



Realidad virtual En cuidados paliativos

Entrevista:

Tomás Cobo Castro, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

En profundidad:

Nuestra salud depende de los ecosistemas

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos

Alfonsel Jaén, Margarita

Directora del Observatorio de Sanidad de El Español e Invertia

Álvarez Novoa, Iria

Government Affairs and Market Access Director de Astellas Pharma

Arnés Corellano, Humberto

Presidente de SIGRE

Arroyo Arranz, Rocío

Presidenta de ASEBIO

Avilés Muñoz, Mariano

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

Bando Casado, Honorio-Carlos

Académico de varias Reales Academias de España y miembro de la Junta Directiva de la AEF

Castro Reino, Óscar

Presidente del Consejo General de Dentistas

Cobo Castro, Tomás

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

Comas, Juan

Editor-director de Revista Sector Ejecutivo

Crespo de la Cruz, Pablo

Secretario General de FENIN

Cruz Martos, Encarnación

Directora General de BIOSIM

De Lorenzo y Montero, Ricardo

Presidente de Honor de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

De Rosa Torner, Alberto

Director Ejecutivo Europeo Grupo Sanitario Ribera

Domínguez-Gil González, Beatriz

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Franco Fernández-Conde, Antonio

CEO Luzán 5 Health Consulting

García Giménez, Víctor

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

Garrido López, Pilar

Presidenta de la FACME

Gilaberte, Yolanda

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

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

Lorenzo Garmendia, Andoni

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Martínez Solana, María Yolanda

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM

Millán Rusillo, Teresa

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego

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

Navarro Rubio, M^a Dolores

Directora del Área de Participación y Capacitación del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

Peña López, Carmen

Inmediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Pérez Raya, Florentino

Presidente del Consejo General de Enfermería

Pérez-Villacastín, Julián

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Pey Sanahuja, Jaume

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

Polo García, José

Presidente de SEMERGEN

Revilla Pedreira, Regina

Presidenta de la Fundación Carmen y Severo Ochoa

Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis

Secretario General de la AESEG

Rodríguez García-Caro, José Isaías

Consejero en LLORENTE&CUENCA

Rodríguez Ledo, Pilar

Presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Ruiz García, Boi

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

Rus Palacios, Carlos

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

Sánchez Chamorro, Emilia

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

Smith Aldecoa, Borja

Director General de Bio Innova Consulting

Solís Vázquez de Prada, Armando

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

Somoza Gimeno, Asunción

Establish Market Implementation Astellas Pharmaceutical

Truchado Velasco, Luis

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

Vallès Navarro, Roser

Directora del programa para la autosuficiencia en plasma del Banco de Sangre y Tejidos

Yermo Fuentes-Pila, Juan

Director General de Farmaindustria

PRESIDENTE

José M^a Martínez García

DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

DIRECTORA DE OPERACIONES

Paloma Tamayo Prada

paloma@newmedicaleconomics.es

Teléfono: 630 127 443

REDACTORA JEFE

Carmen M^a Tornero Fernández

redaccion@newmedicaleconomics.es

Teléfono: 606 16 26 72

REDACCIÓN Y DISEÑO

Jesús González Bonilla

jesus@newmedicaleconomics.es

Teléfono: 629 940 354

JEFA DE PRODUCTO

Dilenny Camacho Diplán

dilenny@newmedicaleconomics.es

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

EDITA

HEALTH ECONOMICS, S.L.

ISSN: 2386-7434

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN SANITARIA

Dilenny Camacho Diplán,
Directora Fundadora Gestionando Salud.



Javier Carnicero Giménez de Azcárate,
Consultor de Sistemas y Servicios de Salud.



M^a Dolores de la Cruz Fresneda,
Psicóloga sanitaria y jurídica. Consultora Organizaciones y Empleo.



Blanca Fernández-Lasquetty,
Directora de EnferConsultly y Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).



Carmen Ferrer Arnedo, Enfermera. Jefe del servicio de Información y Atención al Paciente del HC de Cruz Roja de Madrid y Codirectora del Máster de Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias de la UPSA.



Eduardo García-Toledano Mayoral
Senior VicePresident & General Counsel. World Rare Disorders Foundation. Childhood Cancer Foundation.



Clara Grau Corral,
Consultora en salud y jefa de la Unidad de Participación del Hospital Vall d'Hebron.



Alejandro Lendínez Mesa, Director gerente Hospital Virgen de la Poveda (Madrid).



José María Juárez Arias, Doctor en Derecho y Economía.



José Manuel Martínez Sesmero, Subdirector médico del Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza).



Ignacio Para Rodríguez-Santana, Presidente de la Fundación Bamberg.



Rosa María Piñeiro Albero, CEO de ADeNfermero y agente de Innovación e Investigación en DTX en Cuidados.



Ana Rodríguez Cala, PhD. Universitat de Lleida. Consultora de Proyectos Estratégicos, RSC, Calidad y Agenda 2030.



Rita Rodríguez Fernández, Enfermera del Servicio Galego de Saúde.



Boi Ruiz García, MD PhD. Profesor Asociado de la UIC.



Julia María Ruiz Redondo, Inspectora de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Asesora de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) en CLM y coordinadora de Salud Pública de la SEMG.



Delia Saleno, Presidenta del Grupo de Trabajo One Health de CEOE.



Pedro Soriano Martín, Enfermero - Docente. Experto en Marketing digital sanitario.



Francisco Javier Valbuena Ruiz, Presidente de la Fundación Pondera y gestor sanitario.



Nora Vázquez Martínez, Jurista y Sanitaria.



EXPERIENCIA DEL PACIENTE

José Luis Baquero Úbeda, Responsable del área de Responsabilidad Social Corporativa de la Fundación Internacional de Artrosis (OAFI) y de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR).



Carlos Bezos Daleske, CEO Instituto para la Experiencia del Paciente.



Andoni Lorenzo Garmendia, Presidente de Foro Español de Pacientes.



Mercedes Maderuelo Labrador, Gerente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).



Carlos Mateos Cidoncha, Director de la Agencia de Comunicación COM Salud y Coordinador de #SaludsinBulos.



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Antonio Burgueño Jerez, Director de Enclave Salud y del Proyecto Venturi.



David Castro González, Advisor en Salud Digital y Finanzas. Experto en Investigación e Innovación Biomédica.



Lorena Pérez Campillo, Doctora en Derecho. Investigadora Cátedra Genoma Humano UPV/EHU. Profesora Mentora ESADE. Abogada ICAM.



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



Juan Carlos Santamaría González, Director de Comunicación de Inithhealth (Grupo Inith) y Cofundador de Health 2.0 Basque.



MARKETING SANITARIO

Marta Iranzo Bañuls, Experta en Employer Branding. Consultora, speaker y formadora. CEO NEXIA.



Vicente Lluch Escandell, Experto en marketing sanitario, fundador y CEO de Estragency.



DERECHO

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



Ofelia De Lorenzo y Aparici, Presidenta de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS).



Elisa Herrera Fernández, Abogada. Experta en transparencia y gestión. Directora de la Fundación Transparencia y Opinión.



Carlos Lázaro Madrid, Abogado colegiado en el Real Ilustre Colegio de Abogados de Zaragoza.



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



GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Francisco García Cabello, Fundador, CEO del Foro Recursos Humanos y director de Valor Salud.



Corpus Gómez Calderón, Gerente de Atención Hospitalaria del Servicio Riojano de Salud.



Leticia Polignano, Consultora en Gestión de Crisis - Conflict Resolution Training.



Jaime Puente y C., Socio Director de BEsidedU.



POLÍTICAS DE CALIDAD

Iñaki Alegría Coll, Pediatra, coordinador de programas de salud en Etiopía.



Joaquim Bañeres Amella, Director del Instituto Universitario Avedis Donabedian y Director de la Cátedra de Investigación Avedis Donabedian de la Facultad de Medicina de la UAB.



Avelino Brito Marquina, Director General de la Asociación Española para la Calidad (AEC).



MÍMATE,
DISFRÚTATE,
Y CUÍDATE.
AHORA CON UN
30%
DE DESCUENTO ⁽¹⁾

CONTRÁTALO
ANTES DEL
31 DE ENERO

Mayoría de pruebas sin autorización
Video consultas en pocos minutos
Más sesiones de psicoterapia
Programa Integral Menopausia ASISA

**EN ASISA REINVERTIMOS TODOS
NUESTROS BENEFICIOS EN TI Y
EN CUIDARTE.**

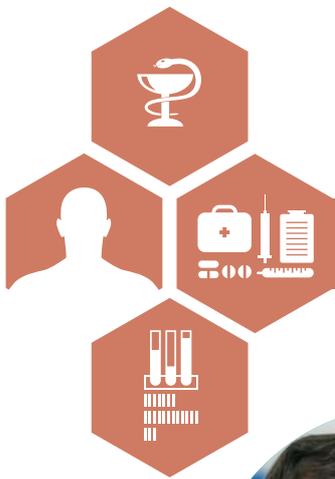
900 10 10 21
[asisa.es](https://www.asisa.es)

Salud
Dental
Vida
Accidentes
Decesos
Mascotas
Viajes

asisa 
mejor así

(1) Promoción válida hasta el 31 de enero de 2025. Seguros que entran en la promoción: ASISA Ya, ASISA Esencial, ASISA Esencial +, ASISA Completa, ASISA Completa +, ASISA Completa ++, ASISA Integral 100.000, ASISA Integral 180.000, ASISA Integral 240.000, ASISA Esencial Mutualistas, ASISA Completa Mutualistas, ASISA Próxima Pymes, ASISA Próxima Pymes Plus, ASISA Salud Pymes, ASISA Salud Pymes Plus, ASISA Integral Pymes, ASISA Dental, ASISA Dental Familiar, ASISA Dental Mutualistas, ASISA Dental Familiar Mutualistas, ASISA Dental Pymes, ASISA Vida Tranquilidad, ASISA Vida Compromiso 10, ASISA Vida Tranquilidad Protección Hipoteca, ASISA Accidentes Plus Tipo II, ASISA Accidentes Tipo Especial, ASISA Travel and You Basic, ASISA Travel and Cruise, ASISA Travel All Year, ASISA Travel Study y ASISA Travel Welcome.

- 6 Políticas sanitarias**
IA: una inmensa oportunidad para el sector sanitario
- 8 RRHH-Talento digital y vintage**
Los cambios organizacionales y la fábula de los monos y los plátanos
- 12 Entre lo divino y lo humano**
No solo de tecnologías sanitarias vive el hombre
- 14 Políticas de calidad**
Calidad humana
- 16 Entrevista**
Tomás Cobo Castro, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)
- 22 El efecto Venturi**
Analizando la atención primaria hasta el año 2023: las aguas vuelven a su cauce poco a poco
- 24 Nuestros encuentros con expertos**
“Estrategias sanitarias oncológicas: presente y futuro”, a debate en Catalunya
- 28 Salud digital**
Consenso IA generativa en dolor y fisioterapia (II)
- 30 Marketing sanitario**
Las personas correctas vienen motivadas de casa
- 32 Cuestión de justicia**
La doble insularidad y los problemas que plantea en sanidad
- 38 En profundidad**
EUPATI: un tercer pilar formativo
Hospitales: análisis, retos y desafíos. Desde la proyección, innovación, tecnología, ciberseguridad, arquitectura, humanidad y ética (I)
El impacto de la Inteligencia Artificial en el manejo de la diabetes: una revolución para los pacientes y el sistema sanitario
Hacia un nuevo modelo de sanidad
Nuestra salud depende de la salud de los ecosistemas
La inteligencia artificial en radiología: una solución frente a la saturación del sistema sanitario en España
- 58 Reflexiones saludables**
La gestión de las emergencias en España
- 62 Nuestros encuentros con expertos**
El proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, a debate en Canarias
- 66 En portada**
Realidad virtual para tratar el dolor y humanizar los cuidados paliativos
- 69 Noticias**
- 75 Lo más visto en las redes**
- 76 Economía**
- 78 Sanidad autonómica**
- 82 Biblioteca**



POLÍTICAS SANITARIAS



IA: una inmensa oportunidad para el sector sanitario

Carlos Rus Palacios

Toda innovación genera riesgos y oportunidades, algo que estamos viendo con claridad en el actual desarrollo de la Inteligencia Artificial (IA). Muchas de las preocupaciones que genera esta nueva tecnología tienen que ver lógicamente con la posible pérdida de puestos de trabajo. Pero pongámonos en la lectura más positiva.

Según podíamos leer en un informe reciente de la consultora Randstad, la IA generará más de 163.000 empleos en las actividades sanitarias durante la próxima década en España. Esta cifra representa una tendencia prometedora que desafía las preocupaciones sobre la supuesta amenaza de la automatización al empleo.

Aunque el informe también identifica que 102.000 puestos de trabajo en el sector sanitario podrían verse "amenazados" por la llegada de la IA, este dato contrasta con la creación potencial de 306.000 nuevos empleos en el mismo campo. Esta dualidad revela una narrativa más matizada y optimista: la IA no solo está transformando el sector, sino que también está generando nuevas oportunidades de empleo a medida que reconfigura las dinámicas laborales existentes.

Si bien es cierto que la IA puede automatizar ciertas tareas, también está generando una demanda cre-

ciente de profesionales capacitados para desarrollar, implementar y mantener estas tecnologías. Los expertos en ciencia de datos, ingenieros de software especializados en IA, médicos especializados en informática médica y otros roles relacionados están en alta demanda en la industria de la salud. Además, la integración de la IA en la atención médica requiere una comprensión profunda de la ética y la privacidad de los datos, lo que crea oportunidades para expertos en ética médica y seguridad de la información.

Para contextualizar estos datos, es importante también considerar el impacto relativo de la IA en diferentes aspectos de la atención médica. Según el informe, alrededor del 60% de los trabajadores de la asistencia sanitaria en España se verán beneficiados por la IA, que podrán obtener ayuda para realizar entre el 10 y el 49% de sus responsabilidades diarias. Esto indica una integración gradual y significativa de la IA en las actividades cotidianas de los profesionales de la salud, lo que redundará en una mayor eficiencia y calidad en la atención.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el impacto de la IA no será uniforme en todo el sector. Aunque no se prevé la destrucción de ningún puesto de trabajo en la asistencia sanitaria, aproximadamente el 30% de los trabajadores no recibirán ningún tipo de ayuda de la IA. Esta disparidad destaca la nece-

sidad de programas de capacitación y actualización profesional para garantizar que todos los empleados puedan adaptarse a las demandas cambiantes del mercado laboral impulsadas por la IA.

Así, para capitalizar plenamente las oportunidades que ofrece la IA en el sector sanitario, será fundamental fomentar una cultura de aprendizaje continuo. Los profesionales de la salud deben estar dispuestos a adquirir nuevas habilidades y adaptarse a los avances tecnológicos en constante evolución. Por su parte, las instituciones educativas y los programas de formación profesional tienen un papel crucial que desempeñar al proporcionar programas de estudio actualizados y oportunidades de capacitación en IA y tecnología de la salud.

No hay duda de que la IA está emergiendo como un catalizador clave en la transformación de la atención médica. Su capacidad para automatizar tareas repetitivas y administrativas liberará a los profesionales de la salud de la carga de trabajo abrumadora, permitiéndoles concentrarse en tareas más complejas y en la atención directa al paciente, lo que puede contribuir a reducir el problema de escasez de profesionales que nos acucia actualmente, en un contexto además de crecimiento de la demanda de servicios asistenciales.

Asimismo, esta tecnología está llamada a revolucionar el diagnóstico médico. Los algoritmos de aprendizaje automático pueden analizar grandes conjuntos de datos médicos, como imágenes de resonancia magnética, tomografías computarizadas y resultados de pruebas de laboratorio, para identificar patrones y señales que podrían pasar desapercibidos para el ojo humano. Esto no solo conduce a diagnósticos más precisos, sino también a tratamientos más personalizados y eficaces. En este sentido, la IA se convierte en palanca para que el médico pueda dedicar más tiempo a la atención directa del paciente.

Mirando hacia el futuro, será esencial adoptar una perspectiva proactiva y colaborativa para aprovechar al máximo el potencial transformador de la IA en el sector sanitario. Esto implica no solo desarrollar y adoptar nuevas tecnologías, sino también invertir en la formación y el desarrollo de habilidades de los pro-

“

La IA está
emergiendo como un
catalizador clave en
la transformación de
la atención médica

”

fesionales de la salud para garantizar una transición fluida y equitativa hacia un futuro impulsado por la IA.

En última instancia, y teniendo en cuenta también todos los desafíos que nos presenta en materia de protección de datos, transparencia, ciberseguridad y gestión de los posibles sesgos de los que pueda adolecer, la IA no solo promete mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica, sino que también tiene el poder de revitalizar el mercado laboral del sector sanitario, creando nuevas oportunidades de empleo y promoviendo un ecosistema laboral más dinámico y resiliente.

Presidente de ASPE (Alianza de la Sanidad Privada Española) y de la comisión de Sanidad de la CEOE



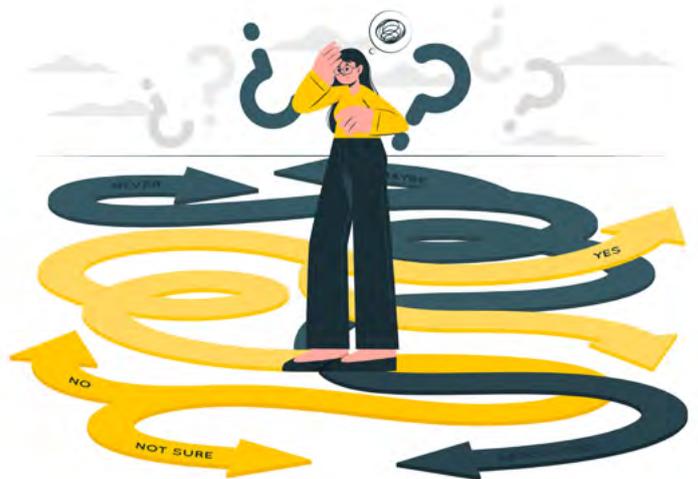
Los cambios organizacionales y la fábula de los monos y los plátanos

Corpus Gómez Calderón

Buceando en la red documentándome sobre el tópico elegido, me tropiezo un artículo de *Forbes* en el que se resalta en titulares que, para liderar en un mundo en constante cambio, la clave es una mezcla de perspicacia digital y capacidad de adaptación humana. Sobre capacidad de adaptación sabemos mucho los humanos. El hombre ha tenido que adaptarse, a lo largo de la historia, a los desafíos de su entorno físico y de su naturaleza biológica adaptándose para sobrevivir en un entorno siempre dinámico. A medida que fueron desarrollándose nuestras habilidades cognitivas, fuimos descubriendo nuevos horizontes y pasamos a ser actores de nuestro propio cambio.

Nada nuevo pues para nosotros en los últimos tiempos (y no me atrevo a acotarlo en siglos, años o meses) pero parece que es algo que recientemente nos “acucia”. La velocidad de la evolución de la tecnología y la necesidad de la sociedad y de las organizaciones por adoptar los cambios que implica su utilización, nos llevan a estar todos en un permanente estrés para introducir los cambios necesarios.

Cambios sociales, culturales, organizacionales, legislativos, personales, profesionales, competenciales.... cambios, cambios y cambios a toda velocidad para digerir y optimizar el uso de la ingente cantidad de innovación que nos rodea. En este punto y, para bajar el nivel de estrés, centrémonos en reflexionar únicamente en los cambios organizativos necesarios



para “adoptar” la innovación y en las barreras que individual o colectivamente nos encontramos para ello.

En el mundo sanitario, los cambios organizacionales son esenciales para garantizar una atención eficiente, segura y centrada en el paciente. Sin embargo, implementar estos cambios puede enfrentarse a barreras culturales, resistencias colectivas y hábitos arraigados. Para ilustrar estas dinámicas, recurrimos a un recurso *vintage* en Recursos Humanos, la conocida fábula de los monos y los plátanos, que nos ofrece una perspectiva sobre cómo las normas no cuestionadas pueden limitar la innovación en entornos complejos como los hospitales.

Resumiendo la fábula de los monos y los plátanos se cuenta que, en un experimento, colocaron cinco monos en una jaula con un racimo de plátanos colgados del techo. Bajo los plátanos había una escalera, pero cada vez que un mono intentaba subir, los científicos rociaban con agua fría al resto del grupo. Rápidamente, los monos aprendieron a no subir. Posteriormente, los investigadores sustituyeron uno de los monos por uno nuevo, que al ver los plátanos intentó subir la escalera. Inmediatamente, los otros monos lo atacaron para evitar la represalia del agua fría. Con el tiempo, el nuevo mono aprendió la lección sin haber experimentado el agua fría. Gradualmente, reemplazaron a todos los monos originales. Al final, ninguno de los monos en la jaula había sido rociado con agua, pero todos continuaban impidiendo subir la escalera. Esta historia refleja cómo las normas y comportamientos pueden perpetuarse sin que las personas involucradas comprendan su origen o propósito.

En el ámbito sanitario, esta fábula se traduce en cómo las prácticas organizativas, procedimientos y políticas pueden mantenerse sin cuestionamiento, incluso si ya no son efectivas o relevantes. La "cultura del siempre se ha hecho así" puede ser una de las mayores barreras para la implementación de mejoras en los procesos, el uso de tecnologías innovadoras o la adopción de modelos de atención centrada en el paciente. Al igual que los monos, en los hospitales existen procesos que se perpetúan sin una reflexión crítica sobre su utilidad o pertinencia actual. ¿Cuántos protocolos, rutinas o métodos son vestigios de

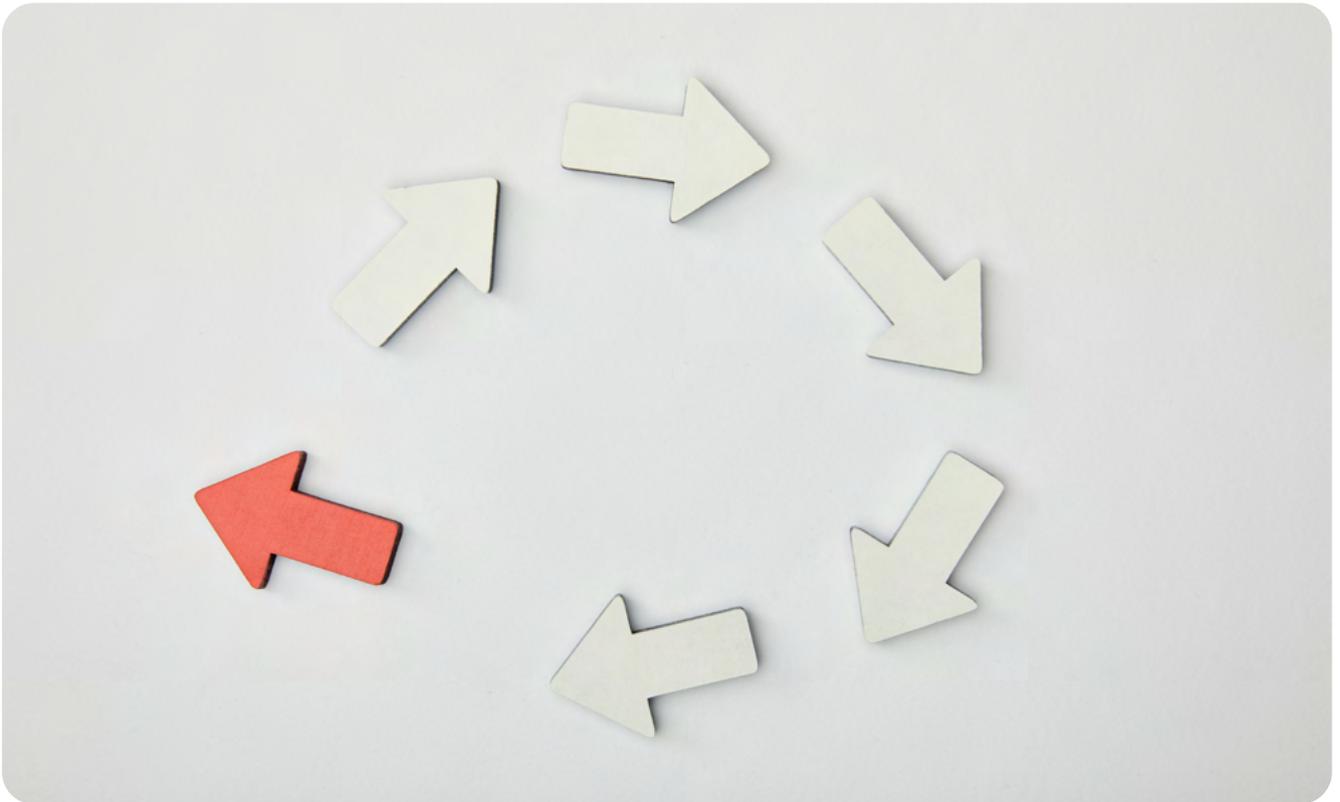
“

Los cambios organizacionales en los hospitales no son una opción, sino una necesidad en un entorno en constante evolución

”

una época pasada y ya no responden a las necesidades actuales? Podemos encontrar algunos ejemplos de ello en los horarios rígidos, la jerarquía tradicional o la gestión fragmentada de equipos. Estos pueden haberse originado en una época en la que respondían a necesidades reales y, seguramente eran eficaces y eficientes en ese contexto, sin embargo, con los avances tecnológicos, el aumento de la complejidad en las patologías y la necesidad de equipos interdisciplinarios, estas prácticas pueden resultar obsoletas y perjudiciales.

Para transformar una organización sanitaria, es fundamental desafiar las "escaleras invisibles" que frenan la mejora. Estos procesos de transformación requieren de un diagnóstico cultural que identifique las prácticas y comportamientos que persisten sin un propósito claro o que obstaculizan los objetivos estratégicos. Del mismo modo es primordial contar con un liderazgo inspirador, líderes modelos de apertura al cambio que fomenten un ambiente donde los



profesionales puedan cuestionar y proponer mejoras sin temor al rechazo. Es imprescindible, como no, la educación y sensibilización para el cambio, promover una cultura basada en la evidencia y el aprendizaje continuo para ayudar a los equipos a entender por qué es necesario cambiar. Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es la colaboración interdisciplinar, se trata de involucrar a todos los niveles de la organización, desde los gestores hasta el personal sanitario, para construir soluciones compartidas. Finalmente, el pilotaje y la retroalimentación serán también elementos clave en los procesos de transformación, debemos implementar los cambios en fases, evaluar su impacto y ajustar según las necesidades.

Los hospitales, al igual que las jaulas de la fábula, están llenos de estructuras físicas y culturales que moldean el comportamiento. Adoptar un enfoque reflexivo y proactivo hacia el cambio organizacional no solo mejora los resultados asistenciales, sino que también incrementa la satisfacción de los pacientes y motiva a los profesionales. Cuestionar el *statu quo* no es fácil, pero es imprescindible para avanzar hacia una atención sanitaria más innovadora y humana. Al reflexionar sobre la fábula de los monos y los plá-

tanos, recordamos que el verdadero progreso surge cuando nos atrevemos a desafiar las normas heredadas y creamos nuevas formas de trabajar juntos para un bien común.

