

EL REPORTATGE

HealthTech Unconference 2017: solucions disruptives per millorar el sistema sanitari

ACTIVITAT ACES

Respondre als nous reptes legals

BONAVENTURA CLOTET
METGE I DIRECTOR DE L'INSTITUT DE RECERCA DE LA SIDA IRSICAIXA

«La recerca en biomedicina fa que la societat progressi»



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 Marxa, 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



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
Frederic Llordachs
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
Miguel Sanbiaggio
Shutterstock: pàg. 22

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

Amb tot el respecte, la sanitat pública hauria de ser complementària

5

EDITORIAL

Sistema sanitari públic: progrés o retrocés?

6

L'ENTREVISTA

Bonaventura Clotet, metge i director de l'Institut de Recerca de la Sida IRSICAIXA

12

PARLEM-NE

Autònoms i sector sanitari

13

A FONTS

«Molts diagnòstics els farà la intel·ligència artificial»

14

EL REPORTATGE

HealthTech Unconference 2017: solucions disruptives per millorar el sistema sanitari

16

ACTIVITAT ACES

Respondre als nous reptes legals

18

ACTIVITAT ACES

La «laboralització encoberta»: com treure l'espasa de Dàmocles

20

ACTIVITAT ACES

Per què els centres es resisteixen a l'm-Health?

21

FORMACIÓ

23

ACES EN BREU

24

XARXA ACES

Amb tot el respecte, la sanitat pública hauria de ser la complementària

Dr. Josep Ignasi Hornos Vila

PRESIDENT



Per tal que sigui així, a més del ferm propòsit de voler ser la protagonista, la sanitat privada ha de ser un model d'excel·lència i de fidelització de l'usuari. És un llarg, però apassionant, camí per recórrer.

Entorn de la nostra anomenada *societat del benestar* és cert, desitjable i plenament acceptat que l'Administració Pública ha de costejar, totalment o en gran part, tots o molts dels serveis sanitaris, educacionals i de pensions/prestacions socials. El que no és necessari, i cada vegada més qüestionable, és que proporcionï aquests serveis mitjançant empreses públiques. La gestió privada és millor que la gestió pública, no per la dotació humana, sinó perquè l'empresa pública no és lliure per gestionar. Molt sovint s'argumenta que són empreses públiques amb gestió privada, però sabem que això és impossible; és una fal·làcia. L'empresa privada és molt més governable, controlable i fins i tot més democràtica que la pública.

En la rendibilitat del diner per a pensions/prestacions socials, en la prestació de serveis educatius i també en la de serveis sanitaris, el sector privat és reconegut com el més eficient i el de més qualitat. Aquest fet és així en el nostre àmbit i també a la resta del món. Els fons i dipòsits monetaris, les escoles i universitats que gaudeixen de més prestigi i, també, els centres sanitaris d'excel·lència són, a tot el món, majoritàriament privats.

Aquesta constatació no qüestiona la qualitat i l'eficiència de molts centres públics, que, sobretot en sanitat, tenen a Espanya un reconeixement merescut. Si no fos pel cost econòmic, qualsevol persona voldria tenir la seva futura pensió en un fons privat, que els fills estudiessin a les millors escoles o universitats privades, o que la seva malaltia fos tractada en centres privats d'excel·lència. L'Administració Pública, amb el seu enorme poder de compra (72.000 milions

d'euros anuals en sanitat a Espanya), ha de ser transparent i eficient per «administrar», com bé diu el seu nom, de la millor manera possible els recursos públics. Com? Fent concursos i contractant els serveis de manera transparent i eficient. El possible cost més baix es traduirà en un estalvi per a la societat, que es reinvertirà en altres necessitats socials. A més, si l'empresa privada aconsegueix tenir algun benefici, doncs millor, perquè pagarà més impostos.

El sector privat no pot subsistir sense una qualitat i una eficiència contrastades, que es manifesten, dia a dia, amb concursos cada cop més transparents i competitius. L'Administració Pública ha d'especialitzar-se en la redacció, valoració, adjudicació, control i seguiment de concursos públics que, amb les màximes garanties per a la societat, assegurin de manera incremental aquesta transparència i eficiència. I tot això tant a escala educacional i de pensions/prestacions socials, com de salut.

Concretar en salut aquest canvi es fa més necessari per l'enorme cost incremental que té a causa, fonamentalment, de l'allargament de la vida, el cost més alt de les noves tecnologies del diagnòstic i terapèutiques, i també les creixents expectatives dels ciutadans i de la societat en general.

Segons la Fundació Bill i Melissa Gates, el cost sanitari als països desenvolupats passarà de 9,2 milions de milions de dòlars americans de l'exercici 2015 a 24,5 milions de milions l'any 2040. No hi haurà cap Administració Pública a tot el món que pugui costejar aquest increment.

Amb tot el respecte, les empreses públiques haurien de ser, en aquest marc, les complementàries. Haurien de cobrir en sanitat tot el que el sector privat, o l'autèntica gestió privada, no pugui o no vulgui cobrir, o allà on no vulgui concursar.

Sistema sanitari públic: progrés o retrocés?

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC 1990) fixava de manera clara per primera vegada en l'ordenament jurídic de la sanitat espanyola un model mixt de provisió de serveis públics.

Es progressava així de manera eficaç i àmpliament consensuada des de les rígides estructures heretades del règim de la seguretat social franquista, de l'INP i més tard l'INSALUD, cap a una gestió moderna de les organitzacions i dels professionals de la salut.

La LOSC consolidava, segons el mateix conseller Trias en el discurs que va fer de presentació, «la possibilitat de desenvolupar fórmules de gestió empresarial com són la figura del gerent i la previsió de diverses fórmules de gestió (directa, indirecta o compartida) que el Servei Català de la Salut pot emprar».

Totes les autonomies d'Espanya, amb més o menys intensitat, van entendre la necessitat d'impulsar canvis en les estructures, que resultaven massa arcaiques i burocràtiques per encarar el segle XXI.

Encara que amb matisos, hi ha una pràctica unanimitat entre els acadèmics i els polítics respecte a l'encert del camí iniciat.

El progrés del món sanitari exigia formes de gestió més àgils i «líquides» per adaptar-se als canvis i mantenir la competència científica de manera sostenible.

L'abril del 1997 s'aprovava la Ley sobre habilitación de

nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que obria clarament la porta a models innovadors de col·laboració públicoprivada amb la creació de fundacions, concessions, PFI, etc.

Vint anys més tard, i amb tots els indicadors i els paràmetres avaluats que demostren els avantatges dels canvis sobre el model convencional, l'entrada en alguns governs autonòmics de partits o coalicions anomenades *d'esquerra* ha iniciat un procés de retorn al passat sense més argumentació que el conegut perjudici de l'estigmatització de l'ànim de lucre.

A Catalunya hi ha un ferm compromís del conseller Comín i el seu equip d'intentar el consens en el desplegament de la normativa europea que dibuixen les lleis de noves fórmules de gestió. I de continuïtat amb l'essència de la LOSC.

Estem segurs que això serà així, si el Departament de Salut manté la direcció amb les mateixes persones, i esperem que també si canvien.

Però quelcom molt greu està passant a la sanitat espanyola. En nom del progrés es força un retorn al passat, ignorant en general la veu del món acadèmic i menyspreant el valor del pacte en un dels temes centrals de les polítiques europees: la necessitat d'oferir als ciutadans solucions sanitàries modernes, eficaces i sostenibles.

Malauradament, la sanitat en molts llocs d'Espanya no avança pel camí del progrés sinó de l'estatisme, la uniformització i la burocràcia. I això és preocupant, molt preocupant.



CONSTRUCCIONES
Y OBRAS

Ilusión
por tu
bienestar



Avda. Diagonal 477 - 8ª Planta - Puerta B - 08036 - Barcelona
T. 93 419 25 54 - marketing@somhiconstruccions.com

www.somhiconstruccions.com



BONAVENTURA CLOTET (Barcelona, 1953) és doctor en Medicina. Va ser cap de la unitat de VIH de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP) de Badalona entre el 1987 i el 2015, i des de llavors és cap de servei de Malalties Infeccioses del mateix hospital. És director de l'Institut de Recerca de la Sida IrsiCaixa des del 1995 i president de la Fundació Lluita contra la Sida des del 1992. Des del 2006 codirigeix el Programa HIVACAT d'investigació de la vacuna de la sida. És professor associat de la UAB des del 1986 i director de la Càtedra de Sida i Malalties Relacionades a la Universitat de Vic (UVic-UCC), des de l'octubre del 2013. És director del Màster Universitari (màster oficial) en Patogènesi i Tractament de la Sida des del 2011.

