

Distribución de camas hospitalarias en España: ¿justa o desigual?

En profundidad:

La sanidad en tiempos de incertidumbre

Experiencia del paciente:

Arquitectura centrada en el paciente

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos

Alfonso Jaén, Margarita

Directora del Observatorio de Sanidad de El Español e Invertia

Álvarez Novoa, Iria

Government Affairs and Market Access Director de Astellas Pharma

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)

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

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 honorario de la Fundación 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

Pey Sanahuja, Jaume

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

Polo García, José

Presidente de SEMERGEN

Poveda Andrés, José Luis

Gerente de la Agrupación Sanitaria Interdepartamental (ASI) Valencia Sur

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 EJECUTIVO

José M^a Martínez García

DIRECTOR GENERAL

Antonio Franco Fernández-Conde

CONSEJERO TÉCNICO

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

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

EDITA

HEALTH ECONOMICS, S.L.
ISSN: 2386-7434

COLABORADORES EXPERTOS

POLÍTICAS SANITARIAS

Rafael Areses Gómez, Director de Director de tecnologías emergentes en Alebat. Consultor de empresas de tecnología.



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



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 EnferConsultty 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, Consejo Asesor Salud Pública OMS.



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



José María Juárez Arias, Doctor en Derecho y Economía.



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



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



Rosa María Piñeiro Albero, PhD CEO de ADeNfermero | Fundadora de Cuidar. RED Experta en Cuidados Personalizados de Precisión y Terapias Digitales.



Mar Rocha Martínez, Tesorera del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.



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, RRII y Acceso en OAFI y asociado en AECOSAR.



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



Andoni Lorenzo Garmendia, Presidente del Foro Español de Pacientes.



Mercedes Maderuelo Labrador, Periodista especializada en salud y colaboradora de EUPATI-España



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



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

David Castro González, Director del Departamento de Proyectos I+D+i. IDavinci - Consultora de Innovación.



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 Init) y Cofundador de Health 2.0 Basque.



MARKETING SANITARIO

Marta Irazo 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).



Gonzalo Martínez Guijarro, Site Contract Specialist en Syneos Health prestando servicios para Novartis. Profesor del Máster Universitario en Derecho Sanitario (UNIR).



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.



Jaime Puente y C., Socio Director de BESideU.



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).





Every single
day is about
**Changing
tomorrow.**

Estamos comprometidos en dar respuesta a las necesidades no satisfechas de los pacientes, a través de nuestra experiencia en oncología, urología y trasplante.

Mediante técnicas de investigación innovadoras avanzamos en otras áreas terapéuticas, incluyendo neurociencia, oftalmología, nefrología, salud de la mujer, inmunología y enfermedades musculares.

Nuestra responsabilidad es transformar la innovación científica en valor para nuestros pacientes.

Más información sobre nosotros en:
www.astellas.com/eu
www.astellas.com/es

 **astellas**
Changing tomorrow

- 6 Con ojo clínico**
El valor de los talentos
- 10 Entrevista**
Ricardo De Lorenzo y Montero, presidente de Honor de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)
- 14 En profundidad**
Ahora que de casi todo hace 20 años
La epidemia de los *vapers* en niños y adolescentes: venta online para niños menores de 8 años
Los dilemas de la sanidad en tiempos de incertidumbre
New Medical Economics reconoce a la Comunidad Valenciana como "Comunidad Autónoma más innovadora"
- 24 Entrevista**
Dr. Josep M. Pomar Reynés, director gerente del Institut Català de la Salut (ICS)
- 29 En profundidad**
Desafiando las probabilidades: acelerando el acceso a tratamientos que cambian la vida de pacientes con enfermedades raras
¿Radioterapia como tratamiento de artrosis?
- 34 Experiencia del paciente**
Arquitectura centrada en el paciente: transformar los espacios para mejorar la experiencia sanitaria
- 38 Nuestros encuentros con expertos**
La optimización del proceso asistencial en el cáncer urotelial, a debate en Castellón
- 44 Gestión**
Gestión es acción: Maurice Blondel como marco conceptual
- 48 Primera plana**
Y si analizamos el número de camas hospitalarias (públicas y privadas) por comunidad autónoma. ¿Están bien distribuidas?
- 56 RRHH-Gestión de personas**
Los abuelos, los ancianos y nuestra conciencia
- 60 Salud digital**
Humanos sintéticos, una nueva frontera tecnológica
Quien dijo que el cambio era fácil, no se enfrentó a ello...
- 68 Enfermería**
Digital Health Opinion Leader (DHOL): las nuevas voces que están transformando la comunicación en salud
- 71 Marketing sanitario**
Lo que no enseñaron a los médicos tras salir de la facultad: las ventas
- 73 Noticias**
- 78 Artículos NME más leídos en el mes**
- 79 Economía**
- 84 Sanidad autonómica**
- 89 Biblioteca**



El valor de los talentos

José María Martínez García

Cuando aún era muy niño, yo no sabía si tenía o no talento. Mis preocupaciones básicas, como hijo único dentro de una familia modesta y muy trabajadora, eran ir al colegio y jugar al fútbol, más o menos.

Posiblemente, ni sabría interpretar la palabra “talento” pues, a ojos de todos, entonces, o eras listo o tonto.

Quizás, la primera vez que oí, y con mucha frecuencia, pese a no ir a ningún colegio religioso, esa palabra, fue escuchando la Biblia, el libro sagrado del cristianismo, y la muy conocida parábola de Jesús al respecto.

Ya me resultó curiosa, pero, evidentemente, la asocié solo con una moneda de cambio de la época para los hebreos.

Solo como curiosidad, en el Antiguo Testamento, un talento equivalía a cerca de 34 kg. de plata y en el Nuevo Testamento a casi 22 kg. de plata actuales, y su antigüedad data de la remota Babilonia.

Pero, su valor para la Iglesia siempre ha ido mucho más allá, y no era monetario. Es el de una clase de mayordomía (“responsabilidad en el reino de Dios”). La parábola de los talentos enseña que, si servimos bien en nuestra mayordomía, se nos darán mayores responsabilidades; pero, si no servimos como es debido, se nos quitará dicha mayordomía.

Dentro de las organizaciones empresariales actuales, las sanitarias también, el término talento humano fue acuñado por Peter Drucker, quien afirmó que lo importante del conocimiento e inteligencia de los individuos es su capacidad para producir riqueza. Además, definió el talento humano como los programas de formación que buscan mejorar el rendimiento.

Queda suficientemente claro que hay una gran diferencia con tener un don, pues este es un privilegio de nacimiento; es una habilidad por la cual la persona, cuando nace, ya tiene una predisposición, mientras que el talento se consigue trabajando.

Por esto, se generan valores que, incorporados como hábitos, se convierten en virtudes, y estas generan un enorme capital adicional para las personas.

Quizás por eso, ha habido grandes mutaciones en las denominaciones de los profesionales que se ocupan de su desarrollo, desde que se llamaban directivos de personal, hasta ahora que se habla de responsables del capital de talento interno de esas organizaciones sanitarias.

O sea que, como vemos, aunque los orígenes y utilidades son muy diferentes (religión-empresa), ambas interpretaciones confluyen en la palabra mágica: el valor. Esto es muy importante, no lo olvidemos.

El capital humano en la sanidad de España representa un pilar fundamental para el funcionamiento

efectivo del sistema de salud que, como sabemos, es considerado, sin duda, como uno de los más avanzados a nivel global, formando un contexto de acceso universal, financiación pública y una amplia red de servicios que cubren las necesidades sanitarias de la población.

Cuando hablamos del capital humano en la sanidad, el concepto general es igual que en otras áreas, o sea, el conjunto de habilidades, conocimientos, experiencia y competencias que poseen las personas que trabajan en este sector.

Incluye a médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, fisioterapeutas, administrativos y gestores, entre otros, y no solo es fundamental para proporcionar atención directa a los pacientes, sino también para garantizar el buen funcionamiento del sistema en su conjunto.

En España, el capital humano en sanidad adquiere una importancia crucial debido al envejecimiento de la población, al aumento de enfermedades crónicas y a la creciente demanda de servicios de salud. Estas tendencias demográficas y epidemiológicas exigen una fuerza laboral bien preparada, motivada y suficientemente numerosa, para responder a las muy exigentes necesidades del sistema.

Afortunadamente, el sistema sanitario español cuenta con una plantilla extensa y altamente cualificada. Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2022 había aproximadamente 800.000 profesionales trabajando en el sector, incluyendo tanto personal sanitario como no sanitario. Esta plantilla se enfrenta a importantes problemas. Anticipo ya:

- Falta de personal en algunas especialidades: existen áreas de la medicina, como la pediatría o la medicina familiar y comunitaria, donde se ha identificado una escasez de profesionales, especialmente en zonas rurales o poco pobladas.
- Envejecimiento: una proporción significativa del personal sanitario está próxima a la jubilación, lo que podría generar un déficit de profesionales en los próximos años.
- Condiciones laborales: aunque el sistema de salud es público y garantiza estabilidad, en muchos

“

El capital humano en la sanidad de España representa un pilar fundamental para el funcionamiento efectivo del sistema de salud

”

casos, existen quejas sobre la precariedad laboral, especialmente entre los profesionales más jóvenes y aquellos con contratos temporales.

- Sobrecarga laboral: los altos niveles de demanda de servicios, exacerbados por la pandemia de la COVID-19, han generado una sobrecarga significativa en el personal, con consecuencias negativas para su salud mental y bienestar.

Uno de los puntos fuertes de este capital humano en España es su sistema de formación. Los profesionales sanitarios se forman en universidades y centros de excelencia, completando largos periodos de formación teórica y práctica.

En el caso de los médicos, el sistema de formación especializada (MIR), es ampliamente reconocido por su rigurosidad y calidad a nivel internacional.



La formación continua también es esencial. Dado que la medicina está en constante evolución, los profesionales necesitan actualizar sus conocimientos y habilidades regularmente. En España, tanto los colegios profesionales como las propias instituciones sanitarias ofrecen programas de educación continua, talleres y cursos especializados.

Pero esto es un punto débil en este momento para el sistema pues, a mi modo de ver, no es muy seguido por los profesionales, muchas veces desbordados de trabajo, y quedan a expensas de la buena formación que siempre les ha dado la industria farmacéutica, aunque, claro esta, de forma interesada.

Para resolver los problemas descritos líneas atrás, el capital humano en la sanidad española se enfrenta a diversos desafíos que requieren atención urgente:

- Planificación y gestión de recursos humanos. Es uno de los principales retos a largo plazo del personal sanitario. La falta de previsión en términos de jubilaciones, formación de nuevos profesionales y necesidades futuras puede llevar a desequilibrios en la oferta y la demanda de servicios.

Es necesario implementar sistemas de planificación basados en datos, y proyecciones fiables, para garantizar que haya suficientes profesionales en todas las áreas y regiones.

- Retención del talento. Esto es una preocupación constante en España, pues hay, por ejemplo, un déficit de 4.500 médicos de familia, y en los próximos años, faltarán mil más. Las plantillas están un 10% por debajo de lo que sería necesario para cubrir la demanda.

En España, se gradúan más médicos que nunca y, siguen faltando, lo que dice que el mercado laboral no es atractivo, y este hecho, en general, tiene una aparentemente sencilla solución para retener la fuga de talento hacia otros países, sobre todo de la Unión Europea: mejorar los sueldos y las condiciones laborales de los profesionales, sobre todo en zonas de difícil cobertura.

Porque el éxodo de profesionales sanitarios hacia otros países de la Unión Europea se produce de forma creciente, donde se ofrecen mejores condiciones laborales, salariales y de desarrollo profesional.

Y es cierto que, sobre todo en el caso de los médicos, se van menos profesionales al extranjero que los que llegan.

Esto podía ser positivo en la balanza para paliar ese déficit de médicos que existe, pero la cualificación de los foráneos es inferior, y no vale con el simple hecho de bajar el nivel de requisitos de validación de estu-

dios..., eso es disminuir la calidad y el servicio a los pacientes. Sigue siendo una fuga de talento.

En el caso de las enfermeras es diferente. No hay apenas entrada de ellas desde otros países, y la sangría de talento se agudiza mucho más.

- Bienestar y salud mental del personal. La pandemia de la COVID-19 puso de manifiesto los altos niveles de estrés y desgaste emocional entre los trabajadores sanitarios.

Problemas como el *burnout*, la ansiedad y la depresión son comunes en el sector, y requieren intervenciones específicas, como programas de apoyo psicológico, mejora de las condiciones laborales y reducción de las cargas de trabajo.

- Digitalización y nuevas tecnologías. La incorporación de nuevas tecnologías en la sanidad, como la inteligencia artificial, la telemedicina y los sistemas de gestión electrónica, están transformando la forma en que se prestan los servicios de salud.

Esto exige que los profesionales sanitarios adquieran nuevas competencias digitales, y que el sistema invierta en formación específica en estas áreas.

- Equidad territorial. En algunas regiones de España, especialmente en zonas rurales o menos desarrolladas, la disponibilidad de profesionales sanitarios es limitada. Esto genera desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Es crucial implementar incentivos y estrategias para atraer y retener personal en estas áreas.

El gobierno español y las comunidades autónomas han implementado diversas políticas y programas para abordar los retos mencionados y compensar muchas de estas carencias mostradas, pero todavía no se ven resultados muy tangibles, al menos a nivel nacional.

Como conclusiones, el capital humano es el corazón del sistema sanitario español. Su papel es esencial para garantizar que todos los ciudadanos reciban una atención de calidad, independientemente de su lugar de residencia o su situación socioeconómica. Es el

principal valor a defender de nuestro sistema y hay mucho por hacer.

Sin embargo, para mantener y fortalecer este recurso, es necesario abordar de manera proactiva los retos actuales y futuros, que hemos visto anteriormente, desde la planificación correcta de recursos humanos, hasta la mejora de las condiciones laborales y la incorporación de nuevas tecnologías.

Tenemos que frenar la decadencia de la sanidad española actual que es, cada día, más acelerada. La única manera de solventar esto es pagar más y cumplir la normativa que obligan a cumplir a todas las empresas privadas de otros sectores: hacer fija a una persona que lleva trabajando más de dos años con contrato temporal.

La colaboración entre el gobierno, las comunidades autónomas, las instituciones sanitarias y los propios profesionales es clave para lograr este objetivo.

A ver si lo conseguimos entre todos. Egoístamente, en negativo, quien se perjudica más es la atención al paciente en España ya que, si las condiciones laborales de los sanitarios no son las adecuadas, estos están descontentos y ello se traduce en un mal desempeño laboral.

Si tú pagas poco, pones un filtro de calidad de trabajadores bajo. Es indudable que habrá sanitarios buenos, pero los mejores se van a otros países. España es de los que peor paga de Occidente y, así, no va a atraer a los mejores médicos del mundo ni siquiera a los propios.

Y para hacer el corolario, y cerrar este artículo, voy a utilizar un argumento típico de un buen marketing, una frase preciosa, y a la que todos debemos aspirar a llevar dentro de nosotros en esta materia y ser partícipes: "Hay que dotar a nuestros hospitales públicos y privados de un branding fuerte para que todos los profesionales sintamos mayor orgullo por trabajar, en y con, ellos".

