

EL REPORTAJE

Avances de alta tecnología
en cáncer de próstata

**ELECCIONES
Y SANIDAD**

La visión de los partidos

ANNA VEIGA,

DIRECTORA DE I + D + I DEL ÁREA DE BIOLOGÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN DE DEXEUS MUJER, DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEXEUS, Y DIRECTORA DEL BANCO DE LÍNEAS CELULARES DEL CENTRO DE MEDICINA REGENERATIVA DE BARCELONA

«Los temas científicos en los que las personas tienen más que decir son los relacionados con el inicio y 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

CONSEJO EDITORIAL

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

DIRECCIÓN GENERAL

Lluís Monset

REALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

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

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

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

FOTOGRAFÍA

Xavi Gómez
Shutterstock

REVISIÓN LINGÜÍSTICA

Gemma Garrigosa

PUBLICIDAD

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

Deposito legal: B-15206-2012



4 TRIBUNA

El gran valor añadido de la sanidad privada

5 EDITORIAL

Han olvidado la sanidad

6 LA 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 HABLEMOS

Luz para la salud

13 A FONDO

Entrevista a Marc Antoni Broggi, doctor en medicina y cirugía

14 EL REPORTAJE

Avances de alta tecnología en cáncer de próstata

18 ACTIVIDAD ACES

Aspectos fiscal y laborales 2019

20 ELECCIONS GENERALS 2019

22 GRUPOS DE TRABAJO

23 FORMACIÓN

24 ACES EN BREVE

25 RED ACES



El gran valor añadido de la sanidad privada

Dr. Josep Ignasi Hornos Vila
PRESIDENTE



Los últimos datos de la OCDE (2014) señalaban que el gasto de la sanidad privada española superaba los 35.000 millones de euros y se acercaba al 35% del coste sanitario total. Un informe más reciente del Global Medical Trends (2019 *Rates Report*) cifra la repercusión de la sanidad privada en un 4% sobre el PIB estatal. Esto conlleva un gasto anual de más de 40.000 € y se acerca al 40% del coste sanitario total. La sanidad privada es un verdadero motor de la economía del Estado.

ACES, como patronal, pone en valor la sanidad privada, con o sin ánimo de lucro, como un subsector necesario e imprescindible de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) en Europa. Prácticamente ningún país europeo duda de la necesaria e imprescindible colaboración público-privada. Sobre todo aquellos países donde, en sanidad, los políticos están más alejados de las decisiones operativas. Son los países que obtienen los mejores resultados en las valoraciones que los consumidores hacen de sus SNS. Además, es notorio el consenso que determina que las empresas u organizaciones públicas y privadas, todas, deben obtener beneficios económicos, deben ser sostenibles y no pueden ser una carga para la sociedad. Según su titularidad y, también, según sus estatutos, podrá haber, o no, dividendos.

Es absurdo criminalizar la empresa sanitaria privada cuando todo el sector sanitario mundial, público y privado, depende totalmente de empresas privadas con un lícito y necesario ánimo de lucro: empresas farmacéuticas, empresas de tecnología sanitaria, de IT, constructoras, suministradoras de energía, logística, servicios generales, seguridad, formación, consultoría, auditoría, etc. Se podría decir que la sanidad, desde el punto de vista del gasto ya está totalmente desprivatizada, ya que, independientemente de su titularidad y gestión, depende siempre de empresas privadas, que son las que prestan todos los materiales y servicios.

Como ya decíamos en ACES Info 67, «la colaboración público-privada no es privatización. Siempre ha existido. Las notarías, el registro de la propiedad, las oficinas de farmacia, el transporte público y el suministro

de la electricidad o del agua son servicios públicos de gestión privada. ¿Es competencia de la Administración garantizar los servicios básicos de los ciudadanos? Sin duda. ¿La ejecución y la gestión de estos servicios y actuaciones debe ser competencia exclusiva de la Administración? En absoluto».

El porcentaje que citaba al inicio, entre el 35-40% del total del gasto sanitario, sobre todo cuando se compara con la sanidad pública, aporta mucho valor añadido, que se puede percibir en:

- Pago de impuestos por parte de las empresas privadas que obtienen beneficios.
- Mejores ratios de accesibilidad y de listas de espera.
- Más flexibilidad.
- Mejores sistemas de financiación.
- Tecnología mejor y más moderna.
- Más eficiencia.
- Menos gasto. Las empresas privadas, que no funcionan, cierran y desaparecen sin costes ni gastos adicionales para la sociedad, lo que no sucede en la empresa pública.
- Menos gasto con la contratación por MUFACE de la sanidad privada.

En España, en sanidad, como máximo exponente de la colaboración público-privada tenemos el modelo MUFACE. Con 43 años de existencia, ofrece la libre elección, entre sanidad pública o sanidad privada, a sus mutualistas y beneficiarios (2.300.000 personas). Año tras año, con un alto nivel de satisfacción, más del 80% escoge la sanidad privada. Esta opción conlleva un importante ahorro económico para la Administración central, ya que MUFACE pacta con la sanidad privada unos costes un 25% por debajo de lo que ingresan las diversas consejerías de Sanidad en concepto de la prestación de la sanidad pública.

El modelo MUFACE es un modelo de éxito y, por tanto, la constatación de que la libre elección del tipo de sanidad puede ser una de las soluciones para disfrutar de todas las ventajas y de los valores añadidos relacionados anteriormente.

Han olvidado la sanidad

Si nos preguntan si la sanidad ha estado presente en la campaña o en el voto de los electores en las últimas elecciones al parlamento español la inmensa mayoría responderíamos que no.

Pero si la pregunta es si la sanidad es un tema importante para la sociedad y es identificado por ésta como un tema por mejorar, la respuesta es: sí; Según el último CIS, la sanidad ocupa el quinto lugar en sus preocupaciones después del paro, la política, la corrupción y la economía.

Nuestra sanidad pública, sobre la que tienen absoluta responsabilidad los políticos, tiene tres tipos de retos muy importantes no resueltos:

- 1) La sostenibilidad económica
- 2) El malestar de los profesionales, especialmente los médicos por las condiciones generales de trabajo y retribución
- 3) Algunos elementos de calidad reiteradamente despreciados por los gobiernos, ligados a una característica tan importante como la accesibilidad (listas de espera, o acceso a fármacos innovadores, etc.)

Desgraciadamente, las casi únicas referencias en los programas electorales y las declaraciones de nuestros políticos durante la campaña han sido a la necesaria "desprivatización", básicamente por parte de los par-

tidos que creen que la planificación central y la gestión estrictamente pública de la prestación del servicio son la solución a estos problemas.

Este análisis es todas luces equivocado ya que los llamados procesos de privatización no han sido más que tímidos intentos de buscar fórmulas de colaboración con la empresa. Y su tipo de gestión empresarial ha recibido objetivamente la conformidad de la población y con resultados económicos más eficientes.

La estigmatización del ánimo de lucro o la incompreensión de los buenos resultados para todos consecuencia de la libertad de escoger en un marco colaborador, pero también competitivo para captar al cliente y no al regulador, son características que sólo llevan al fracaso. Esto no se ha sabido o querido defender con fuerza.

El camino para acabar teniendo sanidades de dos niveles es justamente lo preconizado por los partidos estatistas. Y eso hay que evitarlo.


Decir que se necesita más dinero para la sanidad pública es tanto como decir o que hay que reestructurar las prioridades del presupuesto público, o bien que hay que subir de manera significativa los impuestos.

Si la respuesta es este ultima es el momento de recordar la comparación que hacía Sir Winston Churchill: "Una nación que intenta prosperar a base de impuestos es como un hombre con los pies en un cubo, tratando de saltar tirando del asa"

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 coat and a black ruffled scarf. The background is a bright, out-of-focus green field.

ANNA VEIGA (Barcelona, 1956) es licenciada en Biología y doctora por la Universidad Autónoma de Barcelona; embrióloga clínica superior por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología, y especialista en reproducción humana y embriología clínica por la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción. Cuenta con numerosas distinciones y reconocimientos a la excelencia en el ámbito científico. Es autora de más de 285 artículos científicos y de 65 capítulos de libros, 7.133 citaciones, h-índice 42. Ha participado como organizadora o ponente en eventos científicos internacionales relacionados con sus líneas de investigación, como la embriología clínica, la genética de la reproducción, las células madre y la terapia celular.

Actualmente es directora de I + D + i del Área de Biología del Servicio de Medicina de la Reproducción de Dexeus Mujer, el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del Hospital Universitario Dexeus; directora del Banco de Líneas Celulares del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona y profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).

ANNA VEIGA

ANNA VEIGA, DIRECTORA DE I + D + i DEL ÁREA DE BIOLOGÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN DE DEXEUS MUJER, DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEXEUS, Y DIRECTORA DEL BANCO DE LÍNEAS CELULARES DEL CENTRO DE MEDICINA REGENERATIVA DE BARCELONA

«Los temas científicos en los que las personas tienen más que decir son los relacionados con el inicio y el final de la vida»

En 1984 tuvo lugar el primer nacimiento fruto de la fecundación in vitro en el Estado, el de Victoria Anna. ¿Cómo ve aquel hecho desde la perspectiva actual?

Marcó un antes y un después de la reproducción asistida en nuestro país. El equipo del doctor Pedro N. Barri aplicó una metodología que ya existía en otros países, si bien en ese momento las herramientas que teníamos al alcance eran bastante rudimentarias comparadas con las actuales. Mi vida profesional quedó absolutamente marcada por este nacimiento. Hacía tres años que trabajaba en Dexeus en tareas administrativas y me incorporé a este proyecto de laboratorio de fecundación in vitro.

El primer nacimiento de este tipo a escala internacional se había producido en 1978, sólo seis años antes. ¿Cómo fue posible conseguir ese éxito en Barcelona cuando el nivel de investigación de nuestro país no era el de ahora?