«La recerca en biomedicina fa que la societat progressi»

Per què va triar la medicina com a professió?

El meu avi va néixer a Tremp en una família molt humil, va venir a Barcelona a estudiar i va acabar sent un gran neuròleg. També va ser un dels organitzadors del primer Congrés de Metges de Llengua Catalana el 1913. Es deia Bonaventura Clotet, igual que el meu pare, que va seguir la mateixa professió. De manera que a mi no em quedava cap altra alternativa (*somriu*). Ser metge fa que t'involveix molt amb la realitat de la vida i amb les necessitats de la persona que tens al davant. Almenys jo ho he sentit sempre així i aquesta és la mentalitat que em va portar a dedicar-me a la sida.

Quina és la definició exacta de sida?

És una malaltia produïda pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), que, un cop la persona està infectada, destrueix el sistema immunitari i, en concret, els limfòcits CD4. La minva de la immunitat fa que apareguin malalties oportunistes o tumors que amb un sistema immunitari en bon estat no tindrien res a fer.

D'on prové?

Va passar dels ximpanzés a l'espècie humana a principis del segle xx al Congo belga. Els primers que es van infectar eren caçadors furtius que mataven aquests animals i entraven en contacte amb la seva sang sobretot quan els esquarteraven.

I com es va estendre a tot el món?

Bèlgica, la potència colonial, va engegar campanyes de vacunació l'any 1960 al Congo i va portar personal sanitari d'Haití pel domini que tenien de la llengua francesa. Part d'aquest personal es va infectar i va tornar a Amèrica. Des d'Haití, que a l'època era un paradís sexual i un lloc on s'adquiria molt de plasma sanguini,

es va difondre a les grans ciutats dels Estats Units. En paral·lel també va arribar a Europa. De fet, hi ha casos mèdics dels anys seixanta que en revisar-los s'ha comprovat que corresponien a la sida. Però va ser a Amèrica on es va difondre més.

Molta gent va descobrir aquesta malaltia quan Rock Hudson va revelar que la patia a mitjan anys vuitanta.

La doble sortida de l'armari de Hudson –en la seva condició de gai i de malalt– va ser un punt d'inflexió importantíssim respecte a la percepció de la sida. Es pot constatar que a partir d'aleshores va canviar la manera com es veia la malaltia socialment. Les autoritats nord-americanes, per exemple, van impulsar la recerca i el desenvolupament de fàrmacs com mai gràcies a l'impacte mediàtic. Va ser un autèntic catalitzador.

Durant anys s'ha parlat de grups de risc com els homosexuals i els drogoaddictes que compartien xeringues. No és injust parlar de grups quan les conductes de risc en tot cas corresponen a decisions individuals?

Estic d'acord amb vostè. La societat tendeix sempre a estigmatitzar les coses per protegir-se. Si ara hi hagués una pandèmia nova i comencés per casualitat amb les persones altes, rosses i d'ulls blaus tothom assenyalaria aquest grup i ho faria com un mecanisme de defensa. Quan es veu que el suposat grup no té l'exclusiva de la malaltia l'estigmatització ja està feta i pot persistir o no. Cal subratllar que la sida és una malaltia de transmissió bàsicament heterosexual en el món.

Recorda el primer cas que va tractar com a metge i quin sentiment li va causar?

Sí, perfectament, era el 1983 i es deia Vicenç. N'havia vist d'altres, però aquest és el primer que vaig portar direc-

tament. Recordo que tenia abscessos cerebrals, pneumònia, sarcoma de Kaposi, i tot i així vam aconseguir que visqués prop d'un any. Era una malaltia terrible en aquells moments, esfereïdora: els malalts et miraven aterrits i et demanaven ajuda. Era una sentència de mort.

I què es podia fer en aquestes circumstàncies?

Intentar donar qualitat de vida dintre de les possibilitats als pacients, tractar-los molt bé i començar els primers assajos clínics amb fàrmacs, que no feien gran cosa. I naturalment impulsar la recerca.

Quins han estat els avenços de la recerca clau que ens han permès situar-nos en una posició molt diferent respecte de fa 30 anys?

El 1985 ja es van fer assajos clínics i el 1987 es van començar a provar els primers fàrmacs, amb una eficàcia limitada. En aquell moment es va generar un important coneixement sobre les mutacions del virus i la seva resistència als antiretrovirals. Després van anar apareixent famílies de fàrmacs i el 1994 es van fer els primers assajos amb inhibidors de la proteasa, que es van comercialitzar el 1996 i van permetre cronificar la malaltia. Aquesta va ser una gran fita i a partir d'aquell moment es van anar incorporant noves famílies de fàrmacs, cada cop més potents i menys tòxics. Igualment s'han anat simplificant els tractaments, de manera que s'ha passat de 16 píndoles al dia a una de sola, i l'eficàcia ha crescut del 50% a més del 90%. Aquesta cronificació de la malaltia ha estat un gran avenç: l'esperança de vida d'un malalt és gairebé la mateixa que la d'una persona que no s'hagi infectat, sempre que hagi començat el tractament molt precoçment.

Quanta gent té accés a aquests medicaments?

Aquesta és la qüestió. Només la meitat de la gent que hauria de fer tractament el fa. La majoria de les persones a l'Àfrica no tenen accés als medicaments. Hi ha hagut fundacions importants, com la de Bill Gates o la de l'expresident Clinton, que han treballat en aquest tema. Nosaltres, per exemple, col·laborem amb l'Organització Mundial de la Salut, per estendre els tractaments retrovirals en aquest continent i perquè siguin el màxim d'eficaços. Per la seva banda, la indústria farmacèutica està fent esforços per proveir a un preu raonable, i fins i tot a cost zero, els tractaments a l'Àfrica. Indubtablement, el dia que tothom qui estigui infectat es pugui tractar, l'epidèmia deixarà de créixer. Ara, cada any s'estan infectant dos milions de persones i en mor un milió. Si estàs infectat i fas bé el tractament, no transmetes el virus. Aquest seria un gran pas a l'espera que d'aquí a uns anys podem fer un segon pas i curar la gent que té la malaltia.

La situació, com ha comentat, és particularment greu al continent africà. Creu que, a banda dels medicaments, un canvi cultural podria aturar aquesta tendència?

Sí, és molt greu. El 70% dels malalts són a l'Àfrica subsahariana. En algunes regions de Sud-àfrica i de Moçambic un quart de la població està afectada. És una pandèmia. La situació és així perquè el virus sorgeix a l'Àfrica, i això d'entrada és important. Però després té a veure, efectivament, amb qüestions culturals. A molts indrets de l'Àfrica el preservatiu és rebutjat, fins i tot hi ha la creença que tenir relacions amb dones verges pot curar la sida. Després hi ha l'impacte també negatiu dels grans corredors de prostitució associats a les mines. D'altra banda, els pocs recursos limiten els efectes de les campanyes de prevenció i d'educació. Per tant, estem parlant d'un problema sistèmic de gran abast.

És possible que les perspectives de millora en el tractament facin abaixar la guàrdia a moltes persones respecte de les conductes de risc al món occidental?

Sens dubte. En aquests moments tothom sap que si s'infecta i es tracta immediatament podrà tenir una esperança de vida normal prenent una píndola. La por de la infecció ha baixat. A més, ja no és un tema que aparegui als mitjans contínuament, com passava fa uns quants anys. I si surt és per donar bones notícies de com milloren els tractaments. Amb tot això la gent es relaxa, i especialment els joves, que solen tenir una activitat sexual molt alta. Hi ha força promiscuïtat en aquests moments, sobretot en les relacions homosexuals masculines, i el preservatiu no es fa servir com caldria. Com a resultat d'això, estem veient una revifalla altíssima de la incidència de les malalties de transmissió sexual, que afavoreixen l'aparició del VIH. Ara mateix s'infecten 10 persones cada dia a tot l'Estat i a Catalunya, dues. Podrien ser encara menys perquè hi ha un tractament o teràpia preexposició; és una píndola que prevé en un 90% el risc d'infecció per VIH.

Vostè i el seu equip de recerca treballen en el desenvolupament de dues vacunes per al VIH: una de terapèutica i una altra de preventiva. Podria explicar-ne les diferències?