Los cambios organizacionales en los hospitales no son una opción, sino una necesidad en un entorno en constante evolución. Superar las resistencias inherentes requiere liderazgo, visión y un compromiso colectivo para garantizar que las prácticas actuales respondan a las demandas del futuro. La fábula nos enseña que no debemos conformarnos con el "siempre ha sido así", sino construir un entorno donde las decisiones se fundamenten en la lógica, la evidencia y las metas compartidas.

Gerente de Atención Hospitalaria del Servicio
Riojano de Salud
corpusgomez@hotmail.com




SOMOS
 PORQUE
Sanitarios

Confianza

No es solo una palabra.
 Es la tranquilidad que te da saber que ante cualquier situación, tu Seguro de Automóvil **te responderá siempre, y allí donde estés.**

A.M.A. MADRID

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

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

A.M.A. MADRID (Leganés)

Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes,16
Tel. 911 75 03 33 leganes@amaseguros.com

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



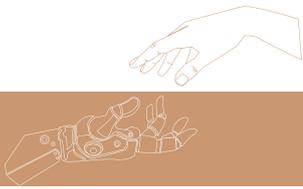
A.M.A.
 agrupación mutual
 aseguradora

www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 913 43 47 00



La Mutua de los Profesionales Sanitarios... y sus familiares.



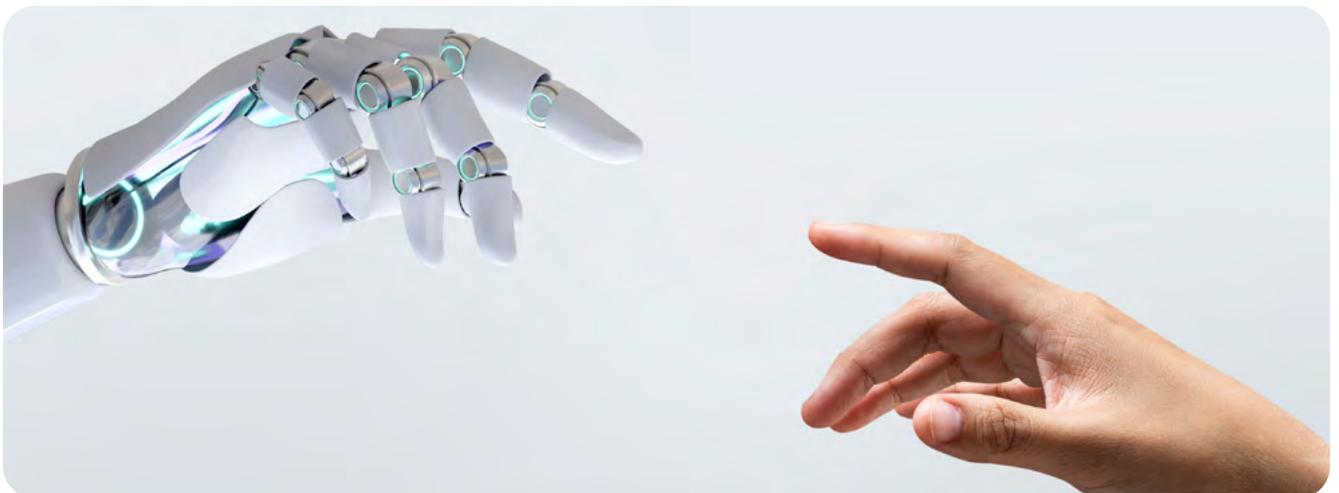
No solo de tecnologías sanitarias vive el hombre

José Manuel Martínez Sesmero

Todo pareciera indicar que existe una apuesta todo o nada respecto a la evolución tecnológica y su ansiado correlato de avance social. Si esta tendencia se aplica a las tecnologías sanitarias y la mejora de la salud de las personas, podríamos decir que el escenario de prosperidad y deseada felicidad hubiera de multiplicarse casi de forma exponencial. Todos sabemos que es relativamente fácil poder perderse entre falacias, prejuicios, posverdades y, sobre todo, esa sensación tan humana de creer que en este convulso siglo XXI siempre habrá una solución para casi todo.

Llegados a un punto de exacerbadas expectativas, en mi opinión, merece la pena recordar la definición clásica de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. De manera muy sintética, podría decirse que hemos pasado por varias fases en la historia del concepto de salud. Entre algunas de ellas se encuentra el llamado reduccionismo biológico, en el que lo único que se tenía en cuenta para considerar si una persona estaba sana o no era su estado físico. Más tarde se pasó al dualismo, en el que cuerpo y mente (o alma) estaban presentes e interactuaban entre sí. Para finalmente llegar al modelo biopsicosocial que estableció la OMS en el siglo XX. Actualmente, sabemos que los tres niveles de salud interactúan entre sí y que esa influencia mutua

sica de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. De manera muy sintética, podría decirse que hemos pasado por varias fases en la historia del concepto de salud. Entre algunas de ellas se encuentra el llamado reduccionismo biológico, en el que lo único que se tenía en cuenta para considerar si una persona estaba sana o no era su estado físico. Más tarde se pasó al dualismo, en el que cuerpo y mente (o alma) estaban presentes e interactuaban entre sí. Para finalmente llegar al modelo biopsicosocial que estableció la OMS en el siglo XX. Actualmente, sabemos que los tres niveles de salud interactúan entre sí y que esa influencia mutua



puede afectar al estado de bienestar de la persona. El concepto de salud es mucho más complejo de explicar que el de enfermedad, puesto que las experiencias de salud son más intangibles y elusivas que las experiencias de enfermedad, lo que hace que las primeras sean mucho más difíciles de definir y conceptualizar.

En las últimas décadas, la definición de salud de la OMS se ha modificado y complementado cada vez más con la cuarta dimensión: la salud espiritual. Ello implica un sentido de plenitud y satisfacción con la propia vida, sistema de valores, autoconfianza y autoestima, autoconciencia y presencia, paz y tranquilidad con equilibrio emocional dinámico, moralidad y veracidad, desinterés, emociones positivas, compasión y voluntad de ayudar y apoyar a los demás, responsabilidad y contribución al bien común, así como del estrés social.

Y hete aquí que parece pertinente las siguientes preguntas (retóricas): ¿sigue estando vigente la definición de salud de la OMS?, o por el contrario ¿necesitamos una redefinición de la misma para que se adapte a los nuevos paradigmas sociales? Por otro lado, también cabe hacerse la siguiente pregunta (no retórica): ¿somos conscientes los profesionales sanitarios de las implicaciones de la evolución del concepto salud? Contestando sucintamente a esto diré que los profesionales de la salud, así como también los representantes políticos, necesitamos saber qué es lo que las personas (y la sociedad) perciben como las cuestiones más importantes en relación con la salud; en particular lo que entienden por salud, y qué factores de su vida contribuyen a su concepción de salud. Este conocimiento es indispensable para conocer a las personas en sus diversos entornos de atención de la salud y, cómo no, para tratar los problemas de salud en todos los escenarios y ecosistemas.

En estos tiempos, nuestra sociedad avanza hacia una salud digital y otras tecnologías sanitarias avanzadas. Ello permite que diferentes perspectivas de salud coexistan y evolucionen dinámicamente en las diferentes formas de intercomunicación en línea. Las diferentes visiones y conceptualizaciones sobre

“

Estamos en riesgo de que la fascinación tecnológica empañe y desdibuje los valores inherentes al ser humano

”

la salud están presentes en el mundo real y el virtual al mismo tiempo, compitiendo por la atención de los usuarios, visitantes, ojeadores y creadores de contenido digital. Sin embargo, más allá de la multiplicidad del concepto particular de salud y, de todos los atributos que a lo largo de la historia han venido a formar parte del mismo, estamos en riesgo de que la fascinación tecnológica empañe y desdibuje los valores inherentes al ser humano. Recordémonos por lo tanto que el instrumento no es el fin en sí mismo, dicho de otro modo, no solo de tecnologías sanitarias vive el hombre.

Subdirector médico del Hospital Clínico Lozano
Blesa (Zaragoza)

jmmartinezses@salud.aragon.es



Calidad humana

Avelino Brito Marquina

Contaba el Sr. Deming, el estadounidense cuyo nombre lleva el premio nacional de la calidad del Japón, y el padre del ciclo PDCA, que en las pizarras de las reuniones de las empresas japonesas, durante los años de la postguerra y del milagro económico japonés, en lugar bien visible, estaba la llamada “reacción en cadena de la calidad”, un gráfico en forma de flecha ascendente que empezaba con la

calidad, continuaba con menos desperdicios, retrabajos y reclamaciones, seguía con menos coste y más calidad, lo que conducía a la conquista de los clientes y el mercado, y finalmente acababa en más empleos.

Llama la atención el objetivo final: los empleos. No el crecimiento de la empresa, tampoco más ingresos o rentabilidad, menos aún la felicidad de los accionistas. Su foco eran las personas, y particularmente



las próximas, en el sentido de prójimo, los propios empleados que eran quienes hacían la calidad.

Además de eso, con la fuerza de un dogma, nuestros clásicos creían en el esfuerzo y en el trabajo inteligente. Su legado: ejemplos de calidad humana, y lecciones de gestión que iluminaron milagros económicos, y que, en el caso de las lecciones de gestión, se quedaron para siempre entre nosotros.

Absortos en sus valores, no parece que les preocupara en absoluto el relato. Relato, no en el sentido de narración o cuento, sino en el sentido de moda: la reconstrucción discursiva de ciertos acontecimientos interpretados en favor de una ideología o de un movimiento político. Perdónenme los doctos académicos de la RAE, pero a esa definición le falta extensión, porque el patrimonio del relato no es sólo cosa de ideólogos y políticos, pobrecitos míos, como si los directivos no construyéramos relatos. A esa definición también le sobra complejidad. Yo diría, simplemente, que relato es lo que he conseguido que otros piensen de mí.

“El objetivo de este libro es transformar el estilo de gestión en América. La transformación del estilo americano de gestión no es una labor de reestructuración ni de revisión. Hace falta una nueva estructura, desde la base hasta el final”. Así empieza el libro *Calidad, Productividad y Competitividad, la salida de la crisis*, que el Sr. Deming escribió en 1982, y que contenía sus 14 puntos para salir de ella; libro que, básicamente, de principio a fin, es un rapapolvo a sus compatriotas directivos. No parece que esa crítica integral a los directivos de su país fuera la mejor manera de hacer amigos.

Seguramente, cosas que escribió y defendió, son discutibles. Y el nuevo siglo se ocupó de demostrar que se abrirían otros caminos que conducirían a nuevos milagros, y que serían herramientas de competitividad tan poderosas, por lo menos, como la calidad, si no más. Pero defendió y escribió pensando en el legado y no en el relato, lo cual, a los ojos de un observador del siglo XXI, resulta digno de consideración.

“

A los padres de la calidad les importaba el legado, no el relato

”

A los padres de la calidad les importaba el legado, no el relato. Ahora, en la Aldea Global, es al revés. Digo esto con nostalgia, la de aquellos tiempos en que las personas no tenían un teléfono pegado a su cuerpo y en el que los valores eran primero, y los intereses, si acaso, venían después. En la Aldea Global, despropósitos grandes y pequeños son la norma y no la excepción, mientras que los ejemplos de calidad humana, como el que nos han regalado los voluntarios de la Dana, son la excepción y no la norma.

Desde 1961, en la Asociación Española para la Calidad trabajamos por la calidad, como práctica de gestión y como principio ético. De nuestro éxito, aunque me gustaría, no voy a presumir, porque por lo menos de lo segundo, hay mucho por hacer.

Director general de la Asociación Española
para la Calidad (AEC)

abrító@aec.es



ENTREVISTA

Tomás Cobo Castro, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

“El PAIME es un modelo de éxito en el mundo”



Tomás Cobo Castro, presidente de la OMC y José María Martínez García, presidente de NME.

Tras más de 4 años al frente de la OMC, el Dr. Tomás Cobo Castro ha recibido a New Medical Economics para hacer balance de su gestión. En esta entrevista, entre otras cuestiones, ha reflexionado sobre los retos actuales del sistema sanitario, el papel de los médicos, y las iniciativas que están marcando la pauta en el futuro de la medicina.

¿Qué estrategias sugiere para aumentar el atractivo de la Medicina Familiar y Comunitaria entre los nuevos médicos?

Lo primero es el que se hable de Medicina Familiar y Comunitaria en el entorno de la carrera, ya que no hay ni una sola asignatura que se dedique a explicar lo que es la Medicina de Familia y Comunitaria, todas las asignaturas del grado van dirigidas a la atención hospitalaria y lo normal es que los alumnos finalmente vayan enfocados por ahí. El problema es que es una solución tardía porque hasta que se generen vocaciones en ese entorno, tardan años. Es una de las líneas estratégicas con una visión un poco larga.

Y en la parte de lo que es la pura atracción para los que ya han terminado, ahí hay tres quiebras en general en el sistema. Una, es la de la estabilidad profesional, la precariedad; otra es la falta de tiempo para la formación médica continuada; y la última, es el modelo retributivo que sigue siendo escaso comparado con Europa. Además, considero que hay que dotar a los médicos de AP de más medios para que hagan ese primer diagnóstico.

Con respecto a la medicina comunitaria, es necesario hablar un poco más de salud y menos de enfermedad y también educar más en salud a la ciudadanía. El modelo de primaria que tenemos en España es un modelo muy potente, no es la puerta de entrada, sino que es el pilar realmente de lo que debe de ser la puerta.

La medicina en el siglo XXI es otra cosa, es en el entorno multidisciplinar. Se requieren métodos diagnósticos más avanzados y se requiere más trabajo en equipo. La lista de espera también es muy importante, pero la lista de espera más importante que hay es la del primer diagnóstico. Y en cuanto a la prevención, hemos presentado hace poco un libro de cribado del cáncer de colon. Por ahí es por donde tenemos que ir.

¿Cómo valora el aumento de plazas de AP y de formación especializada? ¿Qué más se puede hacer para mejorar la calidad de esta formación?

Tenemos que formar a más especialistas, pero para eso debemos tener unidades docentes que estén preparadas para ello. Hay que formar a los médicos con los mismos mapas de conocimientos y competencias que tenemos en Europa. En este sentido, la UEMS (*European Union of Medical Specialists*, por sus

siglas en inglés) trabaja mucho en la producción de los ETR, (*European Training Requirements*), que lo que hacen básicamente es establecer un temario de los conocimientos y competencias mínimos que debe de tener cualquier médico europeo. En esa línea tenemos que trabajar, para armonizar no solo la primaria, sino todas las especialidades. Cuando vienen médicos extracomunitarios debemos de tener la seguridad de que tienen los mismos conocimientos y competencias mínimos que exigimos a los médicos en España. Resulta paradójico que exijamos el MIR y una formación especializada y luego se homologuen títulos sin la seguridad absoluta de que esos médicos tienen los mismos conocimientos y competencias que cualquier otro médico especialista europeo. Somos la puerta de entrada en Europa, tenemos muchos más receptores que Suecia como consecuencia de que compartimos una lengua en todo Iberoamérica. Estos médicos que vienen a través de España luego terminan diseminados por Europa y tenemos que estar muy atentos para que tengan los mismos conocimientos y competencias, porque eso es lo que refleja la seguridad clínica.

Ha salido ahora una consulta pública del Ministerio para el tema de agilización y homologación de títulos extracomunitarios con el objetivo de que se utilicen todos los medios digitales para que eso se agilice y que realmente ellos puedan tener una idea de qué lugar ocupan en ese listado de expedientes, porque hay dramas personales, eso me parece bien, pero agilizar no quiere decir facilitar ni mucho menos.

¿Qué está haciendo la OMC por la salud mental de sus profesionales?

Nosotros empezamos con el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) hace 25 años. para rehabilitar y reincorporar a los profesionales al sistema. El PAIME nació sobre todo para la atención de médicos con adicciones, pero eso progresivamente ha ido evolucionando hacia otros ámbitos de salud mental como el estrés o *burnout*.

Durante el proceso de rehabilitación, el profesional extrae su actividad asistencial, con lo cual, lo que hacemos es proporcionar seguridad clínica al entorno para tener la seguridad de que no hay nadie que no está en sus mejores condiciones para atender a los pacientes. Tenemos un índice de rehabilitación de un 90%, pero hemos dado un paso más allá en estos últimos cua-



José María Martínez García y Tomás Cobo Castro, durante la entrevista.

tro años y hemos integrado ya no solamente a los médicos que están en el programa, sino que hemos firmado ya convenios con enfermería, con veterinarios, con odontólogos, con farmacéuticos, para que se haga una copia del modelo exactamente igual al PAIME, pero en estas especialidades. Además, hemos tenido ya varias reuniones con la Alta Comisio- nada de Salud Mental, con Belén Hernández, que, apuesta por el Plan Estratégico. Es una buena noticia y una gran iniciativa del Gobierno de España tanto de la Presidencia como del Ministerio de Sanidad, me consta que la ministra ha puesto mucho interés en ello y hemos tenido la oportunidad de reunirnos en varias ocasiones con Belén Hernández. Ella ha estado también en la Convención que hemos llevado a cabo recientemente hablando de salud mental y creemos que el PAIME será integrado en el Plan Estratégico de Salud Mental para la atención a los profesionales sanitarios que tengan problemas de salud mental.

También hemos puesto en marcha el SAPEM (servicio de atención telemática a estudiantes de medicina), que está teniendo una gran acogida, hay un teléfono donde ellos pueden llamar, se les pone en contacto con un entorno de psicólogos y se les atiende. En un año ha tenido más de 300 intervenciones, y más de mil llamadas.

Quiero subrayar y enfatizar la buena relación y las acciones absolutamente sinérgicas entre el Ministerio de Sanidad y la OMC. En ese sentido, la llegada de Mónica García ha agilizado mucho y bien diferentes ámbitos. Otro de ellos es la especialidad de Urgen-

cias y Emergencias, pero en sintonía y en sinergia con ellos.

Aunque las cifras de emigración médica parecen bajas, ¿qué medidas se podrían implementar para retener más talento en el sistema sanitario español?

El mejorar las condiciones en su generalidad. Hablábamos antes de estabilidad, hablábamos de formación médica continuada y hablábamos del modelo retributivo. Lo que tenemos que hacer para atraer talento es dar unas condiciones laborales que permitan establecer un proyecto de vida y un futuro.

Desde la OMC, empezamos hace años ya con la UEMS, acreditando la formación en un entorno europeo, porque eso va a permitir la libre circulación de médicos especialistas en Europa. Firmamos un convenio con la UEMS y con el Ministerio de Sanidad para la acreditación de lo que llamamos los ‘pequeños eventos’ que son aquellos que tienen lugar en los centros de salud o en los hospitales, las sesiones clínicas o en los propios colegios de médicos para que en esos entornos pequeños en los que otros intereses estuvieran acreditados con los mismos criterios y procedimientos a un precio muy razonable o insignificante, permita a un médico o a una médica de un centro de salud que tiene un curso que pueda acreditarlo con criterios y procedimientos comunes en Europa y en un plazo de tiempo muy corto, en dos o tres semanas tiene el curso acreditado si cumple los criterios y procedimientos y a un precio muy ba-

rato. Eso ha sido un paso adelante de la mano también del Ministerio de Sanidad.

Lo micro es clave, porque ahí ha habido muchos años en los que la industria farmacéutica ha sido en gran parte responsable de la formación médica continuada.

¿Qué riesgos y beneficios ve en la descentralización de los procesos de homologación y cómo podría afectar esto a la uniformidad en la calidad del sistema?

Eso no es buena idea. Precisamente lo que trabajamos en Europa es que, aunque haya criterios y procedimientos comunes que aseguren que como mínimo un médico especialista en Europa tiene esos conocimientos y competencias. Si no estamos trabajando en dirección contraria a lo que estamos tratando de trabajar en Europa, que esté centralizado, con una guía de competencias y conocimientos comunes. No es buena idea y va en dirección contraria a lo que se pretende en este entorno europeo dentro de este modelo sanitario que tenemos.

¿Qué avances ha logrado el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y cuáles son sus próximos objetivos?

El PAIME es un modelo de éxito en el mundo, de hecho, nos lo copian en Iberoamérica y nos lo copian en Europa. El PAIME tendríamos que encajarlo como un plan estratégico dentro del Gobierno de España, con partidas finalistas para una cada una de las comunidades y que no sea cada uno de los colegios el que tenga la interlocución con el consejero de turno, sino que eso fuera desde arriba, en este Plan Estratégico de Salud mental y con fin finalista, con una dotación específica que hagan las consejerías para contemplarlo como una herramienta más en la salud mental. Ese es el siguiente paso y me consta que desde el Ministerio de Sanidad están por la labor.

¿Siente que las recomendaciones de la OMC tienen suficiente impacto en las políticas sanitarias nacionales y regionales?

Sentimos que la OMC tiene unas relaciones institucionales muy fluidas y me consta que sí nos escuchan. Un ejemplo es que, en la Convención de la Profesión Médica, que reúne a todos los colegios de Médicos de España y sus juntas directivas, ha estado la cúpula

completa del Ministerio de Sanidad, desde la ministra, el Secretario de Estado, la directora general de Ordenación, la Alta Comisionada de Salud Mental, la directora de la Agencia Española del Medicamento, la directora de la Organización Nacional de Trasplantes... En los cuatro años que llevo de presidente de la OMC, tanto con la ministra Carolina Darias como este año, de manera más intensa con Mónica García, nos consta que nos escuchan y nos han escuchado en lo que teníamos que decir, una prueba palpable de ello es la especialidad de urgencias y emergencias.

Mónica García tiene una labor difícil porque tiene 14 consejeros del Partido Popular y aun así ha sido la ministra que más veces ha reunido al Consejo Interterritorial con los debates y las discusiones que hay, y ha hecho dos interterritoriales específicos monográficos, uno sobre Atención Primaria y otro sobre la cobertura vacacional. Creo que es una ministra que tiene mérito y que tiene empuje en el entorno que la corresponde desde el punto de vista político.

Desde la OMC, ¿qué recomendaciones están impulsando para apoyar planes como el de Prevención y Control del Tabaquismo?

Estamos trabajando en ello intensamente, formamos parte del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y la Asamblea se ha reunido en la OMC. Una vez más en sinergia con el Ministerio. Creo que el tabaco va a estar prohibido en exteriores en nada, la gente no podrá fumar en la calle.

¿Cómo evalúa el estado del sistema sanitario tras la pandemia y qué lecciones cree que todavía no se han aplicado?

Durante la pandemia lo que nos quedó claro a todos es que el Sistema Nacional de Salud fue capaz de aguantar el impacto en la fase de defensa y en la fase de ataque, que fue el tema de vacunación, España estuvo en el top del mundo, conseguimos la vacunación del 90% de los mayores de 65 años que eran los más vulnerables en un tiempo récord comparado con Francia, Alemania, Italia, Inglaterra, Estados Unidos, fuimos los mejores. Aunque se han hecho cosas, ahora nos haría falta optimizar esa relación público-privada para el sostenimiento de nuestro modelo.

Una de las 47 medidas que hemos propuesto ha sido la creación de una Agencia Estatal de Salud Pública.

Creo que eso sí que va a ayudar para potenciar políticas de vacunación, políticas de salud pública en general, educación sanitaria y también, que, de manera independiente, diga qué es y qué no es adecuado en cuanto a criterios de gestión de pacientes.

También habrá que reformar el Estatuto Marco que se ha quedado anticuado, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Ordenación de Profesiones. Eso hay que hay que modernizarlo y adecuarlo a los tiempos en los que vivimos. Además, en el Sistema Nacional de Salud lo que hay que medir es la eficiencia.

Ha mencionado que el incremento del acceso a la sanidad privada podría generar desigualdades. ¿Qué soluciones propone para evitar una "sanidad pobre para los pobres"?

Lo que está sucediendo es que hay una deriva progresiva de la clase media hacia el entorno de las aseguradoras. Y esa deriva que está habiendo no es como consecuencia muchas veces de una elección personal absolutamente libre, sino como consecuencia de la falta de respuesta que en un momento determinado tiene la sanidad pública. Y además se da en un entorno que es particularmente sensible, que es el de la Atención Primaria. No puede ser que se tarde cinco o seis días para que te vea el médico de primaria y te haga una receta, eso genera una deriva, y corremos ese peligro de que progresivamente se vayan dedicando menos recursos a una cosa y vaya engordando la otra. ¿Qué es lo que hay que hacer? Tratar de ser, una vez más, lo más eficientes posible, hacer mucha educación sanitaria porque aquí jugamos un papel todos, hay cosas que sí son susceptibles de ser tratadas por un médico, pero hay otra serie de cosas que tendremos que encontrar por educación sanitaria, otras vías y tratar de buscar la eficiencia.

El tema de que haya esa atomización y dispersión de recursos en consultorios rurales, que tengamos un médico para atender un número de cartillas muy pequeño, habiendo cambiado las cosas en cuanto a la comunicación con respecto al entorno, esos recursos hay que recuperarlos y pensar en el tratamiento de la cronicidad de otra manera. Hay otras profesiones sanitarias que juegan un papel importante como la atención domiciliaria o la enfermería, lo que hay que hacer es tratar de optimizar recursos.



Tomás Cobo Castro, presidente de la OMC.

¿Por qué todavía en las facultades de Medicina no se incorporan asignaturas de gestión?

No sé si debe incorporar una asignatura de gestión, lo que sí se debe incorporar es una conciencia del profesional de que forma parte de la gestión. En el entorno de la primaria, de los centros de salud, la autogestión es absolutamente clave. Y luego la concienciación del propio profesional en el que forma parte de este entorno que es un entorno de todos y que no se haga derroche en un momento determinado.

Hay pocos profesores que conciencien al alumno o al residente del deber que tiene en ese modelo público de gestión.

¿Cuál es su opinión sobre Muface? ¿Cree que hay un interés en la destrucción del modelo?

Aquí lo que está claro es que tanto el Ministerio como la Administración han presentado un proyecto, han sido las aseguradoras las que no han querido cogerlo. A las aseguradoras no les sale rentable porque tienen un tanto por 100 muy alto de pacientes por encima de los 65 años con pluripatologías y supone mucho gasto, pero desde el Ministerio de Sanidad y desde la Administración han puesto el dinero encima de la mesa.

No veo que haya un interés en la destrucción de Muface, sino en la optimización de lo que tenemos y vamos a ver con las nuevas licitaciones que salgan. El informe que ha sacado el Ministerio de Sanidad no es un informe que vaya en contra de Muface, sino que es un informe que le pide el Ministerio de Economía para decir que, si no entran las aseguradoras, serán capaces de aguantar, el sistema lo soportaría.



PRECISA MENTE

Nuevo Instituto de Neurociencias Vithas

Las mejores mentes cuidando de cada detalle durante la investigación, el tratamiento y la asistencia de las personas con problemas neurológicos.