Es cierto que el ambiente científico no era el de ahora, pero Barcelona siempre había destacado en el ámbito médico. Estaba Dexeus, pero también Barraquer o la Fundación Puigvert. La medicina, tanto la pública como la privada, tenía un muy buen recorrido. Dexeus ya era una referencia a escala nacional y comenzaba a serlo en el ámbito internacional en salud de la mujer. El hecho de que en esta casa hubiera unas cuantas personas entusiastas de la reproducción, el doctor Santiago Dexeus, el doctor Josep Maria Dexeus y el doctor Pedro N. Barri, fue determinante. Todo esto favoreció que la reproducción asistida se iniciara aquí. Se compró un laboratorio, se preparó el personal adecuado, y todo ello de una ma-

nera mucho más ágil y rápida de lo que seguramente habría podido hacer en una organización pública.

En estas más de tres décadas, ¿qué cambios se han producido en reproducción asistida?

Una de las cosas que han cambiado es el perfil de las personas que tratamos; ahora son mucho más mayores y en ocasiones esto conlleva algunos problemas. Pero, aun así, los resultados han mejorado de una manera espectacular. Si cuando empezamos las posibilidades de éxito estaban entre el 15% y el 20%, ahora estamos hablando del 50% o más. Al inicio se trataba sólo de poner en contacto óvulos y espermatozoides, esperar que surgiera un embrión e implantarlo dentro del útero de una mujer. Actualmente alrededor de la fecundación in vitro se han desarrollado una serie de técnicas que contribuyen a mejorar los resultados: hacemos diagnóstico preimplantacional, congelamos embriones y también óvulos. La fecundación in vitro no sólo ha aportado novedades en el modo de reproducirse y ha contribuido a que la misma reproducción pueda hacerse reduciendo los problemas para las personas.

¿Hemos llegado a un punto de madurez y de seguridad en la aplicación de estos métodos o bien todavía hay incertidumbres?

Todavía queda un terreno amplio para la investigación porque aún tenemos algunas preguntas para responder, como, por ejemplo, por qué algunos embriones no se implantan, o cómo conseguir que una mujer, con una medicación concreta, pueda producir un número de óvulos.

La fecundación in vitro y las técnicas de reproducción asistida han entrado en la normalidad de los tratamientos que se ofrecen en centros públicos y privados. Hoy nadie, o casi nadie, se esconde del hecho de seguir un tratamiento de fecundación in vitro. Al principio, el nivel de información que tenía la población era limitado y a veces no se entendía del todo. Las mujeres que se trataban lo compartían con mucho cuidado y sólo en su círculo íntimo.

¿Los avances desarrollados en reproducción asistida han tenido influencia o han derivado en investigaciones en otros ámbitos de la salud?

La fecundación in vitro, además de ser una ayuda a parejas que tienen dificultades para conseguir un embarazo, nos ha facilitado entender muy bien la reproducción humana porque nos ha permitido estudiar los embriones como nunca antes. Por lo tanto, hay una vertiente social, y otra de progreso científico.

Todo lo que se está haciendo en estos momentos con células madre, sobre todo con células madre pluripotentes, deriva directamente de la fecundación in vitro. Si no hubiéramos tenido disponibles los embriones, no tendríamos células madre embrionarias, y no se estarían planteando posibles tratamientos para problemas degenerativos, de retina, cardiovasculares, de lesión medular, etc.

¿Cree que las opiniones sobre la ciencia por parte de los que no son científicos son legítimas si no se fundamentan en una cierta profundización?

Yo creo que es legítimo opinar sobre estos temas aunque no seas médico o científico, claro que sí. No sólo es legítimo, sino que pienso que es bueno que todo el mundo diga lo que piensa. Ahora bien, la opinión debe basarse en información. No vale lanzar opiniones basadas en tópicos, falacias o prejuicios. Está claro que los temas científicos en los que las personas tienen más que decir son los relacionados con el inicio y con el final de la vida.

¿Todavía hay oposición a las prácticas científicas que estamos comentando?

Siempre ha habido sectores que se han opuesto a la investigación con embriones o a utilizar la fecundación in vitro. La Iglesia católica todavía no lo admite. Me parece bien que cada uno defienda su idea, en todo caso a nadie se le obliga a hacer nada. Es una opción libre. Quiero matizar que no es sólo la Iglesia católica: otras confesiones cristianas y no cristianas también mantienen diferentes grados de oposición. En el caso de la jerarquía religiosa, llama la atención que unos señores, porque suelen ser señores, que nunca tendrán hijos, ni

«Cuando empezamos las posibilidades de éxito en reproducción asistida estaban entre el 15% y el 20%, ahora en el 50% o más»

los compartirán con nadie, terminen diciendo lo que hay que pensar respecto al tema.

Hablaba de diferentes grados de oposición ...

Sí. Recuerdo pacientes que me habían expresado su inquietud por el hecho de ser creyentes y me decían que habían hablado con el cura de su parroquia y habían encontrado una aceptación y un mensaje de tranquilidad y de ánimo que era muy diferente de la posición oficial de la Iglesia.

En estos momentos hay un fuerte debate sobre la maternidad subrogada. ¿Qué piensa al respecto?

No se puede aprobar a toda prisa una ley de maternidad subrogada. Se debe analizar la cuestión muy a fondo. Una gestación es larga y se establecen unos lazos fuertes entre el feto y la madre. En la mayoría de los casos estamos hablando de un intercambio económico entre las personas que quieren tener el hijo y la mujer que lo gestará. Hay quien defiende que esto puede ser así, pero estableciendo muy bien las normas del acuerdo, y hay quien piensa que sólo debe ser posible entre familiares o personas que tengan algún tipo de vínculo previo. Yo, para ser honesta, todavía no sé si se debería aprobar la ley. Sí que tengo claro que me da un poco de reparo que se pague a mujeres para hacer este tipo de «servicio», pero, por otro lado, el sacrificio es importante y debe merecer alguna compensación, y además pueden aparecer complicaciones. La mujer que ha alquilado su útero puede arrepentirse de su decisión o pueden surgir problemas derivados de los cambios legislativos en el transcurso de un proceso de maternidad subrogada, con la inseguridad consiguiente.

Los parámetros políticos parecen limitados para abordar la cuestión.

No puede ser sólo un debate político, sino social, con expertos de diferentes campos y con una amplia perspectiva. Además, vemos como determinados partidos se alinean rápidamente en una posición fija determinada para parecer más liberales como estrategia electoral.

¿Debe haber límites éticos a la investigación?

Absolutamente, como en la práctica médica y como en muchas otras actividades



¿Quién debe establecerlos?

En el caso de la reproducción asistida se hizo una ley en 1988; por tanto, desde ese momento quedó claro qué podíamos hacer y qué no podíamos hacer. El problema es que la investigación avanza a veces mucho más rápido que el legislador. Por tanto, las leyes deben tener un marco amplio y flexible. La legislación actual es adecuada tanto a la demanda de los pacientes como lo que pueden ofrecer los profesionales. Para hacer las leyes hay que recoger las aportaciones de los comités de bioética y de los propios profesionales. Cuando una ley se queda atrás y no cubre una situación nueva, los comités de bioética tienen un papel muy relevante.

¿Puede dar un ejemplo de una situación «nueva»?

Hace poco en Nebraska una mujer ha parido a su nieta. Esta señora tenía un hijo y una hija. El hijo vivía en pareja con un hombre y ambos querían ser padres. Entonces se obtuvo un embrión a partir de un espermatozoide del compañero de su hijo y de un óvulo de su hija y se le implantó el embrión a esta señora.

¿Esto se podría hacer en España?

No, primero porque están prohibidos los úteros de alquiler. Después porque aquí la donación de óvulos y espermatozoides debe ser anónima.

La fecundación in vitro también ha tenido un impacto sociológico.

Efectivamente, los modelos de familia han cambiado en gran parte como consecuencia de la reproducción asistida. Tenemos toda una serie de variantes antes inimaginables. La ciencia en este sentido actúa como estímulo del cambio social. Ahora, hay una manera mucho más pautada de tener hijos para una mujer que no tiene pareja, por ejemplo.

Desde 2005 dirige el Banco de Líneas Celulares del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona (CMR [B]).

¿Cuál es la tarea que se desarrolla en este centro?

Se hace investigación en células madre pluripotentes con el objetivo de acercar esta investigación a la práctica clínica. Se habla de células madre, pero existen muchos tipos diferentes. Las que nosotros estamos utilizando en el centro son o bien las que proceden de embriones o de reprogramación, que es una metodología que inventó un científico japonés y que recibió el premio Nobel por esta razón. Las pluripotentes son las que pueden convertirse en cualquier tipo celular de todos los que tenemos en el organismo. La idea es que, por ejemplo, a una persona que ha tenido un infarto, en lugar de plantearle un trasplante de corazón, se le haga un trasplante de células para sustituir las que le han dejado de funcionar

en el infarto. También se podría aplicar este método a la degeneración macular de la retina, y a otros fines.

En nuestro grupo del CMR [B] estamos trabajando con un equipo de Teknon, con Jordi Monés, experimentamos con cerdos, haciendo una simulación de lo que podría ser la degeneración macular de la retina e intentamos resolverla fabricando, a partir de células pluripotentes humanas, células del epitelio de la retina, y a continuación las inyectamos al cerdo. Este es un estudio preclínico imprescindible para pasar después al ensayo clínico.

Se ha divulgado que en un futuro las células madre tendrán el potencial de tratar una gran cantidad de enfermedades y que podrán reparar tejidos específicos o sustituir órganos enteros. ¿Dónde estamos ahora mismo?