La vacuna terapèutica és per a les persones infectades i està orientada perquè el sistema immunitari pugui reaccionar i atacar el virus. Actua «reeducant» unes cèl·lules citotòxiques que són els CD8 (limfòcits) perquè reconguin les cèl·lules infectades pel virus i arribin a destruir-lo. La vacuna preventiva o profilàctica treballa amb uns anticossos, que són unes proteïnes que es «disparen» contra el virus quan apareix i el bloquegen fins que queda eliminat també. Creiem que aniria molt bé fer una estratègia combinada entre les dues vacunes. A banda de tot això, estem treballant amb unes immunoglobulines (que són també uns anticossos, unes proteïnes) que mo-



difiquem per fer que capturin el virus i l'eliminin alhora que destrueix totes les cèl·lules on està allotjat.

Una altra línia de recerca és la del microbioma intestinal. En què consisteix?

Sí, en principi pot semblar molt allunyat de la vacuna i del VIH. El microbioma intestinal –els microbis que tenim en aquesta zona– s'ha vist que és essencial per millorar la resposta en els tractaments anticancerosos. El que estem fent és investigar si també millora la resposta a les vacunes terapèutiques que estem desenvolupant. Per tant, com pot veure, estem treballant alhora amb un conjunt d'estratègies.

Els titulars dels mitjans de comunicació ho resumeixen tot amb «la vacuna contra la sida». No és una simplificació excessiva?

El periodista necessita un titular i si pot ser que digui que d'aquí a un temps exacte tindrem una vacuna molt millor, però això en recerca no es pot dir mai. Primer, cal fer la prova de concepte, que consisteix a demostrar que la combinació de les diferents estratègies de tractament fa que es puguin reduir significativament els amagatalls del virus. És a dir, que es va pel camí correcte. Però això encara no ho tenim. L'únic que s'ha demostrat que funciona de moment és el transplantament del moll de l'os, tot i que aquesta operació té un cost elevat i només es

pot fer als malalts de VIH que tenen limfomes i leucèmies. Segurament, els mitjans i la mateixa societat volen respostes ràpides, però això seria fer prospectiva fàcil. Hi ha un temps que és difícil d'escurçar. Un assaig clínic, per exemple, dura dos anys. L'única cosa que pots fer, si tens molts diners, són assajos clínics en paral·lel, però, si no, els has de fer seqüencialment i aleshores tragues més. El que és vergonyós és que Espanya sigui un dels països que destina menys diners a la recerca en biomedicina, i està retallant cada vegada més, quan hi ha molta vàlua a tot l'Estat en centres i investigadors. S'hi hauria de destinar, com a mínim, 10 vegades més de pressupost. És no voler entendre que la recerca en biomedicina fa que la societat progressi adequadament.

Molt sovint potser la societat tampoc no entén que calguin tants diners perquè no té coneixement de com funciona aquest món.

Penso que en realitat no són tants diners. Un assaig clínic en un grup reduït per provar si una vacuna funciona o no són 15 milions d'euros. És clar, dit així semblen molts diners, però moltes estacions del tren d'alta velocitat, que s'han construït els darrers anys i que són utilitzades per molt poca gent, han costat més de 15 milions cadascuna. Crec que, en aquests moments, si disposéssim de 100 milions d'euros es podrien desenvolupar totes les estratègies que estem fent molt més ràpid i de manera

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

El descobriment dels antibiòtics.

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

Hi ha d'haver una sanitat pública competent, que ja tenim, que doni cobertura a tots els ciutadans, però també ha d'existir la privada, que comporta una estada millor pel que fa a intimitat, sobretot. El que caldria reduir són les llistes d'espera.

Què pot aportar la gestió privada a un centre sanitari?

Si es fa d'una manera racional és una gestió que pot ajudar a estalviar molts diners i mantenir els estàndards de qualitat alts a tots els nivells. En tot cas no s'ha de permetre mai que baixin els estàndards de qualitat.



molt eficient, i així podríem arribar abans a la prova de concepte que comentàvem. Jo calculo que, amb les condicions actuals, hi podem arribar el 2025, però hi ha qui creu que seria el 2030. En aquesta data –la que seguirà s'haurà confirmat que la curació és possible, però fins que estigui a l'abast de tothom encara trigarà més. Els països nòrdics, quan hi ha una crisi, prioritzen recerca i ensenyament, mentre que a Espanya aquests dos àmbits, juntament amb la cultura, sempre estan penalitzats.

Vostè dirigeix IrsiCaixa-Institut de Recerca de la Sida. Podria explicar-nos breument quins són el seu origen i funcionament?

L'IrsiCaixa és un exemple de partenariat públic privat únic, que ha estat possible gràcies a la Generalitat i a l'Obra Social de "la Caixa", que fa gairebé 25 anys que funciona. Això ens ha permès tenir un laboratori molt potent i capdavanter al món, on fem tota la recerca que cal per eradicar la sida. Va ser molt important en la seva creació la intervenció del president de l'Obra Social, Josep Vilarasau, i la de Xavier Trias, conseller de Salut. Tots dos van entendre la validesa d'unir esforços en un projecte que en aquells moments no tenia garantida la seva continuïtat, però que amb el temps s'ha demostrat que valia la pena. El mèrit que jo he tingut és haver escollit un gran equip i mirar que se sentissin còmodes a l'hora de treballar de manera cohesionada.

Molta gent vinculada al món de la recerca troba a faltar els sistemes de mecenatge que tan bé funcionen al món anglosaxó. Vostè també?

Les escoles haurien d'educar els nens amb la idea que han de retornar a la societat part del que la societat els

ha permès aconseguir al llarg de la seva vida. És una moral molt calvinista que predomina als Estats Units. Hi ha d'haver mentalització i després facilitació a través d'una llei de mecenatge amb una fiscalitat que afavoreixi les donacions, que és en definitiva afavorir la recerca. A Espanya, comparat amb altres països del nostre entorn, les reduccions per donacions són molt baixes.

Vostè ha rebut diversos reconeixements per la seva feina al llarg dels últims anys. Ha pensat mai en la possibilitat del premi Nobel?

Tinc molt clar quin és el meu paper i la recerca necessita cuidar molt el mèrit de les persones que estan fent el treball de base més dur. Com a director científic apporto idees, però dono molta llibertat a tots els investigadors. Per tant, si mai ens atorguen un premi important, hauria de ser col·lectiu i no personal. Crec que un premi així seria bo pel que té de retorn econòmic, que serviria per impulsar encara més la feina, i pel reconeixement internacional que comportaria.

El dia que, per dir-ho així, s'obtingui una gran victòria contra la sida, vostè veurà culminada la seva carrera?

La recerca és molt transversal. La vacuna preventiva que estem desenvolupant podrà servir de vacuna terapèutica per al càncer i per a altres malalties infeccioses. L'estudi del microbioma és molt important perquè sembla que està relacionat amb l'envelliment accelerat i amb malalties neurodegeneratives. Segurament, al segle XXI el càncer i les malalties infeccioses estaran solucionats, però sorgiran nous reptes que ara no podem ni sospitar. D'aquí a 200 anys és poc probable que jo hi sigui, però si hi sóc li ben asseguro que continuaré treballant.

La signatura electrònica és clau per a la transformació digital

La revolució tecnològica ha arribat també al sector sanitari. L'anomenada *transformació digital* planteja un nou repte a clíniques, hospitals i centres sanitaris a l'hora de substituir els tràmits burocràtics per processos electrònics senzills, fiables i pràctics. En aquest sentit, cada vegada són més els professionals i pacients que disposen de nous sistemes digitals per estalviar temps i paper en les gestions diàries, tot i que encara hi ha certs dubtes sobre la validesa pel que fa als documents de gran rellevància jurídica, com el consentiment informat, que demanen la signatura del pacient. Per aclarir aquests dubtes, Validated ID ha aconseguit demostrar que la seva eina de signatura biomètrica pot ser tan robusta jurídicament com la signatura manuscrita tradicional, alhora que agilita els tràmits sanitaris i evita una gran quantitat de paperassa molesta.

ViDSigner és un servei integral de signatura electrònica que s'adapta a cada cas d'ús en funció de la tipologia del signant, la capacitat tecnològica de les parts o els requeriments legals o de seguretat. En concret, en l'àmbit de la salut el servei més demanat és el de la signatura biomètrica, que permet als pacients signar a mà en una tauleta habilitada pel centre de salut com ho faria en un paper. El pacient només ha de llegir el document al dispositiu i signar-hi, i ViDSigner s'ocupa de la complexitat tecnològica que permet convertir un procés molt senzill en una prova de signatura jurídicament molt forta.

Els centres de salut obtenen reducció de costos, optimització de processos, un millor control documental, mobilitat i, sobretot, confiança.