Presidente ejecutivo de New Medical Economics

jmmartinezgar@gmail.com



ENTREVISTA

Ricardo De Lorenzo y Montero: una vida dedicada al Derecho Sanitario

Los inicios de una vocación inquebrantable



Definido en el sector como “el abogado de los médicos”, con una trayectoria profesional que supera el medio siglo, ha sido testigo y protagonista del desarrollo del Derecho Sanitario en España. Su pasión por la abogacía no es solo una cuestión de oficio, sino una vocación arraigada en su historia familiar y en su compromiso con la justicia dentro del ámbito sanitario. Su padre, miembro de la carrera judicial y fiscal tuvo una gran influencia en su dedicación profesional, lo que sin duda influyó en su valoración hoy como una de las figuras más influyentes en la regulación y defensa del sector médico en España.

Desde sus primeros pasos en la profesión, De Lorenzo comprendió que la práctica del Derecho exigía mantener la razón sobre la emoción, pero sin perder la humanidad en la defensa de sus clientes. Durante estos años, ha representado a miles de médicos y profesionales sanitarios, ayudándolos a sortear los desafíos legales que enfrentan en su labor diaria.

Su dedicación siendo jurista y Académico de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación ha merecido su ingreso como Académico de la Real Academia Nacional de Medicina de España, e igualmente de la Academia Médico Quirúrgica Española o de la Academia de Estudios Odontológicos de España. De Lorenzo también es miembro de nuestro Consejo Editorial.

Para comenzar, ¿cómo describiría la evolución de su carrera y los hitos más relevantes en su trayectoria profesional?

Este año he cumplido 50 años de ejercicio profesional, y eso me hace sentir privilegiado. Primero, por haber tenido la suerte de ganarme la vida haciendo aquello que más me satisface y trabajar por vocación en el complejo ejercicio del Derecho, en mi caso Sanitario, representando y defendiendo derechos de los profesionales sanitarios. En este desarrollo, se debe mantener al margen las emociones e intereses particulares y actuar en función de argumentos, estudios, conocimientos y pericia para ejercer la mejor defensa al justiciable. Ha sido y es mi pasión ser abogado.

Cincuenta años le han permitido ser testigo de numerosos cambios en la sanidad y el derecho. ¿Qué ha significado para usted esta experiencia?

Me ha permitido ser testigo de excepción de la historia y evolución de la sanidad en nuestro país, de conocer a sus protagonistas, muchas de ellas que ya no están; de épocas, de modas, de contextos, de haber estado tras muchas novedades legislativas, de sentencias que parecía que iban a cambiar la faz de la Tierra. También de procesos políticos y de profundas transformaciones sociales y, de alguna manera, de influir en los acontecimientos.

Menciona la idea de influencia en su trayectoria. ¿Cómo la define en su ámbito?

La influencia es algo distinto al poder, que les corresponde a los cargos elegidos. Con esa influencia he podido contribuir, desde el ejercicio de la Abogacía y el estudio del Derecho Sanitario, a ayudar en cierta forma a moldear la sociedad, teniendo memoria para recordarlo con detalle.

En el ejercicio de la abogacía, los resultados pueden ser diversos. ¿Cómo ha vivido los distintos desenlaces de sus casos?

He ganado asuntos, perdido y empatado. Entendiendo esto último en aquellos casos en que, reclamando una cantidad, una indemnización o un determinado reconocimiento de derecho, obtenías un reconocimiento parcial, aunque substancialmente provechoso para el cliente.

Su labor se ha centrado en la defensa de profesionales sanitarios. ¿Cómo es vivir esa relación con sus clientes?

A un abogado se va a descargar un problema y a pedir ayuda. Cada uno de los miles, y digo bien miles, de médicos y profesionales sanitarios que se han sentado frente a mí para encomendarme un asunto, han traído a mi vida “una línea o un renglón torcido” del texto de su vida profesional: errores, fracasos, efectos adversos, reclamaciones injustas con valoraciones erróneas... Sobre esos problemas, como abogados, debemos escribir una historia derecha, ese es nuestro trabajo y por eso se le llama Derecho.

Pasemos a su contribución en el ámbito legislativo. ¿En qué proyectos ha participado activamente?

Desde el Legislativo he tenido la oportunidad de participar en las Comisiones de Redacción de numerosos anteproyectos de textos legislativos, códigos deontológicos y estatutos colegiales. Fui redactor, entre otros, de la Reglamentación del Tribunal de Mediación, Conciliación y Arbitraje en materia de Responsabilidad Sanitaria de la Comunidad de Madrid en 1999, a iniciativa del Decano del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid, Luis Martí Mingarro. También trabajé en el Anteproyecto de Estatuto Marco de Personal del Sistema Nacional de Salud en 1987, previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en representación del ámbito médico. Trabajos que fueron los precedentes de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En relación con el Estatuto Marco hoy en día en revisión, ¿qué impacto tuvo la influencia desde el ámbito judicial de sus pleitos laborales a favor de los médicos? ¿Y cómo afectó las directivas europeas en la legislación nacional?

Los trabajos a los que me he referido fueron los precedentes de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, hoy precisamente como bien dice en examen, en la que se lleva a cabo la transposición al sector sanitario de dos directivas de la Comunidad Europea relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación

de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos, las Directivas 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y 2000/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000.

Es evidente que aquellos pleitos cuyas defensas dirigí obteniéndose la retribución de las guardias médicas que no eran gratificadas, su prorrateo en las pagas extras o vacaciones, o el descanso mediante la limitación de la jornada laboral tuvieron gran importancia pues conllevó la elaboración del Real Decreto 3110/1977, de 28 de octubre, estableciéndose una primera regulación de los turnos de guardia y localización, mediante la reforma del artículo 31 del Decreto 3160/1966, del Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.

Nos consta su especial sensibilidad en el desarrollo normativo de la autonomía del paciente, que usted ha definido como una nueva cultura ¿podría contarnos sus trabajos y participación en este apartado? ¿Es cierto que es autor de la mayor parte de los consentimientos informados que firmamos en los hospitales y consultas?

No, no, por favor. Tuve la suerte de participar en las reuniones del comité de redacción en el Ministerio de Sanidad de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dedicando posteriormente muchas de mis publicaciones a su desarrollo.

A lo que usted se refiere y sí, es algo de lo que me siento especialmente más satisfecho en mi carrera es haber podido colaborar con las principales figuras de la Medicina y la práctica totalidad de las sociedades científicas sanitarias, en los primeros documentos de consentimiento informado que se vienen utilizando en nuestro país por especialidades, no genéricos, incluyendo la información adecuada de los más importantes procesos clínicos asistenciales, con sus variantes, singularizados desde el ámbito médico.

Así, vieron la luz los primeros libros sobre información y consentimiento, un total de 40, realizados por un Jurista con Médicos, y con ellos fueron incorporándose en las consultas, clínicas y hospitales.

A la satisfacción personal de ir viendo a través de estos documentos el perfeccionamiento del cambio



de mentalidad, de creencias, de hábitos en nuestros excelentes médicos, y de formación, aprovechándolos y utilizándolos como un medio para potenciar y mejorar el mutuo diálogo entre médicos y enfermos, se unió la de ver como la institución del consentimiento informado y de la información en sí misma como proceso dialógico, ha experimentado en la jurisprudencia una importante evolución tanto normativa, desde la primitiva concepción del consentimiento informado hasta la actual Ley 41/2002, evolución ésta que, en mi criterio, culmina en la consideración de dicha institución como un derecho directamente conectado con los derechos fundamentales a la vida, la integridad física y la libertad.

¿Que tuvo que ver con la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias? ¿Cómo fue ese proceso?

Tuve la oportunidad siendo ministra Doña Ana Pastor de participar en su redacción con el jurista Ignasi Pidevall i Borrell, con Jaume Aubá Marimon, entonces director general de Recursos Humanos de Sanidad. Fue un honor poder colaborar en ese periodo ministerial, febril a nivel legislativo, donde se coordinaron los primeros pasos de un Sistema Nacional de Salud con todas las competencias transferidas a las comunidades autónomas.

¿Qué puede decirnos sobre el baremo de Daños Sanitarios? Usted ha expresado su preocupación por la ausencia de un baremo específico en el ámbito sanitario.

En efecto he formado parte de las comisiones encargadas de redactar los anteproyectos de este baremo de Daños Sanitarios, siendo el último el "Anteproyecto de la ley de Baremo de Daños Sanitarios" en 2018.

La importancia del baremo específico de daños sanitarios cobra aún más relevancia con la nueva Ley de Eficiencia Procesal, ya que ambos instrumentos están orientados a mejorar la seguridad jurídica, agilizar la resolución de conflictos y reducir la litigiosidad en los tribunales.

La implementación del baremo de daños sanitarios junto con la Ley de Eficiencia Procesal supondría un avance clave en la justicia sanitaria. No solo se protegerían mejor los derechos de los pacientes, sino que se reducirían los conflictos judiciales y se daría mayor seguridad jurídica a los profesionales sanitarios y aseguradoras.

Para cerrar, hablemos de la Asociación Española de Derecho Sanitario, que usted fundó y es actualmente Presidente de Honor.

Haber fundado y presidido la Asociación Española de Derecho Sanitario, hoy con más de treinta y un años de actividad asociativa, paralela a los mismos años de evolución constitucional en el ámbito de salud, con una intensa actividad divulgativa y de encuentro entre la Sanidad y el Derecho (30 Congresos Nacionales y 3 Internacionales), y su importante aportación en trabajos, artículos, libros, codificaciones e informes para el sector, es algo que cuando haces balance reconforta cualquier esfuerzo que hayas realizado, aunque no individualmente, pues he contado con los mejores compañeros de viaje posibles, en mis juntas directivas.

Su aportación al desarrollo del Derecho Sanitario no solo ha sido a nivel nacional, sino también a nivel internacional ha sido determinante, pues con la aprobación de su protocolo fundacional, de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, en el año 1999 en la histórica aula Ramón y Cajal del Colegio de Médicos de Madrid, se han ido vertebrando asociaciones de Derecho Sanitario de países hermanos como Chile, Argentina, Perú, Méjico, Portugal, República Dominicana, así como la colaboración con otras entidades como la francesa " Institut International de Recherche en Étiqne Biomédicale (IIREB)", que

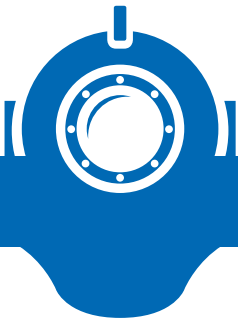
preside la Profesora de Medicina Legal Anne-Marie Duguet, de la Universidad Paul Sabatier Toulouse, o la Asociación Mundial de Derecho Médico.

Creo sinceramente que la participación de la Asociación en el debate y colaboración en el orden legislativo sanitario a través de su participación en seminarios, jornadas y reuniones sobre problemas candentes en el derecho Sanitario ha sido muy amplia tanto en el ámbito nacional como en el Internacional e incluso en órganos consultivos como el Consejo Asesor de Sanidad, promoviendo y asumiendo compromisos de colaboración con instituciones relevantes como el Defensor del Pueblo, del Paciente, o el Consejo General del Poder Judicial .

En el ámbito docente la creación y Dirección de los Másteres Universitarios en Derecho Sanitario inicialmente de la Universidad CEU San Pablo, y actualmente la Universidad Camilo José Cela ya en su décima primera edición, el Premio Nacional de Derecho Sanitario, en su novena edición y la proyección Iberoamericana de la especialidad, me sigue animando hoy como Presidente de Honor y asociado de base a seguir trabajando en lo que ha sido y es mi vida como el Derecho Sanitario, y aunque el futuro se nos muestre lleno de incertidumbres, a no parar, seguir predicando valores como el del esfuerzo, la productividad, el compromiso, que son las claves para un futuro mejor y para el progreso que debe llevarnos a que los profesionales trabajen seguros, a que los usuarios alcancen un alto grado de satisfacción en los cuidados de salud, a que los juristas, encontremos soluciones simples, justas y asequibles y a que la Administración desarrolle, de acuerdo con las Leyes, las medidas necesarias para que todo eso sea posible y proporcione los medios más adecuados, accesibles y eficaces.

Después de 50 años en la profesión, ¿qué le motiva a seguir adelante?

Pues muy sencillo, me motiva saber que aún puedo aportar mi experiencia y ayudar en lo que pueda y sea posible en la búsqueda de soluciones en un campo en constante evolución como es el Derecho Sanitario. La justicia en salud sigue siendo un reto y un compromiso. Mientras pueda contribuir, y Dios quiera, seguiré adelante.



Ahora que de casi todo hace 20 años

José María Juárez Arias

En el sistema sanitario español, como dijo Jaime Gil de Biedma, “de casi todo hace ya 20 años”¹. Y quien dice 20, puede decir 30, 40 e incluso 50.

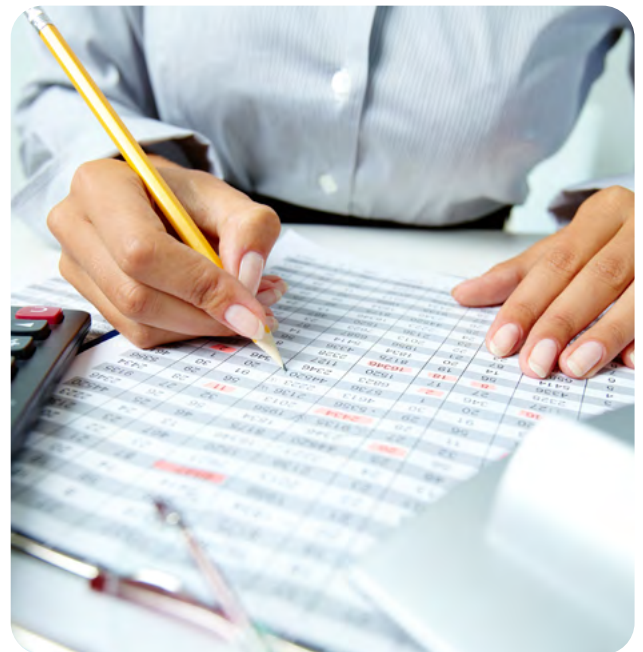
Poniéndonos en modo rearview window, en poco se parece el Sistema Nacional de Salud (SNS) de hoy al seminal que dispuso la Ley General de Sanidad² en 1986 y fue estructurado con la Ley de Cohesión y Calidad³ de 2003; las “nuevas formas de gestión” habilitadas en 1997⁴ y ⁵ ya no son precisamente disruptivas, y la situación presente de los profesionales es bastante dispar a la existente cuando entró en vigor la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en 2003⁶.

Cabe también hacer mención al mutualismo administrativo, creado en 1975⁷ y llevado al límite en los últimos tiempos⁸; señalar que la agencia estatal contemplada en la Ley General de Salud Pública de 2011⁹ sigue pendiente¹⁰, e incluso preguntarse por qué el reglamento de funcionamiento del Consejo Interterritorial -aprobado en 2003¹¹- sigue sin adaptarse a lo fijado para las conferencias sectoriales en la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público de 2015¹².