En cuanto a las células madre pluripotentes se están dando los primeros ensayos clínicos. Pero hay otros tipos de células madre que podemos tener en la grasa, en la sangre o en el tuétano que no son versátiles como las primeras y se están utilizando en muchos casos de manera poco seria para tratar todo tipo de enfermedades. Si entras en internet encontrarás las entradas que quieras de células madre. Pero, antes de poner en circulación los tratamientos, es necesario que estén debidamente probados y contrastados. Precisamente ha trascendido el caso de unas pacientes con degeneración macular de la retina que quedaron ciegas después de un tratamiento con células que no eran pluripotentes. Ahora mismo nos encontramos con un gran potencial en el horizonte, pero todavía hay que hacer muchos estudios preclínicos.



Questionario permanente

¿Cuál ha sido el hito médico que más ha beneficiado a la humanidad?

La aparición de los antibióticos y la cirugía marcaron un gran cambio.

¿Cómo debe ser la convivencia entre sanidad privada y pública?

Creo que hay que nos tenemos que complementar. Hay servicios que se pueden ofrecer indistintamente en ambos ámbitos y otros que estarán disponibles sólo para aquellos que tengan recursos para pagarlos.

¿Qué puede aportar la gestión privada a un centro sanitario?

Más agilidad.

«Sigue siendo imprescindible que la gente tenga la información científica para poder tomar decisiones»

¿Cómo valora el papel de la medicina privada en Cataluña en la investigación?

Cuesta mucho hacer investigación en el ámbito de la medicina privada porque los recursos son limitados. Sin embargo, se está haciendo y la prueba es el ejemplo que he mencionado antes.

Barcelona ha convertido en un hub de investigación biomédica. ¿Qué habría que hacer para consolidar la posición de la ciudad?

Tenemos centros de investigación potentísimos en muchos ámbitos y un gran prestigio internacional, pero si queremos mantenerlos y mejorarlos hay que invertir mucho más. Un gobierno que no entiende que la ciencia hace progresar el país, se quedará atrapado. Por otra parte, cada vez más el mecenazgo está entrando en la perspectiva de las grandes empresas, pero habría que hacer una ley de mecenazgo para estimular este modelo.

La opinión pública comprende los beneficios de la actividad científica?

La opinión pública no tiene acceso directo a esta actividad, que debe ser vehiculada por los medios. Uno de los problemas de nuestro tiempo es la inmediatez con que aparecen y desaparecen las informaciones, y esto lleva a un periodismo de titular, sin profundización. Pero sigue siendo imprescindible que la gente tenga la información para poder tomar decisiones. Y es fundamental que los que estamos en el ámbito de la investigación hagamos una labor de divulgación.

¿Veremos en los próximos años un cambio disruptivo en las ciencias de la vida?

Un cambio así es difícil de prever, pero lo que seguro que veremos es como prácticas que hoy se aplican a cuestiones muy concretas se generalizarán. Por ejemplo, los screenings genéticos, que ahora se utilizan sobre todo para analizar el genoma de donantes, pasarán a ser habituales para las parejas que quieren tener hijos para minimizar los riesgos de enfermedades. Otro ejemplo es la congelación de óvulos, que se utiliza en determinados tratamientos que afectan a la fertilidad para preservarla y recuperarla cuando el tratamiento haya terminado, y que probablemente se utilizarán sin que haya ninguna enfermedad, simplemente como un elemento de planificación de la maternidad en el futuro.

Nuevos requisitos en el Modelo de Acreditación Sanitaria

El nuevo Modelo de Acreditación Sanitaria (MAS) para la atención hospitalaria aguda en Cataluña, actualizado y más cercano al Modelo EFQM de Excelencia.

En esta propuesta de nuevo modelo se presentan un total de 213 cambios respecto a la versión actualmente vigente. Hay estándares nuevos, otros han pasado a ser esenciales y otros han sufrido modificaciones en la redacción. De estándares nuevos hay un total de 15, uno de los cuales incluye 37 indicadores prioritarios del cuadro de seguridad del paciente. Por tanto, el nuevo MAS recoge 51 estándares nuevos (14 + 37), que no preveía el MAS vigente desde 2013.



Nuevos estándares para el nuevo contexto

La actualización en cuanto a los contenidos responde a la necesidad de adaptarse a la evolución del sector, tanto a escala nacional como internacional. Los nuevos estándares quieren alinear los centros sanitarios con las nuevas necesidades y realidades asistenciales, y se centran en cuatro ámbitos:

- Seguridad del paciente
- Humanización de la asistencia
- Seguridad del agua
- Promoción de la salud clínica

Cambio en el sistema de puntuación

La metodología de evaluación incluye el rendimiento de resultados y no sólo el hecho de disponer de indicadores, como hasta ahora. Ya no bastará con las medidas de los resultados, sino que habrá que demostrar una tendencia positiva (mínimo de cuatro resultados) y tener unos objetivos adecuados y alcanzados. Además, estas valoraciones se harán con cada subcriterio.

Este es uno de los cambios más significativos del nuevo MAS en la línea del Modelo EFQM de Excelencia. Con el nuevo modelo, los resultados son relevantes, pero también hay que trabajar para la mejora continua, tanto en la tendencia como en los objetivos.

JORDI BESORA
CONSULTOR DE COMTEC QUALITY

Términos y prórrogas

El nuevo Modelo de Acreditación Sanitaria (MAS) para la atención hospitalaria aguda en Cataluña entrará en vigor en los próximos meses. El borrador, que se publicó en noviembre de 2018, se encuentra actualmente en fase de alegaciones. El MAS de 2013 ha vivido diferentes prórrogas, la última de las cuales hasta el 30 de septiembre de 2019, y parece posible que haya una extensión, ya que el MAS definitivo aún no se ha publicado y, por tanto, los centros aún no han llevado a cabo la evaluación externa.

Como expertos en esta área y en el sector, los consultores de Comtec ayudamos los centros hospitalarios con evaluaciones en las que aportamos una visión imparcial y externa del grado de consecución de todos los estándares (evaluación completa) o sólo los nuevos y los modificados (evaluación incremental). También ofrecemos un servicio de información y de resolución de dudas sobre los detalles y las novedades que comunica el Departamento de Salud.



DOCTORA SILVIA CARRASCO

Directora de la Unidad de Transferencia de Tecnología y Conocimiento de Instituto de Ciencias Fotónicas (ICFO)



Luz para la Salud

La BioFotónica, Fotónica Biomédica o Fotomedicina, es un área emergente a nivel mundial. Hablamos del estudio y las aplicaciones de la luz al desarrollo de técnicas de prevención, diagnóstico y terapia de todo tipo de patologías y enfermedades. Las técnicas disponibles en la actualidad se basan en diferentes fuentes de luz, sobre todo luz láser. En la actualidad, la fotomedicina tiene un papel destacado en varias áreas de la medicina, entre las cuales destacan la dermatología, la oftalmología, la cirugía, la cardiología y la oncología. Las herramientas que actualmente ya se encuentran disponibles, o que se hallan en una fase muy activa de investigación, incluyen una gran variedad de técnicas avanzadas de imagen, técnicas de detección y activación molecular, nuevas herramientas de cirugía de extraordinaria precisión, tecnologías de manipulación celular y de nanocirugía, o diversas terapias fotodinámicas para el tratamiento de algunos tipos de cáncer. Pese a todos

estos avances, el potencial de las tecnologías fotónicas en este campo no ha hecho más que empezar. La capacidad única de ver, analizar, manipular, cortar, calentar, tratar, activar, etc, proporciona a la fotónica, en colaboración con otras tecnologías, un potencial creciente para la medicina del futuro.

Los esfuerzos de investigación del ICFO en esta área se focalizan en los campos siguientes:

- Imagen avanzada y tecnologías de Nanoscopía y Super-resolución basadas en luz aportan soluciones capaces de visualizar características que resultan imposibles de detectar o resolver mediante técnicas de microscopía tradicional por su tamaño, más pequeño que el límite fundamental de difracción de la luz visible. También ofrecen soluciones para visualizar procesos con dinámicas ultrarrápidas, o para resolver presencia de sustancias específicas sin necesidad de marcadores ad-hoc, etc.
- Herramientas ultra delicadas y ultraprecisas para la manipulación de material biológico y para cirugía de altísima precisión.
- Herramientas de diagnóstico que llevan los laboratorios al lado del paciente: La combinación de luz y nanotecnología nos permite detectar con precisión extrema marcadores de distintas enfermedades en chips del tamaño de una moneda, en minutos y con únicamente una gota de sangre. Las posibilidades que esto ofrece

al diagnóstico precoz de patologías, así como a un seguimiento adecuado de los pacientes son extraordinarias.

- Terapias basadas en luz: de nuevo la combinación de nanotecnología y luz para destruir células y tejidos, combatir infecciones o activar fármacos a nano-escala son algunas de las líneas de investigación que ICFO empuja en esta área.
- Monitorización no invasiva de enfermedades y de la eficacia de sus tratamientos: Una aplicación en la que ICFO trabaja es la monitorización no invasiva cuantitativa y en tiempo real del flujo sanguíneo y cantidad de oxígeno en sangre mediante óptica difusa. Esto tiene aplicaciones en multitud de áreas como isquemia cerebral aguda, oncología o enfermedades musculares. Los dispositivos están ahora siendo ensayados en unidades de cuidados intensivos de diversos hospitales. En paralelo trabajamos en soluciones portables, que permitan su uso fuera del hospital, así como en dispositivos “wearable”.

El programa de “Luz para la Salud” del ICFO es posible gracias al apoyo de múltiples entidades, incluyendo la Generalitat de Catalunya, la Comisión Europea, el Ministerio de Ciencia, y especialmente el mecenazgo de las Fundaciones Cellex, Mir-Puig y laCaixa. El programa del ICFO forma parte de la red mundial “BioPhotonics for Life” (BioFotónica para la Vida”).