Síguenos:



Pide cita en vithas.es
o descarga la App
escaneando este QR





Analizando la atención primaria hasta el año 2023: las aguas vuelven a su cauce poco a poco

Antonio Burgueño Jerez

En nuestro último informe sobre la dinámica de entrada y listas de espera para la primera consulta en especialidades, destacamos un fenómeno interesante: históricamente, a mayor número de consultas en atención primaria, se observa una tendencia a la disminución de interconsultas hacia la atención especializada. Esto puede explicarse por múltiples factores, como que, al alcanzar un volumen alto de actividad en primaria, los casos adicionales suelen ser más banales o resolubles en este nivel asistencial.

Hasta el año 2022, el análisis mostraba que este patrón era consistente, pero los datos de 2023 nos presentan una ratificación de esta realidad. Una reducción de casi 15 millones de consultas médicas en atención primaria se tradujo en un incremento de más de 420.000 interconsultas especializadas.

Comparativa por comunidades autónomas

Al observar los datos a nivel regional, encontramos que todas las comunidades autónomas han reducido su actividad en atención primaria respecto a 2022. Sin embargo, únicamente Asturias y la Comunidad Valenciana lograron disminuir el número de interconsultas, reflejando una gestión más eficiente de la presión asistencial entre niveles.

Por otro lado, al comparar la actividad de atención primaria desde antes de la pandemia hasta 2023, vemos que solo dos comunidades —Aragón y el País Vasco— han registrado una actividad global por debajo de los niveles prepandemia.

Frecuentación por tarjeta sanitaria

El número de personas con tarjeta sanitaria sigue creciendo, alcanzando los 47,4 millones en 2023. No obstante, la actividad promedio por persona tiende a estabilizarse, igualando prácticamente los niveles de 2019, con un promedio nacional de 8,6-8,9 actos por persona.

Las diferencias regionales siguen siendo significativas:

- Extremadura, Castilla-La Mancha y Castilla y León, con frecuentaciones cercanas o superiores a 12 actos por persona, lideran el ranking. Estas comunidades suelen tener menor penetración de la sanidad privada y una mayor población rural.
- Madrid, Cataluña y Baleares, en cambio, presentan frecuentaciones por debajo de 7 actos por persona, posiblemente debido a la mayor cercanía a hospitales y una mayor penetración de seguros privados.



Incremento de la actividad urgente

Un aspecto destacado es el aumento del peso de la actividad urgente dentro de la atención primaria. En 2023, las urgencias representaron un récord de 9,2 actos por cada 100 realizados, frente al 6,5 registrado en 2020.

Las diferencias regionales son notables:

- Madrid, con 2,8 actos urgentes por cada 100, tiene la menor proporción, posiblemente por la cercanía a hospitales y la accesibilidad a servicios de urgencias hospitalarias.
- Canarias, con 16,3 actos urgentes por cada 100, lidera en este indicador, lo que puede estar relacionado con factores geográficos y organizativos.

Explorar las causas detrás de estas variaciones puede ofrecer claves importantes, como el impacto de la dispersión poblacional, la distribución de los servicios hospitalarios y el grado de penetración de la asistencia privada.

Profesionales y actividad

La disminución de la actividad en atención primaria no está relacionada directamente con el número de profesionales disponibles. En 2023, la atención primaria alcanzó un récord de 37.000 profesionales (medicina y enfermería).

Curiosamente, mientras la actividad programada crece, la actividad urgente está en ascenso, lo que podría apuntar a un problema de distribución de recursos o una gestión desigual de la demanda asistencial.

Índice de presión asistencial

Utilizando el índice de presión asistencial, que pondera las consultas, interconsultas y desplazamientos a domicilio según el tiempo requerido, observamos una tendencia a la baja en los últimos años. Este descenso se acentuó en 2021 con el auge de la teleconsulta y se ha recuperado parcialmente, aunque sigue siendo inferior a los niveles prepandemia.

Conclusión

Los datos de 2023 confirman que la atención primaria está en un proceso de reajuste tras los desafíos de la pandemia. Aunque la presión asistencial tiende a moderarse, la variabilidad regional y el cambio en los patrones de demanda (más urgencias y menos consultas programadas) sugieren que todavía hay margen para optimizar recursos y adaptar modelos organizativos. Profundizar en estas dinámicas será clave para consolidar un sistema sanitario eficiente y sostenible.

Director de Enclave Salud y del Proyecto Venturi
antonio.burgueno@enclavesalud.com



“Estrategias sanitarias oncológicas: presente y futuro”, a debate en Catalunya



De izda. a dcha.: Antoni Gilabert, Ángela Sánchez, Miguel Ángel Seguí, Boi Ruiz, José María Martínez, Joan Brunet, Ariadna Mas, Xabier Michelena y Susana Vives.

El pasado 12 de noviembre, se celebró en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) en Barcelona la jornada “Estrategias sanitarias oncológicas: presente y futuro”. Organizado por New Medical Economics y contando con la colaboración de instituciones y organizaciones sanitarias como la UIC, el Departament de Salut, el Institut Català d’Oncologia (ICO), el Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), el Parc Taulí, el Cancer Institute and Blood Disorders y la Associació Contra el Càncer de Barcelona, este encuentro reunió a destacados expertos del ámbito oncológico y sanitario de Cataluña para analizar y debatir sobre los retos actuales y el futuro en la atención y tratamiento del cáncer. Además, el evento contó con el patrocinio de Astellas, Bristol Myers Squibb y Daiichi Sankyo | AstraZeneca.

El objetivo de este encuentro de expertos fue establecer un diálogo entre los líderes del sector para

identificar las áreas de mejora en la oncología y proponer estrategias de avance hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con cáncer. Desde la prevención y el diagnóstico precoz hasta la atención asistencial y las innovaciones tecnológicas, quedando abordado en profundidad cada aspecto de la atención oncológica.

La jornada contó con la participación de figuras relevantes como Joan Brunet Vidal, director general del Institut Català d’Oncologia; Ariadna Mas i Casals, subdirectora general de Planificación Sanitaria de la Generalitat de Catalunya; Xabier Michelena Vegas, responsable de Informática Clínica de la Estrategia de Salud Digital de Catalunya; Antoni Gilabert Perramón, director de Innovación del Consorci de Salut i Social de Catalunya; Ángela Sánchez Martorell, gerente de la Asociación Española Contra el Cáncer en Barcelona; Alejandro Navarro Mendivil, especialista en Oncología Torácica del Servicio de Oncología del



Hospital Clínico de Barcelona; Miguel Ángel Seguí Palmer, jefe del Servicio de Oncología del Consorci Corporació Parc Taulí; Susana Vives Polo, especialista del Departamento de Hematología Clínica del ICO Badalona-Hospital Germans Trias i Pujol; y estuvo moderado por José María Martínez García.

El director del ICO fue quien inauguró el encuentro con una ponencia sobre el futuro de la estrategia oncológica en Catalunya. Durante su intervención, el Dr. Brunet hizo un repaso del escenario que tenemos y el que se prevé que vamos a tener con respecto a la oncología: “Estamos aumentando la incidencia del cáncer. Hay que trabajar en red para poder dar la mejor asistencia a los pacientes y utilizar la inteligencia artificial para disminuir la burocratización”.

La segunda en intervenir fue la subdirectora general de Planificación Sanitaria de la Generalitat de Catalunya. Ariadna Mas ofreció una perspectiva sobre la planificación sanitaria y la mejora en la atención al paciente y la orientación del Nuevo Mapa Sanitario de Catalunya y del Plan de Salud. Además, detalló algunas de las líneas estratégicas del plan oncológico catalán como el cribado, el diagnóstico precoz y los circuitos, la medicina de precisión, la atención a largos supervivientes y el trabajo en red.

Por su parte, Xabier Michelena ofreció su punto de vista sobre la transformación digital e inteligencia artificial en oncología. El experto explicó hacia dónde va la Estrategia de Salud Digital en Catalunya, “esto requiere un cambio de infraestructura importante en el sistema y de un compromiso político”. Michelena indicó que a día de hoy “tenemos sistemas de información disgregados y varios centros utilizan sistemas de información distintos con su base de datos, su lógica y su aplicación. Planteamos poner el dato en el centro, un repositorio único de datos modelados en estándares interoperables, y a partir de ahí se podrá mejorar la innovación”.

En la línea de la innovación y el acceso temprano a los medicamentos, Antoni Gilabert Perramon habló del por qué, del cómo y del cuándo. En cuanto al por qué dijo que porque ganaban todos: administración sanitaria, los profesionales, los pacientes y la industria. Con respecto al cuándo, considera fundamental tener en cuenta 5 aspectos para decidir un acceso



De izda. a dcha.: Alejandro Navarro y Joan Bruent durante el encuentro de expertos.

precoz: la evidencia de los datos, que sea relevante clínicamente, que sea importante socialmente, la urgencia y si hay alternativas o no (no es lo mismo un primer fármaco en algo que no hay solución a cuando hay solución). Para hacerlo posible, Antoni Gilabert propone un cambio de perspectiva, transitando desde el control previo y las negociaciones de precios y descuentos hacia la evaluación de resultados y el pago por resultados. “¿Cómo? A través de 3 acciones: 1) Reducir la evaluación ex-ante en favor de la evaluación ex-post, es decir, medir, seguir y monitorizar los tratamientos; 2) Apostar por la autonomía de gestión de los profesionales y las organizaciones sanitarias mediante las tarifas por patología; y 3) Compartir los riesgos de la incertidumbre a través del pago por resultados”.

La gerente de la Asociación Española Contra el Cáncer en Barcelona expuso las necesidades y preocupaciones de los pacientes. Durante su intervención habló sobre el estudio del Observatorio del Cáncer de la AECC, en el que se detallaba que el 40% de las personas en situación oncológica perciben una soledad no deseada, “también se ha demostrado que hay una disminución de los ingresos de las personas con cáncer”, indicó Martorell. La atención integral a la persona con cáncer, las necesidades emocionales y el programa al largo superviviente son otras de las



De izda. a dcha.: Ariadna Mas i Casals, Xabier Michelena, Ángela Sánchez y Antoni Gilabert.

cuestiones a las que Ángela Sánchez señaló que hay que hacer frente.

Para hablar sobre las necesidades y prioridades en la práctica clínica intervinieron Alejandro Navarro Mendivil, Miguel Ángel Seguí Palmer y Susana Vives Polo. Por su parte, Alejandro Navarro se centró en el cáncer de pulmón, aportó datos como que en el año 2023 se diagnosticaron 30.000 nuevos casos de cáncer de pulmón en todo el territorio español y que aproximadamente 24.000 muertes al año son ocasionadas por esta enfermedad. Para el especialista uno de los puntos más importantes es que “el 70% de los pacientes cuando se diagnostican, ya se diagnostican con enfermedad avanzada y las opciones potencialmente de conseguir una larga supervivencia son a día de hoy todavía muy mejorables”. El Dr. Navarro también habló del programa Cassandra, un proyecto piloto para implementar el cribado de cáncer de pulmón.

A Miguel Ángel Seguí, sin embargo, le preocupa la sobrecarga asistencial en oncología clínica, “tenemos muchos más pacientes y además hemos aumentado muchísimo la complejidad”. El Dr. Seguí también indicó que no hay protocolos comunes de asistencia compartida y que, en oncología, enfermería es fun-

damental. Otros puntos que señaló el experto fueron la falta de equidad en el acceso a la innovación en fármacos y la medicina de precisión.

La última en intervenir fue Susana Vives y lo hizo sobre el cáncer hematológico, el cuarto tipo de cáncer que más incide en España. Las necesidades y prioridades que destacó fueron los recursos, el cambio de población y la investigación.

El evento concluyó con una mesa de debate moderada por José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics, donde se discutieron las principales prioridades y estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en Catalunya y España. Los expertos coincidieron en la importancia de trabajar en red y garantizar un acceso equitativo a los tratamientos, independientemente de la ubicación del paciente.

Este encuentro de expertos ha servido de apoyo y compromiso para seguir desarrollando estrategias que promuevan la excelencia en la atención oncológica y mejoren el proceso asistencial de los pacientes, abordando los desafíos actuales y mirando hacia un futuro donde la innovación y la colaboración serán claves.

minds

a Health Service by Ribera

¿Te sientes estresado en tu día a día? ¿Notas tristeza o ansiedad?

Tu terapia psicológica online a medida con ejercicios, audios y técnicas guiadas.



Acompañamiento continuo de tu psicólogo



Seguimiento semanal por chat



Terapia psicológica:

Videoconsultas + Audios + Técnicas guiadas



¿Quieres conocer más sobre Minds?

Escanea el QR o accede desde:

riberasalud.com/minds/

#SaludResponsable





Consenso IA generativa en dolor y fisioterapia (II)

Lorena Pérez Campillo

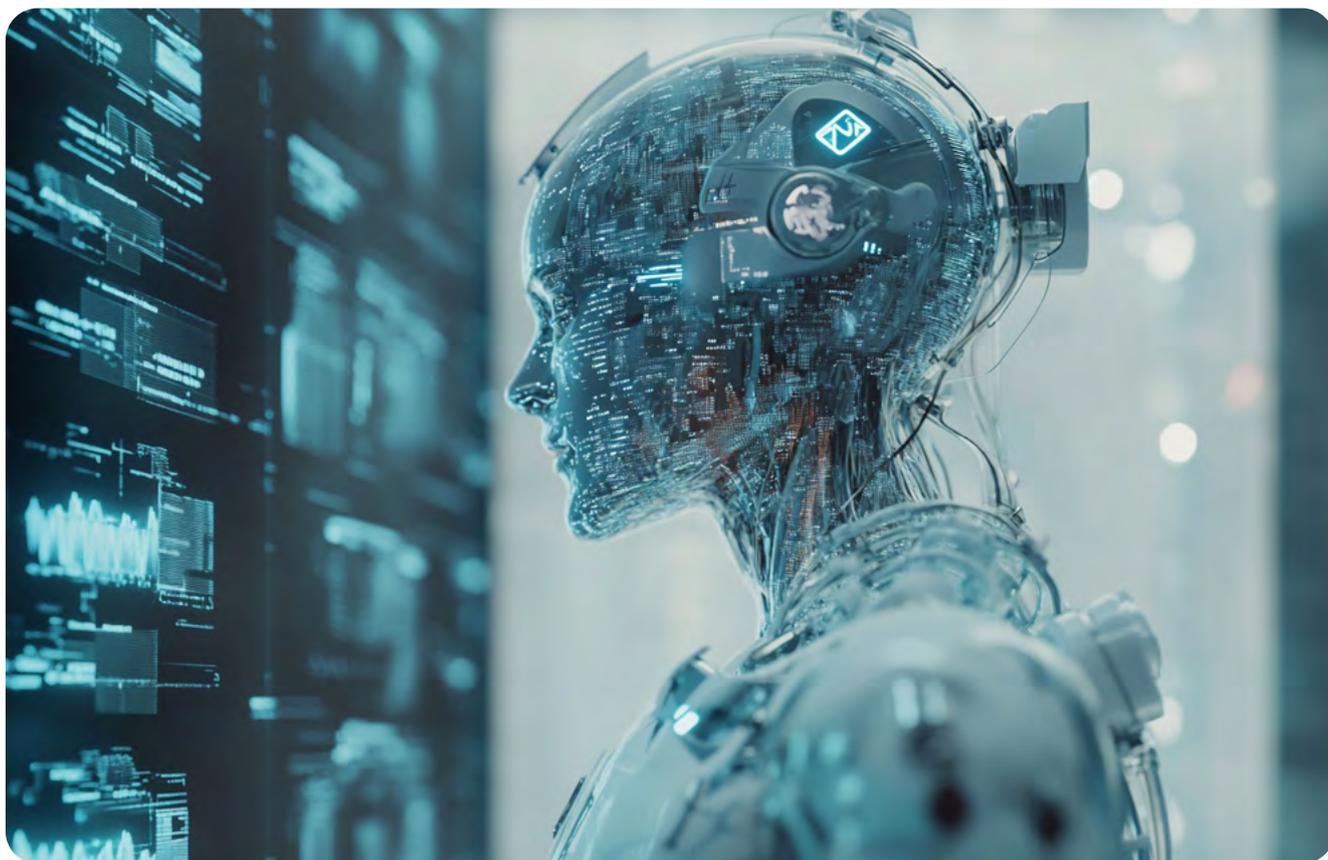
Este artículo pertenece al Informe para el Congreso Nacional del Dolor y Fisioterapia, realizado por esta misma autora.

Está claro que es una orientación y no un diagnóstico o tratamiento?

¿El regulador europeo de IA efectivamente enfatiza que los sistemas de IA en el ámbito de la salud, incluida la fisioterapia, deben considerarse como herramientas de orientación y apoyo, no como sustitutos del diagnóstico o tratamiento realizados por profesionales de la salud. La IA en fisioterapia debe verse como un complemento al juicio clínico de los profesionales, no como un reemplazo. Por ejemplo, las aplicaciones que analizan movimientos o sugieren ejercicios deben ser supervisadas y validadas por fisioterapeutas. Es crucial comunicar claramente a los pacientes que las recomendaciones o análisis proporcionados por sistemas de IA son orientativos y no constituyen un diagnóstico o plan de tratamiento definitivo y debe mantenerse siempre la supervisión de un profesional de la salud en la interpretación y aplicación de las sugerencias generadas por IA.

La Ley de IA de la UE representa un avance significativo en la regulación de la inteligencia artificial en el sector sanitario pero requiere ajustes específicos para abordar adecuadamente los desafíos únicos de este campo. Para mejorar la implementación de





la ley en el ámbito de la salud, se recomienda la clarificación de conceptos y exenciones (ej. en investigación), donde se defina con precisión los términos clave relacionados con la IA en salud.

La toma de decisiones basada en IA debe ser comprensible, transparente y evaluable, asegurando la confiabilidad para todas las partes implicadas.

Una ley genérica va a crear problemas en situaciones específicas. Problemas que se tendrán que resolver a través de la legislación especial sobre productos sanitarios y los instrumentos de *soft law*, incluyendo instrucciones de los reguladores, que permitan establecer dónde exactamente queda el equilibrio de intereses de las distintas partes afectadas.

Una regulación eficaz de la IA no debería sofocar la innovación, sino más bien guiarla en una dirección que mejore el bienestar social y mitigue los riesgos.

El futuro de la IA no debe dejarse solo en manos de las fuerzas del mercado o del determinismo tecno-

lógico. Requiere un esfuerzo concertado de todas las partes interesadas (gobiernos, corporaciones, sociedad civil y comunidad científica) para crear un entorno en el que los avances tecnológicos estén alineados con amplios beneficios sociales. Unas políticas públicas sólidas y un análisis social informado (“nos jugamos mucho”).

La confianza en la IA del sector público (si hablamos de salud pública) es “específica”, lo que cuestiona la eficacia de una ley reguladora horizontal como la Ley de IA. Debe trabajarse el “enfoque ético desde el diseño” para la toma de decisiones éticas en cada país. Las asimetrías de conocimiento entre expertos en IA y ciudadanos comunes plantean desafíos importantes. Nos jugamos mucho.

Letrada ICAM/Consultora. Doctora en Derecho Sanitario Tecnológico y Privacidad
lorena.perez.campillo@gmail.com



Las personas correctas vienen motivadas de casa

Marta Iranzo Bañuls

Siempre defiendo la necesidad de construir una gran marca que sea la visibilización de un propósito como empresa. Hablo de la responsabilidad de la alta dirección de la compañía para construir una gran marca empleadora para atraer y comprometer el talento. También, de la necesidad de crear una gran cultura y una estrategia de employer branding sólida.

Y muchas veces, me encuentro con reflexiones de CEO y alta dirección que me transmiten lo mucho que les cuesta motivar al equipo o que, a pesar de sus esfuerzos y de hacer las cosas bien, no lo consiguen.

Y es que en este cambio de era, la responsabilidad de los CEO y la alta dirección a la hora de poner a las personas en el centro, no es una opción, pero, también es cierto que, las personas correctas vienen motivadas de casa.

No todas las personas encajan en todos los proyectos, y no significa que no sean grandes profesionales, solo que no son los correctos para ese proyecto. Al igual que seleccionamos con cuidado a los líderes, lo mismo con el resto del equipo.

Cada uno de nosotros moldea su futuro y cada uno de nosotros somos responsables de él. De manera que, cada persona es un poco responsable de construir la cultura corporativa a la que pertenecemos.

Desde niña he oído hablar del destino, de la influencia que tiene el momento en el que llegas al mundo, la cultura, el país y la familia en la que naces. Me enseñaron que todos estos condicionantes te moldean a ti y a tu futuro. ¡Y por supuesto que lo hacen! Pero nadie te dice que el mayor poder para dar forma a tu vida lo tienes tú.

En muchas ocasiones nos hemos dejado “moldear” por convenciones sociales predeterminadas, por lo que se espera de nosotros, por lo que toca que pase, por la inercia... y quizás esa es la razón por lo que siempre estamos poniendo excusas, el “es que...” famoso y limitante.

Si las marcas deben ser valientes para luchar por un propósito y tener claro su para qué, las personas de nuestros equipos, también. Si un proyecto no es para



mí, si no estoy alineada con la empresa, hay que ser valiente y tomar decisiones y ser responsable de ella. Por esa razón llega la gran renuncia, cuando las personas sienten que ese no es su lugar. A mí, personalmente, no me da miedo la gran renuncia, es más, la valoro positivamente. Lo que me da “miedo” es esa renuncia silenciosa de las personas que, por no salir de su zona de confort, no abandonan el proyecto, pero se mantienen en el perfil de “hago lo mínimo para cobrar mi sueldo y que no me despidan”. Esas personas son las que, seguramente, son más difíciles, o casi imposibles de motivar.

Conforme vamos madurando, nos damos cuenta de que nuestro poder se fundamenta en la autorresponsabilidad, el autoconocimiento, el autocontrol y la seguridad en uno mismo. Y esto que parece tan obvio y que todo el mundo sabe, no todo el mundo se pone a trabajar en ello. Es más cómodo dejarse llevar por la convención social, la inercia y el ego.

La autorresponsabilidad de decirte que, si bien todo lo que ocurre no es culpa tuya, sí es tu responsabilidad, gestionar y tomar acción ante lo que ocurre. Y lo más importante, ¡tú puedes hacer que las cosas ocurran!

El autoconocimiento, para conocer tus fortalezas y tus debilidades, para ser consciente de tu conocimiento y los límites de este.

El autocontrol para no dejarte llevar por los miedos e impulsos y dejar en nuestros instintos más básicos el control de la vida. En mi opinión, los instintos más básicos solo piensan en salvarte o en darte placer en el corto plazo, pero no piensan en tú "yo" del futuro.

La seguridad en ti mismo que te permite pedir ayuda, ser capaz de cambiar de opinión, asumir que no tienes razón o de aceptar las opiniones de los demás. La seguridad en ti mismo te capacita para tomar decisiones difíciles y a desarrollar tu autoconocimiento. El ego es todo lo contrario.

Quiero conmigo, en mis equipos, y también en mis clientes y colaboradores, personas con autorresponsabilidad que no se anclen en excusas y que tengan claro que quejarse es un ladrón de energía y no una estrategia.

Que tengan el autoconocimiento para ver sus potenciales y debilidades,

“

Cada persona es un poco responsable de construir la cultura corporativa a la que pertenecemos

”

Que tengan el autocontrol para mantener la motivación en los proyectos largos y tediosos.

Y que tengan la seguridad en sí mismos para aceptar verdades incómodas.

Sin duda, estos criterios deberían ser importantes a la hora de construir un equipo, pero ¿lo son?

¿Ayudamos a nuestros equipos a desarrollar esas habilidades? ¿Les formamos para que puedan desarrollar esas potencialidades, para que se conozcan mejor a sí mismos?

La próxima semana viajaré a Ciudad de México a dar una conferencia a un equipo corporativo para inspirar en el autoliderazgo y la oportunidad. ¡Algo está cambiando! Y me encanta ser parte de ese cambio.

Experta en Employer Branding. Consultora, speaker y formadora. CEO en NEXIA.

marta@nexiamarketing.com



CUESTIÓN DE JUSTICIA



La doble insularidad y los problemas que plantea en sanidad

Álvaro Lavandeira Hermoso

La doble insularidad es el concepto utilizado para describir la situación geográfica, política, económica y social de determinados territorios insulares que, además de ser islas (menores), se encuentran ubicadas próximas a otras islas (mayores) en archipiélagos. Esto implica que estas islas están separadas geográficamente del continente o del resto del territorio insular. La doble insularidad se puede resumir como la dependencia del continente o de otras islas a las que ya les afecta la insularidad. Es la insularidad de la insularidad.

En términos prácticos, la doble insularidad se refiere a las dificultades y particularidades que enfrentan estos territorios en cuanto a su aislamiento, acceso, transporte, comunicación y, a menudo, desarrollo económico y social; así como a la dificultad de acceder a servicios, entre otros el sanitario, debido a su localización remota, tanto dentro de su propia región insular como respecto al continente.

Los informes del Comité Económico y Social de la Unión Europea, del Comité de las Regiones, del Parlamento Europeo; así como ponencias del Congreso y Senado, coinciden en que todas las regiones insulares sufren desventajas permanentes causadas por

su aislamiento y lejanía y, en que estos inconvenientes se multiplican en los casos de doble insularidad.

Ejemplo de doble insularidad en el caso de Canarias son sus islas denominadas como islas no capitalinas: El Hierro, La Gomera, Fuerteventura, La Palma y Lanzarote, amén de La Graciosa, que entraría en la categoría de triple insularidad. Si bien forman parte del archipiélago canario, se consideran insulares no solo en relación con la península ibérica, sino también entre ellas, debido a su distancia y desconexión física con las islas cercanas. En el caso de las Islas Baleares presentan la doble insularidad Menorca e Ibiza, siendo de triple insularidad: Formentera.

De esta manera, la insularidad es una cualidad de todas las islas, cuyas características radican en el grado de aislamiento que sufren, dada la dificultad, por ejemplo, para la llegada de transportes u otro tipo de comunicaciones y servicios, que solo pueden realizarse por vía marítima o aérea.

La insularidad puede darse en primer grado, en segundo o en tercero. En el primer caso existe una única barrera de comunicación. Suele tratarse de territorios amplios, más poblados o cercanos a los territorios continentales. En el caso del segundo y

tercer grado, esto sería la doble y la triple insularidad, esas dificultades se doblan y se triplican porque, se debe pasar primero por la isla más grande, luego por la siguiente para terminar, al fin, en la tercera. Esto encarece el transporte y dificulta las comunicaciones y el acceso a los servicios, haciendo prácticamente imposible la comunicación directa entre las islas menores, sin pasar previamente por las mayores.

Este concepto es importante en el ámbito de las políticas públicas, ya que los territorios con doble insularidad suelen exigir una atención especial para compensar su desventaja geográfica y mejorar su conectividad, infraestructuras y calidad de vida.

