels pilars bàsics de l'estat del benestar. Al nostre parer, és clar, és perfectible i queden moltes coses per fer per tal de garantir-ne el ple accés en igualtat de condicions. Som partidaris, per exemple, d'establir una Targeta Sanitària Única perquè qualsevol ciutadà rebi els mateixos serveis i prestacions a tot el territori nacional. A més, apostem per despolititzar la sanitat perquè sigui gestionada pels millors professionals, perquè puguin, entre altres coses, aturar el greu problema de les llistes d'espera.

2

Pel que fa a la sanitat privada, a Cs respectem el dret a la lliure elecció dels ciutadans, però això en cap cas ens allunya del nostre compromís amb un sistema de salut pública universal que garanteixi la igualtat en l'accés per a tots els ciutadans.



1

Els principis que entenem que han de regir el sistema sanitari públic són la universalitat, l'equitat i la sostenibilitat. Si falla algun d'aquests es debilita el sistema; per tant, cal adoptar totes les mesures necessàries per garantir l'equilibri entre aquests principis i mantenir la qualitat del sistema. Sense cap mena de dubte les llargues llistes d'espera a consultes, proves diagnòstiques i intervencions signifiquen un deteriorament de la universalitat i l'equitat, i requereixen l'adopció de les reformes necessàries que permetin corregir aquestes disfuncions sense comprometre la sostenibilitat del sistema, que n'ha de permetre la viabilitat futura.

2

El principal objectiu dels poders públics amb relació a la sanitat és garantir la salut pública, i en aquest sentit cal tenir presents tots els mitjans disponibles amb independència de la seva titularitat. Per aconseguir aquest objectiu disposem de mitjans públics i mitjans privats, i en la mesura que els recursos públics ni són ni poden ser infinits, són necessaris els mitjans privats. Per això entenem la sanitat privada com un complement de la sanitat pública per assolir l'objectiu final, que és la salut pública. És precisament aquesta dualitat la que atorga un plus de qualitat al nostre sistema sanitari.

PRIMER TRIMESTRE DELS GRUPS DE TREBALL

- El grup dels **Centres Sociosanitaris** es va reunir el 28 de gener i el 6 de març per abordar la situació davant la vaga convocada a principis d'abril amb els sindicats signants del conveni col·lectiu de concertades, així com el seguiment de l'avaluació dels indicadors de qualitat. També el 28 de gener el nou grup de **Diàleg amb Asseguradores** va acordar fer un estudi sobre l'evolució dels preus i honoraris de les asseguradores.
- El grup **Directors Mèdics** va perfilar el full quirúrgic i va informar sobre les novetats del Conveni Col·lectiu de la Sanitat Privada el 19 de febrer. A finals d'abril el grup vol tractar la viabilitat del comitè d'ètica sota el paraigua de l'ACES.
- El 20 de febrer el grup de **Recursos Humans** va debatre les novetats del conveni col·lectiu de la sanitat privada i va decidir enviar de nou la graella d'absentisme per tal d'omplir les dades de l'any 2018 als centres. L'11 d'abril va presentar l'estudi d'absentisme dels anys 2015 al 2018, i va tractar les novetats laborals previstes en els reials decrets llei 6/2019 i 8/2019.
- El 4 de març l'empresa MedAspis es va reunir amb el grup de **Farmàcia** per presentar una aplicació per donar compliment a la Directiva 2011/62/UE sobre la falsificació de medicaments. A continuació, es va fer un seguiment de la situació dels centres amb relació a aquesta directiva.
- El grup d'**Infermeria** va debatre el 19 de març sobre la prescripció infermera i el posicionament del Consell de Col·legis; el projecte Nursing Now; la manca de professionals, i la Jornada Anual d'Infermeria de l'ACES prevista per a la tardor.
- El grup de **Trànsit** es va reunir el 17 de gener, el 7 de febrer i el 7 de març, i va portar a terme: l'elecció del president del grup, el seguiment del nou conveni, l'exposició d'incidències del programa CAS i un debat sobre el manual de criteris. El de **Comunicació** es va trobar el 4 d'abril per parlar de comunicació digital. El de **Prevenió de Riscos Laborals**, el 16 d'abril, i va tractar sobre la guia SEGO i la metodologia MAPU.

RUBÉN VINDEL, PRESIDENT DEL GRUP DE TREBALL DE TRÀNSIT

«Som a la línia de sortida, queda molt camí per recórrer»

Després de la signatura del nou Conveni de Trànsit 2019-2022, quins objectius s'ha marcat el grup?