«Hoy, la fotomedicina tiene un papel destacado en áreas como la dermatología, la oftalmología, la cirugía, la cardiología y la oncología»

«La bioética no busca lo mejor en abstracto, sino lo mejor en cada caso»

MARC ANTONI BROGGI
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Marc Antoni Broggi, doctor en Medicina y Cirugía, es presidente del Comité de Bioética de Cataluña. Los últimos años se ha especializado en las relaciones médico-paciente y ha escrito varios artículos y ponencias sobre bioética, así como el libro *Por una muerte apropiada*.



¿Cómo se puede definir la bioética?

La bioética es una reflexión crítica con los avances de la medicina porque no todo lo que es posible es conveniente.

¿Los principios de la bioética pueden entrar en conflicto entre sí?

Esta cuestión es esencial. No es que puedan entrar en conflicto, es que a menudo lo hacen. Por eso se necesitan colectivos que pueda analizar cada caso que se plantea y pronunciarse de manera útil, sin sesgos ideológicos o corporativistas. La bioética es empírica y resuelve casos concretos. No busca lo mejor en abstracto, sino lo que es bueno en ese caso. Esto no quita que pueda contribuir a la creación de normas generales, como ha hecho en Cataluña con la Ley de autonomía del paciente.

Cuando habla de estos colectivos de análisis, ¿a qué se refiere?

Hablo de los comités de bioética. Va bien que haya uno en cada centro sanitario por la proximidad a los problemas. Pero también es interesante que haya comités fuera de los centros que se ocupen de cuestiones generales como la legislación. En cuanto a los comités de los centros, hay una formalización para garantizar que respondan a unos determinados requisitos: deben ser plurales, pluridisciplinarios y operativos. En Cataluña

estos requisitos ya se establecieron en 1991. Los comités generales deben responder también a estos criterios y deben estar al servicio de la Administración, de las sociedades científicas y de la ciudadanía. Todos los comités deben ser consultivos, salvo en el caso de los ensayos clínicos con medicamentos, en cuyo caso tendrán la posibilidad de vetarlos.

¿La disponibilidad de recursos económicos puede condicionar aspectos éticos?

La bioética se centra en las decisiones clínicas entorno al enfermo, pero también se le reclama que se pronuncie en aspectos tales como la distribución de recursos o la equidad. Precisamente el Comité de Bioética de Cataluña ha publicado un trabajo sobre esto: *El principio de justicia en el sistema sanitario*. Hay más estudios en este ámbito, que es muy complejo. Yo diría, por resumirlo, que la cuestión de los recursos económicos, que afecta tanto al ámbito público como el privado, no debe desvirtuar el deseo de universalización de la atención sanitaria y de equidad que la población catalana quiere mayoritariamente. Creo que el equilibrio que hemos mantenido hasta ahora entre lo público y lo privado, si se mantiene, hace viable este deseo.

¿Cómo se ve desde la bioética la revo-

lución tecnológica?

Hoy es más necesaria que nunca la reflexión sobre la aplicación de las técnicas médicas y sobre los límites. La tecnología permite, por ejemplo, operar a personas muy mayores, pero en último término el enfermo debe poder decidir si quiere ser operado o no. Él tiene que poner el límite. Durante siglos el objetivo primero era luchar contra la enfermedad y eso legitimaba la imposición. Ahora el objetivo es atender a una persona que nos pide ayuda.

¿Una ayuda que puede ser para no sufrir al final de la vida?

Con la legislación que tenemos podemos evitar actuaciones que la persona no quiere y luchar contra el dolor adecuadamente. Ahora se permite que la muerte llegue sin poner impedimentos, pero hay que hacer un paso más, que es permitir realizar acciones para que la muerte llegue cuando uno ya no quiere vivir. Es bueno para la sociedad que esta posibilidad exista.

¿Cómo valora la labor que ha hecho el Comité de Bioética de Cataluña?

Hace 25 años que existimos y hemos hecho mucho trabajo, aunque no somos muy visibles en la sociedad. Pero, en los ámbitos clínicos y administrativos, creo que hemos ayudado y lo queremos seguir haciendo.

Avances de alta tecnología en cáncer de próstata

ACES y el grupo Ferrer organizaron el 29 de marzo una sesión divulgativa para informar de las técnicas de diagnóstico y los tratamientos más punteros en el cáncer de próstata, que actualmente es el segundo cáncer más diagnosticado en nuestro entorno, y el primero en hombres. La sesión contó con un elevado nivel científico gracias a la presencia de algunos de los expertos más destacados en este ámbito.

La sesión se desarrolló en el auditorio del Banco Sabadell en Barcelona y fue introducida por Josep Ignasi Hornos, presidente de ACES, que destacó que “la combinación entre los avances médicos multidisciplinares y la transformación digital permitirá pasar del paradigma de sick care (cuidado de la enfermedad) al de healthcare (cuidado de la salud)”

Igualmente, añadió que el cáncer de próstata es un buen ejemplo de este cambio de enfoque. A continuación, Ricardo Castrillo, director general de Laboratorios Ferrer, expresó la intención de la compañía de seguir trabajando en el campo de la urooncoogia y se comprometió a profundizar en la divulgación de un campo médico “que todavía no tiene la proyec-

ción social que le correspondería comparado con el de otras enfermedades de impacto similar”.

CIRUGÍA ROBÓTICA

Fernando González-Chamorro, jefe clínico de urología del Hospital San Rafael de Madrid y profesor asociado de la Universidad Francisco de Vitoria, situó la enfermedad en contexto, recordando su gran incidencia tanto en Europa y en el estado, con casi medio millón de casos nuevos diagnosticados cada año en el continente y más de 30.000 en España, con 5.400 muertes anuales en este último ámbito. Actualmente, a escala global, la mortalidad está disminuyendo en el primer mundo, pero está aumentando en los países en desarrollo. González-Chamorro subrayó que el cribado del cáncer de próstata, con el uso de tecnologías cada vez más avanzadas, ha tenido un papel decisivo en reducir los cánceres metastásicos. Se detectan más cánceres, pero con un estado de desarrollo muy inicial, lo que aumenta las posibilidades de éxito de los tratamientos.

A continuación, el jefe clínico de urología del Hospital San Rafael se centró en las intervenciones quirúrgicas. Cada años se llevan a





cabo en el estado 12.000 cirugías radicales de próstata. En 2015 sólo había 26 sistemas de intervención robótica en todo el estado y cuatro años después ya existen 60, un 84% de los cuales se dedican al cáncer de próstata. “Una aplicación en la que los centros privados hemos sido pioneros”, según González-Chamorro. En cuanto a los resultados, “esta cirugía permite acceder a la próstata con una precisión más elevada que cualquier otra técnica, y es el único tratamiento que ha demostrado,

en casos de riesgo bajo y medio, mejoras en la supervivencia de enfermedad específica”.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

Raúl Martos, médico del Servicio de Urología del Hospital Clínico de Barcelona y socio de UROS del Centro Médico Teknon, glosó para los asistentes las aportaciones al diagnóstico que ha traído la resonancia magnética nuclear. Las limitaciones de las biopsias transrectales llevaron a la preeminencia de las resonancias por su

capacidad de detectar los cánceres más agresivos, entre otras ventajas. Raúl Martos puso de relieve la existencia de varios estudios que demuestran que la resonancia magnética detecta una mayor proporción de cánceres clínicamente significativos y reduce el diagnóstico de los no significativos.

Además, en 2012 se establecieron unas directrices en las resonancias destinadas a la próstata para homogeneizar los informes emitidos por los radiólogos a fin de reducir la subjetividad en la in-



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)



interpretación y así conseguir más estandarización en estos informes. Raúl Martos se refirió también a la importancia “del grado de experiencia de los radiólogos a la hora de acertar en los resultados”. Finalmente, el doctor Martos explicó las aportaciones de la resonancia al conocimiento del estadio en que se encuentra la enfermedad una vez diagnosticada e indicó que la resonancia magnética “ha cambiado el paradigma del diagnóstico” y que “todavía veremos muchos cambios en este terreno en los próximos 10 años”.

BIOPSIA LÍQUIDA

José Rubio Briones, jefe del Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (IVO) del Hospital Nisa 9 de Octubre de Valencia, habló de los análisis efectuados por el IVO el Select MDX, un test de de biopsia líquida que, distribuido en España por Ferrer, “es capaz de optimizar el diagnóstico de cáncer de próstata de alto riesgo”.

Se trata de una prueba de diagnóstico basada en una muestra de orina que, por un lado, es útil para los urólogos para identificar qué pacientes pueden evitar procedimientos de biopsia, “con una potencialidad de ahorro de biopsias del 40%, en un escenario de screenings oportunistas, como los que hacemos cada día”, según el doctor Rubio Briones. Por otra parte, también ayuda a reducir la necesidad de resonancia multiparamétrica de inicio. Dos aspectos que, aparte de ser significativos médicamente, “también tienen sus repercusiones económicas en los centros”.

GENÉTICA, BIG DATA I IA

Antonio Alcaraz, jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínico de Barcelona, catedrático de Urología de la Universidad de Barcelona (UB) y urólogo del Centro Médico Teknon, realizó la última exposición de la sesión. Comenzó afirmando que “la combinación entre genética, big data e inteli-

gencia artificial nos está llevando hacia una medicina de precisión en el cáncer de próstata”. Según el doctor Alcaraz, “el tratamiento del cáncer de mama va unos 5 ó 10 años por delante porque en este ámbito se empezó ya hace tiempo a hacer medicina de precisión”. Igualmente, añadió que “tanto en un tipo de cáncer como en el otro cada caso es singular y diferente al resto y eso es lo que da sentido a esta medicina”.