Aun siendo conscientes de estas y otras muchas obsolescencias existentes -véanse, por ejemplo, las conclusiones y propuestas del Informe Abril de 1990¹³ o las del dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica el Congreso de los Diputados de

2020¹⁴, las reformas estructurales requeridas siguen siendo asíntotas, es decir, continúan sin materializarse en un SNS muy alejado de su prime y cada vez más crepuscular.

En un entorno sociodemográfico, epidemiológico y económico como el actual, cuya complejidad va a más, involucionando de lo VUCA¹⁵ a lo BANI¹⁶, el SNS lleva tiempo abocado a aquello de “renovarse o morir”, aunque la reestructuración -el mutatis mutandis del modelo- ha de hacerse inevitablemente -insisto¹⁷ y ¹⁸- desde el consenso, la coordinación y las sinergias.



Frente a la crispación sin precedentes que está generando en las últimas semanas la actualización del Estatuto Marco¹⁹ -también de 2003²⁰- o el proceso sine die que está conllevando la nueva Ley del Medicamento -cuya última versión es de 2015²¹-, es imprescindible el consenso real entre las administraciones competentes con arreglo a la descentralización competencial concluida en 2001²², así como una coordinación plena con todos los actores implicados: los pacientes, como razón de ser del sistema que son; los profesionales, esto es, el principal activo del modelo, y la iniciativa privada -asistencial e industria farmacéutica/tecnológica-, que es una aliada estratégica para la consecución del SNS del siglo XXI que ya debería ser tangible y estar activo.

En paralelo, y en lo que a las citadas sinergias se refiere, la transformación ha de hacerse en consonancia con las decisiones que se tomen en la Unión Europea sobre la gestión y el uso de los datos, la referida farmacia, las enfermedades más prevalentes..., teniendo además en cuenta experiencias reformistas desarrolladas recientemente en estados miembro como el “consejo estratégico” creado en Francia en 2021²³ o el “equipo independiente al Gobierno” impulsado en Portugal en 2023²⁴.

Volver “a ser joven”

Si según pregonan algunos, “fortalecer la sanidad como una de las joyas de la corona de nuestro Estado de Bienestar” es realmente un objetivo prioritario²⁵, una ‘cuestión -precisamente- de Estado’, los progresos deben producirse cuanto antes, con todos los recursos requeridos y en la dirección pertinente.

Cierto es que el contexto político de crispación permanente que padecemos y las ya recurrentes prórrogas de los Presupuestos Generales del Estado²⁶ convierten el escenario actual en el menos propicio para los cambios exigidos, pero para el SNS, como también poetizó Gil de Biedma²⁷ y musicalizó Loquillo²⁸, “ha pasado el tiempo y la verdad desagradable” de no estar adaptándose a las necesidades sanitarias de los españoles “asoma” desde hace demasiado, siendo más que urgente hacer cuanto se precise para que “envejecer, morir” no sean “el único argumento de la obra” de nuestra sanidad; para que pasen otros 20, 30, 40... años más y el SNS pueda volver “a ser joven”.

“

El contexto político de crispación permanente y las ya recurrentes prórrogas de los Presupuestos Generales del Estado son el escenario menos propicio para los cambios exigidos

”

Bibliografía

1. Jiménez, M. (2016). El poeta que fue poema. El Correo de Andalucía. [3 de marzo de 2016].
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986).
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003).
4. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. (1997).
5. Juárez, J. M. (2022). 25 años de la Ley 15/1997. Hacia un nuevo marco normativo para las formas de gestión a partir de la COVID-19. [20 de abril de 2022].
6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (2003).

7. Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. (1975).
8. CSIF. (2025). La presión de CSIF acerca el próximo concierto sanitario de Muface: el sindicato aplaza la huelga hasta que se resuelva la licitación. [11 de febrero de 2025].
9. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. (2011).
10. Congreso de los Diputados. (2024). Proyecto de Ley por la que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública y se modifica la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. [11 de febrero de 2025].
11. Reglamento de Funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2003).
12. Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. (2015).
13. Centro Democrático y Social. (1990). Proposición no de Ley por la que se insta al Gobierno a la constitución de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro. [18 de enero de 1990].
14. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. (2020). Conclusiones para la reconstrucción social y económica. [22 de julio de 2020].
15. Nuño Solinís, R., et al. (2021). Claves e itinerario para la transformación organizativa en Sanidad. P. 7.
16. Gómez Calderón, C. (2025). El principio de incertidumbre. *New Medical Economics*. [12 de febrero de 2025].
17. Juárez, J. M. (2024). Asignaturas pendientes en el SNS. *New Medical Economics*. [18 de diciembre de 2024].
18. Juárez, J. M. (2025). Por un 'triángulo ofensivo' para el SNS. *New Medical Economics*. [18 de diciembre de 2024].
19. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. (2024). Miles de médicos se movilizan en toda España para mostrar su rechazo al borrador de Estatuto Marco. [10 de febrero de 2025].
20. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (2003).
21. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (2015).
22. Ley 21/2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. (2001).
23. Gobierno de Francia. (2021). Healthcare innovation 2030. Shaping France as the leading European nation in innovation and sovereignty in healthcare.
24. Constenla, T. (2022). Portugal intenta salvar una sanidad pública en estado crítico. *El País*. [10 de noviembre de 2023].
25. Atlas España. (2025). Sánchez: "Debemos fortalecer la Sanidad Pública como una de las joyas del Estado de Bienestar". *ABC*. [21 de noviembre de 2022].
26. Consejo de Ministros. (2024). Criterios de la prórroga para 2025 de los Presupuestos Generales del Estado. [23 de diciembre de 2024].
27. Gil de Biedma, J. (1970). Poemas póstumos. *Poesía para todos*. P. 177.
28. Sanz, J. M. & Sopeña, G. (1994). *La vida por delante*. Hispavox. Pista 4: No volveré a ser joven.

Doctor en Derecho y Economía
josem.juarezarias@gmail.com

Calidad Asistencial y Sostenibilidad: colaboración público-privada

Mesa Redonda

4

Marzo

9:30h-11:30h

OBJETIVO

Analizar y debatir los retos actuales y futuros de los nuevos modelos de gestión sanitaria. Presentar soluciones concretas, contando con la participación de los principales agentes involucrados. Abordar el escenario actual y los desafíos más importantes, presentes y venideros, con un enfoque en la colaboración público-privada como eje clave. Garantizar la sostenibilidad y la solvencia de estos modelos, promoviendo su viabilidad a largo plazo.

PROGRAMA

Análisis, debate y presentación de soluciones

Fátima Matute Teresa, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Ángel Puente Ortés, presidente del Círculo de la Sanidad

David Baulenas Parellada, director corporativo de Asistencia, Calidad, Investigación y Docencia del Grupo Vithas

Pilar Martínez Gimeno, presidenta de la Asociación Diabetes Madrid

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

Agradecimientos y cierre



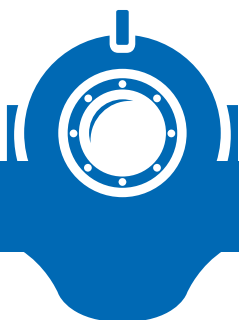
Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Organiza:

Colabora:



Comunidad
de Madrid



La epidemia de los *vapers* en niños y adolescentes: venta online para niños menores de 8 años

M^a Yolanda Martínez Solana

Este artículo fue originalmente publicado en [Diario Hércules](#) a fecha de 11/02/2025

No hay margen para esperar a la adopción en España, medidas contra el uso de vapeadores por niños y adolescentes. La regulación por las autoridades sanitarias de su uso y la implicación de los centros educativos y de las familias en la prevención del “vapeo”, deben ponerse en marcha, porque se ha demostrado que son la vía de inicio en el tabaquismo. Mochilas de niños de 8 y 9 años con *vapeadores* con apariencia de juguetes son un síntoma de alarma.

Tienen formas atractivas, con colores brillantes y parecen pequeños juguetes, pero son una grave amenaza a la salud de los menores. En España se han adoptado unas tímidas medidas como la prohibición del uso de “vapeadores” en RRSS como Instagram o Facebook, pero no es suficiente según los expertos que abogan por la aplicación de la misma legislación restrictiva que al tabaco. Además, consideran que hay que adoptar medidas radicales porque se ha demostrado que son la puerta de acceso de los niños y adolescentes a el tabaco y otras sustancias adictivas. En España estos dispositivos no deberían estar en manos de ningún menor, tal y como ha señalado la

Dra. Paula Armero, pediatra y coordinadora del Comité de Salud Mental de la Asociación Española de Pediatría, que cita los riesgos de los vapores de los líquidos que llevan los vapeadores, que, al ser inhalados, dado su nivel de toxicidad han llevado al ingreso hospitalario de algunos niños.

Vapeadores en las mochilas, con ocho años

En España, más de la mitad de los jóvenes de 14 a 18 años reconoce haber probado cigarrillos electrónicos, pero la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria avisa de que desde edades más tempranas se encuentran “vapeadores en las mochilas”. Denuncian que hay dispositivos con formas que atraen a los menores -de sus dibujos animados favoritos- o incluso que se pueden confundir con material escolar, y alertan de la baja percepción de riesgo entre los niños y jóvenes. La Dra. Carmen Fidalgo, secretaria de la Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), advierte así de las dimensiones que ha tomado el fenómeno del vapeo entre los adolescentes y también entre niños más jóvenes. En la actualidad, se están dando charlas de enfermería escolar y pediatría en colegios con niños a partir de los ocho y nueve años porque “se pueden encontrar vapeadores en las mochilas” desde estas edades.



Los pediatras de Atención Primaria confirman el problema de esa baja percepción del riesgo. La Dra. Fidalgo explica que, en las charlas en colegios, algunos alumnos manifiestan que “su padre, su madre o algún familiar se ha desenganchado del tabaco por el uso de vapeadores, y piensan que son inocuos y no perjudiciales para la salud”. Frente a esta percepción, los pediatras argumentan que sus compuestos tóxicos y las enfermedades con las que se puede relacionar, como el cáncer, las afecciones cardiovasculares, la irritación de las vías respiratorias “y una enfermedad que ya está descrita como la enfermedad del vapeo y se llama EVALI”, detalla la Dra. Fidalgo.

El Reino Unido ya ha abierto El Hospital Infantil Alder Hey, hospital infantil y una fundación del NHS (dentro del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra) en West Derby, Liverpool, Inglaterra, siendo la primera clínica de deshabituación para menores que comenzó a recibir el pasado mes de enero a sus primeros pacientes de entre 11 y 15 años, que es el grupo de edad en el que el número de vapeadores creció durante 2024, según una encuesta de la organización benéfica *Action on Smoking and Health*. Los vapeadores pueden presentar retos complementarios si contienen sustancias ilegales. Así, uno de cada seis dis-

positivos confiscados en las escuelas contiene una mezcla con un cannabinoide sintético, cuya adicción podría complicar el tratamiento.

Los vapeadores deberían mostrar el mismo tipo de imagen que tienen las cajetillas de tabaco el efecto que su consumo tiene en los pulmones, o una leyenda que indique que produce cáncer afirma la doctora Paula Armero. Destacando que para niños y adolescentes es esencial que se apueste por medidas educativas para prevenir el vapeo, ya que en una época de desinformación a ellos les llegan mensajes tales como “no pasa nada por usar vapeadores, que saben a frutas”.

Prohibir la venta a adolescentes

En Rusia ha entrado en vigor una Ley Federal que prohíbe la venta a adolescentes de vapeadores y líquidos aromáticos, incluidos aquellos que no tienen nicotina. Asimismo, se han instaurado multas administrativas de hasta dos millones de rublos (más de 20.000 de dólares) para las personas jurídicas -comercios- por vender productos del tabaco, vapeo y narguiles a menores de edad. Los legisladores están elaborando un proyecto de ley que prohibiría totalmente la venta de dispositivos y líquidos para vapear en territorio ruso.

Oncólogos, pediatras, psicólogos y neumólogos, entre otras especialidades médicas están haciendo llamadas periódicas a la intervención de la administración sanitaria en la regulación del “vaping”, esgrimiendo datos que dejan poco a la imaginación. Este año se está realizando la encuesta actualizada, pero los datos de la Encuesta ESTUDES de 2023, elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, eran desalentadores. Más de la mitad de los escolares de 14 a 18 años -el 54,6%- ha consumido alguna vez cigarrillos electrónicos. La cifra se ha incrementado más de 10 puntos porcentuales desde 2021 y es la mayor registrada en la serie histórica. Al mismo tiempo, la encuesta subraya que “el riesgo percibido” del uso esporádico de cigarrillos electrónicos es el más bajo de todas las sustancias analizadas (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), con un 38,8% de encuestados que señalan que es peligroso.



Vapers dirigidos al público infantil.

Los expertos consultados hacen hincapié en que especialmente los jóvenes, sean conscientes de los riesgos asociados con el uso de vapeadores y se entienda que la educación y la información son clave para tomar decisiones informadas sobre la salud.

Casi 3000 enfermos y 68 muertos por EVALI

El portal de divulgación de AEPap, destaca que EVALI se describió en 2019 en EEUU, cuando se observó un elevado número de ingresos de jóvenes con lesiones pulmonares asociadas a casos de vapeo (2.807 personas ingresadas con 68 fallecimientos). Además de esta enfermedad se alerta de que el vapeo puede provocar adicción a la nicotina, efectos en el desarrollo de los circuitos cerebrales que controlan la atención y el aprendizaje en la adolescencia y también riesgos secundarios por exposición pasiva, entre otros efectos.

Según el informe “Las cifras del cáncer en España 2025” elaborado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), es necesario insistir, que es de “máxima importancia” especialmente entre los jóvenes, en el riesgo que supone el tabaco y otros hábitos como el uso de dispositivos electrónicos de vapeo. “Los datos no engañan y todos somos responsables de hacer llegar a la población este y otros mensajes relacionados con Factores de Riesgo Evitables”, recalcan.

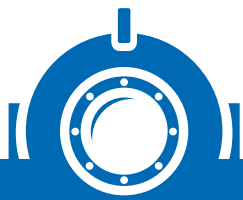
El uso de vapeadores con alto contenido de nicotina puede ocasionar dependencia en quien lo consume,

además estudios recientes, como el que acaba de publicar el *Journal of Respiratory Health*, el uso de vapeadores puede relacionarse con el incremento en la inflamación pulmonar. Un grupo de jóvenes que usaban vapeadores presentaban niveles significativamente más altos de marcadores inflamatorios en sus pulmones en comparación con aquellos que no los usaban. Este hallazgo sugiere que, además de los problemas respiratorios ya conocidos, el vapeo podría contribuir a condiciones más graves a largo plazo, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Los adolescentes, una población vulnerable

Numerosos estudios confirman que el consumo de este tipo de cigarrillos en la adolescencia se asocia con el tabaquismo posterior. Por lo tanto, se ha sugerido que los cigarrillos electrónicos constituyen una puerta de entrada al inicio en el tabaquismo. En este mismo sentido se orientan las conclusiones de un estudio recientemente publicado por psicólogos investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Valencia (Villanueva-Blasco, V. J., Belda-Ferri, L., & Vázquez-Martínez, A. (2025) “A systematic review on risk factors and reasons for e-cigarette use in adolescents”. En él, se hace énfasis en recordar que “el consumo de tabaco y el uso de cigarrillos electrónicos no es una responsabilidad individual atribuible a los adolescentes, sino más bien la consecuencia de una acumulación de factores que los hacen vulnerables al consumo”, lo que implica un abordaje comunitario, con políticas preventivas a nivel estatal y municipal que involucren a todos los agentes sociales y educativos, con especial énfasis en la familia, especialmente a quienes también son más vulnerables al consumo de tabaco.