LES PERSONES, PRIMER

El servei ViDSigner es basa en dues premisses fonamentals: seguretat jurídica i senzillesa. Des del punt de vista legal, s'empren tots els mitjans a l'abast per garantir una prova tant o més robusta que la signatura en paper. Des del punt de vista de la senzillesa, fer servir ViDSigner és tan fàcil com signar un paper, com ho demostra la gran acollida del servei en àmbits amb un gran component humà, com els d'atenció domiciliària o les residències geriàtriques.

ViDSigner resol un aspecte de la relació metge-pacient molt delicat, ja que la signatura, com a prestació del consentiment, sempre té lloc en circumstàncies difícils i és molt important que el signant se senti còmode amb el que està signant i com ho està signant.

Actualment, ViDSigner està integrat en més de 20 sistemes de gestió de clíniques a Espanya. Això permet no només un desplegament immediat, sinó també un ús molt natural, sense necessitat de coneixements previs i gairebé sense instal·lacions.



RICARDO DE LORENZO

Doctor en Dret

President a De Lorenzo Abogados

Autònoms i sector sanitari



El sector sanitari privat ha patit en els últims anys iniciatives com el derogat Criteri tècnic 62/2008 de la Direcció General de la Inspecció de Treball, que amb una finalitat exclusivament recaptatòria i sobre la base inacceptable de la presumpció generalitzada de frau, en una activitat absolutament reglada, va ignorar els greus efectes «col·laterals» (potser els més importants) sobre la gestió del Sistema Nacional de Salut i l'atenció als pacients. Després de la denúncia des del sector sanitari privat, es va establir un nou criteri tècnic, l'79/2009 sobre Règim de Seguretat Social aplicable als professionals sanitaris dels establiments sanitaris privats, que va incorporar les situacions en què hi ha el supòsit de pluriocupació o pluriactivitat. Això va significar la

incorporació del principi de prorrateig pels esmentats supòsits, de manera que es van evitar els excessos de cotització i va desaparèixer totalment del text qualsevol referència al frau.

Més tard es va completar amb la disposició addicional a la Llei 27/2009, de 30 de desembre, de mesures urgents per al manteniment i el foment de l'ocupació i la protecció de les persones desocupades, posteriorment derogada per l'apartat 17 de la disposició derogatòria única del RD legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de Seguretat Social (BOE, 31 d'octubre). Així, es va establir que el personal sanitari inclòs en l'àmbit d'aplicació de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut que presti serveis a temps complet en els serveis de salut de les comunitats autònomes i que faci activitats complementàries privades per les quals hagi de quedar inclòs en el sistema de la Seguretat Social, quedarà enquadrat, per aquestes últimes activitats, en el Règim Especial de Treballadors per compte propi o autònoms.

Lamentablement, resolucions recents del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, que confirmen les resolucions de la Inspecció de Treball, declaren l'existèn-

cia de relacions laborals entre els professionals sanitaris i els seus centres, tot i haver-hi contractes civils d'arrendament de serveis. És com tornar al 2008 i que prevalgui novament la presumpció de frau, en comptes de valorar els aspectes específics propis de l'àmbit sanitari.

El treball autònom en el sector sanitari té a Espanya un protagonisme destacat al servei de la generació de riquesa i de l'activitat productiva, i un important pes específic en el mercat de treball. Tot i que al llarg dels últims anys s'han articulat un seguit de mesures a favor seu, com la Llei 6/2017, de 24 d'octubre, de reformes urgents del treball autònom, la realitat és que les resolucions esmentades segueixen sense tenir en compte moltes de les singularitats del treballador autònom sanitari, tant a les societats professionals com en l'àmbit de les que fan activitats complementàries privades, que han de quedar incloses en el sistema de la Seguretat Social sense que les seves obligacions amb el sistema s'hagin adequat a aquestes circumstàncies, i sense que se n'hagin facilitat les cotitzacions i reduït les càrregues administratives en la matèria, des d'un plantejament que els permeti garantir la pervivència de l'activitat emprenedora i la seguretat jurídica.

«El treball autònom en el sector sanitari té un protagonisme destacat al servei de la generació de riquesa i de l'activitat productiva»

«Molts diagnòstics els farà la intel·ligència artificial»

ALEXANDRE PERERA

Físic i enginyer electrònic

Doctor en Ciències Físiques i enginyer electrònic, Alexandre Perera és professor agregat de la Universitat Politècnica de Catalunya (UPC), i també investigador de la Fundació per a la Recerca de Sant Joan de Déu (Institut de Recerca Pediàtrica de Barcelona). Actualment coordina el Laboratori de Bioinformàtica i Senyals Biomèdics a la UPC i s'ha especialitzat en eines d'intel·ligència artificial per a aplicacions clíniques.



Són sinònims, **big data** i mineria de dades?

Big data fa referència a la generació d'un enorme volum de dades heterogènies (de contingut i format diferents) i de manera molt ràpida. Les tècniques matemàtiques per analitzar-les configuren la mineria de dades. La informació rellevant de les dades es pot obtenir a través de *queries* o d'intel·ligència artificial (IA). La primera opció consisteix a extreure, a partir d'una base de dades clínica, quantes persones entre 10 i 28 anys tenen una determinada malaltia. Amb la IA es poden establir correlacions entre dades, que no són evidents. Una correlació pot ser la probabilitat de tenir una malaltia.

Però per establir aquestes correlacions cal disposar d'una base de dades important.

Sí, i els sistemes nacionals de salut s'han encarregat de recopilar-les de manera estructurada. Com més ben feta estigui aquesta base, millor podran treballar els algoritmes matemàtics. I per això

el *big data* ens ha portat models de diagnòstic i de prognosi que de vegades són millors que les que faria el metge.

Què pot esperar el món de la salut d'aquest canvi?

Hi ha un estudi que assenyalava que un algoritme pot fer un diagnòstic a partir de radiografies millor que un metge. Si això es confirma, té sentit plantejar-se que la feina del radiòleg estigui, com a mínim, assistida per la IA.

Podria substituir-lo?

En un context com el del món occidental, on els sistemes públics de salut estan patint en termes de costos, el *software* podria fer-los sostenibles. La introducció de la IA haurà de ser gradual i hi haurà una solució de compromís entre la tecnologia i la intervenció del professional. Altrament, hi haurà tensions laborals. La IA podrà fer molts diagnòstics en casos menys importants i en els més greus hi haurà d'haver un protocol de validació humana. Substituir de

cop tot un col·lectiu professional per software em sembla perillós.

Cap a on evolucionarà tot plegat els pròxims anys?

Els països que tinguin els sistemes de salut més digitalitzats començaran a aplicar aquests sistemes assistits i apareixeran casos d'èxit on es podrà apreciar l'estalvi de costos. Crec que Dinamarca i Estònia seran els primers que faran models preventius automatitzats i personalitzats. A Catalunya estem fent passos per crear aquest sistema en el futur, com, per exemple, l'historial clínic compartit.

Com veu el paper de la sanitat privada en aquesta evolució?

La sanitat privada té un problema: la quantitat de dades de què pot disposar és més petit. Per tant, haurà d'adquirir-les. En canvi, penso que serà pionera en la implementació dels nous models de negoci. Podrà oferir, per exemple, mòduls preventius a partir dels perfils genètics dels individus, que tindran sens dubte un gran valor afegit.

HealthTech Unconference 2017: solucions disruptives per millorar el sistema sanitari

Més de 100 persones de l'ecosistema de salut català van participar en una sessió activa de cocreació per debatre i buscar solucions als reptes tecnològics en l'àmbit de la salut



El 23 de novembre el HealthTech Cluster (Clúster de Tecnologies de la Salut) va organitzar a Sabadell la tercera edició de la seva jornada anual, amb un format innovador anomenat *unconference*. Hi van assistir més de 100 persones de tota la cadena de valor de l'ecosistema de salut de Catalunya, amb la participació de 15 dinamitzadors i 13 relators, i es van fer un total de 20 sessions de debat. En aquesta edició, es va prescindir del format tradicional de conferències i taules rodones reservades als experts per donar veu a tots els assistents, en uns diàlegs canalitzats per un dinamitzador. D'aquesta manera, es van construir un seguit de converses en paral·lel el contingut de les quals es va compartir al final de la jornada en una sessió conjunta.

Les converses es van centrar en temàtiques força diverses, que tenien en comú la necessitat de reinventar el sistema per millorar-lo. Es va parlar de *big data*, de rehabilitació, d'imatge mèdica de bioètica i protecció de dades, de gamificació, de *brain compu-*

ting, de sensòrica, de biomaterials i de la hibridació de la salut amb altres sectors, com el turisme, l'esport o l'educació. En la mateixa línia, es van organitzar tallers sobre *design thinking*, *corporate venturing* i intel·ligència artificial.