El catedrático de urología de la UB habló de la alta variabilidad en la evolución de los tumores y de la necesidad de responder a estos retos en los tratamientos. “Aprender de lo sucedido a cientos de miles de pacientes, más que a un pequeño grupo, es importante y aquí es donde interviene el big data, más aún cuando la computación cuántica promete multiplicar por 1000 las capacidades de los ordenadores”. Antonio Alcaraz pronosticó que los equipos oncológicos del futuro cambiarán “para incorporar cada vez más genetistas y bioinformáticos”, si bien añadió que “el ojo clínico del médico y su diálogo y apoyo al paciente seguirán siendo necesarios”. También se mostró esperanzado en el avance hacia un incremento en la cronificación y supervivencia de los casos más graves.

JOSEP M. OLIVÉ
INGENIERO INDUSTRIAL Y ADMINISTRADOR DE GESESA



«Cuando hablamos de limpieza, también estamos hablando de prestación sanitaria»



¿Qué tiene de particular la limpieza en un hospital?

No podemos decir que la limpieza de los hospitales sea una limpieza más. Ni siquiera parecida a cualquier otra. La limpieza de los hospitales forma parte del producto sanitario, de la prestación sanitaria que sólo puede hacerse con la desinfección necesaria en el proceso de la limpieza. Por tanto, no estamos hablando de un servicio auxiliar, sino de la misma prestación sanitaria.

¿En qué se diferencia de otras limpiezas?

El ciclo comienza con la obtención y el mantenimiento de unas ISO, que en sí mismas no son indicativas más que de un determinado rigor en hacer las

cosas. Continúa un protocolo que se hace y actualiza tantas veces como sea necesario, por modificación de productos químicos, de procedimientos o de la geometría del centro. Sigue con una formación planificada, cuidada y favorecida desde la contrata a todo el personal que está implicado. Sigue aún con los controles adecuados de calidad, bien diseñados y que aseguran el trabajo idóneo de todo el personal y los productos utilizados y con una motivación del supervisor del centro hacia todo el personal, para conseguir los resultados deseados con la máxima ilusión posible por el trabajo, así como la máxima garantía de excelencia en el trabajo.

¿Las infecciones nosocomiales tienen relación directa con la limpieza?

Como dice el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña la limpieza es el primer paso, y más imprescindible, para lograr éxito en el control de la infección nosocomial. Si no se hace de manera profesional y concreta, compromete la efectividad de la desinfección o de la esterilización. Es por ello, y por la importancia de las reinfecciones, que no podemos hablar de limpieza e higiene hospitalaria de una manera banal o ni tan siquiera llamarla limpieza, sino higienización. Esta es la clave para entender que la contrata debe ser ex-

perta en el mundo hospitalario.

¿Y cómo podemos distinguir la calidad de la limpieza-desinfección en un centro sanitario?

La calidad de la limpieza es silenciosa. Hay un umbral en el que es difícil de monitorizar cuál es el nivel, y sólo el tiempo es capaz de subrayar el trabajo realizado por el servicio o por la contrata. Evidentemente, en el ámbito hospitalario las infecciones nosocomiales pueden indicar la calidad de la limpieza-higiene del centro, aunque su génesis es compleja y, aun existiendo una relación directa entre ambos factores, esta relación no es unívoca y, por lo tanto, difícil de objetivar.

Por eso a veces los centros, acostumbrados a disponer de una estudiada, perseguida y cuidada calidad en el servicio de limpieza, piensan que es independiente de la contrata, pero no es así. Sólo la gestión diaria del experto garantiza que la calidad siga siendo la deseada por el centro.

¿Esto quiere decir, entonces, que es mejor que el centro tenga su propio equipo de limpieza?

Rotundamente no. Cada uno debe ocuparse de lo que sabe hacer. La limpieza hospitalaria va modificando los útiles y los procedimientos a fin de optimizar los resultados higiénicos. El especialista, la contrata especializada, como cualquier profesional, estudia siempre las mejores alternativas y testa los resultados. Es difícil desde los servicios propios darle la importancia que requiere el servicio y que sabe dar la contrata especializada.

«La limpieza, si no se hace de manera profesional y concreta, compromete la efectividad de la desinfección o de la esterilización.»

Aspectos fiscales y laborales 2019

El 12 de febrero ACES organizó una sesión para informar de las principales novedades en el ámbito fiscal y laboral para 2019. La sesión se desarrolló en la sede central en Barcelona de PIMEC, y contó con la participación del presidente de ACES, Josep Ignasi Hornos; del director Lluís Monset; de dos expertos en asesoría fiscal de AUREN, Lluís Basart y Cristina Batlle; así como de la abogada y asesora laboral de ACES, Eva Muñoz.

Josep Ignasi Hornos destacó la reciente culminación del convenio colectivo del sector privado y felicitó al equipo negociador de ACES por su esfuerzo en cerrar un acuerdo importante tras unas negociaciones difíciles. En este sentido, se congratuló de haber conseguido un resultado mucho más ventajoso que el obtenido en el convenio de Madrid firmado para el periodo 2017-2020, tanto en la parte económica como en cuanto a condiciones laborales.

El presidente tuvo un sentido recuerdo para el abogado laboralista y secretario general de ACES, José An-

tonio Fernández Bustillo, traspasado el pasado 15 de enero, quien estuvo vinculado a la patronal sanitaria desde sus inicios hace más de 4 décadas, y que participó activamente en las negociaciones del convenio del sector durante el último año.

INSEGURIDAD JURÍDICA

Los representantes de AUREN reseñaron la normativa aprobada en 2018 en materia tributaria y mencionaron la que se encontraba en proyecto, pendiente de aprobación. Lluís Basart efectuó una doble crítica a la evolución legislativa reciente. Por un lado subrayó que últimamente se han ido aprobando novedades fiscales “a golpe de decreto” y, por otro, destacó la incertidumbre sobre la legislatura, que días después se confirmaría con la convocatoria de elecciones generales anticipadas. En el ámbito legislativo lo más importante ha sido la no aprobación de los presupuestos generales del Estado. Basart advirtió, por tanto, que la introducción de novedades normativas en el ámbito fiscal quedaba “absolutamente condicionada” por este hecho y añadió que las circunstancias “eran generadoras de inseguridad jurídica para todos los contribuyentes, ya sean personas físicas o jurídicas”

Los expertos glosaron la reciente jurisprudencia haciendo referencia a algunos pronunciamientos de interés recientes. Según Cristina Batlle, “en los últimos meses, mientras la actividad legislativa ha sido más bien escasa, la jurisprudencia han sido más abundante y en algunos casos ha tenido una proyección mediática inusual como, por ejemplo, el cambio de criterio del Tribunal Supremo respecto al pago del impuesto de actos jurídicos documentados (AJD) en las hipotecas”.



A pesar de la débil actividad normativa, se expusieron los cambios más destacables aprobados el año anterior. En el caso del IRPF, Cristina Batlle hizo énfasis en la ampliación de la deducción por maternidad en 1000 euros más para aquellas madres trabajadoras que hayan satisfecho gastos por custodia de niños menores de 3 años en guarderías y centros de educación infantil.

En cuanto al Impuesto de Sociedades, la novedad más destacable es el pronunciamiento de la Audiencia Nacional en relación con la posible inconstitucionalidad del denominado “pago fraccionado mínimo” a la espera de que las instancias jurídicas superiores se pronuncien. A nivel estrictamente legislativo no se ha producido ningún cambio relevante. En el ámbito del IVA, se mencionó la ampliación de los supuestos para aplicar el tipo superreducido del 4% a los servicios de teleasistencia y ayudas a domicilio, con efectos desde julio de 2018.

En cuanto a los tributos propios de Cataluña, la situación sigue siendo incierta dado que algunos de ellos se encuentran suspendidos y pendientes de sentencia del Tribunal Constitucional; otros se encuentran pendientes de desarrollo reglamentario. Aquellos que están en vigor, y que tienen un peso recaudatorio importante, no han sufrido modificaciones.

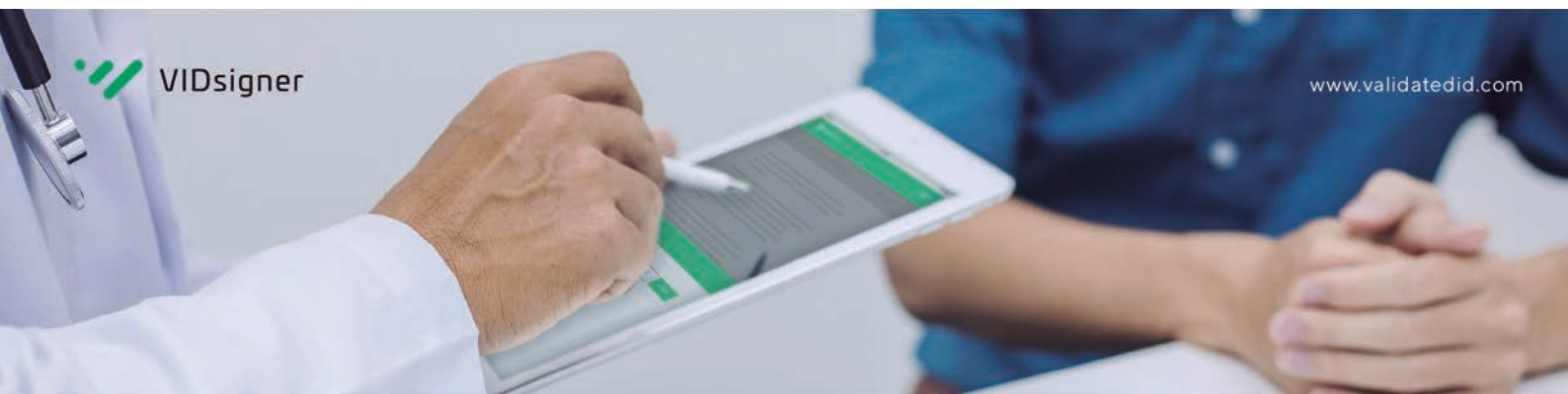
NUEVO CONVENIO COLECTIVO

La sesión terminó con la presentación de los aspectos más importantes del X convenio colectivo del sector a cargo de Eva Muñoz. El convenio estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2019 -con la previsión de 2 años de ultraactividad una vez concluida la duración pactada- y contempla un incremento salarial total del 3,4%.