Profesora titular de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)



Los dilemas de la sanidad en tiempos de incertidumbre

Nora Vázquez Martínez

A veces, la salud pública se asemeja a un ajedrez donde las piezas, vidas y recursos, se mueven en un tablero complejo, donde cada jugada despierta ecos éticos. En la encrucijada entre la eficiencia y la equidad, la sanidad española, como otras, se enfrenta a decisiones que resuenan con las antiguas preguntas de la filosofía moral. El consecuencialismo, con su mirada puesta en el bienestar de la mayoría, guía muchas decisiones en la asignación de recursos. ¿Debemos invertir en tratamientos costosos para enfermedades raras, o priorizar intervenciones que beneficien a un mayor número?

La lógica es fría: maximizar la salud poblacional. Campañas de vacunación, programas de detección temprana, inversiones en infraestructuras; todos son ejemplos de un cálculo que busca el mayor bien posible. Sin embargo, este enfoque no está exento de dilemas, problemas y la mecánica de dejar fuera a las personas que sufren enfermedades raras, cuya inversión es irrisoria y la población todavía no está lo suficientemente concienciada. Es un trabajo que debemos hacer para garantizar la universalidad a la sanidad, para todos.

La escasez de camas en la UCI durante la pandemia, por ejemplo, obligó a priorizar pacientes, una decisión que, planteó profundas cuestiones éticas. ¿Dónde trazamos la línea entre la eficiencia y la justicia? La creciente externalización de servicios sanitarios,

buscando una reducción de costes, podría generar un sistema sanitario de dos velocidades, donde los pacientes con mayores recursos tendrían acceso preferente. Esto también genera dilemas consecuencialistas, pues la aparente eficiencia a corto plazo puede tener consecuencias negativas a largo plazo en la equidad del sistema. La deontología, con su énfasis en los derechos y la dignidad del paciente, nos recuerda que la salud no es solo un número, sino un derecho fundamental.

El consentimiento informado, la confidencialidad, la igualdad de acceso; son principios que resuenan en cada consulta, en cada decisión médica. Un médico deontológico se negaría a participar en experimentos sin el consentimiento del paciente, un principio que protege la autonomía individual. Pero, ¿cómo conciliamos estos derechos con la realidad de un sistema con recursos limitados? La lista de espera para ciertas intervenciones, la disparidad en el acceso a trata-



mientos innovadores, son ejemplos de cómo la escasez puede socavar la igualdad. La burocratización de la atención, donde el tiempo dedicado al paciente se reduce en aras de la eficiencia administrativa, también genera dilemas deontológicos, pues el derecho a una atención digna y personalizada se ve comprometido. La ética de la virtud, por su parte, nos invita a mirar más allá de las reglas y los números, a cultivar la excelencia profesional y la compasión.

Un médico virtuoso no solo trata la enfermedad, sino que también cuida al paciente, un principio que cobra especial relevancia en la atención primaria, donde la relación médico-paciente es clave. La vocación, el compromiso, la empatía; son cualidades que no se pueden medir, pero que son esenciales para una sanidad humana. La creciente precariedad laboral de los profesionales sanitarios, con sobrecarga de trabajo y falta de reconocimiento, dificulta el cultivo de estas virtudes, pues un profesional exhausto y desmotivado difícilmente podrá brindar una atención óptima. La ética del cuidado, centrada en la vulnerabilidad, nos recuerda que la salud no es solo un derecho individual, sino también una responsabilidad colectiva.

La atención a los ancianos, a los enfermos crónicos, a las personas con discapacidad, son ejemplos de cómo la sanidad debe ser un espacio de cuidado y protección. La pandemia, con su impacto desproporcionado en los más vulnerables, puso de manifiesto la importancia de esta ética. Los profesionales sanitarios, a pesar del riesgo y el agotamiento, mostraron una dedicación que trascendió la mera obligación profesional. La soledad no deseada, la falta de apoyo social, son factores que influyen en la salud y que exigen una atención integral, donde la sanidad pública debe trabajar en colaboración con otros servicios sociales.

En este mosaico ético, no hay respuestas fáciles. La sanidad española, como otras, navega en un mar de incertidumbre, donde cada decisión plantea dilemas complejos. La búsqueda de un equilibrio entre la eficiencia y la equidad, entre los derechos individuales y el bienestar colectivo, es un desafío constante. La clave reside en un diálogo constante entre profesionales, gestores y ciudadanos, un diálogo que nos permita construir una sanidad que sea, a la vez, efi-

“

La deontología, con su énfasis en los derechos y la dignidad del paciente, nos recuerda que la salud no es solo un número, sino un derecho fundamental

”

caz, justa y humana. En un mundo cada vez más tecnológico, donde la inteligencia artificial y la genómica prometen revolucionar la medicina, es crucial no perder de vista la dimensión humana de la atención sanitaria. La tecnología debe ser una herramienta al servicio de la salud, no un fin en sí mismo, y su implementación debe ser guiada por principios éticos que aseguren que beneficie a todos, y no solo a unos pocos.

El futuro de la sanidad pública se juega en cada consulta, en cada quirófano, en cada despacho de gestión. Se juega en la capacidad de diálogo, en la voluntad de construir consensos, en la audacia de romper los moldes. Se juega, en definitiva, en nuestra capacidad de recordar que la salud no es una mercancía, sino un derecho, un valor, un patrimonio que nos pertenece a todos.

Jurista y sanitaria

noravazq@ucm.es



New Medical Economics reconoce a la Comunidad Valenciana como "Comunidad autónoma más innovadora"

La Comunidad Valenciana ha sido distinguida con el galardón a la "Comunidad autónoma más innovadora" en los Premios New Medical Economics 2024, en reconocimiento a su notable transformación en el ámbito sanitario.

La Comunidad Valenciana se ha convertido en una de las comunidades autónomas más innovadoras en el ámbito sanitario de España, gracias a su apuesta por la modernización de los servicios de salud y la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención a los ciudadanos. Uno de los aspectos más destacados ha sido su enfoque en la digitalización. El sistema de receta electrónica ha transformado la gestión de medicamentos, permitiendo a los pacientes obtener sus tratamientos de manera más ágil y reduciendo el riesgo de errores. La telemedicina ha sido otra área en la que la Comunidad Valenciana ha avanzado considerablemente.

Inicialmente, la entrega del galardón estaba prevista para la ceremonia de los Premios New Medical Economics 2024, celebrada en noviembre en Madrid. Sin embargo, debido a la DANA que afectó a la Comunitat Valenciana la semana previa, el acto fue reprogramado, permitiendo así rendir un homenaje aún más cercano y sentido.

En el acto, celebrado en Madrid, Marciano Gómez Gómez, conseller de Sanidad de la Generalitat Valenciana, recibió el premio en representación de todos aquellos profesionales que, día a día, trabajan incansablemente por la excelencia y la seguridad del sistema sanitario valenciano. La entrega del galardón fue



realizada por el presidente ejecutivo de New Medical Economics, José María Martínez García.

Desde New Medical Economics se ha querido reconocer el firme compromiso de la Comunidad Valenciana con la innovación y la mejora continua en el ámbito sanitario. Este reconocimiento no solo destaca la transformación digital implementada, sino que también incentiva la continuidad en la búsqueda de estrategias que eleven la calidad asistencial y consoliden el modelo sanitario valenciano como un referente en España.

Enhorabuena a la Comunidad Valenciana y a todos los profesionales que hacen posible este avance.



ENTREVISTA

Dr. Josep M. Pomar Reynés, director gerente del Institut Català de la Salut (ICS)

"El ICS es el principal tractor de los cambios y reformas que todos deseamos para nuestro sistema sanitario"



José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics y Josep M. Pomar Reynés, director gerente del Institut Català de la Salut (ICS)

El Dr. Josep M. Pomar Reynés, director gerente del Institut Català de la Salut (ICS), destaca la importancia de una gestión pragmática y estratégica en el sistema sanitario. En esta entrevista, reflexiona sobre su trayectoria, los retos actuales del ICS y su apuesta por la digitalización, la sostenibilidad y la eficiencia para transformar la atención sanitaria en Catalunya.

¿Cómo describiría su trayectoria profesional y cómo ha evolucionado su visión actual sobre la gestión sanitaria en base a ella?

Mi trayectoria me ha permitido pasar por casi todos los ámbitos del sistema (primaria, hospital salud pública, hospital, servicios de salud...), por la consultoría y por diversas CCAA.

Uno va recorriendo entornos con visiones y culturas diversas que en algunos casos pueden ser antagónicas, y de este modo va adoptando una perspectiva global e integradora y más inclusiva. Esto enriquece y ayuda a huir de los prejuicios y también de la perspectiva de silos, de las visiones contrapuestas por niveles asistenciales y también de los sesgos políticos en las percepciones. Es, sin duda un aprendizaje que favorece el respeto y sobre todo el pragmatismo.

La buena gestión es la que es posible en cada momento y en cada entorno. Los gestores deben aprovechar las oportunidades de cada momento, tener mirada estratégica, ilusionar a las organizaciones con los proyectos y optimizar los recursos. El tiempo pasa rápido y el lamento sobre las coyunturas o las dificultades de cambio, y el exceso de análisis, sólo lleva a la parálisis.

¿Qué experiencias pasadas considera que más han marcado su manera de liderar?

Los buenos ejemplos de personas con las que he trabajado y los malos de directivos que fracasan y hacen fracasar a sus organizaciones. En el primer caso, el de directivos humildes, con proyecto, que escuchan, ayudan a crecer, reconocen y confían en su equipo y que se saben adaptar a las situaciones y a las personas. También tengo en mi cabeza a estos que lo saben todo, que culpan a otros y que no se dan cuenta de sus actitudes negativas ni sus errores.

En particular, siempre recuerdo con cariño los primeros pasos en gestión, en una gerencia de atención primaria, con Manel del Castillo y con un equipo de jóvenes coetáneos que he ido valorando en alto grado con el tiempo.

¿Cuáles son sus principales objetivos estratégicos como director gerente del ICS?

En el corto plazo, dar continuidad a las líneas estratégicas que ya se había marcado la institución y que

el Consejo de Administración del ICS ha identificado como cinco grandes ejes: los resultados de salud, la satisfacción y la experiencia de la ciudadanía con los servicios que se le ofrecen desde la institución; la promoción de los liderazgos internos, tanto de gestión como clínicos y, en especial, los de la atención primaria; la sostenibilidad de los servicios, desde el punto de vista económico, ambiental y también en términos de eficiencia; la promoción de servicios innovadores, de transformación y de cambio mediante los sistemas de información y datos enfocados a los resultados en los pacientes y, finalmente, el desarrollo y la trayectoria de los y las profesionales del ICS. Vamos a ir complementándolas y redefiniéndolas desde tres perspectivas: desarrollar las potencialidades del ICS como empresa pública que debe ser un proveedor más en el contexto del modelo sanitario catalán; aprovechar el gran impulso transformador que emana de los trabajos que desarrollamos junto al CAIROS (el comité para la reforma operativa del sistema de salud) y finalmente integrar las iniciativas y programas que se han ido desplegando desde la visión del VBHC, la atención sanitaria basada en valor, que debe convertirse en el hilo conductor de nuestra visión estratégica con una clara orientación a resultados y orientación a las personas

¿Qué rol cree que debe desempeñar el ICS en el contexto sanitario actual, tanto a nivel autonómico como nacional?

El ICS es la empresa pública más importante de Catalunya y de ahí ya deriva una parte muy importante de su responsabilidad. En Catalunya es el mayor proveedor de servicios de salud y por esta razón es el principal tractor de los cambios y reformas que todos deseamos para nuestro sistema sanitario. Se equivocan quienes mantienen una visión del ICS como un ente desfasado y quienes desconocen que los resultados asistenciales y económicos del ICS son absolutamente equiparables al resto del sistema.

¿Qué proyectos de digitalización considera prioritarios para modernizar el sistema sanitario catalán?

Sin duda, el más ambicioso el de la nueva historia clínica para todo el sistema sanitario de Catalunya, el HES, como vehículo para la transformación del modelo asistencial, la compartición de datos. Otros proyectos

como la transcripción sistematizada de la entrevista en clínica, que estamos pilotando o los asistentes virtuales, van a contribuir de forma relevante a facilitar el trabajo profesional y centrarlo en los pacientes.

¿Qué papel ve para la inteligencia artificial y otras tecnologías emergentes en la atención sanitaria de los próximos años?

La IA va a modificar de forma muy relevante los procesos diagnósticos y se debería convertir en un elemento de una medicina más coste efectiva. Estamos desarrollando algoritmos propios, en particular en el área de anatomía patológica y estamos en proyectos muy ambiciosos como el desarrollo de gemelos digitales. Es innovación que surge del trabajo coordinado de nuestros profesionales, tanto en el desarrollo de soluciones digitales como en la innovación en los procesos clínicos. Pero no podemos olvidar que la aplicación de la IA está destinada a mejorar la relación con los pacientes y a transformar de forma muy impactante todo el actual proceso asistencial.

¿Qué importancia tiene la colaboración entre instituciones públicas y privadas en la mejora del sistema de salud catalán?

El sistema sanitario catalán es muy diverso y en él conviven actores muy diversos, que generan una cul-

tura de gobernanzas, de pactos y de alianzas. No obstante, en mi opinión se debe generar más confianza en los proyectos de colaboración público-privado, que nada tiene que ver con privatización, al contrario. Hay algunas iniciativas, pero todavía deben vencer dificultades para escalarlas y consolidarlas, incluso cuando hay resultados evaluados con rigor. En Catalunya hay iniciativas muy interesantes como los programas de adopción de la innovación (PASS), impulsada con BIO-CAT en las que depositamos mucha confianza. La colaboración público-privada puede contribuir a superar dificultades tanto en espacios en los que se requieren especializaciones de las que no disponemos como para abordar retos en el desarrollo de soluciones complejas o el abordaje de nuevas infraestructuras, para acortar plazos y aportar valor.

En un panorama marcado por la falta de profesionales y la creciente demanda, ¿cómo está afrontando el ICS estos retos?

En la actualidad nos faltan profesionales de algunas especialidades y en algunos territorios, aun cuando globalmente el número es adecuado. Y el reparto actual nos lleva a replantear el actual modelo en la organización de los servicios. Las redes asistenciales, en las que los hospitales terciarios comparten recursos con los hospitales generales y comarcales, y el uso de



José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics y Josep M. Pomar Reynés, director gerente del Institut Català de la Salut (ICS), durante la entrevista.

tecnologías para acortar distancias serán dos de las respuestas a esta distribución de los profesionales.

En atención primaria vamos a reforzar la incorporación de los nuevos roles profesionales y el abordaje de la demanda en micro-equipos, como la UBA-3 (profesional de medicina, enfermería y administrativo). También daremos soporte a la Conselleria de Salud en el acercamiento entre el sector salud y el social, algo que es en parte lección aprendida de la pandemia

¿Qué medidas específicas está tomando el ICS para mejorar las condiciones laborales y atraer talento?