Cal definir unes directrius per millorar les condicions del conveni durant aquests quatre anys i alhora agafar una posició de força per aconseguir un acord més avantatjós, tant per a les entitats com per als lesionats. Compartir informació i el treball diari dels centres, serà clau per establir propostes interessants i presentar-les a la UNESPA. Estem treballant també per solucionar les incidències originades pel sistema CAS. En breu es mantindrà una reunió amb tècnics de TIREA respecte d'aquest tema. També és prioritària la millora del mòdul ambulatori imposat per la UNESPA als centres C. D'altra banda, és important que el manual de criteris estigui enllestit aviat, ja que alguns punts no són prou clars. Per part de l'ACES i dels centres es manté la idea d'informar a les víctimes de tots els



drets, però principalment del dret a escol·lir el centre on rebre el tractament.

Quins obstacles trobeu davant les millores que es volen fer?

Un dels principals és la manca de comunicació entre asseguradores i centres. La implantació del sistema CAS ha estat profitosa en línies generals, però no ha ajudat a fomentar la comunicació directa amb les companyies, i això ha generat desconfiança. D'altra banda, hi ha una

preocupació creixent davant les plataformes aparegudes en els darrers anys, que, en no estar adherides al conveni, no han de passar cap filtre ni complir cap requisit mínim, com sí que hem de fer-ho la resta de centres adherits. Això crea desigualtat.

Quantes persones participen en el grup i quin mètode de treball se segueix?

Hem format un grup de 20 persones clau de diferents centres, totes coneixedores del conveni de trànsit i les seves problemàtiques. El funcionament és cooperatiu, sense jerarquies, però sí que es crea tenint molt en compte l'opinió de dos experts: Eduard Bermejo i José Molinos, que han estat clau en la negociació del conveni. El grup se sent ple d'energia i amb moltes ganes de treballar. Haver-lo creat ja és motiu per estar il·lusionats, però som a la línia de sortida i encara queda molt camí per recórrer.

Cursos 100% subvencionats 2019

Acompanyament durant el procés de dol

14 al 28 de maig, dimarts i dijous de 9.30-13.30 h
Duració 20 h

Atenció de l'auxiliar d'infermeria al malalt quirúrgic

16 al 30 de maig, dimarts i dijous de 16-20 h
Duració 20 h

Estratègies personals per al control de l'estrès, burnout i altres cingles psicosocials

27 de maig al 17 de juny, dilluns i dimecres de 15.30-20 h
Duració 25 h

Atenció infermera al pacient amb accidents vasculars

3 al 19 de juny, dilluns i dimecres de 16.20 h
Duració 20 h

Esterilització

4 al 18 de juny, dimarts i dijous, de 16-20 h
Duració 15 h

Cures auxiliars d'infermeria en geriatria

4 al 20 de juny, dimarts i dijous, de 16-20 h
Duració 20 h

Cures de l'auxiliar d'infermeria hospitalària al nou nat

25 de juny al 9 de juliol, dimarts i dijous de 16-20 h
Duració 20 h

L'atenció a malalts amb demències

16 al 30 de setembre, dilluns i dimecres de 16-20 h
Duració 15 h

Promoció de la salut a la feina: la cura de la salut del professional

7 al 14 d'octubre, dilluns i dimecres de 16-20 h
Duració 10 h

Atenció infermera en un servei d'urgències

Consulteu dates i horari
Duració 24 h

Infermeria i la interpretació de l'EKG

Consulteu dates i horari
Duració 16 h

Atenció infermera al pacient politraumàtic

Consulteu dates i horari
Duració 20 h

Cures infermeres al pacient cremat

Consulteu dates i horari
Duració 20 h

Iniciació a la ventilació mecànica

Consulteu dates i horari
Duració 20 h

Tècniques de rehabilitació: fisioteràpia i psicomotricitat

Consulteu dates i horari
Duració 30 h

Cursos presencials oberts i bonificables

Com reconèixer i gestionar emocions incòmodes

17 de maig de 2019
De 9.30 a 13.30 h
Duració 4 h

Com realitzar entrevistes d'avaluació del desenvolupament motivadores

24 de maig de 2019
De 9.30 a 13.30 h
Duració 4 h

Gestió d'al·lèrgens. Hospitals i clíniques

30 de maig de 2019
De 9.30 a 12.30 h
Duració 3 h

Programa CAS (2a edició)

Consulteu dates i horari
Duració 4 h

Conveni Accidents de Trànsit

Consulteu dates i horari
Duració 4 h

FORMACIÓ A MANIPULADORS D'ALIMENTS. RESTAURACIÓ COL·LECTIVA

La seguretat alimentària més enllà de la cuina

En el servei d'alimentació associem els riscos de la seguretat dels aliments amb l'elaboració dels plats a la cuina. Cuiners i auxiliars estan acostumats a fer formacions sobre la seguretat alimentària i els riscos a les cuines, el que coneixem com a formació als manipuladors d'aliments. Està regulat pel reglament 852/2004 relatiu a la higiene dels productes alimentaris.