Respecto al ámbito de sanidad, la doble insularidad refiere a los desafíos específicos que generan una situación de aislamiento sanitario, lo que afecta al acceso a servicios médicos y de salud adecuados, así como la equidad en la atención sanitaria a los habitantes de estas islas.

Así, el acceso a los servicios de salud se va a encontrar muy limitado, al enfrentarse a problemas para acceder a centros sanitarios especializados cuando la enfermedad no es capaz de tratarse en la propia isla. A menudo, los pacientes deben viajar a islas mayores o incluso al continente para recibir tratamientos o consultas especializadas, lo que implica tiempos de espera largos, costes adicionales y, en ocasiones, incluso riesgo para la salud del paciente.

Otra derivada es la escasez de profesionales de salud. Efectivamente, debido al aislamiento geográfico y a las condiciones laborales, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, especialistas) pueden ser reacios a mudarse a estas islas más remotas. Esto puede generar carencias de personal sanitario y una menor calidad de la atención disponible. La falta de médicos especialistas, en particular, es un desafío importante.

En la misma línea, se producen limitaciones en la infraestructura sanitaria ya que los recursos e instalaciones sanitarias suelen ser más reducidas, y la construcción de hospitales y centros de salud en estos territorios puede verse obstaculizada por factores geográficos, financieros o la falta de demanda

“

La doble insularidad en sanidad presenta desafíos singulares que requieren soluciones innovadoras

”

suficiente para justificar grandes inversiones. Esto significa que, en muchos casos, los residentes deben recurrir a servicios de salud básicos o de atención primaria en lugar de contar con instalaciones especializadas, como unidades de cuidados intensivos (UCI), centros de oncología, servicios especializados de atención a enfermedades poco prevalentes o tratamientos avanzados. Así, normalmente, para acceder a estos servicios, los pacientes deben viajar a otras islas o incluso al continente. Este desplazamiento no solo genera un coste económico importante, sino que también puede afectar la continuidad del tratamiento, ya que los pacientes deben estar lejos de su entorno familiar y social durante largos periodos.

Son evidentes, por otro lado, los problemas logísticos y de transporte sanitario. El traslado de pacientes, equipos médicos y suministros entre islas puede ser complicado y costoso. Las conexiones aéreas o marítimas no siempre son frecuentes ni directas, lo que puede demorar la llegada de asistencia urgente o hacer que los tratamientos no se administren a tiempo.

En situaciones de emergencia sanitaria, como un accidente grave o un infarto, los tiempos de respuesta



para el traslado de los pacientes a instalaciones sanitarias adecuadas pueden ser excesivamente largos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones graves o fatales. Los servicios de ambulancia aérea o marítima, aunque existentes, suelen estar limitados en frecuencia o en capacidad, y los pacientes pueden verse forzados a esperar, en función de las condiciones climáticas o de transporte.

Además, los pacientes pueden presentar importantes problemas de discapacidad, dependencia o movilidad reducida, por lo que sus desplazamientos al continente u otras islas mayores para recibir asistencia sanitaria especializada que no se le puede prestar en su isla, se ve muy dificultado. Así, el transporte de estos pacientes, normalmente vía aérea, tropieza con las dificultades que se encuentran en la propia normativa estatal y comunitaria. Así, el Reglamento

(CE) nº 1107/2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad o movilidad reducida en el transporte aéreo permite a las compañías aéreas o sus agentes a negarse, por motivos de discapacidad o movilidad reducida, a aceptar una reserva de una persona con discapacidad o movilidad reducida o denegarle el embarque en los siguientes casos:

a) Con el fin de cumplir los requisitos de seguridad establecidos mediante legislación internacional, comunitaria o nacional, o con el fin de cumplir los requisitos de seguridad establecidos por la autoridad que emitió el certificado de operador aéreo a la compañía aérea en cuestión.

b) Si las dimensiones de la aeronave o sus puertas imposibilitan físicamente el embarque o transporte de la persona con discapacidad o movilidad reducida.

El concepto “persona con discapacidad” o “persona con movilidad reducida” se define en el propio Reglamento como toda persona cuya movilidad para utilizar el transporte se halle reducida por motivos de discapacidad física (sensorial o locomotriz, permanente o temporal), discapacidad o deficiencia intelectual, o cualquier otra causa de discapacidad, o por la edad, y cuya situación requiera una atención adecuada y la adaptación a sus necesidades particulares del servicio puesto a disposición de los demás pasajeros.

Además, en las mismas condiciones referenciadas, la compañía aérea o su agente podrá exigir que una persona con discapacidad o movilidad reducida vaya acompañada por otra persona capaz de facilitarle la asistencia necesaria. Lo cual hace especialmente gravoso el desplazamiento.

En este orden de cosas, cuando una persona reciba la ayuda de un acompañante, la compañía aérea no tiene obligación de ofrecer a la persona acompañante un asiento junto a la persona con discapacidad o movilidad reducida. Lo cual parece contradictorio con la posible exigencia de que deba ir acompañada por una persona capaz de facilitarle la asistencia.

Por otro lado, respecto del derecho a asistencia en los aeropuertos, cuando una persona con discapacidad o movilidad reducida llegue a un aeropuerto

para viajar en un vuelo, la entidad gestora del aeropuerto asumirá la responsabilidad de garantizar la prestación de la asistencia, siempre que las necesidades particulares de asistencia de esa persona se notifiquen a la compañía aérea, al menos 48 horas antes de la hora de salida del vuelo publicada. Y en numerosas ocasiones, tanto por citas médicas o por motivos de urgencia, este requisito de las 48 horas de antelación en la notificación es inviable, lo que supone en muchos casos que el pasajero no pueda viajar, perdiendo dicha cita o lo que es peor, no siendo atendida la condición de urgencia.

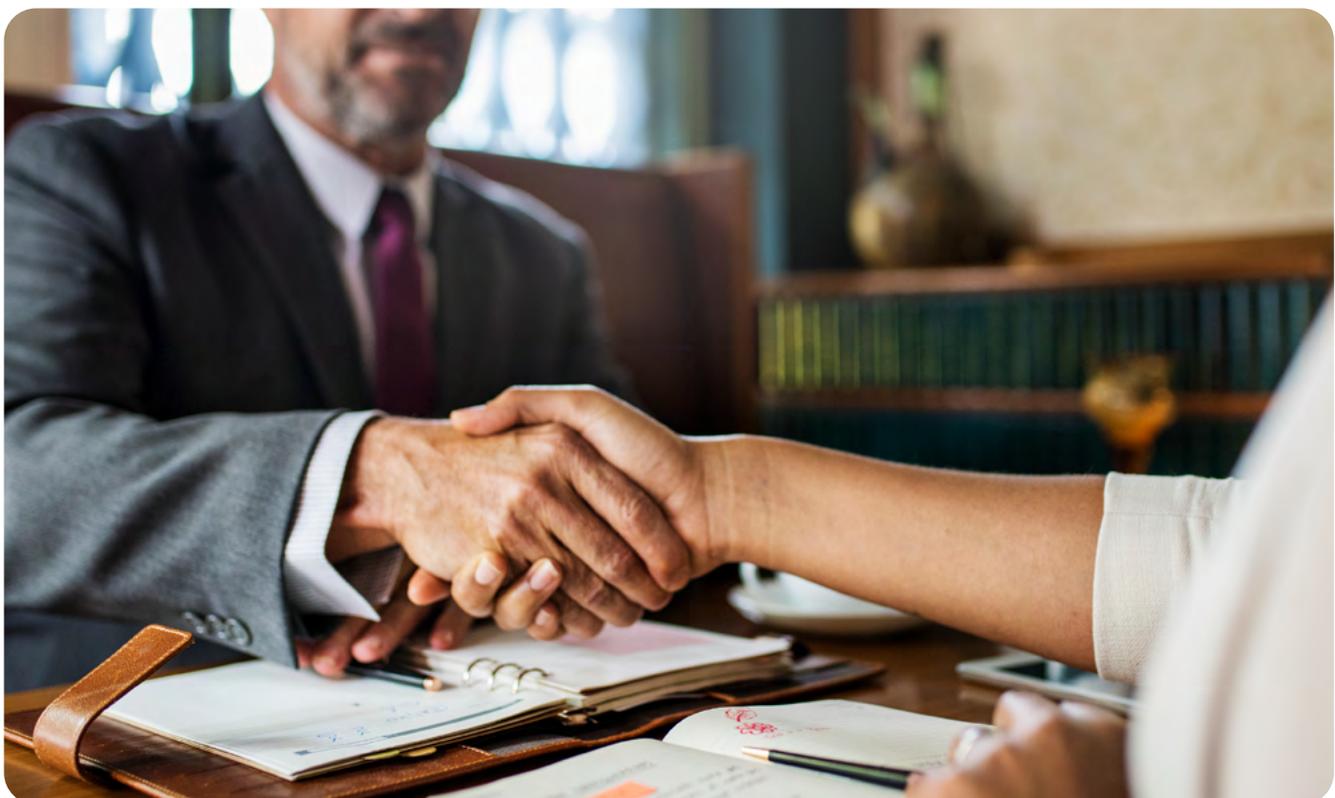
De la misma manera, cuando se requiera el uso de un perro guía, se admitirá al animal a condición de que se haya notificado previamente su presencia a la compañía aérea.

Además, el Reglamento europeo habilita, a las entidades gestoras de los aeropuertos, la imposición, con carácter no discriminatorio, de una tarifa específica a los usuarios del aeropuerto para la financiación de la asistencia. Esta tarifa específica debe ser razonable, proporcional a los costes y transparente, distribuyéndose entre los usuarios del aeropuerto, de forma proporcional al número total de pasajeros que cada una

de ellas transporte con origen y destino en el mismo. Por tanto, si la persona no pudiera costear dicha asistencia, se le podría denegar la misma, debiendo ser atendido por sus propios medios. Afortunadamente, en los aeropuertos españoles esta situación no se produce, siendo totalmente gratuito para el usuario.

En otro orden de cosas, la doble insularidad produce desigualdad en la atención sanitaria, ya que los residentes de estas islas suelen tener una calidad de atención sanitaria inferior comparada con otras áreas del país o el archipiélago, debido a los obstáculos geográficos. Esto crea una brecha en la equidad en el acceso a la salud, especialmente en situaciones de emergencia o en el caso de enfermedades crónicas y raras que requieren tratamientos continuos y especializados.

Esta situación lleva a depender en numerosas ocasiones de la telemedicina con el objeto de mitigar algunas de estas dificultades. Esto permite que los pacientes reciban atención a distancia, especialmente en áreas donde la presencia física de especialistas es limitada. Sin embargo, si bien la implantación de soluciones tecnológicas es siempre bienvenida, puede devenir insuficiente para tratar enfermeda-



des graves o emergencias, y además requiere una infraestructura tecnológica adecuada, lo cual supone una barrera para muchos usuarios, especialmente en personas mayores que presentan una importante brecha digital, además de las dificultades de las comunicaciones inherentes, en ocasiones en estas islas.

Así, estas realidades conducen a la consecución de costes adicionales para los pacientes. Además del coste económico de trasladarse a otra isla o al continente para recibir atención médica, los residentes de las islas con doble insularidad a menudo enfrentan gastos adicionales relacionados con el alojamiento, la manutención y el acompañamiento para el cuidado de familiares o personas dependientes durante su desplazamiento. Estos costes pueden ser una barrera significativa para acceder a la atención sanitaria adecuada, especialmente para los sectores más vulnerables de la población, como los ancianos o las personas con bajos ingresos, que además en muchas ocasiones lo son por razón de su propia enfermedad o discapacidad.

En conclusión, la doble insularidad en sanidad presenta desafíos singulares que requieren soluciones innovadoras y adaptadas a las particularidades geográficas y demográficas de cada territorio. Para lograr una atención sanitaria más equitativa y de calidad, es crucial que las políticas públicas se enfoquen en mejorar la infraestructura, la conectividad, la formación del personal y las alternativas tecnológicas, para que los residentes de islas remotas no queden en desventaja respecto a otras áreas.

Así, las soluciones y estrategias ante la doble insularidad en sanidad pasarían por mejorar la conectividad y el transporte sanitario, disponiendo de servicios aéreos y marítimos especializados, el incremento de las conexiones entre islas y hacia el continente, lo que facilita el acceso a la atención médica, reduce los tiempos de espera y garantiza una respuesta más rápida ante las emergencias.

Además, se requiere la descentralización de servicios médicos especializados o el acceso a los mismos a través de telemedicina y la implementación de soluciones tecnológicas apropiadas, para reducir

la brecha de acceso a estos servicios especializados, ya que así los pacientes pueden ser atendidos a distancia por profesionales sanitarios de otros lugares. En todo caso, la telemedicina debe complementarse con atención presencial cuando se trate de intervenciones médicas o diagnósticos complejos. Así, es necesario extender unidades móviles de atención sanitaria equipadas con tecnología avanzada para realizar consultas, diagnósticos o tratamientos, lo que reduce la necesidad de desplazamientos largos.

Es necesario incentivar la atracción de profesionales de salud a estas áreas ofreciendo incentivos salariales, fiscales o económicos para que los médicos y especialistas se trasladen a las islas más remotas, estableciendo además programas de formación en la que los profesionales sanitarios reciban formación específica para trabajar en condiciones de aislamiento o con recursos limitados.

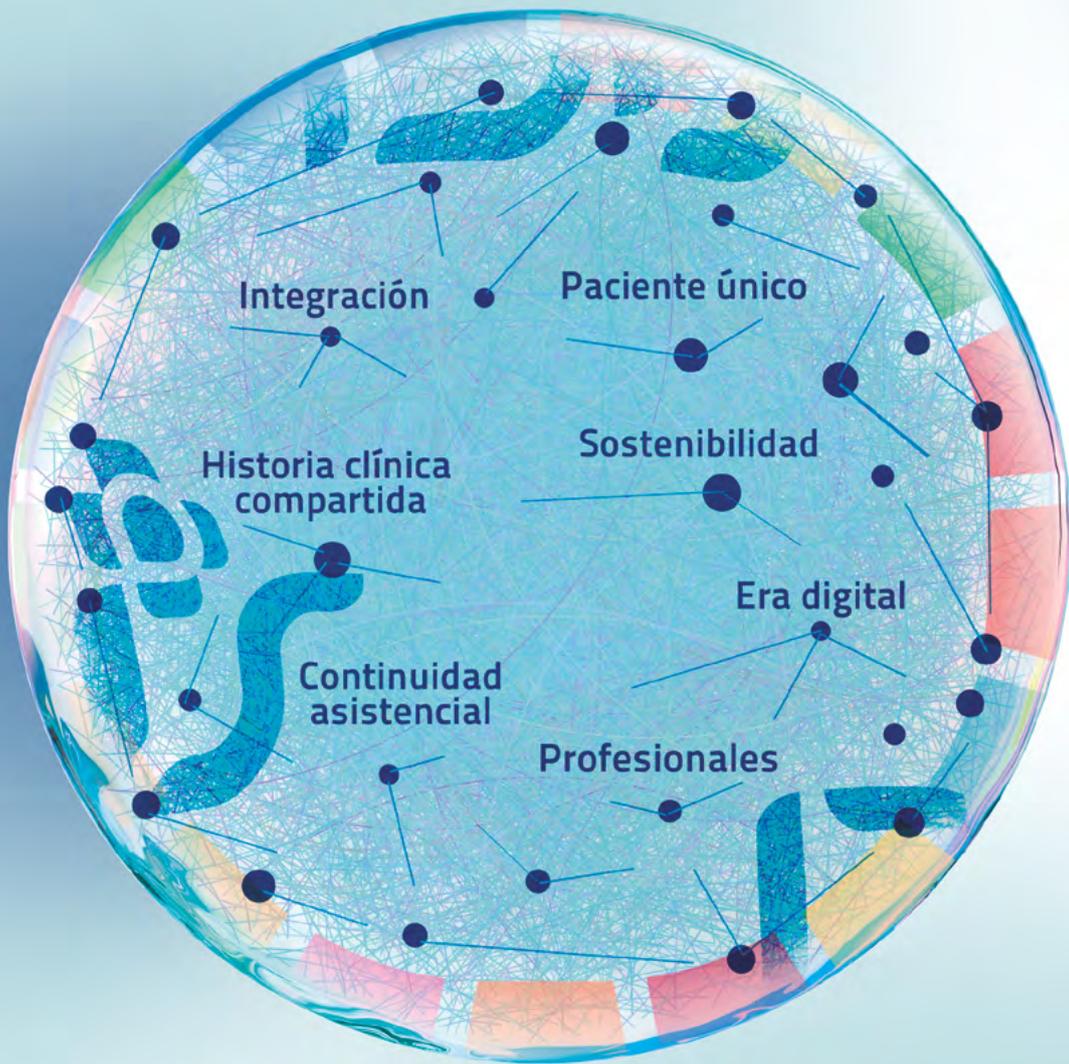
En esta situación, es fundamental el fortalecimiento de la atención primaria y el empoderamiento de los centros de salud locales ya que los hospitales completos son difíciles de implementar en islas más pequeñas. Pero se puede mejorar la infraestructura de los centros de salud isleños para que ofrezcan una gama más amplia de servicios, reduciendo la necesidad de desplazamientos para atención primaria o de emergencia, fomentando la colaboración entre centros de salud de diferentes islas para compartir recursos y personal, y garantizar que los residentes puedan acceder a servicios de salud más especializados sin tener que salir de su isla. Lo que lleva a la incorporación de nuevos modelos de atención integrada, en los que los diferentes niveles de atención estén coordinados para reducir la fragmentación del sistema sanitario y garantizar que los pacientes reciban la mejor atención disponible sin importar su ubicación.

Abogado. Presidente del Instituto de Investigación y Formación en Salud (IFSASALUD)

alvaro.lavandeira@ifsasalud.com

Trabajamos cada día por el mejor sistema sanitario

#SanidadSomosTodos



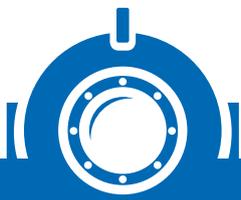
ALIADOS CON LOS
OBJETIVOS DE
DESARROLLO
SOSTENIBLE 2030
"ODS"



fundacionidis.com



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



EUPATI: un tercer pilar formativo

Mercedes Maderuelo Labrador

Son varios los estudios los que afirman que, en España, se debe prestar atención y otorgar al paciente el protagonismo que merece: desde la planificación estratégica hasta la gestión de la cartera de servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), atendiendo y escuchando a la voz de los pacientes en todas las decisiones que les afectan. En este sentido, una función adecuada de apoyo al paciente y a su entorno, a través de las asociaciones y organizaciones de pacientes, es clave de cara a disminuir, entre otras cosas, la presión asistencial; y, por lo tanto, mejorar los niveles de sostenibilidad y viabilidad del sistema de sanitario.

Para cumplir con este cometido, es fundamental que las asociaciones de pacientes sean consideradas como agentes e interlocutores válidos de salud ante los poderes públicos, ya que, de lo contrario, difícilmente podrían alcanzar el nivel de empoderamiento que su realidad social y sanitaria exige; y si esto no se consigue por medio de una formación adecuada, principalmente, es muy complicado que las organizaciones de pacientes, como representantes de todo el colectivo, puedan ejercer su función de una manera adecuada y, por lo tanto, puedan participar en los foros y en entornos donde se toman las decisiones que les atañen e implican.

Ahora bien, ¿qué se considera exactamente “empoderamiento”? Según la Real Academia Española (RAE), una persona empoderada o que se empodera es aque-

lla que decide confiar en sus talentos, en su responsabilidad sobre su propia vida y sobre lo que puede gestionar. En este sentido, “empoderar” es el proceso a través del cual se analizan y detectan las necesidades de una persona o grupo social, a fin de dotarles de las herramientas necesarias para que puedan conseguir su autonomía y superar alguna condición de vulnerabilidad.

Llevado esto al nivel de las asociaciones de pacientes, se puede comprobar que, en España, son muchos los *stakeholders* y entidades las que las apoyan, para conseguir que sus representantes se conviertan en verdaderos interlocutores adecuadamente formados y preparados para poder debatir y participar, al mismo nivel, en cualquier foro de trabajo en donde se anali-



cen y se estudien medidas que afecten al colectivo al que representan.

Estas terceras entidades llevan estas acciones de capacitación de dos formas diferentes, fundamentalmente. Por un lado, de manera específica, apoyándolas mediante acciones de formación entidad por entidad y de manera concreta sobre una patología determinada; y por otro, de forma general: formando a muchas asociaciones de pacientes a través de iniciativas que abordan temáticas transversales, tales como, por ejemplo, la cronicidad o la sostenibilidad del SNS. Pero desde hace tiempo se puede identificar, en España, una tercera alternativa, una especie de “tercer pilar formativo”, centrado en formar a muchas asociaciones de pacientes, de muy diversas patologías, pero sobre un único tema y muy específico: procesos de investigación y desarrollo de medicamentos. Esta tercera vía la encarna de manera única, a día de hoy, la Academia Europea de Pacientes sobre Innovación Terapéutica (EUPATI) - España, que se lanzó como proyecto insignia de la Iniciativa de Medicamentos Innovadores (IMI) en febrero de 2012. Y lo que busca fundamentalmente es promover la participación de los pacientes en el proceso de investigación y desarrollo de nuevos fármacos, mediante diferentes áreas de trabajo, tales como: divulgación y comunicación, intermediación, desarrollo de iniciativas y formación.

En este sentido, y tal y como EUPATI – España lo define, se trabaja para “provocar un replanteamiento importante en la forma en que los pacientes y el público entienden el proceso de desarrollo de medicamentos y su propia participación dentro de los mismos. Y es que, esta entidad entiende que sólo así los pacientes pueden empoderarse, puesto que de esta forma es como se puede afirmar que cuentan con una “comprensión más profunda de esta temática”, capacitándoles para trabajar “de manera efectiva con las autoridades pertinentes, los profesionales de la salud y la industria, para influir en el proceso de desarrollo de medicamentos en beneficio de los pacientes”.

Mucho más que capacitación

Pero su labor es mucho más amplia que todo lo descrito hasta ahora, puesto que aparte de su faceta formativa, de puertas para afuera también está actualmente centrada en “desarrollar y difundir material educativo

accesible, bien estructurado, completo, científicamente comprensible y fácil de usar para pacientes sobre los procesos de investigación y desarrollo de medicamentos; aumentar la capacidad de los ‘expertos en pacientes’ y los pacientes bien informados en las organizaciones de pacientes para que sean defensores y asesores efectivos en la investigación y el desarrollo de medicamentos; empoderar a los pacientes para que puedan ofrecer consejos y conocimientos apropiados y relevantes para los pacientes a la industria, los comités de ética y otra serie de *stakeholders*”.

Más allá de una simple participación

Según la propia EUPATI – España, en su proceso final y último de promover la participación de los pacientes en el proceso de investigación y desarrollo de nuevos fármacos, a nivel interno cuenta con una sólida estructura que gira en torno a su misión, visión y valores, y que enlaza con otros ser objetivos más específicos, tales como los siguientes:

- Lograr que las organizaciones de pacientes cuenten con un área de trabajo respetado de participación en los procesos regulatorios en materia del I+D+i farmacéutico.
- Potenciar el intercambio de información y buenas prácticas entre los diferentes stakeholders, en materia de participación de los pacientes en los procesos de investigación.
- Promover acciones, herramientas y espacios de participación que garanticen que la voz de los pacientes se escuche y sea transmitida de manera relevante.
- Fomentar entre los promotores, reguladores y evaluadores de los ensayos clínicos la inclusión de la visión del paciente en las diferentes fases del proceso como colaborador.
- Garantizar que las organizaciones de pacientes reciben información actualizada y veraz sobre los ensayos clínicos disponibles para sus patologías.

Gerente de la Federación Española de Diabetes

gerencia@fedesp.es

Colaboración farmacia hospitalaria y comunitaria: casos de éxito y futuro

Encuentro de Expertos

12

Diciembre

17:00-18:30h

OBJETIVOS

- Debatir en torno a la necesaria colaboración entre farmacéuticos hospitalarios y comunitarios
- Conocer los resultados del estudio sobre dispensación colaborativa así como la valoración -aspectos positivos y aspectos mejorables- de los programas de diferentes partes implicadas
- Conocer otras áreas de colaboración entre farmacéuticos hospitalarios y comunitarios con el ejemplo del proyecto JunTOS o la conciliación de la medicación

PROGRAMA

Jesús M^a Fernández Díaz, director general de la consultora HIRIS

Ana Sangrador Rasero, vocal de Farmacia Hospitalaria del Consejo General de Farmacéuticos

María García del Hierro, presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Cantabria

Raúl Ferrando Piqueres, farmacéutico hospitalario. Gerente del Departamento de Salud de Castellón

Juan Sanz Fernández, director de Operaciones de Bidafarma

Moderador: **José María Martínez García**, presidente ejecutivo de New Medical Economics

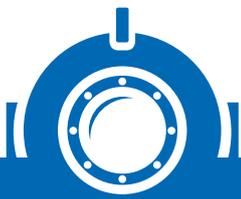
Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Organiza:



Colabora:





Hospitales: análisis, retos y desafíos. Desde la proyección, innovación, tecnología, ciberseguridad, arquitectura, humanidad y ética (I)

Eduardo García-Toledano Mayoral

El mundo se enfrenta a un periodo de profundas transformaciones en el ámbito de la salud. Los desafíos que han marcado el comienzo de la década, como la pandemia de la COVID-19, han puesto de relieve tanto las fortalezas como las vulnerabilidades de los sistemas de salud a nivel global. En este contexto, los hospitales han desempeñado un papel crucial, no solo como centros de tratamiento, sino también como instituciones que sostienen la estructura de respuesta ante crisis sanitarias, y cuyo rol se está redefiniendo. Es evidente que los hospitales tal como los conocemos experimentarán transformaciones radicales, impulsadas tanto por la innovación tecnológica como por la necesidad de hacer frente a nuevas amenazas para la salud global.

La Organización Mundial de la Salud, con su mandato de liderar los esfuerzos internacionales en pro de la salud pública, ha identificado una serie de prioridades que deberán guiar la evolución del sistema hospitalario en los próximos años. Entre ellas, se destaca la cobertura sanitaria universal, la equidad en el acceso a los servicios de salud y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias. Estas metas requieren un enfoque integral en el que los hospitales, como uno de los componentes clave de los sistemas de salud, adopten nuevas formas de

organización, aprovechen las herramientas digitales y se reestructuren para ser más sostenibles, accesibles y resilientes.

A medida que el mundo progresa, los hospitales dejarán de ser meros centros de tratamiento reactivo para convertirse en nodos clave dentro de un sistema más amplio de atención integral, proactiva y centrada en el paciente. Este cambio no será inmediato ni uniforme en todas las regiones, pero las tendencias apuntan hacia una nueva era en la que la digitalización, la inteligencia artificial, la telemedicina y la robótica redefinirán la forma en que se brinda atención médica. En este marco, es imperativo que los hospitales no solo adopten la innovación tecnológica, sino que también mantengan un compromiso con los principios de equidad, accesibilidad y sostenibilidad, tal como lo promueve la OMS.