Durante el 2024 el ICS ha aplicado las medidas aprobadas en el 3er acuerdo firmado a finales del 2023. Este tercer acuerdo, con un importe total de más de 300 millones de euros, ha supuesto una importante mejora retributiva para la mayoría de los trabajadores del ICS, un ajuste de la jornada y otros aspectos innovadores en relación a las guardias, la carrera profesional o en la incorporación de los médicos que han acabado su etapa formativa vía MIR. Este acuerdo marca un punto y seguido en las mejoras para el personal de las instituciones.

¿Cuáles son las estrategias clave del ICS para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario catalán?

Tenemos más profesionales que nunca y también estamos en niveles de actividad de récord. Debemos ser conscientes que, con los recursos de los que disponemos, hemos de gestionar en base a los buenos resultados, la medicina basada en valor y la eficiencia de los servicios prestados.

¿Cómo está abordando la gestión de recursos para mantener un equilibrio entre eficiencia económica y calidad asistencial?

La reforma y modernización del sistema sanitario catalán es clave para adaptar este sistema a las nuevas necesidades demográficas y profesionales del sector, y también de su modelo organizativo. En este sentido, el ICS está totalmente alineado con los objetivos del Departament de Salut que, impulsados a través de CAIROS (Comité para la evaluación, in-

novación y reforma operativa), persiguen centrar la atención en las necesidades de la ciudadanía, cuidar a los profesionales de la salud y optimizar el funcionamiento de las instituciones.

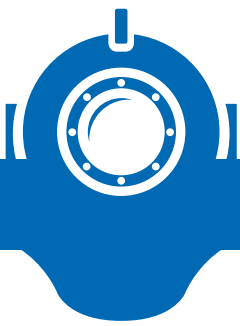
¿Qué iniciativas se están implementando para mejorar la experiencia de los pacientes en el sistema sanitario catalán?

Estamos llevando a cabo una iniciativa para conocer cuál es la percepción del estado de salud de los pacientes. Este proyecto permite que los profesionales del ICS puedan prescribir cuestionarios llamados PROMs (*patient reported outcomes measurements*), a sus pacientes para poder integrar su perspectiva sobre los resultados y sumarla a los resultados clínicos. Actualmente, ya se han prescrito más de un millón de cuestionarios con un 80% de respuestas obtenidas.

También estamos ampliando y mejorando las encuestas de satisfacción sobre la experiencia en relación a la atención recibida en los centros sanitarios del ICS. El objetivo es poder evaluar el grado de satisfacción de los pacientes e implementar acciones que permitan mejorar esta experiencia de paciente recibida durante la atención sanitaria.

¿Qué cambios o transformaciones cree que necesita el sistema sanitario catalán para adaptarse a las necesidades del futuro?

Estoy convencido que la reciente creación del CAIROS, cuyo objetivo es abordar determinadas reformas mediante la identificación de proyectos transformadores, y su activación acabará impactando en el conjunto del sistema. Es un ejercicio de pragmatismo, creo que vamos a hablar menos de modelos y mucho más de implantación de cambios operativos sustanciales. Ahora mismo ya estamos en la fase de desplegar los veinte primeros pilotos de centros de atención primaria a los que se van a incorporar un conjunto de medidas innovadoras. Cambios que van encaminados a unos servicios más eficientes, la utilización de las nuevas tecnologías y la adaptación del sistema a una población, más envejecida y con más problemas de salud crónicos, a la que debemos y daremos respuesta.



Desafiando las probabilidades: acelerando el acceso a tratamientos que cambian la vida de pacientes con enfermedades raras

Josh Callan

"Lo único que era imposible, era no hacer nada". Estas son las palabras de Terry Pirovolakis, CEO de Elpida Therapeutics y padre de Michael, quien, en 2019, siendo solo un bebé, fue diagnosticado con SPG50, una enfermedad neurológica ultra rara. A pesar de que los médicos le dijeron que no había cura, Terry movió cielo y tierra durante cuatro años hasta encontrar una terapia génica revolucionaria que pudiera beneficiar tanto a su hijo como a otros niños afectados en todo el mundo.

Michael, Terry y su familia no son los únicos que tienen que enfrentarse al largo y duro camino para acceder a una terapia que mejore la vida de quienes padecen una enfermedad sin cura. En la Unión Europea, menos del 5 % de las enfermedades raras cuentan con al menos un tratamiento aprobado¹. Para los adultos, obtener un diagnóstico puede llevar hasta cinco años, y la mitad de los pacientes recibirán primero un diagnóstico erróneo.

Para 2030, el objetivo es impulsar el desarrollo de 1.000 nuevas terapias en Europa². Sin embargo, las enfermedades raras desafían los modelos tradicionales de negocio. Una vez que un medicamento está aprobado, las organizaciones deben lanzarlo y escalar sus operaciones rápidamente, a menudo en múl-

tiples mercados. Los equipos médicos deben mantenerse al día con avances científicos cada vez más complejos, en un contexto donde el conocimiento médico se duplica cada 73 días³. Además, necesitan identificar, interactuar y formar a los profesionales de la salud (HCPs), a pesar de que cada vez son más



difíciles de alcanzar mediante canales tradicionales. De hecho, según datos de Veeva Pulse, las reuniones presenciales con médicos han disminuido en Europa en los últimos 12 meses.

A pesar de estos desafíos, las organizaciones de ciencias de la salud están mejorando la forma en que sus equipos gestionan el acceso al mercado y capacitan a los médicos prescriptores sobre nuevos tratamientos. Las empresas que cuentan con datos precisos y completos del ecosistema sanitario, así como con información clave sobre expertos médicos, pueden preparar el mercado antes del lanzamiento y acelerar su ejecución una vez que el medicamento está disponible. Esto permite que todos los equipos que interactúan con HCPs ofrezcan un intercambio científico de alto valor, en el que cada interacción se construye sobre la anterior.

Mayor agilidad en el lanzamiento

Las compañías farmacéuticas emergentes desempeñan un papel crucial en el suministro de tratamientos para los pacientes afectados. De los 192 medicamentos huérfanos aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) entre 2010 y 2022, uno de cada diez fue desarrollado por una PYME (pequeña y mediana empresa). Estas compañías, cuyos recursos son más limitados en comparación con sus competidores —algunos con equipos de ventas muy superiores a su tamaño de empresa—, buscan cada vez más los mejores datos de referencia de los clientes y las perspectivas de *key opinion leaders* (KOLs) para ser más ágiles a la hora de lanzar nuevos tratamientos al mercado.

Un claro ejemplo de esta tendencia es Sobi, con sede en Suecia, que logró lanzar el primer y único tratamiento para la linfocitosis hemofagocítica (LHH), una enfermedad rara e hiper inflamatoria que afecta a uno de cada 50.000 pacientes cuya esperanza de vida es de apenas dos meses, gracias al acceso a información detallada sobre expertos integrada en su CRM. En EE.UU., los equipos de Medical Science Liaisons (MSLs) de la compañía utilizan inteligencia en tiempo real para identificar a los KOLs, comprender sus intereses, prioridades y actividades, y consolidar la información científica y los avances. “El 90 % de los MSL descubrieron nuevos insights para sus

próximos *engagements*, algo fundamental para una empresa de enfermedades raras con equipos reducidos”, señala Rich Palizzolo, director ejecutivo de CX y capacidades comerciales avanzadas en Sobi.

Una complejidad adicional en las enfermedades raras es que, a menudo, involucran múltiples especialidades médicas. Los equipos de MSLs deben familiarizarse rápidamente con diversas áreas terapéuticas antes de reunirse con los expertos, mientras gestionan al mismo tiempo otras áreas de tratamiento más convencionales. Advanz Pharma, especializada en medicamentos de especialidad, hospitalarios, y para enfermedades raras, descubrió que centralizar los recursos científicos y los datos de actividad en un solo lugar ayudó a sus MSLs a optimizar su tiempo. Andy Eeckhout, director de CRM y soluciones digitales para la excelencia comercial global, explica: “Nuestros equipos que interactúan con HCPs deben ser comunicadores ágiles y tener una conversación científica más profunda y centrada en el paciente. La planificación previa a las reuniones es fundamental para los MSLs, tanto antes como después del lanzamiento. Cuanta más información tengan, incluidas interacciones previas, mejor preparados estarán”.

Otras compañías están utilizando datos de referencia de clientes y pacientes para mejorar su agilidad operativa al lanzar y expandir sus primeros productos en Europa. Por ejemplo, una empresa farmacéutica en fase avanzada aprovechó su conocimiento del ecosistema sanitario para adelantar el trabajo de lanzamiento, identificando roles clave de acceso a mercado en España, Benelux y los países nórdicos.

Una sola voz para el médico

Una vez identificados los expertos adecuados, los equipos pueden interactuar con ellos de forma más eficaz asegurándose de que cada interacción con el médico se basa en la anterior. Sin embargo, los equipos de ventas, marketing y medical suelen utilizar tecnología aislada. Como resultado, el 65% de las interacciones con los médicos no están sincronizadas, según datos del Veeva Pulse Report.

Cuando estos equipos están conectados en el mismo sistema, la coordinación es más fluida y los HCPs pueden encontrar respuestas rápidamente o conec-



tar con los MSLs si es necesario. ADVANZ PHARMA introdujo un módulo de prelanzamiento en su CRM para ayudar a los equipos de acceso a mercado, médicos y comerciales a compartir información de forma *compliant*. Eeckhout lo explica: “Los médicos necesitan una línea directa con la industria, para saber a quién dirigirse cuando tengan preguntas. Los equipos médicos y comerciales necesitan hablar entre ellos y mantenerse ágiles en las conversaciones con los clientes”.

ANI Pharmaceuticals, que ofrece tratamientos para ciertas enfermedades autoinmunes e inflamatorias poco frecuentes, sólo disponía de 75 días para comercializar sus productos tras una aprobación regulatoria más rápida de lo esperado. Al utilizar un CRM específico del sector con gestión de datos maestros (*master data management*), consolidó su visión de cada HCP para incluir las interacciones con los representantes médicos y de ventas. “Tener esta información accesible dentro del sistema de CRM facilita conversaciones de mayor impacto y más útiles con los proveedores, así como el éxito de los equipos

de ventas y altos índices de clics en los correos electrónicos”, explica Bob Acropolis, director ejecutivo de operaciones y análisis de la ANI.

La base del éxito de las interacciones son unos datos de referencia precisos: sobre médicos, organizaciones sanitarias o afiliaciones. Si se aplica a todas las funciones como parte de un CRM completo específico de ciencias de la salud, ayuda a las empresas a hablar con una sola voz. En la mayoría de los casos, las solicitudes de cambio de datos pueden realizarse (y resolverse) en cuestión de horas, por lo que los representantes y los médicos de campo no duplican los intentos de modificar la información de las cuentas y, en su lugar, trabajan con la misma base de datos. Con una mayor confianza en los datos de referencia, los equipos ahorran tiempo para poder centrarse en el intercambio científico de alto valor.

Compartir contenidos médicos atractivos

El fragmentado panorama normativo europeo y la evolución de los requisitos locales intensifican la presión sobre los equipos de marketing: deben pro-

porcionar contenidos médicos altamente personalizados y *compliant* que los equipos de campo puedan compartir a escala con expertos científicos y médicos. Con una visión única de todo el ciclo de vida del contenido, las empresas farmacéuticas pueden agilizar y acelerar las revisiones médicas, legales y reglamentarias.

Para ofrecer contenido altamente personalizado con un amplio portafolio de enfermedades raras, los equipos de marketing necesitan tener claro qué contenido recomendar y cuándo recomendarlo. Una empresa farmacéutica mundial utiliza análisis de datos en su repositorio global de herramientas de promoción y *engagement* médico para respaldar el uso de contenido en 17 áreas de interés (y una huella mundial cada vez mayor). Como señala su director de marketing y *customer engagement*, "la forma en que nos relacionamos con los médicos es fundamental. Necesitamos saber qué porcentaje de nuestro contenido se está desarrollando y es relevante para apoyar a los diferentes HCPs, cuyos pacientes confían en ellos para el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades raras".

Con la llegada de una nueva generación de HCPs con conocimientos digitales, las empresas se plantean cuáles son las tácticas más efectivas para captarlos. Más activos científicamente que sus homólogos y cuatro veces más propensos a adoptar un nuevo tratamiento, los médicos más jóvenes requieren una combinación diferente de canales y contenidos científicos. Buscan información médica para fundamentar sus decisiones clínicas y comerciales, lo que exige una estrecha coordinación entre *medical affairs* y el equipo médico de campo. "Atrás quedaron los días en los que centrarse solamente en los líderes de opinión científica de primer nivel era suficiente para el departamento médico. El abanico de stakeholders se ha ampliado, y es imperativo expandir nuestras estrategias de *engagement* más allá de los expertos tradicionales", afirma Angela Smart, directora de excelencia médica y operaciones globales de Advanz Pharma.

Desafiar las probabilidades y vencerlas

Los descubrimientos científicos siguen aportando esperanza a los pacientes afectados por enfermeda-

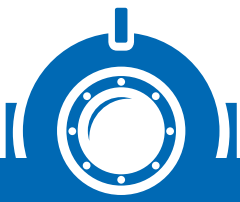
des raras y a sus familias. Afecciones que cambian la vida acabarán convirtiéndose en enfermedades crónicas, gracias a los esfuerzos de organizaciones dispuestas a lanzar medicamentos en un entorno comercial de alto riesgo. Empresas que van desde las biotecnológicas emergentes hasta grandes empresas farmacéuticas están utilizando datos de referencia de clientes de alta calidad, información detallada sobre expertos científicos y tecnología conectada para identificar, captar y proporcionar educación médica a los HCPs y KOLs más relevantes.

Todos los pacientes de enfermedades raras se enfrentan a un viaje desalentador. Cuando diagnosticaron a Michael, el hijo de Terry Pirovolakis, dijeron a su familia que era el único niño con SPG50 en Canadá. Las ciencias de la salud pondrán de su parte para ayudar a los pacientes a desafiar las probabilidades y, eventualmente, vencerlas.

Bibliografía

1. Comisión Europea. (2022, febrero). The building blocks to make rare disease treatments more common.
2. EURODIS. (2024). Qué es una enfermedad rara.
3. Asociación Clínica y Climatológica Americana. (2011). Retos y oportunidades de la educación médica.
4. Orphanet Journal of Rare Diseases. (2024). Tendencias en la aprobación de medicamentos huérfanos en la Unión Europea entre 2010-2022.

Head of Southern Europe, Commercial Solutions
& Strategy de Veeva



¿Radioterapia como tratamiento de artrosis?

Paki Bachiller López

Otros autores: José Luis Baquero Úbeda; Josep Vergés Milano; Nina Martínez Fernández; y Daniel Baquero Zazo.