HealthTech Cluster

El HT Cluster és una associació dedicada a les tecnologies de la salut que aglutina representants de tota de la cadena de valor (empreses de tecnologia mèdica i salut digital, hospitals i centres de coneixement) amb l'objectiu de promoure la competitivitat i les oportunitats de negoci entre els seus membres, mitjançant el *networking*, la intel·ligència de mercat, les aliances internacionals, la innovació i l'atracció de talent.



Innovation Challenge 2018

Per tal d'implicar la universitat en el «triangle de la innovació», el Cluster va presentar el HealthTech Innovation Challenge 2018, on tres empreses del clúster –IN2, Grupo Pulso i Vecmedical– proposen reptes oberts a grups multidisciplinaris d'estudiants que obtindran un premi de 3.000 euros. D'aquesta manera es busca ampliar els cercles d'innovació incorporant el nou talent en forma de solucions creatives. Es pot trobar més informació del Challenge 2018 a <https://ht-innovationchallenge.com>.

«Es va destacar que les barreres legals en la recollida de dades dificulten l'avenç del big data»

a la realitat. Un altre desafiament és el que plantegen els nous biomaterials que obren la porta a una medicina personalitzada en implantologia, però que «topen amb un sistema regulatori europeu complicat, poc dinàmic i basat en la por». Per poder continuar en aquest camí calen «un model de negoci que inclogui recerca bàsica, una indústria innovadora i uns usuaris disposats a compartir riscos».

POSSIBILITATS I BARRERES

Les conclusions van posar en relleu el canvi de paradigma que viu el món de la salut, amb fenòmens com l'apoderament del pacient o l'evolució progressiva d'un model sanitari centrat en la prescripció de medicaments cap a un altre de basat en la prescripció de serveis, sense oblidar les dificultats. Més concretament, es va destacar el fet que les barreres legals en la recollida de dades dificulten l'avenç del *big data*. En aquest àmbit, es va subratllar que la cessió de dades a canvi de beneficis mèdics comporta un retorn que se sol valorar positivament, i que cal donar importància a la traçabilitat d'aquestes dades.

Igualment, es va assenyalar el paper disruptor que poden arribar a tenir en el futur factors com ara el processament de senyals cerebrals i d'expressions facials, i l'anàlisi de la veu a través del brain computing, per anticipar les crisis en certes malalties i avançar en l'assistència a la tercera edat. El gran repte, segons es va apuntar, és com portar aquests avenços

SORTIR DE LA ZONA DE CONFORT

Una altra línia de desenvolupament és la gamificació que es pot aplicar a la diagnòsi, la rehabilitació, l'adherència a un tractament i la promoció d'hàbits de vida més saludables. En general, les conclusions van fer èmfasi en la necessitat de potenciar l'anomenat *triangle de la d'innovació en salut* (universitat-empresa-clínica). També es va constatar que, malgrat la resistència al canvi, cal que les empreses s'hi adaptin i, com un participant va manifestar, «s'ha acabat la zona de confort».

En la darrera part de la jornada es van presentar els *Ignite Talks*, unes xerrades informals d'un màxim de cinc minuts estrictes on alguns participants de l'un-conference van tractar amb una visió totalment oberta temes com ara la intel·ligència artificial i el futur mercat de treball; la interacció entre humans i màquines; la potencialitat dels sensors de gas en aplicacions de salut; el futur de l'enginyeria de rehabilitació, i la millora del disseny de serveis sanitaris.

SESSIÓ SOBRE ACTUALITZACIÓ LEGISLATIVA

Respondre als nous reptes legals



La sessió va comptar amb la participació de tres experts. Cadascun d'ells va exposar les principals implicacions per als centres sanitaris d'un tema legal destacat i va respondre les qüestions del públic. En primer lloc va intervenir Rafel Audivert, soci advocat de Tornos Abogados, que va glossar el Decret 151/2017, de 17 d'octubre, d'àmbit català, que estableix els requisits i les garanties tecnosanitaris comuns dels centres i serveis sanitaris, i els procediments per a la seva autorització i registre.

«La nova normativa europea exigeix una actitud conscient, diligent i proactiva en el tractament de les dades»

El 12 de desembre l'Auditorium II del Centre d'Oftalmologia Barraquer va acollir una sessió d'actualització legislativa sobre tres aspectes d'especial interès: el decret d'autorització i registre dels centres i serveis sanitaris; el nou reglament europeu de protecció de dades, i la responsabilitat penal de l'empresa.

Audivert va remarcar que la voluntat del legislador amb aquest decret era «regular-ho absolutament tot dins els centres» i va comentar el relleu que s'ha volgut donar a la informació als usuaris en aquest context. Però l'exposició es va centrar sobretot en el silenci negatiu en el cas que un centre hagi de demanar permís per fer una obra nova o canvis substancials en les instal·lacions que té. Això implica que, si l'Administració no ha donat cap resposta a la petició del centre en el període de tres mesos, queda desestimada. Rafel Audivert va subratllar que el fet d'haver optat pel silenci negatiu «genera inseguretat i és enganyós des del punt de vista jurídic», i va advertir del perill que comporta iniciar unes obres sense aprovació «perquè la inspecció pot incoar un expedient sancionador o de clausura».

PROTECCIÓ DE DADES

Tot seguit, Adriana Legnani, coordinadora del Departament de Gestió de Datax, va explicar els canvis que comportarà la nova ordre europea de protecció de dades en sanitat, que es troba actualment en període transitori i que entrarà plenament en vigor el mes de maig. Aquesta norma incrementa les garanties i els drets dels usuaris; planteja uns requeriments de consentiment més estrictes, i demana de les empreses «una actitud conscient, diligent i proactiva en el tractament de les dades». Segons Adriana Legnani, això es tradueix en l'exigència d'establir «protocols i mecanismes de control interns». En la mateixa línia també demana l'existència d'un responsable del tema: el delegat de protecció de dades. Les empreses no només hauran d'habilitar aquests mecanismes, sinó també fer-los transparents i auditables, de manera que puguin oferir garanties del seu bon funcionament. Una altra de les novetats de la norma europea són les sancions en el cas d'incompliment,



que poden arribar als 20 milions d'euros o al 4 % de la facturació.

UNA INVERSIÓ EN PREVENCIÓ

Finalment, Thea Morales, advocada directora de l'Assessoria Penal Corporativa, va parlar de la responsabilitat penal de la persona jurídica. Aquesta figura va néixer el 2010, però el 2015 la reforma del codi penal va obrir la porta a la creació dels models de prevenció del delictes també coneguts com a *compliance*. L'interès d'haver adoptat un d'aquests models radica en el fet que, en cas de delictes, l'empresa

queda exempta de responsabilitat penal. Si l'adopció del model és posterior, la responsabilitat queda atenuada. Segons Thea Morales, «la nova legislació fa especialment interessant el *compliance*». El president de l'ACES, Josep Ignasi Hornos, va cloure l'acte afegint que «qualsevol empresa ben organitzada ha d'implementar aquests models de prevenció per reforçar la seva posició».

GREEN CUBE, EL TEU SOFTWARE DE GESTIÓ HOSPITALÀRIA. MOLT MÉS QUE UNA HISTÒRIA CLÍNICA DIGITAL.

- Guia tecnològica d'alta eficiència.
- Gestió sanitària integral de qualsevol centre o xarxa sanitària.
- Accessible en qualsevol moment i lloc.
- Quadre de comandament únic que facilita la informació per a la gestió.
- Ajuda a la presa de totes les decisions.



SESSIÓ INFORMATIVA

La «laboralització encoberta»: com treure l'espasa de Dàmocles



El 28 de novembre es va celebrar a l'auditori de la Clínica del Remei, a Barcelona, la sessió La «laboralització encoberta». Com treure l'espasa de Dàmocles. L'esdeveniment, organitzat per l'ACES, responia a la preocupació creixent davant del gran nombre d'inspeccions de treball als centres.