El nuevo convenio colectivo estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2019 con la previsión de 2 años de ultraactividad una vez concluida la duración pactada

Las principales novedades, respecto al convenio anterior, se producen en ámbitos tan diversos como: permisos y excedencias; las condiciones de la carrera profesional; el modelo de sistema de incentivación profesional, la absorción y compensación; la formación continua; la violencia sufrida por los profesionales; las medidas de igualdad para el colectivo LGTBI; y la subrogación convencional. La presentación del convenio suscitó un gran interés entre los asistentes que plantearon a la ponente cuestiones detalladas sobre las implica-



VIDsigner

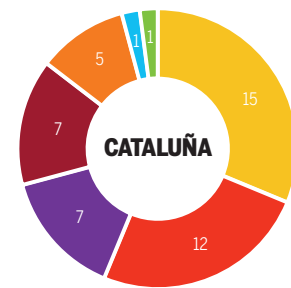
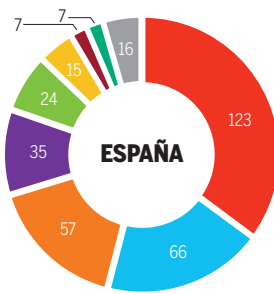
www.validatedid.com

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.



Con motivo de las elecciones **ACESinfo** ha formulado las siguientes dos preguntas a las principales formaciones políticas

1. ¿Hay que reformar el sistema sanitario público? Si es así, en qué sentido?
2. ¿Cómo valora el papel de la sanidad privada?



1

El sistema sanitario público catalán fue capaz de aprovechar los recursos existentes, en un momento determinado, para dar respuesta satisfactoria a las necesidades de la ciudadanía. Tenemos un modelo universal, que asegura la accesibilidad de todas las personas al sistema con una satisfacción de los usuarios muy elevada. Ahora bien, la sociedad evoluciona y las demandas y necesidades de la ciudadanía también. Con el aumento de la esperanza de vida han aumentado las enfermedades crónicas y esto exige una adecuación del sistema sanitario público en perspectivas al futuro.

Creemos que hay una integración de los servicios de salud y bienestar para adecuarse a las diferentes realidades de las personas como colectivo y como individuos en los diferentes territorios, la equidad debe ser la premisa y la descentralización también. Por lo tanto apostamos por un sistema sanitario universal, equitativo, integrado, descentralizado con una Atención Primaria resolutoria como verdadero eje vertebrador del entorno de las personas en cuanto a su salud y bienestar, que coordine la atención especializada y en adecuada comunicación e intercambio con el ámbito hospitalario.

2

Hay una parte de la sociedad que demanda y elige los servicios sanitarios privados y hay que dar efectivamente respuesta a esta demanda. La complementariedad es un elemento clave. Ahora bien, las políticas sanitarias del país deben asegurar, garantizar y velar por la calidad, la equidad y la accesibilidad de la atención a todos los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios y desde el ámbito público debemos poder garantizar una prestación de servicios integral y eficaz de modo que la elección entre público y privado no responda a una cuestión de necesidad sino a la libre elección.



1

La protección de la sanidad debe ser un derecho fundamental.

En este sentido, sí que necesita una reforma. El PSC quiere una sanidad pública de calidad y accesible para todos, y esto necesita una apuesta política y presupuestaria firme y decidida. Esto es lo que hemos querido hacer en estos meses en el Gobierno. Hemos aprobado el decreto de universalización y los PGE 2019 preveían la supresión de los copagos farmacéuticos para las personas con rentas bajas. Debemos reducir listas de espera, que en Cataluña son especialmente graves porque el Gobierno de la Generalitat ha recortado en sanidad igual que ha hecho el PP en el conjunto de España.

2

La sanidad pública es un derecho individual y debe ser gratuita y universal porque todos tienen derecho a ella. La sanidad privada debe ser una opción añadida, pero nunca debe sustituir a la pública. El PP y el Gobierno de Cataluña han favorecido la gestión privada, que nunca se ha demostrado que sea más eficiente que la pública. El Sistema Nacional de Salud está siempre disponible, independientemente de las circunstancias socioeconómicas de las personas. Tenemos una de las mejores sanidades públicas del mundo, a pesar de los recortes de la derecha. Somos el tercer sistema más eficiente del planeta y el segundo país en esperanza de vida, y eso significa algo.



1

Desde En Comú Podem hemos desarrollado un programa de salud que más que a reformar el sistema público de salud va dirigido a recuperar el modelo sanitario público, financiado con impuestos y sin prepagos ni repagos, universal, equitativo y de calidad, y que, además, esté sometido al control democrático y a la participación social.

Porque la salud es un bien social y un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por las instituciones del Estado mediante sus políticas económicas, sociales y culturales, y un motor de desarrollo social, económico y político de nuestro país, fundamental para reducir las desigualdades en las condiciones de vida de la población. Hay que cambiar drásticamente las prioridades políticas frente al actual diseño privatizador, de-

sarrollando un programa de rescate de los servicios públicos de salud, con el fin de garantizar la sanidad pública universal y los derechos sociosanitarios de las personas.

La salud es un pilar básico de nuestro estado del bienestar que ha sido objeto de fuertes recortes a los recursos públicos que se destinan, en un intento de desacreditar y hacer insostenible el Sistema Nacional de Salud (SNS) y así fomentar la mercantilización de la salud.

Para esta recuperación es necesario:

- partir de la consideración de la salud como un derecho fundamental;
- asegurar unos servicios de salud orientados a la salud de la comunidad: prevención, promoción y asistencia sanitaria;
- mejorar la calidad, la eficiencia, la equidad y la evaluación del SNS. Recuperar la gestión pública de servicios, con la creación de un organismo independiente auditor que garantice la transparencia de los datos de gestión y los resultados;
- garantizar la independencia del sistema sanitario en relación con la industria farmacéutica y biotecnológica;
- en los objetivos y la planificación del SNS, favorecer una participación del personal sanitario y de la ciudadanía, verdaderos actores del sistema.

2

Hay que reconocer, particularmente en Cataluña, la existencia de un sector sanitario privado, vinculado principalmente a figuras como las mutuas y seguros médicos, que cumple una finalidad social atendiendo a las demandas de una parte de la población, con unos profesionales de excelente calidad.

Ahora bien, no podemos compartir un modelo en el que este sector privado se haga cargo de la gestión de servicios públicos financiados por toda la ciudadanía, asociados al Sistema Nacional de Salud (SNS). Hay que tener presente que el sector privado tiene una finalidad de lucro que es difícilmente compatible con un servicio público universal dirigido a toda la población, con independencia de su capacidad económica, y que debe ser útil para la reducción de las desigualdades.

La progresiva pérdida del carácter público de la gestión, asociada a un contexto de reducción de la inversión en salud, ha tenido un impacto más que perceptible sobre la calidad del servicio que se ofrece desde el SNS y las condiciones laborales del personal de los servicios sanitarios, que con su trabajo son una auténtica garantía de mantenimiento de unos estándares mínimos de servicio a la ciudadanía. De aquí nuestras propuestas de reversión de los servicios privatizados, con mecanismos de control y evaluación del cumplimiento de los contratos de gestión, con posibilidad de rescisión de contratos.



1

El sistema público de salud necesita varias reformas sin renunciar a la universalidad en el acceso y a una financiación basada mayoritariamente en los impuestos. Es evidente que se necesi-

tan cambios para adaptarse a la cronicidad y a las necesidades de los ciudadanos y los profesionales. Proponemos un pacto de sostenibilidad del sistema que permita incorporar la innovación. Actualmente, el servicio público en Cataluña dispone de una provisión diversa que genera calidad y eficiencia.

2

El sistema privado es una opción de que disponen los ciudadanos de Cataluña, de larga tradición, que complementa la sanidad pública.



1

En Cs creemos en una sanidad universal pública y de calidad como uno de los pilares básicos del estado del bienestar. En nuestra opinión, claro, es perfectible y queda mucho por hacer para garantizar su pleno acceso en igualdad de condiciones. Somos partidarios, por ejemplo, establecer una Tarjeta Sanitaria Única para que cualquier ciudadano reciba los mismos servicios y prestaciones en todo el territorio nacional. Además, apostamos por despolitizar la sanidad para que sea gestionada por los mejores profesionales, para que puedan, entre otras cosas, frenar el grave problema de las listas de espera.

2

En cuanto a la sanidad privada, en Cs respetamos el derecho a la libre elección de los ciudadanos, pero esto en ningún caso nos aleja de nuestro compromiso con un sistema de salud público universal que garantice la igualdad en el acceso para todos los ciudadanos.



1

Los principios que entendemos que deben regir el sistema sanitario público son la universalidad, la equidad y la sostenibilidad. Si falla alguno de estos se debilita el sistema; por tanto, hay que adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el equilibrio entre estos principios y mantener la calidad del sistema. Sin lugar a duda las largas listas de espera en consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones significan un deterioro de la universalidad y la equidad, y requieren la adopción de las reformas necesarias que permitan corregir estas disfunciones sin comprometer la sostenibilidad del sistema, que ha de permitir su viabilidad futura.