La etiología exacta de la artrosis no es totalmente conocida, considerándose un origen generalmente multifactorial, observándose tanto factores degenerativos mecánicos y bioquímicos, que afectan al cartílago, al hueso subcondral, al tejido sinovial, la cápsula articular y los tejidos blandos periarticulares. De hecho, es llamada muy apropiadamente por los anglosajones “osteoartritis”, pues la membrana sinovial desarrolla una respuesta inflamatoria crónica de baja intensidad, que contribuye a la degeneración articular y la sintomatología de la enfermedad, provocando dolor, rigidez, deformación y un importante deterioro de la calidad de vida.

El arsenal terapéutico disponible para la artrosis es limitado y, en sentido estricto, ninguno es curativo. Los tratamientos incluyen analgésicos y antiinflamatorios para el control del dolor, fármacos condroprotectores para preservar el cartílago y terapias biológicas. En casos avanzados, puede ser necesario el remplazo articular con una prótesis, aunque generalmente se prefiere una estrategia conservadora, reservando esta cirugía invasiva como última opción.

La radioterapia como tratamiento del cáncer está muy consolidada. Se administra en dosis elevadas

para destruir las células cancerosas al dañar su ADN irreparablemente, impidiendo su división y provocando su muerte, lo que reduce el tamaño del tumor. La dosis se mide en Grays (Gy), que es la energía absorbida por unidad de masa, siendo la dosis total variable, según la intención, el paciente y el propio caso, pudiendo llegar en oncología a los 60-80 Gy, administrados en sesiones sucesivas de forma ambulatoria. Esta radiación puede causar efectos secundarios locales en tejidos colindantes o de carácter general, como astenia, náuseas, y úlceras bucales, entre otros.

En cambio, la radioterapia de baja intensidad (décima parte que en tratamientos oncológicos), con dosis de 3-6 Gy (1 Gy por sesión), comparable a la radiología diagnóstica, reduce eficazmente la inflamación al disminuir la vasodilatación, el edema y la infiltración leucocitaria. Aunque no actúa sobre los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad, ha demostrado reducir significativamente el dolor en artrosis de rodilla, hombro y manos, así como en patologías como rizartritis, epicondilitis, bursitis trocantérea, tendinopatías, fascitis plantar, y cicatrices queloides, con tasas de mejoría del 70 - 80 %. Además, presenta una toxicidad prácticamente nula y se administra en sesiones de 15 minutos, de forma ambulatoria, sin dolor ni necesidad de procedimientos invasivos, sedación, ayuno o seguimiento estricto, lo que minimiza su impacto en la rutina del paciente.

Este tratamiento es personalizado y multidisciplinar, partiendo de la consulta del médico responsable

(reumatólogo, traumatólogos, etc.) que remite el caso al especialista en radioterapia, quien cita al paciente para hacer una simulación mediante TAC de la zona afectada y diseña un plan de intervención con protección de áreas colindantes. Durante el tratamiento, el paciente recibe radiación mediante un acelerador lineal que aplica un haz de rayos X de manera muy concentrada en varias sesiones. El efecto no se aprecia de inmediato, siendo preciso dar un periodo de observación, se evalúan la evolución para determinar si es necesario repetir el procedimiento según la situación y expectativas de mejoría.

Este tratamiento podría ser muy amplio, no siendo un factor determinante la edad, al ser apta para mayores y jóvenes.

A pesar de su eficacia y seguridad, con una amplia evidencia publicada, el acceso a esta técnica en España es muy limitado. A diferencia de Alemania y Reino Unido, donde su uso está más extendido. En España existen barreras a esta técnica que limitan su empleo, como el estigma asociado al temor de incrementar el riesgo de cáncer radioinducido, la posible afectación de tejidos próximos, el desconocimiento médico y falta de prescripción, el coste y la saturación del servicio.

A pesar del impacto económico de la artrosis, que en España está próximo a los 5.000 millones de euros anuales (aproximadamente el 0,5% del PIB español), los pacientes a menudo se sienten infravalorados y desatendidos.

La instalación de un acelerador lineal es ciertamente costosa, lo que limita su disponibilidad, priorizándose su uso en pacientes con patologías malignas y generando largas listas de espera para enfermedades consideradas benignas como las osteoarticulares. Esta situación afecta tanto al sector público como al privado, donde, además, la mayoría de los seguros de salud no cubren este tratamiento dentro de sus pólizas, obligando a los pacientes a asumir un coste que puede resultar muy elevado.

Por todo ello, la radioterapia de baja intensidad suele reservarse para pacientes que no han respondido a tratamientos farmacológicos o fisioterapia, para pacientes pluripatológicos y polimedicados, y como re-

“

Dada su eficacia, seguridad y evidencia, podría ser una terapia que beneficiaría a un amplio perfil de pacientes, sin embargo, hay numerosas barreras que lo limitan, destacando la escasez de este medio en España

”

curso previo al recambio protésico de la articulación dañada.

Desde OAFI seguimos trabajando para mejorar el abordaje y la calidad de vida de todas las personas que sufren patologías osteoarticulares. Si deseas más información sobre salud articular, nuestra organización, participar en nuestros proyectos, o necesitas ayuda, no dudes en contactarnos. Estamos a tu disposición en España: OAFI (Osteoarthritis Foundation International) <https://www.oafifoundation.com/>, con sede en Barcelona, c/ Tuset, 19· 3º 2ª; teléfono: 931 594 015 y correo electrónico: info@oafifoundation.com

Técnico de radiodiagnóstico en el Servicio de Radiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid); y colaboradora de OAFI (Osteoarthritis Foundation International).



Arquitectura centrada en el paciente: transformar los espacios para mejorar la experiencia sanitaria

Carlos Bezos Daleske

Un hospital que prioriza a las personas

La arquitectura hospitalaria ha cambiado profundamente en los últimos años. Si en el pasado la prioridad era la eficiencia operativa y la integración de la última tecnología, hoy la pregunta clave es otra: ¿cómo influyen los espacios en la experiencia del paciente? Esta evolución responde a la creciente evidencia de que el entorno físico tiene un impacto directo en la recuperación y el bienestar de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la importancia de poner las necesidades de los pacientes en el centro del diseño hospitalario. En



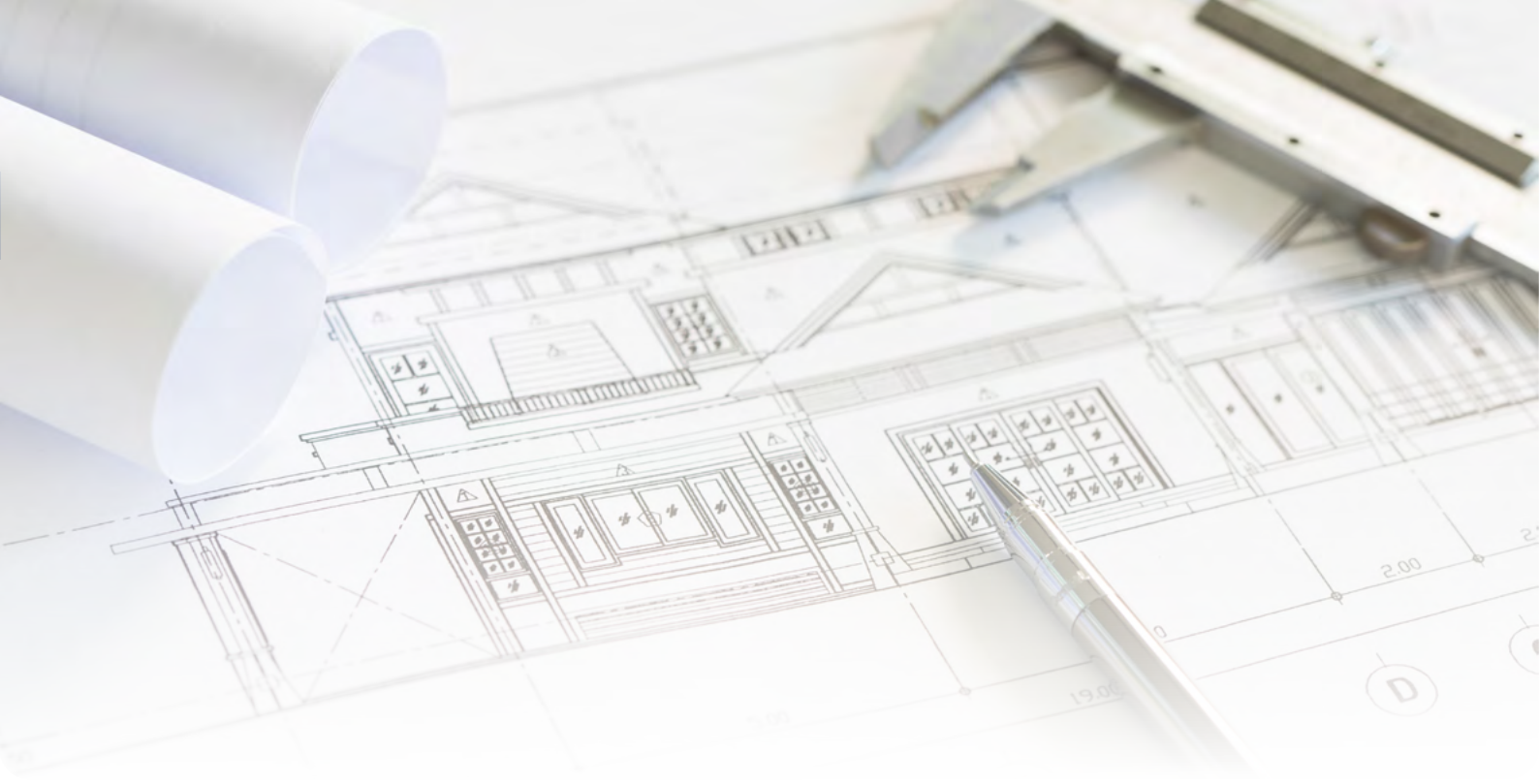
su informe sobre servicios de salud centrados en la persona, destaca que los entornos asistenciales no solo deben facilitar la atención médica, sino también promover la comodidad, la seguridad y la dignidad de los pacientes.

Esto implica un cambio en la concepción del espacio hospitalario: ya no se trata solo de grandes infraestructuras repletas de equipamiento, sino de lugares diseñados para mejorar la experiencia y calidad de vida del paciente.

Del modelo tradicional a un diseño pensado para la recuperación

El diseño hospitalario tradicional ha estado marcado por la funcionalidad: largos pasillos, salas impersonales y distribución basada en la organización médica más que en la comodidad del paciente. Sin embargo, estudios recientes demuestran que elementos como la luz natural, los espacios abiertos y la privacidad en las habitaciones no solo mejoran la percepción de la estancia hospitalaria, sino que también pueden acelerar la recuperación.

El *Patient Hub* es un modelo innovador que responde a esta necesidad. Su propuesta es sencilla: en lugar de hacer que el paciente se desplace por el hospital de un departamento a otro, el hospital se organiza en torno a él. Un estudio de Amato et al. (2021) de-



mostró que este enfoque mejora el flujo de trabajo hospitalario, facilita la orientación dentro del centro y mejora el acceso a vistas exteriores, lo que repercute positivamente en el bienestar del paciente.

Otro aspecto clave es el diseño de las habitaciones hospitalarias. Cifter & Cifter (2017) señalan que la distribución del espacio, la iluminación y la reducción del ruido ambiental son factores que influyen en la experiencia del paciente. Esto se traduce en menor ansiedad, mayor confort y mejor adherencia a los tratamientos.

Por otro lado, la arquitectura sanitaria también se está adaptando a la digitalización de la atención médica. Un estudio de Schleyer et al. (2017) propone nuevas configuraciones espaciales para facilitar el acceso a la información clínica por parte de los pacientes, promoviendo una mayor participación en su tratamiento.

España: avances y experiencias en arquitectura centrada en el paciente

España no ha sido ajena a este cambio. En los últimos años, diversos hospitales han comenzado a incorporar elementos arquitectónicos centrados en el paciente, siguiendo las recomendaciones internacionales y experiencias previas en otros países.

Uno de los ejemplos más significativos es el Hospital Sant Joan de Déu en Barcelona, que ha apostado por la humanización del entorno hospitalario, especialmente en su área pediátrica. Sus instalaciones incluyen espacios lúdicos y terapéuticos diseñados para reducir el estrés de los niños hospitalizados y mejorar su experiencia y la de sus familias.

El Hospital Vall d'Hebron también ha sido pionero en iniciativas de diseño centrado en el paciente. En el V Congreso de Experiencia del Paciente, celebrado en sus instalaciones en 2024, se presentaron numerosos casos que muestran cómo la arquitectura y el diseño pueden impactar en la percepción y la experiencia del usuario. Se destacaron mejoras en las salas de espera, en la distribución de los espacios asistenciales y en el diseño de las habitaciones para ofrecer mayor confort y privacidad a los pacientes.

Ana Martí, responsable de participación en Vall d'Hebron, afirma que “el entorno hospitalario influye directamente en la experiencia y el bienestar del paciente. En Vall d'Hebron hemos trabajado con pacientes y familiares para mejorar espacios clave, priorizando confort y orientación. En el V Congreso de Experiencia del Paciente vimos cómo la luz natural, la reorganización de salas de espera y los espacios de socialización pueden reducir la ansiedad y mejorar la

estancia hospitalaria. El diseño debe formar parte de la atención centrada en el paciente".

Otro caso relevante es el del Hospital Universitario de Canarias, que ha reformado su unidad de urgencias psiquiátricas con un diseño más acogedor y seguro, garantizando tanto la tranquilidad de los pacientes como la eficiencia en la atención médica.

Estos ejemplos muestran que en España existe un movimiento creciente hacia la humanización de los entornos hospitalarios. Pero ¿cómo se está consolidando este cambio a nivel profesional?

Innovación en arquitectura sanitaria: una aproximación desde PMMT

El avance hacia un diseño hospitalario más humano no es un esfuerzo aislado, sino el resultado de investigaciones y proyectos desarrollados por distintos estudios de arquitectura. En España, varios estudios de arquitectura sanitaria han apostado por modelos centrados en el paciente, explorando cómo el diseño del entorno influye en la recuperación y la experiencia asistencial.

Recientemente, en el Instituto para la Experiencia del Paciente (IEXP) visitamos las instalaciones de PMMT Arquitectura, un estudio que se ha especializado en la humanización de los espacios sanitarios. Su enfoque no se limita a la funcionalidad de los hospitales, sino que busca crear entornos que favorezcan el bienestar del paciente y del personal sanitario.

Uno de sus proyectos más relevantes es la publicación del libro *Humanización de la arquitectura sanitaria: una guía de diseño para el bienestar*. Este libro recoge principios fundamentales para transformar los espacios hospitalarios en entornos más acogedores y humanos. Entre sus recomendaciones destacan:

- Diseñar espacios que reduzcan la ansiedad del paciente, incorporando elementos como iluminación natural y materiales cálidos.
- Crear entornos accesibles y seguros para personas con diversidad funcional.

- Mejorar la señalización y el diseño de pasillos para facilitar la orientación de los pacientes dentro del hospital.
- Integrar áreas de descanso y socialización que permitan una mejor interacción entre pacientes y familiares.

Este tipo de iniciativas demuestran que la arquitectura hospitalaria no es solo una cuestión técnica, sino una herramienta fundamental para mejorar la experiencia del paciente y la calidad asistencial.