L'acte va ser un èxit de participació, amb prop de 100 assistents que van deixar petit l'auditori. Després de la benvinguda del gerent de la Clínica del Remei, David Cuadro, i del director de l'ACES, Lluís Monset, va prendre la paraula José de Quintana Pellicer, president de la Sala Social del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya (TSJC). De Quintana va dir que sovint la relació dels professionals mèdics amb les empreses es desenvolupa en una «zona grisa i plena de matisos» que fa difícil identificar l'autèntica naturalesa de la relació, fins al punt que «el criteri dels tribunals pot variar molt d'un cas a un altre». A continuació, va presentar una petita selecció de sentències dels últims anys sobre aquesta qüestió i va destacar que un element clau per determinar el tipus de relació és si hi ha, o no, dependència dels professionals respecte als centres. En la majoria de

Un servicio que optimiza y agiliza la tramitación y facturación de la asistencia sanitaria, aplicando las reglas de baremado y negocio de las compañías aseguradoras, y comprobando que toda la actividad se liquida correctamente.

SEOGA

+ 70 especialidades médicas
 + 108MME conciliados en 2016
 53 Compañías Aseguradoras soportadas
 +250 clientes tramitando toda su actividad
 +50.000 visitas de pacientes tramitadas diariamente



sentències citades, els tribunals van desestimar que hi hagués contracte laboral.

Tanmateix, la realitat en conjunt va per una altra banda. «Un 60% de les sentències en aquest tipus de casos determinen que hi ha relació laboral», segons va indicar Ana Emilia Escudero García, cap de la unitat especialitzada de la Seguretat Social, de la Inspecció Provincial de Treball de Barcelona. La representant d'Inspecció va argumentar que s'actuava «amb un criteri estrictament tècnic i sempre a partir d'una denúncia». Així mateix, defensant-se de les crítiques per l'enorme quantitat d'intervencions a Catalunya, va desmentir que Inspecció estigués fent una campanya.

INCERTESA JURÍDICA

Després de respondre les preguntes del públic, Ana Emilia Escudero va donar pas a Eva Muñoz, advocada i assessora laboral de l'ACES, qui va afirmar que «la sensació des de la sanitat privada a Catalunya és que la campanya existeix». Igualment, va afegir que aquest sector «està sent molt castigat per l'actuació d'Inspecció» i va reclamar «una seguretat jurídica que, avui, no tenim per poder fer l'activitat econòmica», en referència a la disparitat de criteris que s'ha posat de manifest en diverses sentències. Aquests arguments van ser subscrits per José Antonio Fernández Bustillo, advocat i secretari general de la junta directiva de l'ACES: «La falta de certesa en aquest terreny és el gran problema de les nostres empreses».



ViDSigner és la solució de signatura electrònica manuscrita que s'integra al seu programari de gestió i que permet gestionar de forma molt més eficient els documents que requereixen la signatura de pacients i facultatius com poden ser els formularis d'admissió o els consentiments informats.

www.clinicasinpapeles.com
900 828 948 | clinicas@vidsigner.com

LA TEVA CLÍNICA SENSE PAPERS

seguretat jurídica



facilitat d'ús



estalvi

WORKSHOP SOBRE SALUT I TIC

Per què els centres es resisteixen a l'm-Health?



El plantejament del taller va partir del contrast entre les oportunitats de millora de la qualitat assistencial que ofereixen aquestes eines –que se suma a l'ús universal del mòbil– i la seva escassa adopció pels sistemes de salut. Això s'explica per la dificultat, per part de les empreses, de comprovar el retorn que tindrien les inversions necessàries en aquest àmbit. Si bé s'intueix que els usuaris ho veurien com una forma d'apoderament amb valor afegit, la gran quantitat d'aplicacions que hi ha al mercat en fa difícil l'avaluació. La viabilitat passaria per l'existència d'un sistema d'acreditació de les apps i d'una determinada «massa crítica» d'usuaris, i també per la lluita contra el paradigma força estès dels «serveis gratuïts».

El 16 de novembre, la seu de l'ACES va acollir un taller sobre l'ús de les aplicacions mòbils en salut, dirigit pel professor d'Estudis de Ciències de la Informació i la Comunicació de la Universitat Oberta de Catalunya, Francisco Lupiañez, que va comptar amb la participació de representants de diversos centres sanitaris i del director de l'ACES, Lluís Monset.

UNA AJUDA PER ALS PROFESSIONALS

Un repte important que es va posar en relleu en el diàleg va ser el paper dels professionals, que, segons es va dir, «no han de percebre que les apps perjudiquen la seva activitat». Des d'aquest punt de vista, caldria informar-los adequadament perquè no vegin l'm-Health com un substitut, sinó com una ajuda a la seva feina. Una altra qüestió que cal resoldre és quin àrea de l'empresa ha d'assumir l'm-Health i amb quin lideratge. La solució passa per una integració transversal, buscant alhora un perfil específic que pugui dirigir aquest procés. En qualsevol cas, es va subratllar que «l'organització de la companyia ha de canviar necessàriament». El taller va concloure amb la constatació que l'adopció de les TIC en general, i de les apps en particular, no demana seguir fent el mateix amb noves eines, sinó fer altres coses imaginant models de negoci innovadors.



FORMACIÓ ULTREIA-ACES

CURSOS OBERTS BONIFICABLES

GENÒMICA APLICADA A LA SALUT FEMENINA

La genòmica: la medicina personalitzada

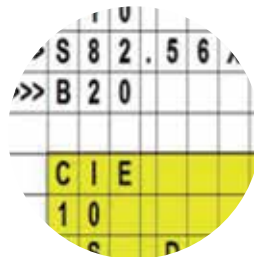
Dates: 21 i 22 de 9 a 18 hores



CIM-10: CURS DE PROCEDIMENTS

Els procediments són la part més complexa de la nova codificació

Dates: 6 i 8 de març de 16 a 20 hores



FORMACIÓ A MANIPULADORS D'ALIMENTS RESTAURACIÓ COL-LECTIVA

La seguretat alimentària, una pràctica integrada en el dia a dia

Dates: 21 de febrer de 9.30 a 12.30 hores



CURSOS 100% SUBVENCIONATS (FEBRER – MAIG 2018)

Atenció infermera al pacient politraumàtic
5, 7, 12, 14 i 19 de febrer de 16 a 20 hores

Acompanyament durant el procés de dol
6, 8, 13, 15 i 20 de febrer de 9.30 a 13.30 hores

Cures de l'auxiliar d'infermeria hospitalària al nou nat
22 i 27 de febrer i 1, 6 i 8 de març de 16 a 20 hores

Atenció infermera en un servei d'urgències
5, 7, 12, 14, 19 i 21 de març de 16 a 20 hores

Infermera i farmacologia avançada
6, 8, 13, 15, 20 i 22 de març, i 3 d'abril de 16 a 20 hores, i 5 d'abril de 16 a 18 hores

Atenció de l'auxiliar d'infermeria al malalt quirúrgic
20 i 22 de març, i 3, 5 i 10 d'abril de 16 a 20 hores

Iniciació a la ventilació mecànica
8, 10, 15, 17 i 22 de maig de 16 a 20 hores

DATES A DETERMINAR (PREINSCRIPCIÓ OBERTA)

Interpretació per la infermera de resultats analítics

Introducció a la terminologia sanitària

Malalts terminals i cures paliatives

Nutrició i dietètica

Atenció infermera al pacient i qualitat assistencial

Cures auxiliars d'infermeria hospitalària

Cures d'auxiliar d'infermeria en pediatria

Curs de codificació clínica amb CIM-10

Esterilització de material quirúrgic

PROPEROS CURSOS

APLICACIONS PRÀCTIQUES DE LA GENÒMICA I LA FARMACOGENÈTICA

Genòmica aplicada a la salut masculina
Data: 20 i 21 de juny de 9 a 18 hores

Nutrigenètica i detoxificació hepàtica
Data: 19 i 20 de setembre de 9 a 18 hores

Genòmica aplicada a la salut mental
Data: 14 i 15 de novembre de 9 a 18 hores

FORMACIÓ EN SEGURETAT ALIMENTÀRIA PER A CENTRES SANITARIS

Formació manipuladors d'aliments: sistema de producció en línia freda
Data: 4 d'abril de 9.30 a 12.30 hores o de 15 a 18 hores

Gestió d'al·lèrgens
Data: 14 de març de 9.30 a 12.30 hores o de 15 a 18 hores

Formació en seguretat alimentària. Implementació d'Anàlisi de Perills i Punts de Control Crítics (APCC) i prerequisits

Data: 18 d'abril de 9.30 a 12.30 hores o de 15 a 18 hores

AULA INFORMÀTICA

Taules dinàmiques amb Excel

Data: 5 de Febrer de 9.30 a 12.30 hores

Funcions i tractament de dades amb Excel

Data: 12 de Febrer de 9.30 a 12.30 hores

Macros amb Excel

Data: 19 de Febrer de 9.30 a 12.30 hores

Excel nivell I

Data: 26 de febrer i 5, 12 y 19 de març de 9.30 a 12.30 hores

Excel nivell II

Data: 7, 14 i 21 de març de 9.30 a 12.30 hores

MÉS INFORMACIÓ:

Tel.: 93 209 19 92
www.aces.es/formacio
@AcesFormacio



Fundación Estatal
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO



Per a la medicina de precisió, la veritable *killer app* són les dades

Quan un concepte es fixa és molt difícil desviar-se d'aquesta línia de pensament. D'això es va parlar al HIMSS Healthcare IT News Big Data and Analytics Forum, celebrat a Boston (EUA), centrat en la idea de les *aplicacions revolucionàries* o *killer app*. Aquest concepte ha passat a formar part del saber comú i configura la nostra visió de la realitat, tot i que també la pot complicar al mateix temps que li dona forma.