2

El principal objetivo de los poderes públicos en relación con la sanidad es garantizar la salud pública, y en este sentido hay que tener presente todos los medios disponibles con independencia de su titularidad. Para conseguir este objetivo disponemos de medios públicos y medios privados, y en la medida que los recursos públicos ni son ni pueden ser infinitos, son necesarios los medios privados. Por eso entendemos la sanidad privada como un complemento de la sanidad pública para alcanzar el objetivo final, que es la salud pública. Es precisamente esta dualidad la que otorga un plus de calidad a nuestro sistema sanitario.

ACTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DEL 1R TRIMESTRE

- El grupo de los **Centros Sociosanitarios** se reunió el 28 de enero y el 6 de marzo para abordar la situación ante la huelga convocada a principios de abril con los sindicatos firmantes del convenio colectivo de concertadas, así como el seguimiento de la evaluación los indicadores de calidad. También el 28 de enero el nuevo grupo de Diálogo con Aseguradoras acordó hacer un estudio sobre la evolución de los precios y honorarios de las aseguradoras.
- El Grupo **Directores Médicos** perfiló la hoja quirúrgica e informó sobre las novedades del Convenio Colectivo de la Sanidad Privada el 19 de febrero. A finales de abril el grupo quiere tratar la viabilidad del comité de ética bajo el paraguas de la ACES.
- El 20 de febrero el grupo de **Recursos Humanos** debatió las novedades del convenio colectivo de la sanidad privada y decidió enviar de nuevo la parrilla de absentismo para llenar los datos del año 2018 en los centros. El 11 de abril presentó el estudio de absentismo de los años 2015 al 2018, y trató las novedades laborales previstas en los reales decretos ley 6/2019 y 8/2019.
- El 4 de marzo la empresa MedAspis se reunió con el grupo de **Farmacia** para presentar una aplicación para dar cumplimiento a la Directiva 2011/62 / UE sobre la falsificación de medicamentos. A continuación, se hizo un seguimiento de la situación de los centros en relación con esta directiva.
- El grupo de **Enfermería** debatió el 19 de marzo sobre la prescripción enfermera y el posicionamiento del Consejo de Colegios; el proyecto Nursing Now; la falta de profesionales, y la Jornada Anual de Enfermería de la ACES prevista para el otoño.
- El grupo de **Tráfico** se reunió el 17 de enero, el 7 de febrero y el 7 de marzo, y llevó a cabo: la elección del presidente del grupo, el seguimiento del nuevo convenio, la exposición de incidencias del programa CAS y un debate sobre el manual de criterios. El de **Comunicación**, el 4 de abril para hablar de comunicación digital. El de **Prevención de Riesgos Laborales**, el 16 de abril, para tratar sobre la guía SEGO y la metodología MAPU.

RUBÉN VINDEL, PRESIDENTE DEL GRUPO DE TRABAJO DE TRÁFICO

«Estamos en la salida, queda mucho camino por recorrer»

Tras la firma del nuevo Convenio de Tráfico 2019-2022, ¿qué objetivos se ha marcado el grupo?

Hay que definir unas directrices para mejorar las condiciones del convenio durante estos cuatro años y al mismo tiempo tomar una posición de fuerza para conseguir un acuerdo más ventajoso, tanto para las entidades como para los lesionados. Compartir información y el trabajo diario de los centros será clave para establecer propuestas interesantes y presentarlas a la UNESPA. Estamos trabajando también para solucionar las incidencias originadas por el sistema CAS. En breve se mantendrá una reunión con técnicos de tiras respecto de este tema. También es prioritaria la mejora del módulo ambulatorio impuesto por la UNESPA a los centros C. Por otra parte, es importante que el manual de criterios esté listo pronto, ya que algunos puntos no son lo suficientemente claros. Por parte de ACES y de los centros se mantiene la idea de informar a



las víctimas de todos los derechos, pero principalmente del derecho a elegir el centro donde recibió el tratamiento.

¿Qué obstáculos encuentra ante las mejoras que se quieren emprender?

Uno de los principales es la falta de comunicación entre aseguradoras y centros. La implantación del sistema CAS ha sido provechosa en líneas generales, pero no ha ayudado a fomentar la comunicación directa con las compañías, lo que ha generado desconfianza. Por otra parte, existe una preocupación creciente

ante las plataformas aparecidas en los últimos años, que, al no estar adheridas al convenio, no deben pasar ningún filtro ni cumplir ningún requisito mínimo, como sí debemos hacerlo el resto de los centros adheridos. Esto crea desigualdad.

¿Cuántas personas participan en el grupo y qué método de trabajo se sigue?

Hemos formado un grupo de 20 con personas clave de diferentes centros, todas conocedoras del convenio de tráfico y sus problemáticas. El funcionamiento es cooperativo, sin jerarquías, pero sí se crea teniendo muy en cuenta la opinión de dos expertos: Eduard Bermejo y José Molinos, que han sido clave en la negociación del convenio. El grupo se siente lleno de energía y con muchas ganas de trabajar. Haberlo creado ya es motivo para estar ilusionados, pero estamos en la línea de salida y todavía queda mucho camino por recorrer.

Cursos 100% subvencionados 2019

Acompañamiento durante el proceso de duelo

14 al 28 de mayo, martes y jueves de 9.30-13.30 h
Duración 20 h

Atención del auxiliar de enfermería al enfermo quirúrgico

16 al 30 de mayo, martes y jueves de 16-20 h
Duración 20 h

Estrategias personales para el control del estrés, burnout y otros riesgos psicosociales

27 de mayo al 17 de junio, lunes y miércoles de 15.30-20 h
Duración 25 h

Atención de enfermería al paciente con accidentes vasculares

3 al 19 de junio, lunes y miércoles de 16.20 h
Duración 20 h

Esterilización

4 al 18 de junio, martes y jueves, de 16-20 h
Duración 15 h

Cuidados de auxiliar de enfermería en geriatría

4 al 20 de junio, martes y jueves, de 16-20 h
Duración 20 h

Cuidados de auxiliar de enfermería hospitalaria al recién nacido

25 de junio al 9 de julio, martes y jueves de 16-20 h
Duración 20 h

La atención a enfermos con demencias

16 al 30 de septiembre, lunes y miércoles de 16-20 h
Duración 15 h

Promoción de la salud en el trabajo: el cuidado de la salud del profesional

7 al 14 de octubre, lunes y miércoles de 16-20 h
Duración 10 h

Atención enfermera en un servicio de urgencias

Consulte fechas y horario
Duración 24 h

Enfermería y la interpretación del ECG

Consulte fechas y horario
Duración 16 h

Atención enfermera al paciente politraumático

Consulte fechas y horario
Duración 20 h

Cuidados enfermeros al paciente quemado

Consulte fechas y horario
Duración 20 h

Iniciación a la ventilación mecánica

Consulte fechas y horario
Duración 20 h

Técnicas de rehabilitación: fisioterapia y psicomotricidad

Consulte fechas y horario
Duración 30 h

Cursos presenciales abiertos y bonificables

Cómo reconocer y gestionar emociones incómodas

17 de mayo de 2019
De 9.30 a 13.30 h
Duración 4 h

Cómo realizar entrevistas de evaluación del desarrollo motivadoras

24 de mayo de 2019
De 9.30 a 13.30 h
Duración 4 h

Gestión de alérgenos. Hospitales y clínicas

30 de mayo de 2019
De 9.30 a 12.30 h
Duración 3 h

Programa CAS (2ª edición)

Consulte fechas y horario
Duración 4 h

Convenio Accidentes de Tránsito

Consulte fechas y horario
Duración 4 h

FORMACIÓN A MANIPULADORES DE ALIMENTOS. RESTAURACIÓN COLECTIVA

La seguridad alimentaria más allá de la cocina

En el servicio de alimentación asociamos los riesgos de la seguridad de los alimentos con la elaboración de los platos en la cocina. Cocineros y auxiliares están acostumbrados a realizar formaciones sobre la seguridad alimentaria y riesgos en las cocinas, lo que conocemos como formación a los manipuladores de alimentos. Ello está regulado por el reglamento 852/20004 relativo a la higiene de los productos alimenticios.

¿Pero qué ocurre una vez estos alimentos salen de las cocinas? Muchas veces, tienen un largo camino hasta el momento de consumo ... pasillos, mantenimiento en caliente, mantenimiento en frío, a temperatura ambiente; manipulaciones posteriores en los comedores colectivos. ¿Quién controla la seguridad del producto en estos procesos de distribución y servicio? Las personas que intervienen en estas

etapas también son manipuladores de alimentos y también deben conocer los riesgos asociados a estas etapas de la distribución y servicio de los alimentos. Normalmente es el personal sanitario y de logística interna quien hace estas funciones.

La seguridad alimentaria más allá de la cocina es una formación diseñada y dirigida al personal sanitario que está en contacto con los alimentos en los procesos de distribución de las comidas. Recoge aspectos relevantes de la seguridad alimentaria una vez las comidas han cruzado las puertas de la cocina. Hablaremos, pues, de peligros, tipos de distribuciones y buenas prácticas en este proceso, y daremos herramientas para valorar el riesgo de la distribución de vuestros centros y tomar la mejor decisión con relación a la seguridad alimentaria.



SANDRA GÓMEZ

Directora de Alimento Consulting y profesora de Ultreia

Jornada del Convenio Marco de Asistencia Sanitaria

El 5 de abril tuvo lugar en Palma de Mallorca la tercera jornada técnico-informativa sobre el Convenio Marco de Asistencia Sanitaria 2019 a 2022. El encuentro, organizado por la Unión Balear de Entidades Sanitarias, contó con la participación de varios expertos, entre los que se encontraba Eduard Bermejo, director de las áreas de Socios y de Accidentes de Tráfico de ACES. En su ponencia, *Evolución del raquis vertebral 2009-2019 y los retos que plantea la gestión del nuevo Convenio para los Centros Sanitarios*, Eduard Bermejo indicó que la entrada en el Convenio en 2009 de los centros extrahospitalarios había comportado el inicio de bajada de tarifas. El representante de ACES subrayó que, a partir del 2013, con la incorporación de las

pruebas complementarias dentro del módulo de raquis vertebral, se confirmó esta bajada.