El diseño como parte de la atención sanitaria

La arquitectura hospitalaria ha evolucionado hacia un modelo que prioriza la experiencia del paciente, siguiendo la premisa de que el entorno puede ser un aliado en la recuperación. Modelos como el *Patient Hub*, el rediseño de habitaciones hospitalarias y la digitalización de la atención están marcando el futuro de la sanidad.

España ha avanzado en esta dirección con iniciativas destacadas en hospitales como Sant Joan de Déu y Vall d'Hebron, así como con la labor de estudios como PMMT Arquitectura, que han aportado investigaciones y propuestas concretas para la transformación de los espacios sanitarios.

El reto ahora es consolidar esta tendencia y garantizar que la arquitectura hospitalaria continúe evolucionando en favor de los pacientes. No se trata solo de construir hospitales más modernos, sino de diseñar espacios que realmente respondan a las necesidades de quienes los habitan: los pacientes y los profesionales sanitarios.

CEO del Instituto para la Experiencia del Paciente (IEXP)

carlos.bezos@iexp.es

Diseño y Mejora del Proceso Asistencial del Paciente con Cáncer Urotelial

Encuentro de Expertos

5

Marzo

12:30-14:30h

OBJETIVO

Con la convocatoria del Encuentro de Expertos 'Diseño y Mejora del Proceso Asistencial del Paciente con Cáncer Urotelial', se pretende analizar y debatir sobre cómo avanzar desde la situación actual hacia la optimización del proceso asistencial del paciente con cáncer urotelial.

PROGRAMA

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

Representante de pacientes con cáncer urotelial

Juan Antonio Marqués Espí, gerente del Departamento de Salud

Lorena Peiró Ferrando, directora médica

Concepción Fernández Planelles, directora de Atención Primaria

Verónica Amat Puig, directora de Enfermería

Norma Iranzo García, subdirectora médica

Manuel Ortiz Gorraiz, jefe del Servicio de Urología

M^a Ángeles Bernabéu Martínez, jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria

Nieves Díaz Fernández, jefa del Servicio de Oncología Médica

Antonio López Jiménez, facultativo especialista en Oncología Médica

Jose Antonio Valera Lorenzo, facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Juana Requena Puche, facultativa de la Unidad de Calidad

Marta Fernández De Mesa Carrillo, facultativa especialista en Psicooncología

Patricia Sanchez Serrano, supervisora de Enfermería de Hospitalización

Mónica Martínez Llodrá, enfermera terapeuta especialista en urostomías

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Participa:

Organiza:

Colabora:



GENERALITAT
VALENCIANA

ACI.
ARA.

PLA
RECUPEREM
VALÈNCIA



astellas



La optimización del proceso asistencial en el cáncer urotelial, a debate en Castellón



Grupo de expertos del encuentro: 'Diseño y Mejora del Proceso Asistencial del Paciente con Cáncer Urotelial', celebrado en el Hospital General Universitari de Castelló.

El Hospital General Universitari de Castelló acogió el pasado 12 de febrero el 'Encuentro de Expertos: Diseño y Mejora del Proceso Asistencial del Paciente con Cáncer Urotelial'. La reunión, organizada por New Medical Economics con la colaboración de Astellas Pharma, reunió a especialistas de distintas disciplinas, con el objetivo de analizar y debatir sobre cómo avanzar desde la situación actual hacia la optimización del proceso asistencial del paciente con cáncer urotelial, fomentando la colaboración entre profesionales sanitarios de distintos ámbitos.

El encuentro contó con la participación de profesionales del Hospital General Universitari de Castelló (HGU Castelló) y el Consorci Hospitalari Provincial de Castelló (CHP Castelló), así como representantes de pacientes con cáncer urotelial. El moderador, José

María Martínez García, presidente de New Medical Economics, destacó la importancia de estos encuentros para identificar fortalezas y áreas de mejora en el proceso asistencial.

Los participantes compartieron su visión sobre la situación actual y las oportunidades de mejora en el proceso asistencial del cáncer urotelial. Entre ellos, estuvieron: Matías Real López, director gerente del Consorci Hospitalari Provincial de Castelló; Daniel Flores Couce, director médico del CHP de Castelló; Patricia Barrué Galiano, directora de enfermería del HGU de Castelló; Adelina Corbacho Godes, médica de Atención Primaria; Alicia Batalla Tarrasón, supervisora de enfermería de Consultas Externas de Urología del CHP de Castelló; Elena Borrajo Sábado, supervisora de enfermería del Hospital de Día de Oncología del CHP de Castelló; M^a Dolores Bellés Medall,

jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria del HGU de Castelló; Belén Bertolín Olmos, jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria del CHP de Castelló; Ángela Montes Albuixech, especialista en Oncología Médica del CHP de Castelló; Miguel Rodrigo Aliaga, jefe del Servicio de Urología del HGU de Castelló; M^a José Gallego Pitarch, especialista en Psicooncología del CHP de Castelló; y los representantes de pacientes Javier Cucala Carrasco y Ana Blanch Queral.

El carcinoma urotelial es el cáncer de vejiga más común, representando el 90% de los casos y afectando a las células uroteliales. Las tasas de incidencia de este tipo de cáncer se encuentran entre las más elevadas del mundo, con 26 casos por 100.000 habitantes/año en hombres y entre 3 y 5 casos por 100.000 habitantes/año en mujeres. En 2022 fue el quinto cáncer más frecuente en España, afectando principalmente a hombres mayores de 65 años. Sin embargo, la tasa de mortalidad sigue siendo relativamente baja en comparación con otros tipos de cáncer, situándose en 3,5 por 100.000 habitantes. Por estos motivos, el encuentro se organizó con la intención de debatir sobre el modelo asistencial del cáncer urotelial en Castellón y mejorar la atención a estos pacientes, promoviendo una mejor coordinación entre los distintos niveles asistenciales y optimizando los recursos disponibles.

Uno de los aspectos más discutidos fue la coordinación entre niveles asistenciales. Matías Real López, director gerente del CHP Castelló, señaló que "el Hospital Provincial es el centro de referencia en oncología para toda la provincia, lo que implica un esfuerzo adicional en coordinación con los distintos hospitales y centros de atención primaria". Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, la falta de integración de los sistemas de información dificulta la comunicación fluida entre los distintos niveles asistenciales.

Uno de los primeros puntos debatidos fue la importancia de la detección precoz y la equidad en el acceso. Según Matías Real López, "el proceso asistencial del paciente con cáncer urotelial debe estar claramente definido para minimizar retrasos y mejorar el acceso a tratamientos". Sin embargo, Adelina Corbacho Godes señaló que "la Atención Primaria sigue enfrentando dificultades para identificar ciertos casos en estadios iniciales, especialmente en mujeres".

Desde la perspectiva de Urología, Miguel Rodrigo Aliaga, jefe del Servicio de Urología del HGU Castelló, explicó que "el 75-80% de los tumores de vejiga son no músculo invasivos, lo que permite un tratamiento menos agresivo si se detectan a tiempo".

Durante el Encuentro de Expertos, José María Martínez García, presidente de New Medical Economics, planteó una cuestión clave sobre la delimitación de los procesos asistenciales en el cáncer urotelial y la coordinación entre los diferentes niveles sanitarios. Belén Bertolín Olmos, jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria del CHP de Castelló, explicó que "los pacientes nos llegan ya diagnosticados desde Urología y Oncología, donde se gestiona su tratamiento. Actualmente manejamos entre 45 y 50 pacientes en seguimiento activo". Destacó además que su equipo desempeña un papel fundamental en la "revisión de tratamientos, detección de posibles interacciones farmacológicas y apoyo al oncólogo en la terapia concomitante".

Por otro lado, Adelina Corbacho Godes, médica de Atención Primaria, abordó la falta de actualización específica en cáncer urotelial para los médicos de este nivel asistencial, explicando que "la formación continua en Atención Primaria es voluntaria y depende del interés personal de cada profesional. No todos los médicos se especializan en los mismos ámbitos, lo que puede generar lagunas en el conocimiento sobre ciertos tipos de cáncer". Por su parte, Ángela Montes Albuixech insistió en que "la oncología médica está avanzando en nuevas combinaciones terapéuticas que mejoran la supervivencia y reducen la agresividad del tratamiento".

Sin embargo, algunos casos pueden retrasarse, especialmente en mujeres, cuya sintomatología inicial puede confundirse con infecciones urinarias recurrentes. En este sentido, Ana Blanch Queral, representante de pacientes, compartió su experiencia: "Estuve meses con síntomas que no se identificaron correctamente hasta que fui a un especialista privado. La información y la concienciación podrían haber acelerado mi diagnóstico".

La falta de recursos en el sistema sanitario también fue una preocupación recurrente. Daniel Flores Couce, director médico del CHP Castelló, destacó que "la



Expertos del Hospital General Universitari de Castelló y el Hospital Provincial de Castelló durante el debate.

gestión eficiente de los recursos es clave para evitar cuellos de botella en pruebas diagnósticas y acceso a quirófanos". En la misma línea, Patricia Barrué Galiano, directora de enfermería del HGU Castelló, subrayó que "el aumento de la demanda asistencial en los últimos años no ha ido acompañado de un incremento proporcional de recursos, lo que impacta en los tiempos de espera".

Apoyo psicológico y calidad de vida

M^a José Gallego Pitarch, psicooncóloga del CHP Castelló, enfatizó la importancia del acompañamiento emocional en estos pacientes: "El diagnóstico de cáncer es un tsunami emocional, con ansiedad, miedo e incertidumbre. Contar con un equipo de apoyo psicológico es fundamental". Sin embargo, añadió que "todavía falta integración de los servicios de psicooncología en el circuito asistencial, lo que dificulta que todos los pacientes puedan acceder a esta atención de manera sistemática".

Desde el punto de vista del paciente, Javier Cucala Carrasco compartió su experiencia: "Cuando recibes un diagnóstico como este, necesitas información clara y un apoyo integral. Yo tuve la suerte de contar con profesionales que me ayudaron en todo momento, pero es fundamental estandarizar este apoyo".

La incorporación de nuevas terapias también fue un tema clave en la jornada. M^a Dolores Bellés Medall, jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria del HGU Castelló, explicó que "la inmunoterapia, las terapias

dirigidas y la terapia intravesical avanzada están revolucionando el tratamiento del cáncer urotelial". Sin embargo, destacó que "el acceso a la innovación terapéutica sigue presentando barreras".

Por su parte, Miguel Rodrigo Aliaga resaltó la importancia de los ensayos clínicos: "Estamos participando en estudios con dispositivos de liberación de fármacos en vejiga que podrían mejorar la evolución de los tumores no invasivos. La investigación es clave para seguir avanzando".

Elena Borrajo Sábado también enfatizó que "es fundamental agilizar los procesos burocráticos para que los pacientes puedan acceder a ensayos clínicos en otros centros cuando no estén disponibles localmente".

La perspectiva del paciente

Con el fin de aportar el punto de vista de los pacientes, Ana Blanch Queral compartió su experiencia: "mi diagnóstico se retrasó porque mis síntomas fueron atribuidos a problemas ginecológicos; una mejor información y formación de los profesionales podría evitar casos como el mío".

Por su parte, Javier Cucala Carrasco subrayó la necesidad de apoyo emocional: "el impacto psicológico del cáncer de vejiga es enorme, y contar con un servicio de psicooncología estructurado debería ser un pilar del tratamiento". En este sentido, M^a José Gallego Pitarch defendió la importancia del acompaña-

miento psicológico: "el cáncer urotelial no solo afecta físicamente, sino que genera ansiedad, depresión y miedo en los pacientes".

Recomendaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer urotelial

Al cierre del Encuentro de Expertos, José María Martínez García, presidente de New Medical Economics, pidió a los ponentes que ofrecieran recomendaciones finales para mejorar la calidad asistencial de los pacientes con cáncer urotelial. M^a José Gallego Pitarch, especialista en Psicooncología del CHP de Castelló, insistió en la necesidad de evaluar de forma más estructurada el apoyo psicológico: "Podríamos implementar cuestionarios de ansiedad y depresión para detectar mejor quién necesita atención psicológica específica. No todos los pacientes requieren lo mismo, pero hay que darles la opción". Además, destacó la importancia de la nutrición en el preoperatorio: "Muchos pacientes llegan a la cirugía mal nutridos, lo que afecta directamente a la mortalidad y recuperación".

Desde el ámbito quirúrgico, Miguel Rodrigo Aliaja, jefe del Servicio de Urología del HGU de Castelló, subrayó la necesidad de humanizar la atención: "Echo en falta más tiempo con el paciente. No solo en cáncer urotelial, sino en muchos procesos oncológicos. El contacto directo es clave para mejorar su experiencia". En la misma línea, Elena Borrajo Sábado, supervisora de enfermería del Hospital de Día de Oncología, puso el foco en la personalización de los cuidados: "Es esencial que el paciente tenga herramientas para decidir qué tipo de apoyo necesita, ya sea emocional, social o sanitario".

Patricia Barrué Galiano, directora de Enfermería del HGU de Castelló, incidió en la educación sanitaria: "El empoderamiento del paciente pasa por darle información sobre los factores de riesgo y los síntomas iniciales. Muchas mujeres fumadoras nunca pensarían en el cáncer de vejiga como una posibilidad". En el mismo sentido, Matías Real López, director gerente del Consorci Hospitalari Provincial de Castelló, propuso una mayor integración de los pacientes en la toma de decisiones asistenciales: "Debemos encontrar la fórmula para incluir a los pacientes en

nuestros comités y reuniones. Su experiencia es clave para mejorar el sistema".

Por su parte, Daniel Flores Couce, director médico del CHP de Castelló, planteó el uso de herramientas digitales como asistentes virtuales para resolver dudas en cualquier momento: "Un sistema bien desarrollado con inteligencia artificial podría ofrecer información validada y ayudar a los pacientes a gestionar su enfermedad". Finalmente, Ángela Montes Albuixech, especialista en Oncología Médica del CHP de Castelló, insistió en la importancia de ampliar los comités multidisciplinares para incluir a más perfiles sanitarios: "Solo desde una visión global, que incluya trabajo social, psicología, farmacéutico oncológico y enfermería, lograremos una atención verdaderamente centrada en el paciente".

Enfermería desempeña un papel fundamental en la educación para la salud y en la preparación del paciente para afrontar su enfermedad. Patricia Barrué Galiano, directora de Enfermería del HGU de Castelló, subrayó la necesidad de reforzar la información a los pacientes sobre los factores de riesgo, destacando especialmente el abandono del hábito tabáquico: "Muchas personas desconocen el impacto directo del tabaco en el desarrollo del cáncer de vejiga. Es imprescindible que desde enfermería trabajemos en la prevención y en la concienciación para reducir su incidencia".

Además, en pacientes sometidos a una cistectomía por un cáncer de vejiga musculoinvasivo, la figura de la enfermera estomatoterapeuta es clave en el preoperatorio, postoperatorio y seguimiento. Belén Bertolín Olmos, jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria del CHP de Castelló, destacó que "la adaptación del paciente a la urostomía es un proceso complejo que requiere un acompañamiento constante". En este sentido, Alicia Batalla Tarrasón, supervisora de enfermería de Consultas Externas de Urología, insistió en la necesidad de protocolos estructurados para el seguimiento de estos pacientes: "La enfermería estomatoterapeuta ayuda no solo en el cuidado físico, sino también en la adaptación psicológica y social del paciente". Desde la enfermería oncológica se propuso reforzar la formación en el manejo de urostomías y garantizar que todos los pacientes



Expertos del Hospital General Universitari de Castelló y el Hospital Provincial de Castelló durante el debate.

tengan acceso a este servicio especializado, mejorando así su calidad de vida y reduciendo posibles complicaciones postquirúrgicas.