Però què passa un cop aquests aliments surten de les cuines? Moltes vegades, tenen un llarg camí fins al moment de consum... passadissos, manteniment en calent, manteniment en fred, a temperatura ambient; manipulacions posteriors als menjadors col·lectius. Qui controla la seguretat del producte en aquests processos de distribució i servei? Les persones que intervenen en aquestes etapes **també**

són manipuladors d'aliments i també han de conèixer els riscos associats a aquestes etapes de la distribució i servei dels aliments. Normalment és el personal sanitari i de logística interna qui fa aquestes funcions.

La seguretat alimentària més enllà de la cuina és una formació dissenyada i dirigida al **personal sanitari que està en contacte amb els aliments en els processos de distribució del àpat**. Recull aspectes rellevants de la seguretat alimentària un cop els àpats han creuat les portes de la cuina. Parlarem, doncs, de perills, tipus de distribucions i bones pràctiques en aquest procés, i donarem eines per valorar el risc de la distribució dels vostres centres i prendre la millor decisió amb relació a la seguretat alimentària.



SANDRA GÓMEZ

Directora d'Aliment Consulting i professora d'Ultreia

Jornada del Conveni Marc d'Assistència Sanitària

El 5 d'abril va tenir lloc a Palma de Mallorca la tercera jornada tecnicoinformativa sobre el Conveni Marc d'Assistència Sanitària 2019-2022. La trobada, organitzada per la Unió Balear de Entidades Sanitarias, va comptar amb la participació de diversos experts, entre els quals hi havia Eduard Bermejo, director de les àrees de Socis i d'Accidents de Trànsit de l'ACES. En la seva ponència, *Evolución del raquis vertebral 2009-2019 y los retos que plantea la gestión del nuevo Convenio para los centros sanitarios*, Eduard Bermejo va indicar que l'entrada al Conveni l'any 2009 dels centres extrahospitalaris havia comportat l'inici de baixada de tarifes. El representant de l'ACES va subratllar que, a partir del 2013, amb la incorporació de les proves complemen-

tàries dins el mòdul de raquis vertebral, es va confirmar aquesta davallada.

Eduard Bermejo va posar en relleu que «el nou conveni (2019-2022) afegeix més pressió sobre el personal sanitari, cosa que limita cada vegada més l'activitat dels centres sanitaris en un sistema modular». També va parlar dels «rebutjos sistemàtics per intensitat d'algunes asseguradores en posar en qüestió les prescripcions dels professionals dels centres sanitaris». Bermejo va deixar clar que l'acord actual «està molt lluny d'una situació win-win en què tothom hi guanyi», i va concloure recordant que, si el sector sanitari no articula un grup de consens, deixant els protagonismes a banda, el conveni no té futur.

ACORDS DE PATROCINI

randstad
Healthcare.

Randstad Professionals Healthcare posa a l'abast de les empreses un equip de consultors especialitzats. La seva experiència i coneixement del sector, juntament amb l'aplicació d'innovadores tècniques de reclutament i identificació de talent, fan d'aquest equip un *partner* necessari per a la selecció del millor talent i per a l'èxit de la companyia. Algunes de les posicions en què s'especialitza en sanitat són: director d'hospital, director d'infermeria, director mèdic, metge, odontòleg, infermera i consultor comercial. Pel que fa a salut laboral: director de servei, coordinador de salut, metge, infermera i fisioterapeuta. I en l'àmbit sociosanitari: director de centre, coordinador del servei i equip tècnic sociosanitari.



Canon Business Center Barcelona 22@ és un soci per a l'optimització de la impressió i la gestió documental en el centre de treball. Es dedica a les impressores multifuncionals; a la venda i servei/manteniment de plòters i escàners; a la gestió documental i d'impressió; així com a pantalles interactives i cartelleria digital, entre d'altres activitats. Amb les seves solucions 360° és una ajuda per afrontar qualsevol repte professional. El seu servei és ràpid i de proximitat i, gràcies a la seva àrea de client, permet gestionar lectures, factures i comandes, amb la màxima facilitat.