1. Evolución de los hospitales: de centros de tratamiento a centros de salud integrados. De reactivo a proactivo: el cambio en el enfoque de la atención médica

Históricamente, los hospitales han sido concebidos como centros de tratamiento para pacientes que presentan condiciones de salud graves o que requieren procedimientos médicos complejos. Sin embargo, este enfoque reactivo está dando paso a una visión



más amplia en la que los hospitales se posicionan como centros de salud integrados, que no solo tratan enfermedades, sino que también juegan un papel fundamental en la prevención y la promoción del bienestar. El modelo hospitalario del futuro deberá adaptarse a esta transición, integrando estrategias que fomenten la detección temprana de enfermedades, la atención preventiva y la gestión continua de la salud.

Una tendencia clave en este proceso será el desarrollo de hospitales que trabajen en estrecha colaboración con los sistemas de atención primaria y otros servicios comunitarios. Los hospitales ya no operarán como entidades aisladas, sino como nodos dentro de una red interconectada de atención. Esta red permitirá que los pacientes reciban atención en diferentes niveles, desde la prevención en la comunidad hasta el tratamiento especializado en el hospital, con una fluidez que minimice las hospitalizaciones innecesarias y mejore los resultados de salud a largo plazo.

En este nuevo paradigma, el hospital dejará de ser simplemente un lugar donde las personas van cuando están enfermas. En cambio, se convertirá en un centro que contribuye al bienestar continuo, gestionando datos de salud a lo largo del tiempo y proporcionando recomendaciones personalizadas basadas

en el análisis de grandes volúmenes de datos (*big data*) y en el monitoreo constante de la salud de los pacientes a través de dispositivos portátiles y otros recursos tecnológicos.

Hospitales inteligentes: tecnología avanzada para una atención personalizada

Los hospitales inteligentes representan una de las transformaciones más significativas que veremos en los próximos años. A medida que las tecnologías de la información y la comunicación avanzan, los hospitales tendrán la capacidad de utilizar sistemas interconectados para mejorar la calidad, eficiencia y personalización de la atención médica. Esto implica el uso de inteligencia artificial para análisis de datos, diagnósticos rápidos y precisos, así como la optimización de flujos de trabajo hospitalarios.

Un hospital inteligente integrará diversas fuentes de datos, desde historiales médicos electrónicos hasta información generada por dispositivos de monitoreo remoto. Estos sistemas no solo permitirán un seguimiento continuo del estado de salud de los pacientes, sino que también facilitarán el desarrollo de tratamientos personalizados basados en algoritmos que analizan factores genéticos, historial médico y otros datos relevantes. Además, el uso de *big data* permitirá que los hospitales anticipen brotes de enfermedades, ajusten su capacidad en tiempo real y optimicen la asignación de recursos.

Por ejemplo, mediante el análisis predictivo, los hospitales del futuro podrán identificar a los pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes o enfermedades cardiovasculares, y ofrecer intervenciones tempranas que eviten la progresión de la enfermedad. Esto no solo mejorará la salud de la población, sino que también reducirá los costos asociados con el tratamiento de enfermedades avanzadas.

2. Transformación digital en hospitales

La digitalización está transformando profundamente el sector de la salud, y los hospitales se encuentran en el centro de esta revolución tecnológica. En el futuro, los hospitales no serán solo instalaciones físicas donde los pacientes se tratan por enfermedades, sino también centros interconectados que utilizarán datos, inteligencia artificial y nuevas tecnologías para mejo-

rar la eficiencia, la precisión y la personalización de la atención médica. La transformación digital se está convirtiendo en un pilar fundamental para la modernización hospitalaria, permitiendo una atención más accesible, rápida y eficiente.

Telemedicina: integrando la atención remota como parte esencial de la oferta hospitalaria

La telemedicina ha demostrado ser una solución clave para mejorar el acceso a la atención médica, especialmente en regiones donde la infraestructura hospitalaria es limitada o en situaciones de emergencia como la pandemia de la COVID-19. La telemedicina no solo ha permitido que los pacientes accedan a consultas médicas sin necesidad de desplazarse, sino que también ha optimizado el uso de los recursos médicos al evitar hospitalizaciones innecesarias y reducir la sobrecarga de las instalaciones.

Próximamente, se espera que la telemedicina se integre aún más profundamente en los servicios hospitalarios. Los hospitales desarrollarán plataformas avanzadas para realizar consultas remotas, monitorear a los pacientes a distancia y ofrecer diagnósticos precisos mediante el uso de tecnología de videollamadas, dispositivos de monitoreo conectados e inteligencia artificial. Esta integración permitirá que los hospitales brinden atención médica en tiempo real a pacientes en áreas rurales o en regiones donde los recursos hospitalarios son escasos.

Además, la telemedicina también jugará un papel crucial en la atención postoperatoria y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. En lugar de requerir que los pacientes realicen visitas frecuentes al hospital para chequeos, los hospitales podrán monitorear sus signos vitales y otros indicadores a distancia, utilizando dispositivos portátiles y sistemas de inteligencia artificial que alerten a los médicos cuando sea necesario. Esta capacidad de monitoreo remoto reducirá la carga sobre los hospitales y permitirá una atención más personalizada y oportuna para los pacientes.

Inteligencia artificial (IA) y *big data*: transformando el diagnóstico y la toma de decisiones

La inteligencia artificial (IA) y el *big data* están remodelando la forma en que los hospitales recopilan, analizan y utilizan la información. En el futuro cercano,

los hospitales emplearán sistemas de IA para procesar enormes volúmenes de datos de pacientes, que incluyen historiales médicos, resultados de pruebas de laboratorio, imágenes médicas y datos de dispositivos portátiles, a fin de proporcionar diagnósticos más rápidos y precisos. Estos sistemas no solo permitirán una mayor eficiencia, sino que también ayudarán a identificar patrones en los datos que podrían pasar desapercibidos para los médicos humanos.

Uno de los usos más prometedores de la IA en los hospitales será el apoyo en la toma de decisiones clínicas. Los algoritmos de IA podrán analizar datos médicos en tiempo real para sugerir diagnósticos o recomendaciones de tratamiento basados en la evidencia más reciente. Esto no solo acelerará el proceso de diagnóstico, sino que también permitirá que los médicos se concentren en los casos más complejos, mientras la IA se encarga de las tareas más rutinarias. Por ejemplo, en el caso de la radiología, la IA ya está demostrando su capacidad para analizar imágenes médicas con una precisión comparable a la de los radiólogos humanos, y su uso se ampliará significativamente en los próximos años.

El *big data*, por su parte, permitirá que los hospitales recopilen y analicen grandes cantidades de información de múltiples fuentes, lo que mejorará la capacidad de los hospitales para anticipar tendencias en la salud pública, como brotes de enfermedades infecciosas o el aumento de ciertas enfermedades crónicas en una población determinada. Esta capacidad predictiva ayudará a los hospitales a preparar mejor sus recursos, reducir tiempos de espera y optimizar el uso de camas y otros equipos médicos.

El análisis de *big data* también será esencial para la medicina personalizada, que se basará en datos genómicos y otros factores individuales para desarrollar tratamientos a medida para cada paciente. A medida que los hospitales implementen estas tecnologías, será posible tratar a los pacientes de manera más específica y eficiente, con tratamientos basados en sus características biológicas únicas, lo que mejorará los resultados y reducirá los efectos secundarios.

Historial médico digital global: creación de plataformas interoperables

Uno de los desafíos más grandes que enfrentan los hospitales hoy en día es la falta de interoperabilidad

entre los sistemas de salud. A menudo, los pacientes reciben atención en diferentes centros médicos que utilizan sistemas de registros electrónicos incompatibles, lo que dificulta la transferencia de información crítica entre proveedores. Esto no solo retrasa la atención, sino que también aumenta el riesgo de errores médicos debido a la falta de información completa.

En el futuro, los hospitales deberán adoptar sistemas de historial médico electrónico global que permitan la interoperabilidad entre diferentes plataformas de salud. Estos sistemas permitirán que los pacientes lleven consigo sus registros médicos, ya sea en la nube o mediante sistemas blockchain, lo que garantizará que cualquier proveedor de salud, en cualquier parte del mundo, pueda acceder a la información más reciente y completa del paciente. Esto será particularmente importante en situaciones de emergencia, donde la información rápida y precisa puede salvar vidas.

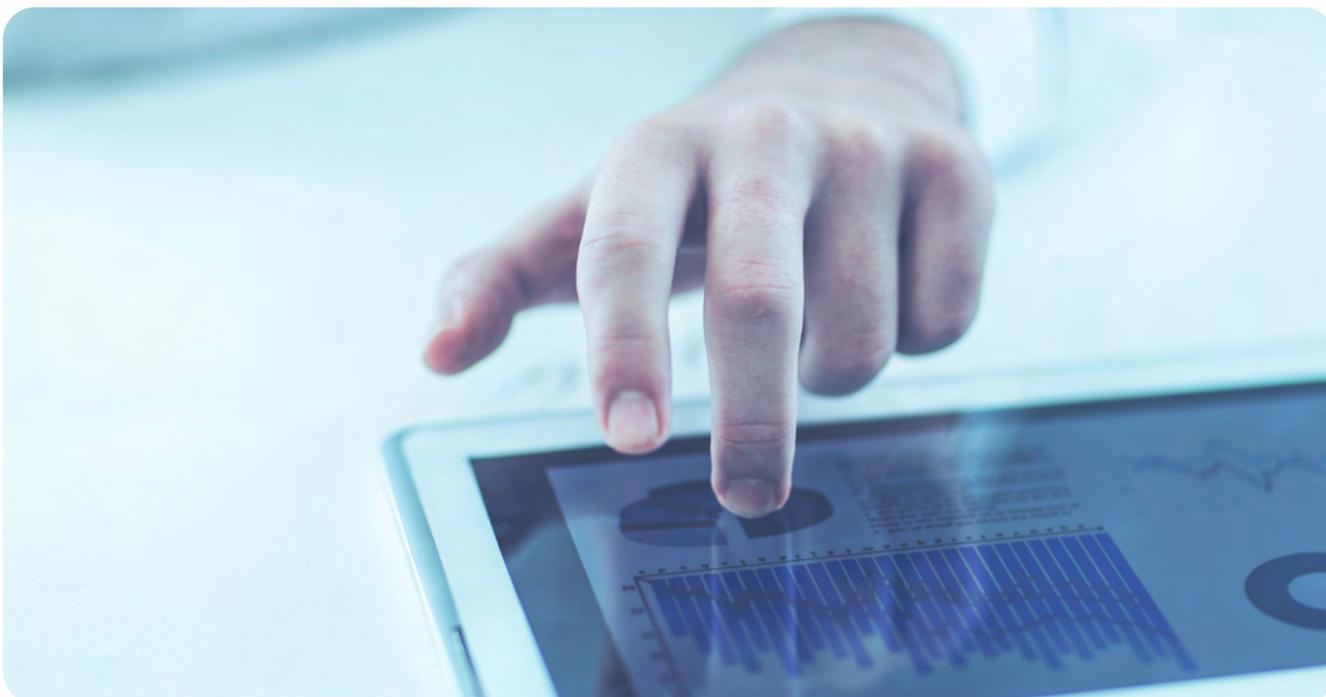
Además, la OMS podría desempeñar un papel crucial en la estandarización de estos sistemas globales, desarrollando protocolos y regulaciones que aseguren que todos los hospitales, independientemente de su ubicación, adopten plataformas compatibles que protejan la privacidad del paciente y la seguridad de los datos.

Robótica y automatización: cirugías asistidas por robots y automatización de procesos hospitalarios

La robótica ya está haciendo avances significativos en la medicina, especialmente en el ámbito de la cirugía asistida por robots. En la actualidad, los robots quirúrgicos, como el sistema Da Vinci, permiten a los cirujanos realizar procedimientos con una precisión que sería difícil de lograr con las manos humanas. Estos robots, controlados por los cirujanos, ofrecen una visión en 3D de alta resolución, movimientos más precisos y una capacidad para realizar operaciones mínimamente invasivas, lo que reduce las complicaciones postoperatorias y acelera la recuperación del paciente.

A medida que la tecnología robótica avanza, los hospitales del futuro utilizarán robots no solo para asistir en cirugías complejas, sino también para realizar tareas más rutinarias, como la administración de medicamentos, la desinfección de habitaciones o el transporte de suministros médicos. Los robots de servicio hospitalario serán esenciales para optimizar los flujos de trabajo y reducir la carga sobre el personal de salud, permitiendo que los profesionales médicos se concentren en la atención directa al paciente.

Además de la robótica quirúrgica, la automatización será fundamental en la gestión hospitalaria. Los hospitales automatizarán procesos administrativos,



como la admisión de pacientes, la programación de citas y la facturación, utilizando inteligencia artificial para gestionar grandes volúmenes de datos y reducir los tiempos de espera. Este enfoque no solo mejorará la experiencia del paciente, sino que también reducirá los costos operativos al optimizar los recursos y eliminar tareas repetitivas.

Gemelos digitales: modelos virtuales para la optimización de la atención

Una de las innovaciones emergentes más prometedoras es el concepto de gemelos digitales, que son representaciones virtuales precisas de sistemas físicos. En el contexto hospitalario, un gemelo digital puede representar a un paciente o incluso a una instalación hospitalaria completa. Estos modelos digitales pueden ser utilizados para simular intervenciones médicas, evaluar diferentes opciones de tratamiento y optimizar la planificación hospitalaria.

Por ejemplo, un gemelo digital de un paciente puede integrar datos de su historial médico, imágenes de resonancia magnética, análisis genéticos y datos de monitoreo en tiempo real para crear un modelo computacional que permita a los médicos probar diferentes enfoques de tratamiento antes de aplicarlos en el paciente real. Esta capacidad para predecir los resultados antes de la intervención reducirá el riesgo de complicaciones y mejorará la precisión de los tratamientos.

A nivel organizativo, los gemelos digitales pueden ayudar a los hospitales a simular situaciones complejas, como la respuesta a un brote de enfermedades o la reorganización de la capacidad hospitalaria durante una crisis. Estos modelos pueden predecir cómo afectarán las decisiones operativas a los recursos del hospital y permitir a los administradores optimizar la asignación de camas, personal y suministros en tiempo real.

Desafíos de la transformación digital: privacidad, ciberseguridad y desigualdad de acceso

Si bien la transformación digital de los hospitales traerá numerosos beneficios, también plantea una serie de desafíos, especialmente en lo que respecta a la privacidad de los datos y la ciberseguridad. A medida que los hospitales dependan cada vez más de los sistemas digitales, el riesgo de ciberataques

también aumentará, lo que podría poner en peligro la información médica sensible de millones de pacientes. Los hospitales deberán invertir significativamente en medidas de seguridad informática para proteger sus sistemas y garantizar que los datos de los pacientes estén a salvo de accesos no autorizados.

Otro desafío importante es la desigualdad en el acceso a la tecnología. Si bien los hospitales de países desarrollados, probablemente, adoptarán rápidamente estas innovaciones digitales, los hospitales en países de ingresos bajos o medianos podrían quedarse rezagados debido a la falta de infraestructura tecnológica o financiamiento. La OMS tendrá un papel crucial en garantizar que los avances tecnológicos en los hospitales sean accesibles para todos, promoviendo políticas que cierren la brecha digital y apoyando el desarrollo de infraestructuras tecnológicas en las regiones más desfavorecidas.

3. Arquitectura y diseño de los hospitales del futuro

El diseño físico de los hospitales también está experimentando una evolución significativa a medida que los avances tecnológicos y las nuevas necesidades sanitarias redefinen la forma en que estas instalaciones deben ser construidas. Los hospitales del futuro no solo serán espacios para el tratamiento médico, sino también entornos pensados para mejorar el bienestar de los pacientes, optimizar el uso de los recursos y adaptarse a nuevas formas de trabajo en equipo multidisciplinario. Este enfoque transformador en la arquitectura hospitalaria deberá responder a tres pilares fundamentales: sostenibilidad, flexibilidad y humanización.

Sostenibilidad en el diseño hospitalario: hacia edificios ecológicos y eficientes

El cambio climático y la presión sobre los recursos naturales están impulsando la necesidad de que los hospitales del futuro adopten diseños sostenibles que minimicen su impacto ambiental. Los hospitales son, tradicionalmente, grandes consumidores de energía y generadores de residuos, debido a su necesidad de mantener condiciones sanitarias estrictas, operar equipos médicos de alta tecnología y garantizar la calefacción, ventilación y aire acondicionado (HVAC) las 24 horas del día. Sin embargo, el diseño de los hospitales del futuro se centrará en reducir

este impacto mediante la implementación de prácticas de construcción ecológicas y energéticamente eficientes.

Uno de los aspectos clave en el diseño sostenible de los hospitales será el uso de materiales de construcción de bajo impacto ambiental, como aquellos que se fabrican con recursos reciclados o con huella de carbono reducida. Además, se pondrá un énfasis particular en la eficiencia energética, implementando tecnologías como paneles solares, sistemas de recuperación de agua de lluvia y el uso de energía geotérmica para la calefacción y refrigeración. Los hospitales también integrarán sistemas de iluminación natural y ventanas diseñadas para maximizar la luz solar y minimizar la necesidad de iluminación artificial, lo que no solo reducirá el consumo de energía, sino que también mejorará el bienestar de los pacientes y el personal.

El diseño de hospitales sostenibles también incluirá sistemas avanzados de gestión de residuos, especialmente en lo que respecta a los desechos médicos peligrosos, que requieren un manejo especial para evitar la contaminación. Las tecnologías de esterilización in situ y los sistemas de clasificación automatizados serán componentes clave para reducir el volumen de residuos hospitalarios que llegan a los vertederos, contribuyendo así a una operación más sostenible.

Flexibilidad arquitectónica: adaptabilidad a crisis y cambios en la demanda

Uno de los aprendizajes clave de la pandemia de COVID-19 es la necesidad de que los hospitales sean flexibles y capaces de adaptarse rápidamente a situaciones de emergencia o cambios drásticos en la demanda de servicios. En el futuro, los hospitales deberán ser diseñados para permitir una rápida reconfiguración de los espacios según las necesidades, ya sea para ampliar su capacidad durante un brote epidémico, responder a un desastre natural o adaptar sus instalaciones a nuevas tecnologías.

La flexibilidad en el diseño hospitalario implicará la creación de espacios modulares que puedan reconfigurarse fácilmente. Por ejemplo, las salas de hospitalización podrán transformarse rápidamente en unidades de cuidados intensivos (UCI) en situaciones de



emergencia, o los quirófanos podrán ser adaptados para acomodar procedimientos que utilicen tecnologías emergentes, como la cirugía robótica avanzada. Los hospitales también estarán equipados con infraestructuras móviles y temporales, como módulos hospitalarios desmontables o unidades de atención ambulatoria que puedan instalarse en áreas de alta demanda o en eventos de crisis.

Esta capacidad de transformación no solo permitirá a los hospitales del futuro ser más resilientes ante situaciones imprevistas, sino que también mejorará su eficiencia operativa en el día a día. Un hospital diseñado con flexibilidad podrá ajustar su capacidad y sus recursos en función de la demanda, reduciendo los tiempos de espera para los pacientes y optimizando el uso de camas y equipos médicos.

Humanización del entorno hospitalario: espacios que promueven el bienestar

La humanización del entorno hospitalario será otro de los ejes fundamentales en el diseño de los hospitales del futuro. Numerosos estudios han demostrado que el entorno físico de un hospital tiene un impacto significativo en la recuperación de los pacientes y en el bienestar del personal. Por ello, los hospitales futuros buscarán crear espacios que sean más acogedores

dores, cómodos y menos estresantes tanto para los pacientes como para sus familias.

El diseño hospitalario humanizado se centrará en crear un ambiente que minimice el estrés y la ansiedad de los pacientes. Esto se logrará mediante el uso de colores relajantes, la inclusión de áreas verdes dentro de las instalaciones y la provisión de espacios que permitan la interacción social y la privacidad cuando sea necesario. Los hospitales también integrarán elementos de la naturaleza, como jardines terapéuticos o paredes vivas (jardines verticales), que no solo mejorarán el estado de ánimo de los pacientes, sino que también contribuirán a la purificación del aire y a la regulación térmica del edificio.

La experiencia del paciente también mejorará con la creación de habitaciones privadas que ofrezcan un ambiente más tranquilo y cómodo. En muchos hospitales actuales, los pacientes deben compartir habitaciones, lo que puede aumentar el riesgo de infecciones y el estrés emocional. Los hospitales del futuro, sin embargo, priorizarán la privacidad y la comodidad del paciente, ofreciendo habitaciones individuales equipadas con tecnología para la gestión autónoma del entorno (control de temperatura, iluminación ajustable, etc.), que contribuirán a una mejor experiencia de recuperación.

Asimismo, el diseño de los hospitales también se enfocará en el bienestar del personal médico, proporcionando espacios de descanso adecuados, áreas de trabajo colaborativas y un ambiente que reduzca el agotamiento y el estrés laboral. Los hospitales del futuro reconocerán la importancia de un entorno saludable no solo para los pacientes, sino también para el personal, promoviendo un equilibrio entre el trabajo y el bienestar mental y físico.

Hospitales "sin papeles": eliminación de barreras físicas a través de la digitalización

Otro aspecto clave en el diseño de los hospitales del futuro será la eliminación del uso de papel y la transformación hacia hospitales completamente digitales. En la actualidad, muchos hospitales aún dependen en gran medida de los registros en papel para gestionar la información de los pacientes, lo que no solo es ineficiente, sino que también puede dar lugar a errores y pérdida de datos. Los hospitales del futuro

adoptarán sistemas digitales completamente integrados que eliminarán la necesidad de registros físicos, mejorando tanto la seguridad como la eficiencia de los procesos hospitalarios.

Los hospitales "sin papeles" estarán equipados con sistemas de información hospitalaria (HIS) completamente digitalizados que permitirán la gestión automática de todos los aspectos del hospital, desde el registro de pacientes hasta la administración de medicamentos y la programación de citas. Estos sistemas estarán conectados a través de una red segura que permitirá a los médicos y enfermeras acceder a la información del paciente en tiempo real desde cualquier dispositivo, eliminando la necesidad de transportar historiales médicos en papel o esperar la actualización manual de los registros.

Este enfoque también permitirá la automatización de tareas administrativas, como la facturación y la asignación de camas, lo que reducirá los errores humanos y acelerará los procesos hospitalarios. Además, el acceso digital a la información del paciente permitirá que los hospitales colaboren más eficientemente con otros proveedores de salud, mejorando la continuidad de la atención y reduciendo el riesgo de duplicación de pruebas o tratamientos.

Hospitales descentralizados: nuevas formas de distribución de los servicios hospitalarios

A medida que la atención médica se transforma, los hospitales del futuro no estarán confinados a una única ubicación física. En lugar de concentrar todos los servicios en un edificio centralizado, los hospitales se organizarán como redes descentralizadas que distribuyen la atención en varias ubicaciones y que pueden incluir clínicas satélites, centros de diagnóstico y tratamiento ambulatorio, y unidades móviles. Esta distribución permitirá que los pacientes accedan a la atención más cerca de sus hogares, sin la necesidad de viajar largas distancias para recibir tratamiento especializado. La descentralización también permitirá que los hospitales respondan de manera más efectiva a las demandas fluctuantes de los servicios médicos. Por ejemplo, durante una crisis de salud pública, los hospitales descentralizados podrán aumentar rápidamente su capacidad de atención distribuyendo recursos entre diferentes ubicaciones y aprovechando la telemedicina y los servicios móvi-



les para atender a más pacientes sin saturar las instalaciones principales. Este modelo también facilitará la colaboración entre hospitales, permitiendo que los recursos sean compartidos y gestionados de manera más eficiente.

Los hospitales descentralizados serán apoyados por redes digitales interconectadas que permitirán una coordinación en tiempo real entre las diferentes unidades. Los datos del paciente se compartirán instantáneamente entre las distintas ubicaciones, garantizando que la atención sea continua y sin interrupciones, independientemente de dónde se encuentren físicamente los pacientes o los profesionales de la salud.

Redefinición de los hospitales como "campus de salud"

Los hospitales del futuro no serán solo centros de tratamiento médico, sino que se transformarán en "campus de salud" que integran múltiples servicios bajo un mismo techo. Estos campus no solo ofrecerán atención médica, sino que también incluirán instalaciones para la investigación, la educación y el bienestar comunitario. Los hospitales se convertirán en centros de conocimiento, donde los investigadores trabajarán junto a los médicos para desarrollar nuevas terapias y tecnologías, y donde el público podrá acceder a recursos educativos y programas de promoción de la salud.

El concepto de campus de salud también facilitará la creación de entornos más colaborativos e integrados, donde los profesionales de la salud de diferentes disciplinas podrán trabajar juntos de manera más fluida. Los hospitales incluirán espacios diseñados específicamente para la colaboración multidisciplinaria, como áreas de trabajo compartidas, laboratorios de innovación y centros de simulación médica, que permitirán a los profesionales de la salud entrenarse y colaborar en la resolución de problemas complejos.

En resumen, los hospitales del futuro serán más que simples instalaciones de atención médica. Serán centros integrales de salud, sostenibles, flexibles, humanizados y altamente tecnológicos, capaces de adaptarse a los cambios y desafíos que se presenten. El diseño arquitectónico jugará un papel fundamental en la creación de entornos que promuevan el bienestar, mejoren la eficiencia operativa y respondan a las necesidades de las comunidades a las que sirven.