Hi ha cap tipus de *killer app* que faci avançar la medicina de precisió? Aquesta pregunta en realitat és incorrecta. Fins i tot la idea d'una *killer app* fa que els arbres no ens deixin veure el bosc. Dit d'una altra manera, les aplicacions van i vénen, però les dades persisteixen i creixen.

Si acceptem que l'objectiu de la medicina de precisió és reunir tots els tipus de dades amb la finalitat de crear una visió realment integrada del pacient (que és el que fem), aleshores deduïm lògicament que la tradicional Història Clínica Electrònica (HCE), no és l'historial mèdic integral (CHR, en anglès) que necessita la medicina de precisió. Perquè el CHR la impulsà ha de ser universal, i neutral pel que fa a les fonts i als proveïdors.

Facebook és un magatzem de dades que ens ofereix moltes visualitzacions d'aplicacions diferents a partir d'un enorme conjunt de dades que depenen dels usuaris i de les seves necessitats. Això mateix és aplicable per als ecosistemes d'Apple o de Google. Els nostres mòbils no són una recopilació d'aplicacions, sinó més aviat una recopilació de dades que les aplicacions utilitzen per proporcionar diverses visualitzacions i accés a aquestes mateixes aplicacions. Les dades són l'actiu principal de l'era d'internet, i les empreses reeixides d'internet, com Google i Facebook, ho saben molt bé. En molts sentits, els seus models de negoci es basen en el fet que, com més informació hi comparteixis, més rendibles resulten. El futur de la sanitat i la medicina de precisió també haurà d'acceptar que el seu *actiu* real són les dades sanitàries i no les aplicacions, i hauran d'oferir un magatzem unificat de dades sanitàries amb diferents aplicacions per accedir-hi.

Igual que hem vist en els ecosistemes d'aplicacions més grans, moltes aplicacions sanitàries són inútils, d'un sol ús, fins i tot per a les poblacions objectiu. Però unes quantes



aplicacions més petites ens brindaran un accés útil a les nostres dades, així com maneres d'interactuar-hi. Aquestes aplicacions seran les que conservarem i utilitzarem, però no n'hi haurà cap que puguem dir que sigui *revolucionària*.

A InterSystems treballem amb moltes *start-ups* i els aconsellem que se centrin en l'estratègia de dades, no en una estratègia d'aplicacions. Aquesta idea, de vegades, és difícil de vendre. Forma part de la naturalesa humana enamorar-nos de les nostres creacions i, com que som animals visuals, estem programats per centrar-nos en els botons brillants i els gràfics més atractius. Però si ens centrem en l'aplicació, i no en les dades, perdem l'element fonamental de la veritable innovació en sanitat.

La innovació s'esdevé, i continuarà esdevenint-se, en la intersecció entre conjunts de dades tradicionalment aïllades. La salut pública va començar una revolució fa més de 150 anys mitjançant l'encreuament de dades ambientals i clíniques amb l'objectiu de comprendre les causes i la propagació de les malalties més comunes. Les innovacions actuals estan impulsades per l'agregació i l'encreuament d'informació socioeconòmica, clínica, genòmica, d'assegurances, d'imatges, de dispositius i de sensors per crear una visió veritablement unificada del pacient.

De manera que quan la gent em pregunta quina crec que serà l'aplicació que revolucionarà el sector sanitari, la resposta és molt senzilla: les dades.

TODD WINEY

Assessor sènior, de mercats estratègics, per a InterSystems HealthShare. Compta amb més de 20 anys d'experiència en informàtica sanitària.

ASPE

Presentació del Factbook UEHP



El 7 de novembre va tenir lloc al Parlament Europeu, a Brussel·les, la presentació oficial del Factbook UEHP, un estudi titulat *Hospitals privats a Europa: suport a sistemes de salut sostenibles*, elaborat per Hans Martens, en col·laboració amb la Unió Europea d'Hospitals Privats (UEHP), de la qual és vicepresidenta la presidenta de l'ASPE, Cristina Contel. Aquest acte va comptar amb la presència del president de l'ACES, Josep Ignasi Hornos, així com dels representats d'altres patronals sanitàries de l'Estat.

El Factbook UEHP planteja una reflexió completa sobre el paper que té el sector sanitari privat a Europa, que es troba en evolució constant. Així mateix, reivindica el lloc que la sanitat privada ha d'ocupar en un entorn molt competitiu, en el qual s'ha d'apostar per la professionalització de la gestió i per estratègies adaptades a la situació actual, en què prevalen una àmplia oferta i la innovació constant.

Cristina Contel va participar en la presentació destacant les

conclusions d'aquest estudi, en què s'indica que, actualment, el sistema sanitari de qualsevol país és inviable sense la col·laboració necessària de la sanitat privada. També va subratllar que l'informe exposa els estigmes contra els quals el sector privat ha de lluitar per reafirmar el paper clau que té, aportant contínuament solucions reals als reptes que es plantegen.

Enquesta de gestió

L'ASPE va presentar per cinquè any consecutiu *l'Enquesta sobre aspectes de gestió en centres sanitaris privats*, feta conjuntament amb Deloitte. Hi han participat



120 associats i els resultats permeten fer un diagnòstic de la situació actual en què es troba el sector. Les dades indiquen, per exemple, que el volum de concert amb les administracions públiques ha baixat un 30 %. Aquesta xifra es compensa gràcies a l'assegurament privat i als clients per compte propi.

Pel que fa als preus, un 79% dels centres ha mantingut les tarifes, un 16% les ha reduït i només un 5% les ha augmentat. Pel que fa al turisme de salut cal destacar que segueix sense representar una línia de negoci per al sector. Una altra de les conclusions de l'enquesta fa referència l'ocupació en el sector, àmbit en el qual es preveu més estabilitat i un increment d'un 32% –un 5% més que l'any anterior.

IDIS

L'acreditació QH avança

Un total de 39 organitzacions sanitàries van rebre el mes de novembre l'acreditació QH (Quality Healthcare) de la Fundació IDIS. Actualment ja són 115 els centres que han obtingut aquesta acreditació que reconeix el treball a favor de la millora contínua de la qualitat. Les acreditacions lliurades corresponen a la quarta convocatòria, per a la qual s'han rebut un total de 116 sol·licituds, en la majoria dels casos per optar per primera vegada a la QH, però també per millorar de categoria o bé per ser renovada (té una vigència de dos anys). De les noves organitzacions acreditades, 14 han aconseguit l'acreditació QH; 11, l'acreditació QH + 1 estrella, i 14, l'acreditació QH + 2 estrelles.



Acord amb ClinicPoint

L'ACES ha signat un acord amb ClinicPoint per utilitzar la plataforma de serveis mèdics privats www.medicinaprivada.cat

ATLÀNTIDA

Nova unitat de salut i benestar

El mes de gener ha començat a funcionar la unitat de salut i benestar creada pel grup Atlàntida, que està dedicada a l'estètica, la cirurgia plàstica i la medicina del benestar orientada a l'envelliment. Així mateix, es preveu que a mitjan 2018 arrenquin les obres de construcció d'una residència geriàtrica al passeig Maragall de Barcelona.

La inauguració d'aquest centre està programada per a inicis del 2020 i se sumará a les altres dues residències que es van posar en marxa el 2004 i el 2011, respectivament. Amb aquests projectes, i amb els seus 35.000 assegurats, Atlàntida es consolida com un grup de referència en el sector després de la celebració del seu 90è aniversari el mes de setembre passat.

Projectes a llarg termini

A més de les residències, Atlàntida assegurances disposa actualment de dos centres propis d'atenció a Barcelona, que sumen més de 2.500 m² i d'una clínica dental. També ofereix, entre els seus serveis, un quadre mèdic privat. El grup continua sent gestionat per la



mateixa família que el va fundar el 1927 amb la idea de fer arribar una oferta sanitària de qualitat a les classes mitjanes.