Fundada a França el 1927 per un grup de directors d'hospitals, Sham és una companyia mutualista especialitzada en assegurances i gestió de riscos, i és també un soci sòlid i sostenible d'agents sanitaris, socials i medicosocials. Com a operador de referència a escala europea en matèria de responsabilitat civil, Sham compta amb prop de 11.000 socis. Sham a Espanya és una filial del Grup Relyens, societat mutualista europea que ofereix al conjunt d'actors del sector de la salut, acció social i territoris, solucions de gestió, de prevenció i d'assegurances de riscos vinculats a l'activitat, amb tres àrees de competència complementàries: assegurances (Sham), correatge (Sofaxis), assessorament i serveis (Neeria).

Canon BUSINESS CENTER BARCELONA 22@

El teu proveïdor de solucions d'impressió i solucions TIC

T'ajudem.
A baixar les despeses i estalviar temps.

Impressores (multifunció)
Escàners
Registre d'hores laborals
Gestió documental
Gestió d'impressió
Solucions d'escaneig
Cartelleria digital
Servidors i firewalls
Suport informàtic
i molt més...

FUNDACIÓ ESCLEROSI MÚLTIPLE

Plataforma en línia per a pacients i cuidadors



La fundació ha posat en marxa la primera plataforma online per a persones amb esclerosi múltiple i les seves famílies. Aquesta plataforma conté dos cursos en línia gratuïts. Un d'ells és Femlearning, que està dirigit específicament als qui tenen la malaltia. L'altre és Somos cuidadores, que està pensat per a les persones que en tenen cura.

Femlearning és una eina dissenyada perquè el pacient es converteixi en expert en la seva pròpia malaltia. És un curs virtual que inclou informació contrastada amb especialistes mèdics i conté infografies, vídeos i elements interactius. Fins ara prop de 1.000 persones ja han consultat aquesta formació. Somos cuidadores segueix la mateixa estructura que Femlearning partint de la base que, per cuidar una persona amb esclerosi múltiple, cal conèixer la malaltia, la simptomatologia i els canvis que comporta.

HOSPITAL QUIRÓNSALUD BARCELONA

Planificar la maternitat

L'Hospital Quirónsalud Barcelona ha posat en marxa un programa de divulgació i assessorament per a dones de menys de 35 anys per ajudar a planificar el futur reproductiu. De manera gratuïta i fins al mes de juny, s'oferirà una visita mèdica i la realització del test de fertilitat.



Amb el pas dels anys la fertilitat de la dona està decreixent i cada vegada s'està retardant més l'edat mitjana de les mares primerenques, que, segons l'Institut Nacional d'Estadística, a l'Estat se situa en els 31,47 anys. «Això pot acabar generant problemes en dones que han decidit retardar la maternitat, a causa del desconeixement social i la falta d'informació, i per això hem posat en marxa aquesta campanya divulgativa», ha explicat el doctor Ramon Aurell, responsable de la Unitat de Reproducció Assistida de Quirónsalud Barcelona.

Nou tractament per a la pròstata

El doctor Enrique Rijo, membre de l'equip d'urologia i responsable de la Unitat de Pròstata del Servei d'Urologia de l'Hospital Quirónsalud Barcelona, ha estat el primer d'utilitzar a tot l'Estat el procediment conegut com a Rezum en el tractament de la hiperplàsia benigna prostàtica el mes de gener. Aquest procediment consisteix en la injecció de vapor d'aigua a la pròstata, la qual cosa provoca la necrosi del teixit, que després és eliminat pel cos i soluciona els problemes ocasionats pel creixement de la pròstata en el pacient.

El procediment té l'aprovació de l'Administració d'Aliments i Medicaments (FDA) dels Estats Units des de fa quatre anys. Entre els avantatges destaca la preservació de l'ejaculació anterògrada fins a un 96% dels casos, i la rapidesa: només calen entre tres i set minuts per a una intervenció ambulatoria.

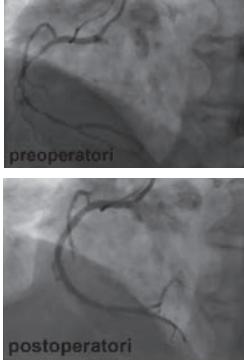
Sin lugar a dudas

Novalac



SCIAS HOSPITAL DE BARCELONA
Pioners en litotripsia coronària

Actualment, la litotripsia coronària és la tècnica més eficaç, segura i menys agressiva entre els tractaments per a lesions molt calcificades en artèries. Un equip de cardiòlegs de l'Hospital de Barcelona l'ha aplicat per primera vegada en un centre de la sanitat privada catalana. S'ha fet en un pacient de 73 anys que presentava una malaltia de dos vasos (descendent anterior i coronària dreta) i en què va fracassar la tècnica habitual, ja que un dels stents va quedar infraexpandit després de la implantació. Aleshores es va decidir utilitzar la litotripsia per, mitjançant polsos d'alta energia mecànica, fragmentar el calci a l'artèria coronària dreta i assolir una estenosi residual lleu que va permetre aplicar paclitaxel amb un baló farmacoactiu.