Consejero asesor de salud pública de la OMS

toledanoeg@gmail.com

Organiza:



Castilla-La Mancha

Evento presencial y abierto al público, con retransmisión en streaming

Salón de Actos de la Consejería de Sanidad de CLM (Toledo)

Resistencias a antimicrobianos: Retos Sanitarios en Castilla-La Mancha

Grupo de trabajo y debate

17

Diciembre

10:30-12:30h

OBJETIVO

Debatir y trabajar sobre los principales retos que representen las RAM, las acciones prioritarias definidas en el PRAN 2022-2024 recogidas en el PRAM-CLM salud humana horizonte 2025 y su implementación en Castilla-La Mancha

PROGRAMA

Bienvenida institucional (10')

Carmen Encinas Barrios, directora general de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitarias y Farmacia

José María Martínez García, presidente de New Medical Economics

Programas de Optimización de Usos de Antimicrobianos: presente y futuro en CLM (10')

M^a Antonia Sepúlveda Berrocal, coordinadora científico-técnica de CLM. Hospital Universitario de Toledo

MESA I. Problemática de la Resistencia Microbiana en la actualidad (20')

Moderador: **Joaquín Torres Moreno**, director médico de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan

Eva Heredero Gálvez, Grupo Coordinador PRAN-CLM. Hospital Universitario de Toledo

Sonia Casallo Blanco, PROA Hospitalario. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina

Jesús García Guerrero, Grupo Coordinador PRAN-CLM. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

MESA II. Equipos PROA: Fórmula para el uso adecuado de antibióticos y mejora de resultados en salud (20')

Moderador: **M^a Dolores Fraga Fuentes**, coordinadora del PRAN-CLM. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia

M^a del Carmen Conde García, co-coordinadora científico-técnica de CLM. Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan

Lourdes Porras Leal, PROA-Hospitalario. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Rafael Carranza González, PROA-Hospitalario. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

MESA III. Coordinación entre ámbitos asistenciales: la actuación multidisciplinaria clave en la lucha frente a la RAM y para favorecer el uso apropiado de antibióticos (40')

Moderador: **M^a Carmen Román Ortiz**, Grupo Coordinador PRAN-CLM. Dirección General de Salud Pública

Sonia Solís del Baño, PROA-comunitario y PROA-Hospitalario. Hospital Universitario de Guadalajara

Ramón Orueta Sánchez, PROA-comunitario de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Centro de Salud Sillería

Isabel Tofiño González, PROA-comunitario de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina

Gregorio Romero Candel, PROA-comunitario y PROA-Hospitalario de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín

M^a del Mar Cutillas Pérez, PROA-comunitario y PROA-hospitalario de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín

Turno de preguntas (15')

Clausura (5')

Laura Ruiz López, directora general de Salud Pública

Agradecimientos y cierre

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Colabora:



#RAMCLM

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es



El impacto de la Inteligencia Artificial en el manejo de la diabetes: una revolución para los pacientes y el sistema sanitario



La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo, afectando a millones de personas y generando una enorme carga sobre los sistemas de salud. Según la Federación Internacional de Diabetes, más de 537 millones de personas viven con esta condición a nivel global, y se prevé que ese número siga aumentando. El manejo adecuado de la diabetes implica un monitoreo constante, un control preciso de la glucosa en sangre, ajustes en la dieta y el ejercicio, y, en muchos casos, la administración de insulina. Todo ello representa un desafío tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

En este contexto, la inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta poderosa que está transformando el manejo de la diabetes. No solo está mejorando la calidad de vida de los pacientes, sino

que también está optimizando la eficiencia de los sistemas sanitarios. Desde dispositivos de monitoreo continuo hasta algoritmos que personalizan tratamientos, la IA está revolucionando el control de esta enfermedad crónica.

El director de la Cátedra UdG-Dexcom, Josep Vehí, considera que lo más importante del uso de herramientas de IA para el control de la diabetes es que “dan mucha más seguridad a los pacientes, lo que significa una mejor calidad de vida”.

Uno de los aspectos más críticos en el manejo de la diabetes es la capacidad de los pacientes para controlar sus niveles de glucosa en sangre. Tradicionalmente, esto implicaba punciones frecuentes y mediciones manuales, lo que además de ser incómodo, no siempre proporcionaba una imagen completa de las alteraciones a lo largo del día.

Hoy en día, dispositivos de monitoreo continuo de glucosa (MCG), como los de Dexcom integran IA para proporcionar información en tiempo real y sin la necesidad de tantas intervenciones manuales. Estos dispositivos no solo registran los niveles de glucosa cada poco tiempo, sino que también emplean algoritmos avanzados que analizan los datos para alertar a los usuarios cuando se avecinan episodios peligrosos, como hipoglucemias o hiperglucemias. Sin embargo, el Prof. Vehí cree que si queremos obtener más beneficio de todo esto, “se deberían integrar los datos que se obtienen en tiempo real a través de los sensores con las datos obtenidos de la historia clínica”.

El verdadero avance de estos sistemas radica en su capacidad predictiva. Gracias a la IA, los MCG no se limitan a mostrar datos pasivos, sino que anticipan problemas antes de que ocurran, ayudando a los pacientes a actuar proactivamente. Esta capacidad de "prever" eventos no solo mejora el control de la enfermedad, sino que también reduce el estrés y la incertidumbre asociados al manejo diario de la diabetes.

Otro de los grandes beneficios de la IA es su capacidad para personalizar los tratamientos. Aunque existen pautas generales para el manejo de la diabetes, la respuesta de cada paciente es única. Factores como el metabolismo, la dieta, el nivel de actividad física o la respuesta a los medicamentos varían significativamente de persona a persona.

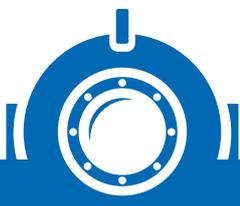
En este sentido, los algoritmos de aprendizaje automático están diseñados para adaptarse a las particularidades de cada paciente. Estos sistemas analizan grandes cantidades de datos sobre el comportamiento glucémico de cada persona, ajustando las dosis de insulina, los planes de alimentación o las recomendaciones de ejercicio en función de los patrones observados.

El uso de la IA en el manejo de la diabetes no solo beneficia a los pacientes, sino también a los sistemas sanitarios y a sus profesionales. “Gracias a la IA, podemos formar al paciente y dar información al médico para que al final se puedan tomar decisiones consensuadas o conjuntas”, cuenta el Prof. Vehí. El



tratamiento de esta enfermedad crónica genera una demanda constante de recursos, desde consultas médicas frecuentes hasta hospitalizaciones por complicaciones. Con la ayuda de la IA, muchas de estas necesidades pueden reducirse.

El futuro del manejo de la diabetes con IA es prometedor, pero también exige un compromiso constante para superar los retos relacionados con la privacidad, la accesibilidad y la ética. Si se abordan adecuadamente, la IA no solo transformará el manejo de la diabetes, sino que también será un modelo para la gestión de otras enfermedades crónicas, mejorando la vida de millones de personas en todo el mundo.



Hacia un nuevo modelo de sanidad

Ignacio Guerrero Ramírez

Los seguros médicos privados en España no son una alternativa a la sanidad pública, solo deben ser complementarios y ofrecer a los asegurados un acceso rápido y de calidad donde la sanidad pública falla.

Estos seguros varían en cobertura, desde unas más básicas hasta las más complejas. Muchas personas optan por ellos para reducir tiempos de espera y tener más opciones en la elección de profesionales y centros, y aquí se encuentra el motivo por el que el 80% de los funcionarios del Estado eligen este modelo concertado, como muchos españoles, casi 12 millones, que contratan este tipo de provisión privada, insisto, como forma complementaria, porque nadie en su sano juicio renuncia a la sanidad pública.

El conflicto entre la Asociación Unipromel, representando a los médicos, y las compañías aseguradoras y su patronal Unespa, alcanza en este escenario de la renovación del concierto un punto álgido y me atrevería a decir que decisivo, porque los médicos denunciamos desde hace años las condiciones contractuales que imponen las aseguradoras, con baremos muy por debajo de los que publican las Consejerías de Salud como media, algo ya de por sí muy grave, pero que en el caso de Muface, Islas y Mugeju, al Estado, al adjudicar un contrato que todos denuncian que incurre en lo que se podría definir como "baja temeraria" y obligando a las compañías a trasladar

un mayor recorte en los baremos y en los cuadros médicos.

Este conflicto ha generado un debate más amplio sobre la calidad de la atención médica en el sector privado y la necesidad de encontrar un equilibrio que beneficie tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes, llegando incluso a ser investigado por la CNMC, que tiene abierto un proceso de análisis tras la consulta pública del 2022, habiendo reconocido el desequilibrio entre el poder de negociación del médico con estos grandes aseguradoras o grupos hospitalarios privados, asumiendo las directrices europeas y permitiendo la exención del cumplimiento de la legislación de competencia a los médicos autónomos, para que puedan negociar colectivamente.

El contrato del Estado con las compañías aseguradoras para la asistencia sanitaria de sus funcionarios puede verse afectado por el conflicto entre la asociación Unipromel y las compañías aseguradoras adjudicatarias y será denunciado por Unipromel en base a los siguientes:

1. Condiciones de la atención. Si los médicos representados por Unipromel continúan expresando sus preocupaciones sobre las tarifas y condiciones laborales, esto podría llevar a una disminución en la calidad de la atención que reciben los funcionarios. Si los médicos deciden no trabajar



con ciertas aseguradoras, esto podría limitar las opciones de atención y libre elección.

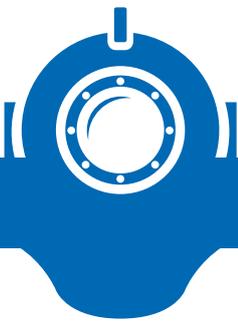
2. Renegociación de contratos. El Estado en este concierto con las aseguradoras ya habla expresamente de mejorar las condiciones para los médicos, lo que supone mejorar los honorarios que pagan a los profesionales, lo que repercute en los costes y de nuevo se retroalimenta el problema de las pérdidas millonarias y una nueva exigencia de subida de la prima, abriendo la vía a una demanda patrimonial por lucro cesante y por haber sido durante años víctimas de acuerdos que podrían tener la consideración de lesivos para sus intereses.
3. Satisfacción de los funcionarios. Si disminuye la calidad de la atención y la libertad de elección porque se reducen de forma alarmante los cuadros médicos, los funcionarios y sus sindicatos podrían, cómo han anunciado, movilizarse y convocar huelgas en el sector público, ya de por sí colapsado en áreas tan sensibles como la justicia, la educación o la propia policía, por nombrar algunas, a los cuyos afectados animaremos a interponer denuncias colectivas que se unirían a la de los médicos.
4. Impacto en la salud pública. Un conflicto prolongado podría tener un efecto en la salud pública en

general, ya que podría llevar a una mayor carga sobre el SNS, cuya gestión está transferido a las autonomías, si los funcionarios deciden abandonar masivamente el modelo concertado y migran a la sanidad pública en cada una de ellas, algunas al límite de su capacidad, que finalmente exigirán al Estado no menos de 1.700 euros por cada uno de los funcionarios y sus familias.

En resumen, el conflicto entre los médicos y las aseguradoras puede alcanzar un principio de solución precisamente por la intervención del poder público y de los organismos reguladores, DGSFP y CNMC, que ahora sentirán la presión y tendrán que recomendar una reforma al legislador y que sea aprobada por una amplia mayoría del Congreso.

Unipromel, como impulsora de la transformación del actual modelo del SNS hacia otros modelos centroeuropeos que garantizando la gratuidad y universalidad de la sanidad respetan la libre elección del paciente y la libre concurrencia del prestador, nos ofrece una oportunidad de defender que un paciente soberano y un médico independiente, puedan establecer una relación libre.

Presidente de la Unión Médica Profesional
(UNIPROMEL)



Nuestra salud depende de la salud de los ecosistemas

Mercedes Castillo Torres

Las condiciones ambientales tienen un efecto directo o indirecto, a corto o a largo plazo, sobre la salud humana. Una población expuesta a la degradación ambiental está más desprotegida ante la enfermedad.

El sexto Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Cambio Climático (IPCC) reconoce la interdependencia entre el sistema climático, los ecosistemas naturales y las sociedades humanas. Las interacciones entre estos tres sistemas son la base de los riesgos emergentes derivados del cambio climático, de la degradación de los ecosistemas y de la pérdida de biodiversidad pero, al mismo tiempo, ofrecen oportunidades para afrontarlos. Los ecosistemas diversos, autosostenibles y sanos proporcionan múltiples beneficios para la adaptación al cambio climático y su mitigación.

La gestión sostenible, la conservación y la restauración de los ecosistemas es una estrategia de adaptación con múltiples beneficios que nos permite obtener desde el agua potable, aire respirable, y suelos fértiles hasta el mantenimiento de las dinámicas climáticas o el bienestar psíquico. Los servicios ecosistémicos mejoran la salud aportando beneficios y pueden:

- Ayudar a descender la temperatura del llamado efecto “isla de calor” que se produce en los núcleos urbanos debido al hormigón, el asfalto y otros materiales que absorben calor. Los árboles pueden reducir hasta 10 grados la temperatura

mediante la evapotranspiración y la sombra que nos proporcionan contribuyendo a disminuir el efecto negativo de las altas temperaturas en la salud.

- Mejorar la calidad del aire, eliminando directamente los contaminantes del aire e indirectamente reducen la necesidad de refrigeración y/o calefacción, disminuyendo a su vez la emisión de contaminantes atmosféricos que afectan a la salud.
- Bloquear y atenuar la contaminación acústica, que es el segundo factor ambiental más perjudicial para la salud europea.
- Desempeñar un papel crucial en la regulación del ciclo del agua, ayudando a prevenir la erosión del suelo y a mantener la calidad del agua. Plantar árboles alrededor de los ríos reduce las inundaciones.
- Contribuir a la seguridad alimentaria al proteger la agricultura, mantener la fertilidad del suelo, regular el ciclo hídrico y el clima y proporcionar el hábitat a polinizadores y a depredadores de las plagas agrícolas.
- Prevenir el aumento de zoonosis y de las enfermedades transmitidas por vectores porque, en un ecosistema sano y rico en biodiversidad, las interacciones entre las distintas especies reducen la posibilidad de proliferación de portadores de patógenos y de su contacto con los seres humanos.



- Reducir la transmisión de enfermedades infecciosas, disminuyendo la necesidad del uso de antibióticos y contribuyendo a la lucha contra las resistencias antimicrobianas.
- Facilitar entornos de promoción de la salud, que permitan relajarnos, realizar actividad física, relacionarnos y mantener actividad social con los vecinos aportando así beneficios tanto para la salud física como mental. Son donde

El enfoque integrador del One Health que vincula a los humanos, los animales y el medio ambiente es una prioridad para prevenir y controlar las enfermedades, así como para lograr la resiliencia al cambio climático.

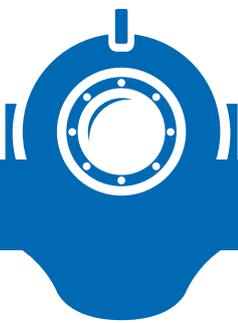
En este sentido, el Plan estratégico estatal del patrimonio natural y de la biodiversidad 2030 (Real Decreto 1057/2022), promueve la concienciación social y el respeto hacia la biodiversidad y los servicios ambientales ecosistémicos incluida su importancia en la regulación del agua, el aire y el clima, así como en la producción sostenible de los alimentos, que benefician a la salud y bienestar de la población humana y previene la aparición y propagación de los vectores de enfermedades humanas, animales y vegetales.

Nuestra salud depende de la salud de los ecosistemas. Su conservación y restauración aumenta la calidad de vida, reduce la exposición a riesgos ambientales, mejora la resiliencia local y promueve estilos de vida saludables.

Bibliografía

1. Cambio Climático: Impactos, Adaptación y Vulnerabilidad. GUÍA RESUMIDA DEL SEXTO INFORME DE EVALUACIÓN DEL IPCC. GRUPO DE TRABAJO II. Noviembre 2022.
2. Climate-ADAPT. Plataforma Europea de Adaptación al Clima de la Comisión Europea y la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA).
3. The effects of river restoration on catchment scale flood risk and flood hydrology. Simon J. Dixon, David A. Sear, Nicholas A. Odoni, Tim Sykes, Stuart N. Lane. 2016 <https://doi.org/10.1002/esp.3919>
4. One Health, WHO.
5. LA RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS ANTIMICROBIANOS DESDE LA PERSPECTIVA "ONE HEALTH" Noviembre 2022. OBSERVATORIO SALUD Y MEDIO AMBIENTE. DKV y ECODES
6. Nowak, D.J.; Dwyer, J.F. 2000. Understanding the benefits and costs of urban forest ecosystems. DOI: 10.1007/978-1-4020-4289-8_2. January 2010. In book: Urban and Community Forestry in the Northeast

Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Tècnica de Sanitat Ambiental. València



La inteligencia artificial en radiología: una solución frente a la saturación del sistema sanitario en España

Alfredo Quiros

En un contexto de alta demanda y escasez de recursos en el sistema de salud español, la inteligencia artificial (IA) ha surgido como una herramienta clave para mejorar el diagnóstico médico, particularmente en el área de radiología. La creciente presión sobre los servicios de salud ha puesto en evidencia la necesidad de soluciones que agilicen el flujo de trabajo en la interpretación de estudios radiológicos, permitiendo a los profesionales enfocar su tiempo en los pacientes que más lo necesitan.

Radiología en crisis: un sistema saturado

Los servicios de urgencias en España reciben aproximadamente 30 millones de consultas al año. Sin embargo, la cantidad de médicos, especialmente en áreas especializadas como radiología, resulta insuficiente para cubrir esta demanda. Actualmente, se realizan alrededor de 40 millones de estudios radiológicos anuales en España, una cifra que el personal especializado no puede procesar de inmediato debido a la carga de trabajo. En muchas ocasiones, los estudios de rayos X no se informan con la rapidez que los pacientes requieren, lo que puede retrasar el diagnóstico y afectar la calidad de la atención.

Esta saturación responde a diversos factores: el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas han incrementado la necesidad de estudios

médicos, y la escasez de radiólogos ha convertido la interpretación de imágenes en un cuello de botella. Aunque muchos hospitales cuentan con equipos avanzados de diagnóstico por imagen, el proceso de interpretación sigue dependiendo de la disponibilidad de profesionales, quienes deben gestionar grandes volúmenes de trabajo bajo presión constante.

Ventajas de la inteligencia artificial en radiología

Las herramientas de inteligencia artificial aplicadas a la radiología ofrecen varias ventajas frente a estos desafíos, destacando su capacidad para:

1. Descartar estudios normales del flujo de trabajo. La IA puede clasificar automáticamente las radiografías normales, eliminándolas del flujo de trabajo del radiólogo. Esto permite que el profesional concentre sus esfuerzos en los casos donde se detectan anomalías, optimizando así el tiempo y los recursos disponibles.
2. Proveer un apoyo diagnóstico similar al que brindaban los informes radiológicos preliminares. La tecnología de IA puede detectar patrones sospechosos en las radiografías y marcar áreas de interés, lo cual es especialmente útil cuando los informes radiológicos se retrasan o no se realizan. Esto garantiza que los profesionales cuenten con un respaldo para sus diagnósticos iniciales y pue-

dan mantener la calidad del servicio, agilizar su flujo de trabajo y evitar interconsultas y estudios complementarios con resultado normal.

3. Maximizar el tiempo médico-paciente en casos patológicos. Al identificar rápidamente las radiografías con signos de patologías, la IA permite a los profesionales dedicar más tiempo a los pacientes que necesitan una atención inmediata o especializada. Esta optimización facilita un diagnóstico más rápido y un tratamiento personalizado para los casos complejos.
4. Apoyar a los profesionales en entornos de alta carga laboral. En un sistema saturado, la IA ayuda a reducir la presión sobre los radiólogos, permitiéndoles manejar volúmenes altos de estudios sin comprometer la calidad de sus análisis. La automatización de ciertos aspectos de la interpretación radiológica libera tiempo y recursos valiosos.

¿Cómo funcionan estas herramientas de IA?

Las herramientas de IA se integran en el sistema de almacenamiento y comunicación de imágenes (PACS) de los centros de salud. Esta modalidad de integración permite que la IA sea compatible con diferentes sistemas PACS, facilitando su implementación. Una vez instalada, la tecnología analiza automáticamente las radiografías previamente seteadas y genera un informe preliminar, que se adjunta a la secuencia de estudios original, es decir, duplica la serie de estudios, manteniendo los originales y ofreciendo una copia analizada para cada archivo dicom.

Más aún, este proceso resulta en la duplicación de la serie de estudios, lo cual es fundamental para que el radiólogo reciba tanto las imágenes originales como una copia con el análisis de la IA. Así, el profesional puede comparar ambos conjuntos de estudios en paralelo, utilizando el análisis de la inteligencia artificial como un recurso adicional para confirmar o descartar diagnósticos.

¿Qué es lo importante?

Este tipo de herramientas no pretenden reemplazar al profesional de la salud; su objetivo es ofrecer un apoyo valioso en el proceso diagnóstico. Lo más importante radica en dos aspectos:



1. Detectar todas las patologías posibles en las imágenes: estas herramientas deben ser capaces de identificar todas las señales de patologías en las radiografías, asegurando que ninguna condición sospechosa pase desapercibida.
2. Descartar estudios normales de manera rápida y eficaz: la IA permite eliminar del flujo de trabajo aquellos estudios que no presentan anomalías, reduciendo así la carga de trabajo del radiólogo. Herramientas como Rayvolve, una IA desarrollada por AZmed, logran un Valor Predictivo Negativo del 99,6% (fuente: AZmed), lo que significa que prácticamente todos los estudios marcados como normales pueden ser descartados con confianza y rapidez.

La inteligencia artificial permite que los profesionales de salud dediquen su tiempo y experiencia a los casos patológicos con mayor rapidez y precisión, garantizando una atención más eficaz y recuperando espacio en el valioso tiempo entre médico y paciente a la hora de la consulta.

En un sistema de salud que necesita una resignificación, la IA no solo optimiza el flujo de trabajo, sino que también mejora la calidad del servicio, consolidándose como una herramienta imprescindible para enfrentar los desafíos actuales y futuros de la radiología.

International Sales Manager en AZmed



La gestión de las emergencias en España

Carlos Lázaro Madrid

Consternados aún por la catástrofe que se vivió hace justo un mes en la Comunidad Valenciana, y envueltos en una deriva política y social en la atribución de responsabilidades técnicas y políticas por la gestión de dicha emergencia, es momento de abordar y clarificar cómo funciona el sistema de Protección Civil, quién lo compone, y debatir si es necesaria alguna reforma al respecto.

En primer lugar, conviene hacer una referencia al modelo español, con el conocido Estado de las Autonomías, un marco político territorial a medio camino entre el Estado Unitario Centralizado, y el Estado Federal, asemejándose más a este último. En torno a este, nace un reparto competencial que involucra a diferentes administraciones: locales, autonómicas y estatales.

Hablar de emergencias requiere hacer mención al sistema de Protección Civil, que aunque se trate de un fenómeno muy consolidado en la actualidad, no tiene referencia alguna en nuestra Carta Magna. El encaje de la Protección Civil encuentra su acomodo, de acuerdo a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, dentro del ámbito competencial de la Seguridad Pública, competencia exclusiva del Estado, y generalmente referida a la esfera policial.

No obstante, el Tribunal Constitucional en diversos pronunciamientos, ha señalado que debe “(...) reconocerse a las comunidades autónomas competencia

en materia de Protección Civil” (STC 123/1984 de 18 de diciembre), entendiendo que “(...) la competencia estatal al respecto no es exclusiva (...)” (STC 133/1990, de 19 de julio), señalando la jurisprudencia del constitucional que en torno a la figura de la Protección Civil hay que tener en cuenta otros títulos competenciales que son competencia estatutaria exclusiva o concurrente de las comunidades autónomas.

En torno a ello, las comunidades autónomas, apoyadas en esta jurisprudencia como Madrid o el País Vasco se han atribuido esta competencia de Protección Civil, mientras que otras regiones, a través de sus Estatutos de Autonomía, han asumido esta materia en términos de exclusividad, sin perjuicio de las competencias estatales, como la Comunidad Valenciana, cuyo artículo 49.3.14 señala que: “La Generalitat tiene también competencia exclusiva, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 149 de la Constitución y,



en su caso, de las bases y ordenación de la actividad económica general del Estado, sobre las siguientes materias: 14.ª Protección civil y seguridad pública”.

Todo ello, sin perjuicio de situaciones derivadas de un interés nacional o supraautonómico de la catástrofe o emergencia acuciante, para los cuales la gestión de la emergencia puede quedar atribuida al Estado, “(...) Bien por la necesidad de prever la coordinación de administraciones diversas, bien por el alcance del evento (afectando a varias comunidades autónomas) o bien por sus dimensiones, que pueden requerir una dirección nacional de todas las administraciones públicas afectadas, y una aportación de recursos de nivel supraautonómico” (STC 133/1990, de 19 de julio).

Y, en este abanico competencial, no hay que olvidar que la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, señala en su artículo 25.2, letra F que el “Municipio ejercerá en todo caso como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas, en las siguientes materias: f) Policía local, Protección Civil, prevención y extinción de incendios”.

Resulta conveniente tener presente que la Protección Civil, como instrumento de la política de seguridad pública, y según recoge su Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, es “(...) el servicio público que protege a las personas y bienes garantizando una respuesta adecuada ante los distintos tipos de emergencias y catástrofes originadas por causas naturales o derivadas de la acción humana, sea ésta accidental o intencionada”.

Por todo ello, no cabe duda de que, en esta función de preservar la vida de las personas y los bienes en esa situación de emergencia, aparecen involucradas diferentes administraciones públicas, a nivel local, supramunicipal, provincial, comarcal, autonómico o estatal, que en estas líneas quiero agradecer, cada uno con sus propios recursos y servicios, haciendo especial mención a los medios del Estado en el campo de las emergencias, al ser equipos con intervención en todo el territorio nacional.

Existiendo en primer lugar, cuerpos de bomberos a distinto nivel, como municipal, comarcal, provincial, autonómico con las brigadas y bomberos forestales de las regiones, así como del Estado a través de la conocida Unidad Militar de Emergencias, y de las desconocidas brigadas BRIF del Ministerio de Transi-

“

El modelo político territorial descentralizado implica un abanico de entes públicos con responsabilidad en materias relacionadas directa o indirectamente con el campo de las emergencias

”

ción Ecológica y Reto Demográfico, ambas involucradas en la DANA valenciana.

Por otro lado, además de los cuerpos de rescate inherentes a los cuerpos de bomberos; el Estado, a través del Ministerio de Transportes, cuenta con Salvamento Marítimo; también a través del Ministerio de Interior, se encuentra la Guardia Civil con equipos especializados en el rescatismo como los Grupos de Rescate e Intervención en Montaña (GREIM), el Grupo Especial de Actividades Subacuáticas de la Guardia Civil (GEAS), y las unidades de Subsuelo de Policía Nacional y Guardia Civil; así como la Brigada de Salvamento Minero de la empresa pública HUNOSA.

Dentro de la función de Seguridad Ciudadana y de Orden Público, tenemos en mente los diferentes cuerpos policiales, con las policías locales, las au-

tonómicas, presentes a través de cuerpos propios o de la policía nacional adscrita a las regiones, y los agentes forestales; así como estatales.

Fuera del salvamento, se encuentran recursos relacionados con las emergencias, como la Agencia Estatal de Meteorología o las Confederaciones Hidrográficas, tan en boca de la actualidad informativa, adscritas ambas al Ministerio de Transición Ecológica y Reto Demográfico. Así como los entes homólogos de las comunidades autónomas en cuencas hidrológicas que no son competencias del Estado, y aquellas con competencias en meteorología regional. Por otro lado, y lo vimos con la erupción de la Palma, tenemos el Instituto Geográfico Nacional (IGN), dependiente del Ministerio de Transportes, o el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) del Ministerio de Ciencia, entre otros. Y fuera del carácter preventivo a la catástrofe, los tan necesarios servicios de policía científica, y los médicos y personal técnico de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dependientes de las Comunidades Autónomas y del Estado a través del Ministerio de Justicia.

Por no hablar de las infraestructuras que involucran logísticamente a todas las emergencias, como las redes de abastecimiento, de saneamiento, comunicaciones, electricidad; a parte de las carreteras y vías ferroviarias, cuyo marco competencial vuelve a recaer a diferentes entes, a nivel local, provincial, autonómico y estatal, así como a empresas públicas y privadas.