Eduard Bermejo puso de relieve que «el nuevo convenio (2019-2022) añade más presión sobre el personal sanitario, lo que limita cada vez más la actividad de los centros sanitarios en un sistema modular». También se refirió a los «rechazos sistemáticos por intensidad de algunas aseguradoras en poner en cuestión las prescripciones de los profesionales de los centros sanitarios». Bermejo dejó claro que el acuerdo actual «está muy lejos de una situación win-win en que todos ganan», y concluyó recordando que, si el sector sanitario no articula un grupo de consenso, dejando los protagonismos aparte, el convenio no tiene futuro.

ACUERDOS DE PATROCINIO

randstad
Healthcare.

Randstad Professionals Healthcare pone al alcance de las empresas un equipo de consultores especializados. Su experiencia y conocimiento del sector, junto con la aplicación de innovadoras técnicas de reclutamiento e identificación de talento, hacen de este equipo un partner necesario para la selección del mejor talento y para el éxito de la compañía. Algunas de las posiciones en las que se especializa en sanidad son: director de hospital, director de enfermería, director médico, médico, odontólogo, enfermera y consultor comercial. En cuanto a salud laboral: director de servicio, coordinador de salud, médico, enfermera y fisioterapeuta. Y en el ámbito sociosanitario: director de centro, coordinador del servicio y equipo técnico sociosanitario.



Canon Business Center Barcelona 22@ es un socio para la optimización de la impresión y la gestión documental en el centro de trabajo. Se dedica a las impresoras multifuncionales; a la venta y servicio / mantenimiento de plotters y escáneres; la gestión documental y de impresión; así como pantallas interactivas y cartelería digital, entre otras actividades. Con sus soluciones 360º es una ayuda para afrontar cualquier reto profesional. Su servicio es rápido y de proximidad y, gracias a su área de cliente, permite gestionar lecturas, facturas y pedidos, con la máxima facilidad.



Fundada en Francia en 1927 por un grupo de directores de hospitales, Sham es una compañía mutualista especializada en seguros y gestión de riesgos, y es también un socio sólido y sostenible de agentes sanitarios, sociales y médico-sociales. Como operador de referencia a nivel europeo en materia de responsabilidad civil, Sham cuenta con cerca de 11.000 socios. Sham en España es una filial del Grupo Relyens, sociedad mutualista europea que ofrece el conjunto de actores del sector de la salud, acción social y territorios, soluciones de gestión, de prevención y de seguros de riesgos vinculados a la actividad, con tres áreas de competencia complementarias: seguros (Sham), corretaje (Sofaxis), asesoramiento y servicios (Neer).

Canon BUSINESS CENTER BARCELONA 22@

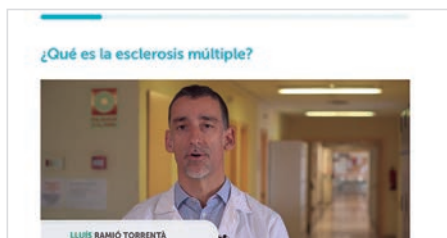
El teu proveïdor de solucions d'impresió i solucions TIC

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

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

FUNDACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Plataforma en línea para pacientes y cuidadores



La fundación ha puesto en marcha la primera plataforma online para personas con esclerosis múltiple y sus familias. Esta plataforma contiene dos cursos en línea gratuitos. Uno de ellos es Femlearning, que está dirigido específicamente a aquellos que tienen la enfermedad. El otro es Somos cuidadores, pensado para cuidadores.

Femlearning es una herramienta diseñada para que el paciente se convierta en experto en su propia enfermedad. Es un curso virtual que incluye información contrastada con especialistas médicos y contiene infografías, vídeos y elementos interactivos. Hasta ahora cerca de 1.000 personas ya han consultado esta formación. Somos cuidadores sigue la misma estructura que Femlearning partiendo de la base de que para cuidar a una persona con esclerosis múltiple hay que conocer la enfermedad, la sintomatología y los cambios que conlleva.

HOSPITAL QUIRÓNSALUD BARCELONA

Planificar la maternidad

El Hospital Quirónsalud Barcelona ha puesto en marcha un programa de divulgación y asesoramiento para mujeres de menos de 35 años para ayudar a planificar el futuro reproductivo. De manera gratuita y hasta el mes de junio, se ofrecerá una visita médica y la realización del test de fertilidad.



Con el paso de los años la fertilidad de la mujer está decreciendo y cada vez se está retrasando más la edad media de las madres primerizas, que, según el Instituto Nacional de Estadística, en el Estado se sitúa en los 31,47 años. «Esto puede acabar generando problemas en mujeres que han decidido retrasar la maternidad, debido al desconocimiento social y la falta de información, y por eso hemos puesto en marcha esta campaña divulgativa», ha explicado el doctor, Ramon Aurell, responsable de la unidad de Reproducción Asistida de Quirónsalud Barcelona.

Nuevo tratamiento para la próstata

El doctor Enrique Rijo, miembro del equipo de urología y responsable de la Unidad de Próstata del Servicio de Urología del Hospital Quirónsalud Barcelona, ha sido el primero de utilizar en todo el Estado el procedimiento conocido como re-zum en el tratamiento de la hiperplasia benigna prostática en el mes de enero. Este procedimiento consiste en la inyección de vapor de agua en la próstata, lo que provoca la necrosis del tejido, que luego es eliminado por el cuerpo, y soluciona los problemas ocasionados por el crecimiento de la próstata en el paciente.

El procedimiento tiene la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos desde hace cuatro años. Entre las ventajas destaca la preservación de la eyaculación anterógrada hasta un 96% de los casos, y la rapidez: bastan entre tres y siete minutos para una intervención ambulatoria.

Sin lugar a dudas

Novalac



SCIAS HOSPITAL DE BARCELONA

Pioneros en litotricia coronaria



Actualmente, la litotricia coronaria es la técnica más eficaz, segura y menos agresiva entre los tratamientos para lesiones muy calcificadas en arterias. Un equipo de cardiólogos del Hospital de Barcelona la ha aplicado por primera vez en un centro de la sanidad privada catalana. Se ha llevado a cabo en un paciente de 73 años que presentaba una enfermedad de dos vasos (descendente anterior y coronaria derecha) y en el que fracasó la técnica habitual, ya que uno de los stents quedó infraexpandido tras la implantación. Entonces se decidió utilizar la litotricia para, mediante pulsos de alta energía mecánica, fragmentar el calcio en la arteria coronaria derecha y alcanzar una estenosis residual leve que permitió aplicar paclitaxel con un balón farmacoadactivo.

FUNDACIÓN FINESTRELLES

Consejo científico asesor

La Fundación Finestrelles ha constituido un Consejo Científico Asesor, que colaborará y ayudará en el cuidado de la salud de los usuarios de la Fundación. El Consejo está formado por médicos de reconocido prestigio, en concreto por los doctores: Jaume Viguera, Enric Ferrer, Manel Esteller, Lluís Cabré, José M. Serra Renom, Rafael Esteban, y Antonio María de Lacy.



FUNDACIÓ ACE

Avance en el Alzheimer

La Fundación ACE participa en un estudio que ha descubierto cinco genes relacionados con el Alzheimer. Es el estudio genético de la enfermedad más importante que se ha realizado a escala global y ha sido publicado en la revista Nature Genetics. Este análisis sin precedentes revela que el metabolismo de la proteína tau, la beta amiloide, los procesos inflamatorios y el metabolismo de los lípidos estarían relacionados con la enfermedad. La Fundación ACE ha aportado 8.000 muestras, prácticamente el 8% del total analizado. El estudio tiene una notoria participación catalana y española a través del proyecto GR @ ACE, impulsado por la Fundación ACE con el apoyo de La Caixa, Grifols y el Instituto de Salud Carlos III. En esta investigación sobre el Alzheimer participan 308 instituciones de 20 países de tres continentes.



Premio a Agustín Ruiz

Por otra parte, la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha galardonado a Agustín Ruiz, jefe de Investigación de la Fundación ACE, con el premio a la mejor comunicación oral de la Reunión Anual de la SEN 2018. Esta distinción se le ha concedido por la *conferencia Rastreo completo del genoma (GWAS) aplicado a la identificación de factores de riesgo genéticos de la enfermedad de Alzheimer: resultados del proyecto GR @ ACE.*

QUIRÚRGICA CIRUJANOS ASOCIADOS

Acompañamiento emocional

Quirúrgica Cirujanos Asociados ha desarrollado la Unidad de Acompañamiento Emocional Quirúrgico con el fin de incorporar el estado emocional del paciente al conjunto de otros factores que se tienen en consideración ante una intervención, como son la condición física o el estado nutricional. El objetivo es compartir con los pacientes sus miedos, ayudarles a superar las inseguridades y ser sensibles a su sufrimiento de manera que se sientan acompañados y afronten la cirugía con más garantías. Según Mariana Mayans, jefe de la Unidad de Acompañamiento Emocional, «el paciente necesita ser escuchado y compartir lo que siente con un profesional sanitario; está demostrado que trabajar las emociones tiene un impacto positivo en los resultados y en la recuperación postoperatoria». El doctor José María Raventós, cirujano general de Quirúrgica, aseguró que preparar emocionalmente a los pacientes «nos ayuda a disminuir el uso de analgésicos y otros psicofármacos, y reducir el índice de complicaciones y los días de ingreso».



GESESA

Limpieza 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