FUNDACIÓ ACE
Avenç en l'Alzheimer

La Fundació ACE participa en un estudi que ha descobert cinc gens relacionats amb l'Alzheimer. És l'estudi genètic de la malaltia més important que s'ha fet a escala global i ha estat publicat a la revista *Nature Genetics*. Aquesta anàlisi sense precedents revela que el metabolisme de la proteïna tau, la beta amiloide, els processos inflamatoris i el metabolisme dels lípids estarien relacionats amb la malaltia. La Fundació ACE ha aportat 8.000 mostres, pràcticament el 8% del total analitzat. L'estudi té una notòria participació catalana i espanyola a través del projecte GR@ACE, impulsat per la Fundació ACE amb el suport de "la Caixa", Grífols i l'Institut de Salut Carlos III. En aquesta recerca sobre l'Alzheimer hi participen 308 institucions de 20 països de tres continents.



Premi a Agustín Ruiz

D'altra banda, la Societat Espanyola de Neurologia (SEN) ha guardonat Agustín Ruiz, cap de Recerca de la Fundació ACE, amb el premi a la millor comunicació oral de la Reunió Anual de la SEN 2018. Aquesta distinció se li ha concedit per la conferència *Rastreig complet del genoma (GWAS) aplicat a la identificació de factors de risc genètics de la malaltia de l'Alzheimer: resultats del projecte GR@ACE*.

FUNDACIÓ FINESTRELLES
Consell científic assessor

La Fundació Finestrelles ha constituït un Consell Científic Assessor, que col·laborarà i ajudarà en la cura de la salut dels usuaris de la Fundació. El Consell està format per metges de reconegut prestigi, en concret pels doctors Lluís Cabré, Rafael Esteban, Manel Esteller, Enric Ferrer, Antonio María de Lacy, José M. Serra Renom i Jaume Viguera.



QUIRÚRGICA CIRUJANOS ASOCIADOS
Acompanyament emocional

Quirúrgica Cirujanos Asociados ha desenvolupat la Unitat d'Acompanyament Emocional Quirúrgic amb la finalitat d'incorporar l'estat emocional del pacient al conjunt d'altres factors que es tenen en consideració davant d'una intervenció, com són la condició física o l'estat nutricional. L'objectiu és compartir amb els pacients les seves pors, ajudar-los a superar les inseguretats i ser sensibles al seu patiment de manera que se sentin acompanyats i afrontin la cirurgia amb més garanties. Segons Mariana Mayans, cap de la Unitat d'Acompanyament Emocional, «el pacient necessita ser escoltat i compartir el que sent amb un professional sanitari; està demostrat que treballar les emocions té un impacte positiu en els resultats i en la recuperació postoperatòria». El doctor José María Raventós, cirurgià general de Quirúrgica, ha assegurat que preparar emocionalment els pacients «ens ajuda a disminuir l'ús d'analgèsics i altres psicofàrmacs, i a reduir l'índex de complicacions i els dies d'ingrés».



GESESA

Limpeza y desinfección de Centros Sanitarios

- Aplicación de nuevas tecnologías
- Controles de calidad constantes
- Personal cualificado



Los Centros de Salud que han confiado en nuestra calidad y profesionalidad, son los primeros en avalarnos y darnos a conocer a otros Centros.





Comertel

alimentación colectiva

SERVEI INTEGRAL D' ALIMENTACIÓ A CENTRES SANITARIS:

- Gestió de cuines in situ.
- Desenvolupament i finançament de projectes d'instal·lacions.
 - Gestió de cafeteries.
 - Transformacions de cuines in situ a línia freda.
- Plans de viabilitat, requeriments tècnics i legals, sinergies de plantilles de personal, etc.
 - Cuina central pròpia en línia freda.



Ja som presents a les següents comunitats:
Madrid, Galícia, Castella la Manxa, Múrcia, València, Aragó i Catalunya



Delegació Barcelona
Tel. 93 477 64 16

Delegació Lleida
Tel. 973 225 503

Delegació València
Tel. 96 124 31 84

www.comertel.es