Agradecimientos a todos estos organismos involucrados en protegernos y socorrernos, y a aquellos que por descuido mío no haya mencionado, por la labor que hacen diariamente. En especial a todos esos medios estatales, como autonómicos y locales que se han desplazado desde diferentes puntos del país, y fuera de sus áreas operativas de actuación, por el gran esfuerzo que están haciendo estas semanas en Valencia, para que la región vuelva lo antes posible a la normalidad.

En definitiva, el modelo político territorial descentralizado, como es el caso español, implica un abanico de entes públicos con responsabilidad en materias relacionadas directa o indirectamente con el campo de las emergencias, y cuya coordinación, dentro del campo de la Protección Civil, recae, salvo en casos de emergencia nacional, en manos de las comunidades autónomas. Visto cómo funciona y quién lo com-

pone, es momento de debatir si es necesaria alguna reforma al respecto.

Con independencia del debate político que gira en torno a quién debería dirigir la emergencia de la DANA de Valencia, en situación operativa 2 y competencia de la Generalitat Valenciana, y la no asunción de esta función por el Estado, cabe señalar que las dos figuras que se plantean al respecto (situación operativa 3 de Protección Civil o declaración del Estado de Alarma), y por las cuales el Estado puede asumir la gestión de la emergencia, pueden ser declaradas por el Estado como solicitadas por el presidente de la comunidad autónoma, aspecto que como sabemos no se ha hecho.

Si bien es cierto, las regiones son las que mejor conocen sus recursos y medios de emergencia, por lo que la tónica habitual en todas las catástrofes, véase también la erupción volcánica de la Palma del año 2021, es que sean las comunidades autónomas las que asuman la dirección de la emergencia, y las que, junto al resto de administraciones, coordinen la emergencia.

Las terribles inundaciones del año 2021 en Alemania, con 190 fallecidos, supusieron un cambio en la gestión de las emergencias. Nuestro país, y de nuevo tras pasar por una catástrofe, debe o bien mejorar la coordinación de los distintos organismos encargados de las emergencias; o tomar a través del Estado un papel más activo, ágil, y ante todo sustentado en criterios técnicos, en la respuesta a las catástrofes, dejando de un lado las cuestiones políticas y competenciales de cada una de las administraciones públicas involucradas. Pues el cambio climático nos ha enseñado que, por desgracia, las catástrofes naturales se volverán más frecuentes, habiéndose quintuplicado estas en los últimos 50 años. No obstante, la cara positiva es que las mejoras en los sistemas de alerta y los planes de gestión de catástrofes han reducido los fallecimientos por estos fenómenos, según expone el Atlas de Mortalidad y Pérdidas Económicas por Fenómenos Meteorológicos, Climáticos e Hídricos de los organismos del año 2021, publicado por la Organización Meteorológica Mundial de la ONU.

Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza

carloslazaromadrid@gmail.com



Compartiendo experiencia, creando futuro.

Desde hace más de 90 años, no hemos dejado de avanzar a tu lado para transformar nuestra tradición farmacéutica en soluciones innovadoras.

Para abrir nuevas vías de colaboración en investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de productos farmacéuticos y complementos alimenticios.

Para compartir nuestra experiencia y construir, juntos, un futuro mejor para la salud de las personas.

PHARMACEUTICAL TECHNOLOGIES
Antibióticos
Inyectables estériles y liofilizados

SPECIALTY PHARMACARE
Dermatología
Osteoarticular

CONSUMER HEALTHCARE
Forté Pharma: energía, estrés-sueño,
control de peso y belleza
Marcas ORL y desinfección



reigjofre.com/es

Cotiza en el mercado de valores RJF.MC



El proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, a debate en Canarias



De izda. a dcha.: José Luis Rodríguez Fernández, Carlos García Álvarez, Mariola de la Vega Prieto, Alfonso Gómez de Liaño, Ignacio López Puech, Paloma Tamayo Prada, Guayarmina Luján García, Ana Teresa López Navarro, Yolanda Fernández de Dios, Enrique Narciso Hernández Mendoza y María del Mar Trujillo.

El cáncer de vejiga se posiciona entre las neoplasias con mayor incidencia a nivel global. En España, se sitúa como el octavo tumor más mortal, y en Canarias, en 2020, ocupó el octavo puesto entre los diez cánceres que más defunciones causaron. Esta realidad impulsó la celebración del encuentro de expertos "Diseño y Mejora del Proceso Asistencial del Paciente con Cáncer de Vejiga Localmente Avanzado o Metastásico", que tuvo lugar en Las Palmas de Gran Canaria, con el objetivo de optimizar la atención a estos pacientes en el ámbito del sistema sanitario canario.

El evento estuvo moderado por Paloma Tamayo Prada, directora de operaciones de New Medical Eco-

nomics, y reunió a un equipo multidisciplinar de expertos del sector sanitario de Canarias: Mariola de la Vega Prieto, responsable de Programas Oncológicos de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud (SCS); Ignacio López Puech, jefe de Servicio del Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación del SCS; Ana Teresa López Navarro, coordinadora del Programa de Ayuda al Fumador de Canarias (PAFCAN); Alfonso Gómez de Liaño, oncólogo del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; Carlos García Álvarez, especialista en urología del Hospital Universitario de Canarias; Enrique Narciso Hernández Mendoza, director de Enfermería del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; María del Mar Trujillo, coordinadora del Grupo de

Gestión de Conocimiento del Servicio de Evaluación y Planificación del SCS (SESCS); Ángela Guayarmina Luján García, jefa de Servicio de Humanización de la Dirección General del Paciente y Cronicidad del SCS; y Yolanda Fernández de Dios, presidenta de la Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España (FAPOE).

Estado actual del cáncer de vejiga en Canarias

El encuentro comenzó con un análisis sobre la situación actual del cáncer de vejiga en Canarias. Mariola de la Vega subrayó la importancia del diagnóstico temprano, enfatizando que "el médico de atención primaria debe ser el primero en detectar las señales de alarma y actuar de manera oportuna". En este sentido, los expertos coincidieron en que la detección precoz es fundamental para evitar que el paciente llegue al especialista con un tumor localmente avanzado o metastásico, una situación que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico.

Enrique Narciso Hernández Mendoza destacó la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de atención primaria para identificar los síntomas a tiempo y derivar rápidamente al paciente a la atención especializada. "Si el paciente llega con un tumor avanzado, significa que algo ha fallado en el sistema", afirmó, haciendo hincapié en la urgencia de agilizar los circuitos de derivación.

Por su parte, Ignacio López Puech también subrayó la importancia de mejorar la formación en el uso racional del medicamento en el contexto del cáncer de vejiga. "El tratamiento debe ser lo más eficiente posible, tanto en términos de eficacia como de seguridad para el paciente. Es fundamental optimizar el uso de los recursos farmacológicos, garantizando que cada paciente reciba el tratamiento adecuado según su situación clínica específica", afirmó López Puech. Añadió además que "la coordinación con los equipos de oncología y farmacia hospitalaria es clave para evitar sobretamientos o terapias inadecuadas que puedan comprometer la calidad de vida del paciente".

Diferencias entre hombres y mujeres en el cáncer de vejiga

Uno de los temas centrales del debate fue la disparidad en la incidencia y tratamiento del cáncer de vejiga entre hombres y mujeres. Carlos García Álvarez explicó que "el cáncer de vejiga es significativamente más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de tres a uno". Sin embargo, cuando la enfermedad se presenta en mujeres, suele diagnosticarse en etapas más avanzadas. "Esto se debe, en parte, a una menor sospecha clínica y a la interpretación errónea de los síntomas, que en las mujeres se suelen asociar a infecciones urinarias recurrentes", comentó García Álvarez.

Alfonso Gómez de Liaño añadió que "existen diferencias sustanciales en la biología del tumor entre hombres y mujeres, lo que afecta tanto a la evolución como al tratamiento de la enfermedad". En el caso de las mujeres, los síntomas como la hematuria, a menudo se confunden con problemas ginecológicos o urológicos, lo cual retrasa el diagnóstico. Además, subrayó que las mujeres presentan peores resultados en términos de supervivencia, en parte debido al diagnóstico tardío. "Es esencial educar tanto a los profesionales de la salud como a la población general para mejorar la detección temprana en mujeres", subrayó.

Por su parte, Yolanda Fernández, en representación de los pacientes, señaló la importancia de una mayor concienciación específica para las mujeres. "Las mujeres no suelen asociar síntomas como la hematuria o el dolor con el cáncer de vejiga, y es fundamental que estas señales no se subestimen", expresó. También destacó que las campañas de concienciación suelen estar más orientadas a los hombres, lo que deja un vacío en la educación de las mujeres sobre los riesgos de este tipo de cáncer.

Concienciación y prevención

Yolanda Fernández incidió en la necesidad de ampliar las campañas de concienciación sobre el cán-



El panel de expertos debate sobre 'El proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico'.

cer de vejiga y su relación con el consumo de tabaco. "El cáncer de vejiga es el gran desconocido. La mayoría de la población ignora que el tabaco es uno de los principales factores de riesgo", señaló, subrayando la importancia de que la sociedad conozca los síntomas y los factores que inciden en la aparición de esta enfermedad.

Ana Teresa López Navarro detalló el impacto del Programa de Ayuda al Fumador de Canarias (PAFCAN) en la reducción del consumo de tabaco y, por ende, en la disminución del riesgo de desarrollar cáncer de vejiga. "Desde 2020, más de 35.000 pacientes han recibido tratamiento para dejar de fumar, lo cual es un avance importante en la prevención de esta patología", afirmó.

Carlos García Álvarez resaltó la falta de herramientas diagnósticas rápidas y efectivas en los centros de atención primaria que permitan diferenciar precozmente el cáncer de vejiga de otras patologías menos graves, como las infecciones urinarias. "Es crucial que ante síntomas como la hematuria, los médicos de atención primaria tengan acceso a pruebas como la citología de orina", indicó, ya que este tipo de exámenes podrían acelerar significativamente el proceso diagnóstico.

Coordinación asistencial

Otro de los aspectos abordados fue la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Alfonso

Gómez de Liaño puso de relieve que la falta de coordinación puede provocar retrasos considerables en el acceso al tratamiento. "Desde el momento en que se sospecha de un tumor de vejiga hasta la intervención quirúrgica, puede transcurrir demasiado tiempo. Es necesario que los diferentes servicios trabajen de manera coordinada para reducir estos tiempos de espera".

Carlos García Álvarez añadió que "los circuitos asistenciales deben ser claros y eficientes para evitar que los pacientes se pierdan en el sistema. Necesitamos circuitos de diagnóstico rápido que aseguren una atención continua y sin interrupciones".

Enrique Narciso Hernández también destacó la importancia de los equipos multidisciplinares: "Para mejorar el proceso asistencial, es necesario que exista una colaboración estrecha entre atención primaria, urología, oncología y enfermería. La creación de equipos multidisciplinares que trabajen de forma integrada podría reducir significativamente los tiempos de espera y mejorar los resultados clínicos", señaló el experto.

María del Mar Trujillo señaló la relevancia de gestionar el conocimiento y compartir experiencias exitosas entre los distintos servicios de salud. "Es fundamental que se evalúen las diferentes estrategias utilizadas en el manejo del cáncer de vejiga para identificar las más efectivas y avanzar hacia una estandarización de la práctica clínica siempre

que sea posible. De este modo, se puede minimizar la variabilidad injustificada, garantizando tanto la equidad como la eficacia en las intervenciones", indicó Trujillo. Añadió además que "el acceso a la evidencia científica más actual y su correcta aplicación son claves para garantizar una atención de calidad, siempre adaptada a las circunstancias específicas de cada paciente".

Humanización del proceso asistencial

El aspecto de la humanización del proceso asistencial también fue otro de los puntos relevantes durante el encuentro. Ángela Guayarmina Luján García, jefa de Servicio de Humanización del SCS, abogó por la inclusión del paciente en la toma de decisiones, destacando que "es fundamental que el paciente sea parte activa de su tratamiento, que se le escuche y que tenga acceso a información clara y concisa".

Yolanda Fernández enfatizó el impacto que tiene la ostomía en la vida de los pacientes con cáncer de vejiga avanzado. "Los pacientes necesitan apoyo psicológico y social durante el proceso de adaptación a la ostomía. Las asociaciones de pacientes desempeñan un papel crucial en este sentido, ayudando a los pacientes a enfrentar el proceso con mayor confianza". En este contexto, se subrayó la importancia de contar con psicooncólogos y enfermeras especializadas que puedan acompañar al paciente en todo el proceso.

Enrique Narciso Hernández señaló que "la humanización no consiste solo en proporcionar atención médica, sino en asegurarse de que el paciente se sienta acompañado durante todo el proceso. El apoyo psicológico debe ser una parte integral del tratamiento, especialmente en casos complejos como el cáncer de vejiga, donde las intervenciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida".

Recomendaciones para mejorar el proceso asistencial

El encuentro concluyó con una serie de recomendaciones por parte de los expertos para mejorar

el proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga en Canarias. Entre ellas, se destacó la necesidad de establecer circuitos asistenciales rápidos y eficientes desde la atención primaria hasta los servicios especializados, así como la importancia de fortalecer la educación y la concienciación sobre la enfermedad, tanto entre los profesionales sanitarios como entre la población general.

Mariola de la Vega comentó que la existencia de equipos multidisciplinares en los hospitales, que incluyen urólogos, oncólogos, enfermeras especializadas y psicólogos, asegura una atención integral y personalizada.

Alfonso Gómez de Liaño añadió que "es fundamental que los pacientes tengan acceso a la información y recursos necesarios para participar activamente en su tratamiento, lo cual se traduce en una mejora de la calidad de vida y en los resultados clínicos".

Carlos García Álvarez sugirió que se implementen protocolos específicos para el manejo del cáncer de vejiga en mujeres, destacando la necesidad de una mayor sensibilización entre los profesionales sanitarios. "Debemos ser conscientes de que el cáncer de vejiga en mujeres tiene características particulares y requiere un enfoque adaptado para mejorar los resultados", afirmó.

"El cáncer de vejiga debe dejar de ser un desconocido para la sociedad", concluyó Yolanda Fernández, subrayando la necesidad de aunar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, se destacó la importancia de integrar la tecnología para optimizar los procesos, como el uso de la historia clínica electrónica compartida entre los diferentes niveles asistenciales, lo cual permitiría una mejor comunicación y seguimiento de los pacientes.

En definitiva, el encuentro de expertos dejó claro que el camino hacia la mejora del proceso asistencial del cáncer de vejiga pasa por la detección temprana, la coordinación eficiente entre los niveles asistenciales, la humanización de la atención y la participación activa del paciente en su tratamiento.



Realidad virtual para tratar el dolor y humanizar los cuidados paliativos

David Castro González

Aproximadamente 57 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada año debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas y no transmisibles, según la OMS.

Diferentes expertos y asociaciones internacionales señalan que, lamentablemente, los sistemas de atención sanitaria no abordan como deberían esta creciente necesidad, en particular cuando se trata de controlar el dolor y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El tratamiento del dolor en general – 1 de cada 5 personas en el mundo experimenta algún tipo de dolor crónico, según la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) – y particularmente en los cuidados paliativos, suele depender en gran medida de tratamientos farmacológicos. Estos pueden llegar a ser eficaces desde el punto de vista físico, no obstante, tienen limitaciones muy significativas, como efectos secundarios, posible dependencia y la incapacidad de abordar el sufrimiento emocional y psicológico que experimentan muchos pacientes.

Por ello, son numerosas las investigaciones científicas que tratan de encontrar nuevas formas de controlar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es aquí donde la realidad virtual (RV) está demostrando ser una solución innovadora para el tratamiento del dolor, yendo mucho más allá que los tratamientos tra-

dicionales, ayudando a los profesionales de la salud a ofrecer tratamientos de atención paliativa y manejo del dolor mucho más personalizados y efectivos.

Qué es la realidad virtual

RV se puede definir como una aproximación a la interfaz usuario-ordenador que implica la simulación en tiempo real de un entorno, escenario o actividad que permite la interacción del usuario a través de múltiples canales sensoriales. Dicho de otra forma, es un entorno de escenas y objetos de apariencia real, generado mediante tecnología informática. RV puede variar desde una modalidad no inmersiva hasta una modalidad totalmente inmersiva, dependiendo del grado en el que el usuario esté aislado del entorno físico cuando interactúa con el entorno virtual.

RV ha estado disponible comercialmente desde finales de los años ochenta. Sin embargo, su mayor crecimiento se produjo a finales del siglo pasado, promovido en parte por el enorme avance de las nuevas tecnologías, y su aplicación se ha expandido rápidamente a una gran variedad de industrias, destacando el incremento exponencial de la investigación sobre su impacto en múltiples especialidades del ámbito sanitario.

Realidad virtual como recurso terapéutico

RV cada vez es más reconocida y utilizada en diversos contextos médicos por su eficacia en el tratamiento

del dolor, al sumergir a los pacientes en un mundo virtual. De esta manera, se pueden mejorar las estrategias de tratamiento del dolor e introducir un enfoque más amigable para el paciente, transformando la forma en que se percibe y se trata el dolor en los entornos clínicos, tanto física como psicológicamente. Así pues, los tratamientos basados en RV ofrecen una oportunidad única para transformar los cuidados paliativos al abordar diferentes desafíos relacionados con esta problemática, que vamos a ver a continuación.

1. Distracción y manejo del dolor

Diversos estudios han demostrado que la distracción de los pacientes mediante RV es eficaz para reducir el dolor experimental, la incomodidad asociada a procedimientos dolorosos como el cuidado de las lesiones por quemaduras o la movilización de articulaciones, así como los niveles de dolor en pacientes de cuidados paliativos con tumores cerebrales, metástasis cerebrales, convulsiones, mareos, claustrofobia y vértigo.

Esto es debido a que se involucra a los pacientes en un entorno inmersivo que desvía su atención de las sensaciones o estímulos dolorosos, llegando incluso, en determinados casos, a describir una sensación de alegría o felicidad.

Para lograrlo se puede hacer, por ejemplo, que los pacientes participen en un juego de RV o exploren un entorno virtual, lo cual puede reducir significativamente su percepción del dolor. Al involucrar la mente en actividades o entornos virtuales, la RV puede ayudar a alterar la percepción del dolor a través de distracción cognitiva y técnicas de relajación inmersiva. Esta metodología se basa en la modulación de la carga cognitiva, haciendo que la capacidad del cerebro para procesar el dolor se reduzca debido, precisamente, a su enfoque en un entorno virtual.

Además, mediante RV se puede ofrecer contenido terapéutico, meditaciones guiadas o entornos virtuales relajantes, que ayudan a los pacientes a desarrollar mejores mecanismos para manejar el dolor. Del mismo modo, la RV puede ayudar a controlar la presión arterial, cuyos valores elevados son una respuesta típica al dolor y al estrés, induciendo relajación y dis-



tracción del entorno estresante. El efecto calmante de los entornos virtuales, como por ejemplo una playa tranquila o un bosque silencioso, ayuda a mantener una respuesta cardiovascular más estable, lo que contribuye a que las condiciones del tratamiento sean más seguras.

2. Respuesta emocional

El manejo de la respuesta emocional al dolor es muy importante, ya que las emociones negativas amplifican el dolor o sus sensaciones. La RV ayuda a proporcionar experiencias agradables y atractivas que pueden mejorar el estado de ánimo del paciente y contrarrestar los sentimientos negativos asociados con el dolor.

Emociones como la ansiedad y la angustia son factores de gran relevancia que pueden empeorar el dolor que se experimenta durante un procedimiento médico. Además, los pacientes de cuidados paliativos suelen experimentar una ansiedad significativa derivada del dolor, la pérdida de autonomía o la angustia debida de la progresión de la enfermedad. La RV puede utilizarse como un recurso para ayudar a mitigar estos factores al proporcionar una realidad alternativa reconfortante y atractiva, “transportando” a los pacientes fuera de los entornos médicos y hacia mundos más amigables e inmersivos.

Por ejemplo, los pacientes que se someten a tratamientos estresantes, como quimioterapia o diálisis, pueden usar la RV para transportarse a situaciones relajantes o participar en actividades que les permitan olvidarse del procedimiento, lo que reduce la ansiedad, mejora su comodidad y favorece su cooperación. Las experiencias de RV pueden simular entornos serenos, los cuales se ha demostrado que promueven la relajación y reducen los niveles de estrés. Estas experiencias virtuales pueden proporcionar un descanso mental de los recordatorios constantes de su enfermedad y ayudar a controlar la ansiedad y la depresión.

3. Movilidad, comodidad y alivio

Muchos pacientes de cuidados paliativos enfrentan restricciones en su movilidad física debido a sus enfermedades, lo que puede generar sentimientos de aislamiento y frustración. La tecnología de RV puede permitirles experimentar actividades y entornos a los que ya no pueden acceder, como caminar en un parque, recorrer ciudades o asistir virtualmente a eventos familiares. Esto puede influir profundamente en su bienestar emocional y psicológico, brindándoles una sensación de libertad e interacción que mejora su calidad de vida.

Igualmente, la RV puede mejorar significativamente la comodidad y la tranquilidad de los pacientes de cuidados paliativos al proporcionar entornos relajantes diseñados para reducir el malestar físico y promover la paz mental. Los escenarios de RV pueden reproducir entornos que el paciente encuentra reconfortantes, como el hogar de su infancia, paisajes naturales o su lugar de vacaciones favorito, dando como resultado una mejora de la calidad de vida de los pacientes al ofrecerles experiencias y conexiones significativas que trascienden las limitaciones físicas impuestas por sus enfermedades.

Conclusión

El uso de la realidad virtual ha demostrado ser un recurso innovador y eficaz para el tratamiento del dolor. Al integrar este tipo de experiencias en las prácticas de cuidados paliativos, se pueden crear espacios personalizados donde los pacientes son capaces de “via-

jar”, encontrar consuelo y manejar las complejidades de sus afecciones.

Por supuesto, es necesario seguir investigando y perfeccionando esta tecnología y las metodologías clínicas asociadas, favoreciendo mediante este enfoque de atención personalizada el abordaje y control de los síntomas físicos y emocionales, haciendo que las distintas fases de los cuidados paliativos puedan ser mucho más tolerables y llevaderas.

Bibliografía

1. Malloy, K.M., Milling L.S. (2010). The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 30(8), 1011-1018.
2. Ho, A., Nair, S. (2018). Chapter Nine - Global Chronic Pain: Public and Population Health Responses. *Developments in Neuroethics and Bioethics*, 1, 171-189.
3. International Association on the Study of Pain. FACTSHEET. Prevención del dolor: introducción. IASP, 2020.
4. Guenther, M., Görlich, D., Bernhardt, F., Pogatzki-Zahn, E., Dasch, B., Krueger, J., Lenz, P. (2022). Virtual reality reduces pain in palliative care—A feasibility trial. *BMC Palliat Care*, 5, 21:169.
5. Vasudevan, A.V., Cao, Y., Gough, P., Ahmadpour, N. (2023). Enrichment through virtual reality for palliative care: A scoping review. *OzCHI '23: Proceedings of the 35th Australian Computer-Human Interaction Conference*, 280-293.

Advisor en Salud Digital y Finanzas. Experto en Investigación e Innovación Biomédica
dcgsalud@gmail.com



La sanidad privada eleva sus estándares en calidad asistencial y eficiencia

Uno de los principales objetivos del sector privado es implementar procesos de mejora continua que se adapten a los constantes avances tecnológicos y asistenciales en el ámbito sanitario. Con este propósito, el Estudio RESA busca ofrecer una visión transparente de la sanidad privada, proporcionando a los pacientes datos claros sobre el funcionamiento de los servicios y los resultados de salud alcanzados.

“El Estudio RESA se consolida ya como un referente en la evaluación de los resultados sanitarios en España y reafirma, de esta manera, el compromiso de la sanidad privada con la transparencia, el rigor y la objetividad. La incorporación de nuevos indicadores de procesos, la revisión de la metodología de los ya existentes para hacerlos comparables con otros observatorios y la robustez de los datos aportados refuerzan el valor de este informe como una herramienta indispensable para todos los actores del sistema de salud. Además, este año se observa una mejora significativa en los resultados, situando los indicadores en niveles similares a los de la etapa pre-pandemia, con resultados que nos confirman la resiliencia del sector sanitario privado para adaptarse a las necesidades de nuestros pacientes. Así, hay una mejora continua en aspectos clave para la calidad asistencial en procesos incluso de alta complejidad, lo que precisamente hoy premiamos con la entrega de los Reconocimientos QH”. Así lo ha señalado Juan Abarca, presidente de la Fundación IDIS, durante el acto de presentación del Estudio RESA 2024. Indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada, que ha contado con la participación de Pilar Aparicio, ex directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad.

La edición de 2024 del Estudio RESA evidencia que el sector sanitario privado sigue mejorando en sus



datos, a pesar del incremento de la actividad y que, gracias al esfuerzo y resiliencia de los profesionales y sus centros, obtiene resultados sanitarios cercanos a los datos pre-pandemia. En esta edición han colaborado más de 600 centros (139 hospitales, 115 centros ambulatorios y 334 centros de reproducción asistida), abarcando todas las Comunidades Autónomas y se han analizado 128 indicadores (22 nuevos este año). Según los datos revelados en la presentación, los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas han disminuido a 24,1 días (vs 27, días el año anterior) y en el caso de urgencias se sitúa en 27,2 minutos de espera -7,4 en el triaje (7,7 en 2022) y 19,8 (19,4 en 2022) para asistencia en urgencias-, lo que muestra una atención sanitaria accesible para los pacientes.

En este contexto, es destacable el tiempo de citación en pruebas de radiodiagnóstico, con 8,4 días para mamografía, 5,9 días para resonancia magnética o 2,9 días para TAC, con medias inferiores al año anterior. Asimismo, se encuentran esperas para citas con especialista de 14,6 días de media, 0,3 días en pruebas de laboratorio para las de bioquímica y hematología y 1,6, en el caso de microbiología.

Este estudio destaca que la sanidad privada es especialmente resolutive y eficiente, con tasas de retorno a urgencias a las 72 horas en el 3,2% de los casos y de reingreso hospitalario a los 30 días del alta en el 5%, cifras similares a la edición anterior. Asimismo, cuenta con una estancia media de 2,9 días, una estancia media preoperatoria de 0,3 días y una tasa de cirugías sin ingreso del 53,2%.

En cuanto a la calidad y la seguridad del paciente, uno de los pilares estratégicos de la Fundación IDIS, el informe incluye indicadores específicos de baja mortalidad (0,16%) y una incidencia inferior al 1% en complicaciones asistenciales, demostrando que la sanidad privada cuenta con protocolos sólidos y un control riguroso en la atención. Entre los avances, destaca que el 98,6% de las intervenciones se realizan con el checklist quirúrgico, esencial en la mejora continua que subraya el compromiso del sector con la seguridad del paciente.