Segons el seu conseller delegat, Pere Abelló, «això s'ha traduït, per una banda, en la prioritització del servei per davant del rendiment immediat i, per l'altra, en el disseny dels projectes a llarg termini, que han crescut en la mesura que es plantegen noves necessitats». L'aposta de futur passa també per millorar les funcionalitats de l'app per als clients, que està tenint molt bona acollida, i a invertir en *start-ups* innovadores en el camp de la salut. «Volem obtenir coneixement de primera mà sobre les últimes tendències per poder-les aplicar al nostre negoci», conclou Abelló.

CENTRO MÉDICO TEKNON

Nou quiròfan híbrid

Teknon ha posat en marxa el seu primer quiròfan híbrid amb l'objectiu de millorar l'atenció als pacients en el tractament de patologies cardiovasculars. És una sala quirúrgica equipada amb una plataforma de teràpia guiada per imatge d'última generació, que permetrà fer operacions mínimament invasives, alhora que ajudarà a augmentar la seguretat del procediment i a accelerar la recuperació dels pacients. Es tracta d'un quiròfan de grans dimensions acoblat a un sistema de raigs X en què és possible practicar tant intervencions quirúrgiques amb el suport de les tècniques d'imatge, com intervencionismes coronaris i de patologia cardíaca estructural guiats també per raigs X, tomografia computada i ecografia. L'equip, que rep el nom d'Azurion, ha estat desenvolupat per Philips, que ha aconseguit una usabilitat similar a la de la tecnologia mòbil. El cirurgià cardíac i el cardiòleg poden desenvolupar els procediments en un entorn app.

Gestione su clínica o consulta online



Máxima seguridad

En la nube. Todo integrado

agenda

marketing

facturación

estadísticas

historia clínica

y mucho más!



Satisfacción garantizada



www.treebole-clinicas.com

Pruébalo GRATIS durante un mes

CENTRE MÈDIC MEISA

Diàgnostic per la imatge a l'abast

Centre Mèdic Meisa ha sumat esforços amb Instituts Guirado per oferir un espai de diagnòstic per la imatge d'alta qualitat a Viladecans que donarà servei a tota la comarca del Baix Llobregat. Aquest espai, ubicat en una ampliació de les actuals instal·lacions de Meisa en aquesta població, acull dos equips de radiodiagnòstic: un de tomografia computeritzada (TC) de 16 files de detectors i un de ressonància magnètica (RM). Per a més endavant hi ha prevista la incorporació d'un equip Cone Beam Computed Tomography (CCBCT). Els tres equips són d'última generació, amb unes característiques que ofereixen avantatges remarcables respecte d'equips anteriors. En el cas de l'aparell de TC, cal destacar la important reducció del nivell de radiació als pacients.



CENTRES PRYTANIS

Comitè d'ètica

El 17 d'octubre es va constituir el Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) dels Centres Prytanis. Els principals objectius d'aquest comitè són protegir els drets dels pacients i facilitar el procés de decisió en els casos conflictius, des de la perspectiva mèdica. El grup està integrat per un equip multidisciplinari de metges, infermeria, treball social, teràpia ocupacional, neuropsicologia i un advocat. Els centres assistencials Prytanis ofereixen una atenció sociosanitària i residencial des de fa gairebé 30 anys a la zona del Baix Llobregat. La creació d'aquest nou espai de diàleg i decisió s'emmarca en l'aposta de Prytanis per treballar en l'excel·lència de la qualitat assistencial.



Aconseguir un segell EFQM, implantar Lean Healthcare, elaborar el Pla Estratègic o millorar la Seguretat del Pacient, **POT SER FÀCIL.**

www.comtecquality.com



HO FEM FÀCIL. HO FEM POSSIBLE



comtec
CONSULTORIA D'ESTRATÈGIA I GESTIÓ

CLÍNICUM

Prevenió del càncer de mama

El 19 d'octubre, amb motiu del Dia Mundial del Càncer de Mama, la façana de la seu de Clínicum a Barcelona va aparèixer guarnida amb un enorme i vistós llaç de color rosa de 10 metres de llarg i 100 quilos de pes. L'acció tenia com a objectiu recordar a les dones la importància d'una detecció precoç i es va inscriure en la campanya *Una de cada 8*, en què Clínicum ha convidat un centenar de dones perquè es facin una mamografia de franc al centre. La campanya pren el nom del fet que estadísticament una de cada vuit dones té risc de patir aquest tipus de càncer al llarg de la vida. L'elevada incidència fa que una detecció a temps sigui un element clau per millorar les possibilitats de curació.



CLÍNICA SAGRADA FAMÍLIA

Jornada d'infermeria

La Clínica Sagrada Família va celebrar el 30 d'octubre la I Jornada d'Infermeria Clínica amb un enfocament en l'àrea quirúrgica. Les ponències presentades es van centrar en temes diversos, com ara la seguretat del pacient al quiròfan; les normatives tècniques de les àrees quirúrgiques; les cures d'infermeria en intervencions cardíaques i els seus protocols, i la preanestèsia i l'evolució de la neurocirurgia segons les noves tecnologies, entre altres aspectes tècnics, legislatius i de seguretat. La jornada, que va tenir lloc a l'Hotel Alexandra de Barcelona, va fer el ple d'assistència amb mig centenar de participants que van venir de diversos centres de la ciutat i de la resta de Catalunya.



L'ACES en els Doctoralia Awards 2017, una edició de rècord

Doctoralia dona per tancada la 4ª edició dels seus premis després d'uns resultats de rècord: els més de 1.100 professionals nominats i prop de 4.500 vots registrats demostren l'important reconeixement que aquests premis estan aconseguint. Això és també un signe de que cada cop més professionals prenen consciència de la rellevància de tenir el seu perfil complert i visible a Internet. En l'edició d'enguany d'aquests premis, els únics que tenen en compte tant la opinió dels pacients com els vots dels companys de professió, han estat 8 els metges que treballen a centres adscrits a l'ACES que han resultat guanyadors o finalistes:



FOTOGRAFIA: LA VANGUARDIA



Dr. Jose Gonzálbez Morgáez, de CM Teknon



Dr. Gabriel Lupón Escobar, de Mesro Sant Adrià



Sra. Mirja Marco Bendtsen, de Diagnòs Mèdica



Dr. Ignacio Sitges Serra, de CM Teknon



Dr. Juan N. García-Nieto Portabella, de CM Teknon



Dr. Ramiro Durán Bermejo, de ServiDigest



Dr. Didac Barco Nebreda, de CM Teknon



Dr. Nicola Tartaglia, de Clínica Corachan

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.



LAB. DURAN BELLIDO
www.laboriordianalisisclinicos.com

SOM METGES

PROFESSIONALITAT

DEDICACIÓ

ATENCIÓ
PERSONALITZADA

QUALITAT



www.labmdb.com www.labcatbio.com www.abolab.es

LABORATORI FAMILIAR INDEPENDENT • EXTENSA XARXA DE CENTRES D'EXTRACCIÓ • PRESÈNCIA A NIVELL ESTATAL • LABORATORI CENTRAL OBERT ELS 365 DIES DE L'ANY • SERVEI D'URGÈNCIES PERMANENTS • ANÀLISIS A DOMICILI • REVISIONS D'EMPRESA • AFILIAT A LES PRINCIPALS MÚTUES MÈDIQUES

BARCELONA CENTRAL: Urgell, 161, B 08036 T 93 453 86 36 • MADRID CENTRAL: Alcántara, 66, B 28010 T 91 448 40 86
ALELLA • ARENYS DE MAR • BADALONA • BEGUES • CANET DE MAR • CARDEDEU • CASTELDEFELS • CORNELLÀ DE LLOBREGAT • EIVISSA • EL PRAT DE LLOBREGAT • ESPLUGUES DE LLOBREGAT
GAVÀ • GIRONA • GRANOLLERS • L'HOSPITALET DE LLOBREGAT • LA ROCA DEL VALLÈS • LLEIDA • MADRID • MANRESA • MATARÓ • MOLINS DE REI • RUBÍ • SABADELL • SANT CUGAT DEL VALLÈS • SANT JOAN DESPI • SANT JUST DESVERN • SANTA COLOMA DE GRAMENET • TARRAGONA • TERRASSA • VILADECANS • VILAFRANCA DEL PENEDÈS • VILANOVA I LA GELTRÚ