Según Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS, "más del 90% de los centros asistenciales cuenta con reconocimientos de calidad, lo que demuestra que el compromiso con la calidad y seguridad del paciente es algo inquebrantable. La implementación de protocolos avanzados es clave para garantizar que cada paso en la atención esté alineado con los estándares más rigurosos. Sabemos que la confianza del paciente se construye día a día y, por eso, estamos decididos a seguir mejorando para ofrecer un sistema de salud en el que la calidad y la seguridad sean una constante".



NAVETA e IEXP unen fuerzas para liderar la innovación en experiencia del paciente

El Instituto para la Experiencia del Paciente (IEXP) y NAVETA, la plataforma innovadora impulsada por FARUPEIB, han anunciado recientemente una colaboración estratégica que promete revolucionar el campo de la experiencia del paciente en España. Esta alianza une a dos líderes reconocidos en el uso de PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) con el objetivo de convertirse en el referente nacional e internacional en este ámbito.

Los objetivos de la colaboración son: consolidar el liderazgo en PREM y potenciar la investigación y desarrollo en experiencia del paciente

Esta colaboración promete generar múltiples beneficios para el sector sanitario como la creación de un estándar de oro en la medición y mejora de la experiencia del paciente, el desarrollo de herramientas más sofisticadas para la recopilación y análisis de

PREMs, el impulso a la medicina basada en valor, con un enfoque integral que combine resultados clínicos y experiencia del paciente y el posicionamiento de España como líder internacional en la investigación y aplicación de PREMs.

El Dr. Gabriel Mercadal, representante de FARUPEIB, comentó que "esta alianza entre NAVETA e IEXP nos permitirá consolidar nuestro liderazgo en PREMs y establecer nuevos estándares en la atención centrada en el paciente".

Por su parte, Carlos Bezos, director del IEXP, añadió: "Unir fuerzas con NAVETA nos brinda una oportunidad única para amplificar nuestro impacto en la experiencia del paciente. Juntos, estamos en una posición inmejorable para convertirnos en el referente indiscutible en PREMs".



Fundación Signo reconoce la labor de profesionales e instituciones de salud en la 22ª edición los Premios Profesor Barea

El pasado 11 de noviembre el Congreso de los Diputados fue testigo de la entrega de los tradicionales Premios Profesor Barea de Fundación Signo en su 22.ª edición. Estos galardones reconocen la labor de profesionales e instituciones públicas y privadas que contribuyen a mejorar los procesos de gestión y evaluación en salud con el desarrollo de proyectos inéditos y experiencias novedosas. Entre las cinco categorías de premio destaca la de “Impacto medioambiental de los centros sanitarios”, dirigida a proyectos que disminuyen el impacto medioambiental de las actividades sanitarias, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. De entre los casi 100 trabajos presentados en esta edición, y tras la evaluación técnica del Jurado, se han otorgado 5 premios y 7 accésits.

La presidenta del Congreso de los Diputados, Francisca Armengol, inauguró la ceremonia con un discurso

de bienvenida en el que ha estado acompañada por Josep Pomar Reynés, recientemente nombrado nuevo gerente del Instituto Catalán de la Salud y hasta ahora presidente de Fundación Signo, cargo para el que ha presentado su renuncia, tal y como ha anunciado durante los Premios. Marisa Merino, gerente de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa de Osakidetza y hasta ahora vicepresidenta, asume en adelante la presidencia de Fundación Signo.

Tras la presentación de todos los trabajos finalistas por parte de los representantes de las instituciones participantes y ante la mirada expectante de profesionales de la gestión de centros y servicios sanitarios, así como personas expertas en distintas disciplinas (economía, derecho, ciencias sociales, etc.), se ha leído el fallo del Jurado y se han entregado los galardones en cada una de las cinco categorías.



Los miembros del Jurado acompañados por los representantes de las instituciones finalistas de esta edición.



El futuro de la sanidad se escribe con la “I” de Innovación”



La presidenta de A.M.A., Ana junto con el presidente de la Organización Médica Colegial, Tomás Cobo; el tesorero de la corporación, Enrique Guilabert; y Enrique Serra, consejero delegado de CNBK Banco de Colectivos.

La presidenta de A.M.A. Grupo, Ana Pastor, ha intervenido en el acto de bienvenida de la VIII Convención de la Profesión Médica junto con el presidente de la Organización Médica Colegial, Tomás Cobo; el tesorero de la corporación, Enrique Guilabert, y Enrique Serra, consejero delegado de CNBK Banco de Colectivos, patrocinador junto con A.M.A. del evento.

En su intervención, Ana Pastor tuvo unas palabras de reconocimiento hacia la figura de Tomás Cobo, de quien dijo “nos sentimos todos los médicos muy orgullosos de que nos presidas y nos representes”, además de agradecer la labor que se está desarrollando desde la OMC en favor del profesionalismo. “Un profesionalismo entendido como hacer lo mejor

para nuestra sociedad, también para nuestra profesión pensando siempre en los pacientes”.

A continuación, se refirió a A.M.A., “esta mutua que es la casa de todos”, y anunció que su vocación, como presidenta de la mutua, es que “A.M.A. sea más universal y llegue a todos los médicos de mi país”, ha subrayado. “Mientras más seamos, más fuertes seremos”. Entre los retos del sistema sanitario, “algunos de ellos están todavía sin resolver”, Pastor citó el reto demográfico, la financiación del sistema, “que debe ser estable y suficiente”, la cohesión territorial y “la necesidad de que la sanidad sea igual para todos los ciudadanos” y, por último, la modernización de los servicios de salud, que deben estar orientados a patologías crónicas.



Una investigación de Vithas en colaboración con Microsoft avala la exactitud y eficiencia de la IA en la revisión de calidad de informes clínicos

Vithas, en colaboración con Microsoft, ha culminado un estudio pionero en sanidad que avala la exactitud y eficiencia de la inteligencia artificial (IA) en la revisión sistemática de la calidad de los informes clínicos.

El proyecto, iniciado a finales de 2023, ha evaluado la revisión por parte de la IA de casi 2.500 informes con resultados que, de consolidarse, podrían transformar radicalmente la gestión de la documentación sanitaria, mejorando la eficiencia operativa y la precisión de la información clínica, y liberando los importantes recursos humanos y económicos necesarios hoy para realizar esas tareas. En la era digital, la gestión sanitaria enfrenta el desafío constante de equilibrar la eficiencia operativa con la entrega de cuidados de alta calidad. La documentación clínica completa y precisa es esencial para la seguridad del paciente, la continuidad del cuidado y la eficacia del tratamiento. Sin embargo, la revisión manual de estos documentos es una tarea que requiere invertir importantes recursos humanos y mucho tiempo.

Para abordar este desafío, la Fundación Vithas y la dirección corporativa Asistencial de Vithas, en colaboración con la dirección corporativa de Transformación Digital de la compañía y Microsoft, han desarrollado una prueba de concepto (PoC), utilizando tecnologías basadas en Azure OpenAI Service, específicamente los modelos de lenguaje generativos GPT-3.5, GPT-4 y GPT-4.0.

Este estudio se centra en la revisión automatizada de los informes de alta hospitalaria, un documento crítico dentro de la historia clínica de los pacientes. El principal objetivo de este proyecto es investigar la eficacia y viabilidad de implementar modelos de lenguaje generativos para la revisión automatizada de documentación clínica en el ámbito sanitario. La intención es demostrar cómo la integración de esta tecnología puede optimizar el proceso de verificación de la completitud y precisión de los informes de alta hospitalaria, mejorando así la eficiencia operativa y manteniendo altos estándares de calidad en la documentación clínica.





La participación de los pacientes en la toma de decisiones, clave para la calidad asistencial, la sostenibilidad y la formación y motivación de pacientes y familiares

“La calidad asistencial es esencial para el sistema sanitario. Las direcciones médicas desempeñan un papel clave en su sostenimiento y mejora. La gestión eficiente de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos no solo garantiza mejores resultados clínicos, sino que también favorece una experiencia integral y positiva para los pacientes. Este compromiso con la calidad requiere profesionalizar la dirección médica, implementando estrategias basadas en la evidencia y promoviendo una gestión interdisciplinaria y transversal”, destacó Dulce Ramírez Puerta, vicepresidenta de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y directora de Continuidad Asistencial en el Hospital Infanta Leonor y Virgen de la Torre, durante el IV Encuentro de Direcciones Médicas, organizado por SEDISA y la Fundación Española de Directivos de la Salud (Fundación SEDISA) en el que se contó con la asistencia de 100 directivos de la salud que han asistido a conferencias y debates sobre el futuro de la innovación en enfermedades hematooncológicas, la IA y la genómica de precisión una ventaja clave en el abordaje de las enfermedades poco frecuentes y retos para el acceso equitativo y eficiente a la innovación.

“La continuidad asistencial es crucial para la calidad, por ello, es necesario que las direcciones médicas aseguren la atención de calidad tanto en primaria como especializada y hospitalaria, siendo el tránsito del paciente clave para la mejora de la eficiencia del sistema, reduciendo los errores médicos y elevando la percepción de los pacientes sobre el cuidado

recibido”, destacó. Por otro lado, señaló que la calidad no depende únicamente de los resultados clínicos “es necesario que desde las direcciones médicas se apueste por la humanización, la integración de tecnologías innovadoras como las herramientas digitales para la gestión de datos, debiendo ser las Direcciones líderes de estos desafíos”.

Los pacientes juegan un papel clave y es que su visión es de suma importancia. Por ello, “el mayor reto por el que la mayoría de organizaciones de pacientes trabajan es en su participación en los órganos de decisión”, apuntó Andoni Lorenzo Garmendia, presidente del Foro Español de Pacientes. La participación de los pacientes en la toma de decisiones se encuentra en aumento, no obstante, es necesario que “se regule su participación para así no estar dependiendo de la mayor o menor sensibilidad del convocante”. La incorporación de los pacientes no solo es crucial para el Sistema Sanitario, ya que “un agente como las organizaciones de pacientes aporta una mayor implicación y adherencia de los pacientes, permitiendo que sean corresponsables del sostenimiento del Sistema Nacional de Salud”, sino que también suponen un beneficio para los propios pacientes “las organizaciones de pacientes aportan el acompañamiento emocional, la vivencia en primera persona de paciente y su familia. Aportan la formación y motivación para la mayor y mejor implicación del paciente en su enfermedad y es el complemento perfecto para incorporar su visión a las diferentes estrategias sanitarias”.





Lo más visto en las redes

➤ **Juan Abarca Cidón**

[Nosotros a lo nuestro: #DISI](#)

➤ **Christian Cherbit**

[Antifragilidad: consíguela con 3 técnicas](#)

➤ **Alberto de Rosa**

[\(Re\)Construir el futuro](#)

➤ **Lucía Galán**

[¡Mamá, no tienes que hacerlo todo perfecto! | En defensa propia](#)

➤ **Teresa Pérez**

[Inteligencia artificial en Cuidados Paliativos](#)

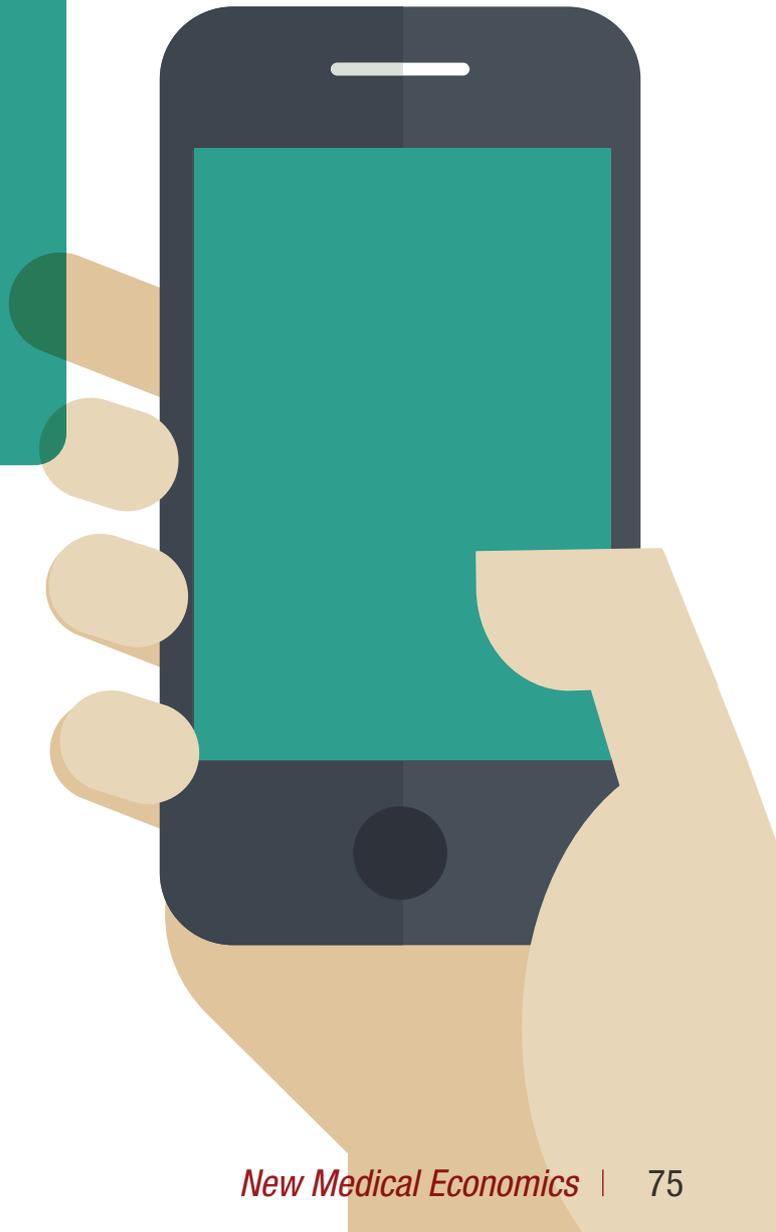
➤ **Asociación Española contra el Cáncer**

[Jóvenes, alcohol y cáncer](#)

➤ **Asociación de Economía de la Salud**

[El formato importa: comprensión de estudios económicos por público no especializado](#)

En esta sección hemos seleccionado los mejores blogs y posts de gestión sanitaria actuales, preparados de acuerdo con el perfil de nuestros lectores, que sirven de formación adicional a todos los contenidos que figuran en nuestra revista. Estos contenidos irán variando en función de su periodicidad o grado de interés.



ECONOMÍA



El aumento del gasto sanitario en crónicos exige un plan fiscal "creíble"

La Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea) insta a la puesta en marcha de una “estrategia fiscal creíble a medio plazo” que garantice la sostenibilidad de las cuentas autonómicas en un escenario de aumento de los gastos sanitarios provocado por el paulatino envejecimiento de la población, que se suma a otros conceptos aún más notorios como el incremento de los tipos de interés y una baja inversión.

“No hay que olvidar que aproximadamente el 60 por ciento de la deuda de las CCAA está en manos del Estado; sin embargo, este proceso no tendrá éxito sin la puesta en marcha de un proceso creíble de consolidación fiscal”, sostienen investigadores de Fedea en su estimación del gasto futuro en intereses de la deuda pública autonómica, en el que subraya la necesaria retirada gradual de los mecanismos de financiación de emergencia materializados a través del Fondo de Financiación de Comunidades Autónomas (FFCAA) y el Fondo de Liquidez Autonómico (FLA).

En este sentido, argumentan que las comunidades autónomas “han de ser conscientes de que el recorte vía gasto” de la deuda “resulta más que complicado

en un contexto como el actual, con gastos sanitarios y sociales al alza derivados del envejecimiento de la población, el aumento esperado del gasto en intereses y, además, el reducido gasto en inversión”.

“Por todos estos motivos, consideramos que es prioritario la puesta en marcha de una estrategia fiscal creíble a medio plazo que garantice la sostenibilidad de las cuentas públicas”, sostienen los autores del informe, cuyas predicciones apuntan a un ligero déficit del peso de la deuda autonómica sobre el PIB (0,1 por ciento del PIB) a partir de 2025 aunque también a un aumento de su coste financiero. Ello obligaría a redireccionar recursos crecientes desde otras políticas públicas a pago de intereses de la deuda, una circunstancia que Fedea cataloga como “poco deseable”.

“Las CCAA deben calibrar con mucha prudencia todas las políticas fiscales expansivas que ahora y en los años venideros pueden desarrollar -continúa- En los próximos ejercicios las CCAA deberán abordar un proceso de consolidación fiscal con el objetivo de reducir su nivel de deuda y situarlo en el 13 por ciento fijado en la LOEPSF”.

Grifols anuncia el fin de las conversaciones con Brookfield sobre la potencial adquisición

El Consejo de Administración de Grifols, compañía global del ámbito de la salud líder en la producción de medicamentos derivados del plasma, ha anunciado la finalización de las conversaciones con Brookfield Capital Partners (UK) Limited (“Brookfield”) en relación con una potencial adquisición de las acciones de Grifols.

Esto se produce tras el anuncio del 19 de noviembre por parte del Consejo de Administración de Grifols, basada en la recomendación del Comité de Transacciones, de que no recomendaría a los accionistas de la compañía aceptar una potencial oferta de Brookfield con una valoración de 6.450 millones de euros para la totalidad del capital social (que incluye tanto las acciones Clase A como Clase B). Esta valoración indicativa y no vinculante de Brookfield implicaba un precio de 10,50 euros por acción Clase A, lo que se consideró una infravaloración significativa de los fundamentales previstos y el potencial a largo plazo de la compañía.

Esta valoración está respaldada por el sólido rendimiento financiero de la compañía, tal y como se evidenció en los resultados del tercer trimestre de 2024, que demuestran los sólidos fundamentales de Grifols y su capacidad para captar una demanda global sustancial en mercados clave. Los ingresos acumulados hasta la fecha aumentaron un 9,1% a tipo de cambio

constante en comparación con el mismo periodo del año anterior, impulsados por los resultados en todas las unidades de negocio, y la sólida posición financiera. En los últimos meses, Grifols ha logrado reducir con éxito su apalancamiento, tras el pago de la deuda asegurada senior tras recibir 1.600 millones de euros por la venta de una participación de un 20% en Shanghai RAAS, además de una notable mejora en el EBITDA ajustado, que en los últimos doce meses alcanzó los 1.700 millones de euros.

El anuncio se produce después de un exhaustivo proceso de *due diligence*, en el que Grifols facilitó a Brookfield el acceso a toda la información solicitada, tanto la relativa a los datos como a la gestión de la compañía. Esto permitió realizar una evaluación informada del valor fundamental de Grifols en el contexto de una potencial oferta pública de adquisición.

El Consejo de Administración y el equipo directivo de Grifols siguen plenamente comprometidos con la ejecución del plan estratégico de la compañía, cuyo objetivo es aumentar el valor a largo plazo. En línea con este compromiso, Grifols anunciará próximamente un *Capital Markets Day*, donde presentará su visión estratégica e iniciativas clave diseñadas para conseguir oportunidades de crecimiento y mantener así un rendimiento sostenido.





Éxito del Seminario sobre Administración Pública y Empresa en el Máster de Gestión Sanitaria de la UMH

La Universidad Miguel Hernández (UMH) de Alicante acogió un destacado seminario sobre Administración Pública y Empresa, dirigido a los estudiantes del Máster Universitario en Gestión Sanitaria.

El evento incluyó una mesa redonda titulada "Experiencias en Micro, Meso y Macrogestión Sanitaria", que reunió a expertos de primer nivel del ámbito sanitario. La sesión fue moderada por José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics y contó con la participación de Luis Carretero, viceconsejero de Sanidad de Cantabria; Carlos Alberto Arenas, subdirector general de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación del Servicio Murciano de Salud; Antonio Alemany, director asistencial

del Hospital Beata María Ana; Luis Rosado, exconsejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana; y Ángel Puente, presidente del Círculo de la Sanidad. Los ponentes compartieron experiencias y análisis sobre los desafíos y logros en los distintos niveles de gestión sanitaria: microgestión (centrada en los centros de salud y hospitales), mesogestión (enfocada en las redes de servicios) y macrogestión (en el ámbito de las políticas públicas y regionales).

El seminario destacó por fomentar un debate enriquecedor sobre el futuro de la gestión sanitaria, resaltando la importancia de la colaboración entre instituciones públicas y privadas. Este tipo de iniciativas consolidan a la UMH como un referente en la formación de líderes en el sector sanitario.



Ponentes del Seminario sobre Administración Pública y Empresa en el Máster de Gestión de UMH, entre ellos José María Martínez, presidente de New Medical Economics.



La Universidad Rey Juan Carlos impulsa la primera formación universitaria en experiencia de paciente en España

La Universidad Rey Juan Carlos (URJC) ha lanzado el primer curso universitario en España dedicado a la experiencia de paciente, marcando un antes y un después en la formación sanitaria. Este innovador programa, diseñado para mejorar la atención sanitaria y colocar al paciente en el centro de las decisiones, busca no solo optimizar los resultados en salud, sino también incrementar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costes en las organizaciones sanitarias.

El curso cuenta con un cuadro docente de prestigio nacional e internacional. Entre sus profesores destacan Carlos Bezos, director del Instituto para la Experiencia del Paciente (IEXP), y Carme Ferrer, responsable de Experiencia del Paciente en el Hospital General de Granollers. También participan Dulce Ramírez, directora de Continuidad Asistencial del Hospital Infanta Leonor; Olga Isidoro, coordinadora de Patient Centricity en Amife; y José Miguel Cacho, CEO de Curae Salud.

El Dr. Carlos Goicoechea, catedrático de Farmacología de la URJC y director académico del curso, subraya la relevancia del programa: "Este curso responde a una necesidad urgente del sistema sanitario español. La calidad y experiencia de nues-

tros docentes garantizan que los participantes adquieran las herramientas necesarias para implementar estrategias centradas en la experiencia del paciente".

Irene Tato, directora de Relaciones Institucionales y Formación de IEXP, resalta el carácter práctico de la formación: "Esta colaboración entre la URJC y los expertos en experiencia del paciente ha dado lugar a un programa único, que combina teoría y práctica de forma aplicada. Los participantes podrán implementar inmediatamente los conocimientos adquiridos en sus centros de trabajo". El curso está estructurado en cinco módulos temáticos que abarcan desde los fundamentos teóricos de la experiencia del paciente hasta su aplicación en áreas clínicas, investigación y tecnología sanitaria. El formato 100% online permite a los participantes adaptar el aprendizaje a su ritmo, combinando materiales interactivos, vídeos formativos y masterclass en directo.

Este curso representa un avance significativo en la evolución de la atención sanitaria en España, promoviendo un enfoque centrado en el paciente y apoyando la transformación hacia un sistema de salud más eficiente y humanizado.





La Consejería de Sanidad acredita a Vithas Las Palmas como Hospital Universitario

Vithas Las Palmas ha sido acreditado como Hospital Universitario por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias para formar a estudiantes de Medicina, Enfermería y Fisioterapia de la Universidad del Atlántico Medio.

Este hito, presentado en un acto celebrado hoy en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, ha estado presidido por la consejera de Sanidad, Esther Monzón; y ha contado con la presencia del consejero de Educación, Formación Profesional, Actividad Física y Deportes, Poli Suárez, y el director general de Universidades e investigación, Jafeth Alonso en representación del Gobierno de Canarias. Por parte de Vithas han asistido el presidente del grupo, Jorge Gallardo; el director general, Dr. Pedro Rico, el director corporativo asistencial, David Baulenas, y el director gerente de Vithas Canarias, Gilberto Vega. La Universidad del Atlántico Medio (UNAM) ha estado representada por su presidente, Jacinto Artilles y su rectora, Ana María González. Junto a ellos, numerosos invitados de instituciones públicas y privadas, del ámbito sanitario, docente y de la sociedad civil grancanaria, así como una nutrida representación del centro sanitario.

Esta acreditación, alcanzada gracias a la colaboración con la Universidad del Atlántico Medio, permite que estudiantes de Medicina, Enfermería y Fisioterapia desarrollen en el Hospital Vithas Las Palmas



sus prácticas clínicas. Lo harán en un ámbito docente totalmente inmersivo, en el mismo entorno laboral donde podrán desarrollar sus futuras carreras como profesionales. Para ello cuentan con equipamientos de última generación que servirán para que los alumnos puedan formarse con las mayores garantías y de acuerdo con los requisitos del campus universitario.

Con esta acreditación, el Hospital Universitario Vithas Las Palmas refuerza su compromiso con la excelencia asistencial, la formación y la investigación, de forma que, además de su labor como referente en la atención sanitaria, se convierte en un centro clave para la formación de las nuevas generaciones de profesionales sanitarios.

La **revista**
con toda la información
necesaria
para conocer el
mundo
empresarial



SECTOR EJECUTIVO

Paseo de Santa María de la Cabeza, 42 ■ 1.º ■ 28045 MADRID (España) ■ Telf. +34 91 539 28 50

www.sector-ejecutivo.com ■ sectorejecutivo@telefonica.net

BIBLIOTECA



La Revolución Silenciosa: Inteligencia Artificial Generativa en entornos de Negocio

Rafael Areses

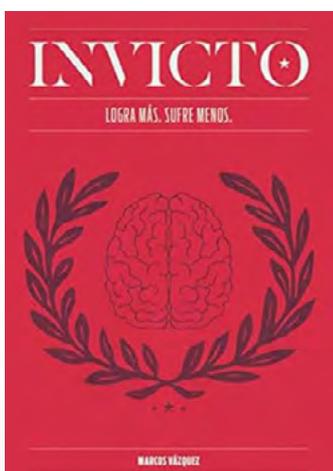
Este libro enseña las claves para comprender cómo la IA generativa está cambiando las reglas del juego en el mundo de los negocios y cómo puede ser aprovechada por las empresas para optimizar sus procesos, ahorrar tiempo y maximizar beneficios.

Desde marcos conceptuales de trabajo sencillos y consistentes, abordará estrategia, herramientas de IA, empleo, modelo de negocio y consideraciones personales para abordar esta revolución silenciosa que ha empezado haciendo ruido pero que se irá incorporando sin darnos cuenta en nuestras vidas. Esta nueva forma de relacionarnos con la tecnología, que ya es nuestro presente real donde habitaremos los próximos años.



Invicto: Logra Más, Sufre Menos

Marcos Vázquez



Este libro te ayudará a usar tu mente para mejorar tu cuerpo, pero va en realidad mucho más lejos. No es una simple guía para optimizar los hábitos de cada día, sino que pretende orientar tu propia filosofía de vida. Las herramientas que desarrollarás te ayudarán con cualquier cosa que quieras lograr. La vida siempre es más sencilla con claridad, determinación y disciplina. *Invicto* combina filosofía estoica con psicología moderna para ayudarte a enfrentar tus problemas y vivir según tus propias reglas. El estoicismo se ha convertido en la filosofía más popular entre atletas y emprendedores, y en este libro entenderás los motivos.

New Medical Economics

La revista
líder de
gestión
sanitaria



Suscripción gratuita
Newmedicaleconomics.es