El encuentro concluyó con un consenso general sobre la necesidad de reforzar la educación sanitaria, mejorar la integración de los pacientes en la toma de decisiones y optimizar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales para garantizar un abordaje más eficiente y equitativo del cáncer urotelial.

El Encuentro de Expertos concluyó dejando manifiesta la necesidad de seguir avanzando en la mejora del proceso asistencial del cáncer urotelial. Se identificaron áreas clave para la optimización de los tiempos de diagnóstico, la mejora en la coordinación asistencial y la importancia del acceso equitativo a tratamientos innovadores. Además, quedó patente el papel crucial del acompañamiento psicológico y el impacto de la digitalización en la mejora de los servicios sanitarios.

Esta reunión permitió identificar áreas de mejora y reforzar la implicación de todos los actores involucrados en el abordaje del cáncer urotelial. La necesidad de continuar promoviendo encuentros de este tipo quedó patente entre los asistentes, quienes coincidieron en que el intercambio de conocimiento y experiencias es esencial para avanzar hacia una atención más eficiente y centrada en el paciente.

Apoyo psicológico y calidad de vida

M^a José Gallego Pitarch, psicooncóloga del CHP Castelló, enfatizó la importancia del acompañamiento emocional en estos pacientes: "El diagnóstico de cáncer es un tsunami emocional, pueden aparecer emociones como ansiedad, miedo, tristeza, rabia e incertidumbre. Contar con un equipo de apoyo psicológico es fundamental". Sin embargo, añadió que "todavía falta la integración de los servicios de psicooncología en el circuito asistencial, lo que dificulta que todos los pacientes puedan acceder a esta atención de manera sistemática".

Recomendaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer urotelial

Al cierre del Encuentro de Expertos, José María Martínez García, presidente de New Medical Economics, pidió a los ponentes que ofrecieran recomendaciones finales para mejorar la calidad asistencial de los pacientes con cáncer urotelial. M^a José Gallego Pitarch, especialista en Psicooncología del CHP de Castelló, insistió en la necesidad de evaluar de forma más estructurada a los pacientes con este tipo de cáncer: " Pasar un cuestionario de ansiedad y depresión mientras están esperando a la consulta de urología podría ayudarnos a detectar mejor quién necesita atención psicológica específica. Informar a los pacientes de que existe la figura del psicooncólogo también es importante, para que en el momento que lo requieran puedan solicitarlo.

Ruta del Paciente con Cáncer Urotelial

Encuentro de Expertos

12

Marzo

12:30-14:30h

OBJETIVO

Con la convocatoria del Encuentro de Expertos 'Ruta del Paciente con Cáncer Urotelial', se pretende analizar y debatir sobre cómo avanzar desde la situación actual hacia la optimización del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

PROGRAMA

Inmaculada Vázquez Cruz, directora gerente del Área de Gestión Sur de Sevilla

María José Sánchez Pérez, profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, directora del Registro de Cáncer de Granada y directora científica de ibs. GRANADA

Higinio Flores Tirado, presidente de la Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia

Miguel Ángel Moya Molina, director médico del Hospital Puerta del Mar de Cádiz

Rafael Antonio Medina López, jefe de servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Francisco Javier Salvador Bofill, jefe de Servicio de Oncología del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

María José Bonilla Delgado, supervisora de enfermería de la unidad de oncología médica del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Miguel Ángel Calleja, jefe de servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Virgen de la Macarena (Sevilla)

Elvira Gamero Matador, psicooncóloga de la AECC Sevilla

Ofelia Molina Algar, miembro de AOSEV (Asociación de Ostomizados de Sevilla)

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

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Organiza:



Participa:



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Colabora:





Gestión es acción: Maurice Blondel como marco conceptual

Francisco Javier Valbuena Ruiz

La filosofía de la acción de Maurice Blondel¹ ofrece un marco conceptual valioso para abordar los complejos desafíos que enfrentan los directivos de la salud en la actualidad. El pensamiento blondeliano, centrado en la tensión entre la "voluntad que quiere" y la "voluntad querida", proporciona una perspectiva única para analizar y enfrentar las problemáticas estructurales de los sistemas sanitarios.

Por otra parte, no existe gestión sin acción, lo antagónico a la gestión sanitaria es la inacción sanitaria, por lo que la condición de gestor está intrínsecamente ligada a la acción, base filosófica sobre la que sustentó todo su pensamiento.

La desproporción como motor de cambio

El concepto blondeliano de desproporción entre la "voluntad que quiere" (*volonté voulante*) y la "voluntad querida" (*volonté voulue*) puede aplicarse directamente a la gestión sanitaria. En este contexto se podría traducir en la tensión entre:

- La visión ideal de un sistema de salud que garantice la equidad, eficiente, accesible y sostenible (voluntad que quiere).
- Las limitaciones prácticas y obstáculos que enfrentan los directivos día a día (voluntad querida).

Esta brecha, lejos de ser paralizante, debe convertirse en el motor que impulse la innovación y los cam-

bios estructurales necesarios en nuestro quehacer diario. El "sufrimiento" que conlleva la desproporción es generador de acciones concretas encaminadas a la consecución de los objetivos más utópicos y elevados de nuestro desempeño profesional.

Hay que indicar que el filósofo llega a la conclusión de que ambas voluntades no están separadas, sino que son manifestaciones de una única voluntad generadora de la búsqueda de la verdad.

Acción como síntesis del conocer, querer y ser

Maurice Blondel concibe la acción como una síntesis integral del conocer, querer y ser, humano. Esta concepción es fundamental para comprender su filosofía y su aplicación a la gestión empresarial, especialmente en el ámbito de la dirección de servicios sanitarios. "La acción es eminentemente sintética, nutrida de ideas y sentimientos. La acción es una definición concreta, no un análisis abstracto de la idea"². Es el punto preciso donde convergen el mundo del pensamiento, el mundo moral y el mundo de la ciencia³.

Conocer

El conocimiento es el punto de partida de la acción. En el contexto de la gestión sanitaria, implica el análisis pormenorizado de la información, una información que siempre es compleja de adquirir, pero que los actuales sistemas de información y la Inteligencia Artificial cada vez ponen más a nuestro alcance. Co-



nocer la sociedad a la cual servimos, sus tendencias, sus carencias, sus anhelos, sus proyecciones futuras y su situación socioeconómica.

Querer

La voluntad es el motor de la acción. Para un directivo sanitario, el "querer" se manifiesta en la determinación para implementar cambios necesarios y a menudo difíciles; el compromiso con la mejora continua de los servicios de salud; la aspiración a alcanzar estándares más altos de calidad y eficiencia; y la voluntad de enfrentar y superar obstáculos en la gestión diaria.

Ser

El "ser" representa la dimensión existencial y ética de la acción. La congruencia entre las decisiones tomadas y la misión de la institución sanitaria, nuestro propósito. El directivo de la salud debe liderar con el ejemplo, debe abordar los desafíos con coherencia y autenticidad en las relaciones humanas, tanto con el equipo de profesionales como con las personas a las cuales servimos.

La verdadera acción, según Blondel, surge cuando estas tres dimensiones se integran armoniosamente:

1. El conocimiento informa la voluntad y guía el ser del directivo.
2. La voluntad impulsa la búsqueda de nuevo conocimiento y moldea el ser.
3. El ser del directivo influye en cómo adquiere conocimiento y en qué decide querer.

De forma práctica, esta síntesis se podría ver reflejada en la dirección sanitaria cuando en nuestro proceder descartamos las aporías y actuamos conforme al modelo de:

- Utiliza su conocimiento para tomar decisiones informadas (conocer).
- Mantiene la determinación de mejorar los servicios a pesar de las dificultades (querer).
- Actúa de manera coherente con los valores éticos de la profesión gestora (ser).

La filosofía de Blondel sugiere que solo cuando estas tres dimensiones están alineadas, la acción del directivo sanitario puede ser verdaderamente efectiva y transformadora. Esta integración permite abordar los complejos desafíos del sector de la salud de manera holística, considerando no solo los aspectos técnicos y económicos, sino también los éticos y humanos. Esta acción en manos de profesionales de la gestión sanitaria alcanza como el mismo Blondel señala un carácter de acción social, colectiva y por consiguiente perteneciente a toda la sociedad. "Lo que yo he hecho por mí mismo con el concurso de otro, ya no es solo para mí y para el otro. El acto realizado tiene necesariamente un alcance más grande"⁴, integrando así a toda la sociedad pues la acción no puede ser parcial, abstracta y provisoria.

La insuficiencia de lo puramente dado

Blondel señala "la insuficiencia de todo el orden natural", lo que en el contexto sanitario se traduce en la necesidad de ir más allá de las soluciones convencionales. Los gestores deben reconocer que los enfoques tradicionales ya no son suficientes para

enfrentar la creciente demanda de servicios debido al envejecimiento poblacional, la cronificación de patologías complejas, el aumento de la soledad no deseada en todas las edades, o el resto de impresionantes retos que nos acechan. La insuficiencia de todo el orden natural se convierte así en la necesidad de innovación en gestión, como elemento transformador y disruptivo.

El sufrimiento como catalizador

La filosofía blondeliana ve en el sufrimiento una oportunidad de crecimiento y transformación. En el ámbito sanitario, las dificultades actuales - como la falta de personal o la presión presupuestaria - deben verse no como obstáculos insalvables, sino como catalizadores para el cambio. "El sufrimiento es la palabra terrena del amor", afirma Blondel, lo que puede interpretarse como la necesidad de un compromiso profundo y apasionado con la misión de mejorar la salud. El propósito último de nuestras organizaciones es lo que mueve el desempeño profesional de todos los sanitarios y especialmente de los que nos dedicamos a la gestión; pues el horizonte se debería percibir más nítido desde nuestra perspectiva.

Innovación y trascendencia

La idea blondeliana de que "la acción del hombre trasciende al hombre" es particularmente relevante en el contexto de la innovación sanitaria. Los gestores debemos aspirar a soluciones que vayan más allá de lo inmediatamente visible o factible, puesto que nos debemos no solamente a la población presente sino a futuras generaciones. Por esta razón nuestra intervención en el ámbito de la innovación ha de ser consustancial a la realidad presente y futura de la sociedad. Esto implica ajustarnos cada vez más a las demandas concretas y específicas de una sociedad que nos quiere más pegados a su propio terreno (domicilios y lugares de la vida cotidiana) que al nuestro (hospitales, centros de salud, etc.).

La opción por el sentido

Blondel plantea una clara alternativa: "O bien intenta permanecer dueño de sí y reservarse plenamente para sí, o bien se abandona al mandato divino". En el contexto de la gestión sanitaria, esto se traduce en la necesidad de optar por un propósito trascendente

que guíe todas las acciones, el "único necesario" que diría nuestro filósofo. Los directivos debemos tomar una opción, bien priorizamos intereses a corto plazo, o, por el contrario, nos comprometemos con una visión transformadora que busque el bien común a largo plazo.

Filosofía y gestión son dos caras de la misma moneda, pero que no siempre se evidencia de forma manifiesta su intrínseca relación. En un contexto social diletante, donde la superficialidad, la prueba de opciones posibles sin recabar en consecuencias, como si el método de ensayo y error fuese asumible; en este entorno actual incorporar la filosofía a la gestión sanitaria es imperativo. La aplicación del pensamiento de Blondel a la gestión sanitaria ofrece un marco filosófico robusto para enfrentar los desafíos actuales. Los directivos de la salud, inspirados por esta filosofía de la acción, podemos:

1. Abrazar la tensión entre lo ideal y lo real como fuente de innovación.
2. Integrar conocimiento, voluntad y ser en su liderazgo.
3. Buscar soluciones que trasciendan los límites convencionales.
4. Ver en las dificultades oportunidades de transformación profunda.
5. Comprometerse con un propósito que vaya más allá de los resultados inmediatos.

En un momento en que el sistema sanitario enfrenta desafíos sin precedentes, la filosofía de Blondel nos recuerda que la verdadera acción transformadora surge de reconocer nuestras limitaciones y, al mismo tiempo, aspirar a superarlas. Solo así podremos construir un sistema de salud que no solo sea sostenible, sino que también responda de manera integral a las necesidades cambiantes de la sociedad.

Presidente de la Fundación Pondera. Gestor sanitario

jvalbuena@valbuena.org



Alianza de la Sanidad
Privada Española



UNA ALIANZA, MIL OPORTUNIDADES

REPRESENTAMOS AL 80% DE LOS CENTROS
SANITARIOS PRIVADOS DE ESPAÑA. ¡SÚMATE Y
COMIENZA A DISFRUTAR LOS BENEFICIOS!

www.aspesanidadprivada.es | info@aspesanidad.es | 91 458 57 65



Y si analizamos el número de camas hospitalarias (públicas y privadas) por comunidad autónoma. ¿Están bien distribuidas?

Luis Germán González Bonet

Introducción

Al acceder a un cargo de alta dirección, sobre todo si por azares de la vida te ofrecen la ocasión y no andabas buscándolo, quizás el primer sentimiento que te aborda es una gran responsabilidad asociado a vértigo o incluso miedo a no hacerlo correctamente. Escribió una vez el escritor T. H. White: “Lo mejor cuando estas triste es aprender algo. Eso es lo único que nunca falla: puedes envejecer y sufrir temblores por todo el cuerpo, puedes pasarte la noche en vela escuchando circular la sangre por tus venas, puedes echar de menos al amor de tu vida, o contemplar el mundo que te rodea devastado por malvados lunáticos, o saber que tu honor fue pisoteado por la gentuza más infecta. En esas situaciones sólo hay una opción: aprender. Aprende por qué se mueve el mundo y qué lo mueve”.

Muy probablemente las dos cuestiones que más te planteen los profesionales que acudirán a ti y sobre las que más debas aprender serán las siguientes:

- Una relativa a un posible déficit personal: ¿Está mi departamento bien dotado de profesionales? Esta cuestión ya se trató en una reciente publicación de un servidor¹.
- Otra cuestión relativa a la dotación de camas de tu centro hospitalario: ¿Está mi departamento,

mi provincia, o mi comunidad autónoma bien dotado de camas hospitalarias?

Y es que en algunos centros o ciudades es algo bastante recurrente ver cómo los pacientes se amontonan en las urgencias mezclándose aquellos que esperan para ser atendidos con aquellos que esperan para ser ingresados, o la creación de áreas de preingreso instaladas cerca de urgencias para descongestionar las mismas, u observaciones repletas de pacientes en espera de subir a una planta de hospitalización tras generar el ingreso administrativo. Cierto es que este hecho suele venir asociado a momentos estacionales como la gripe o aquellas situaciones donde se combina el personal médico de vacaciones con un aumento de la población flotante fruto del turismo del que, recordemos, España es líder.

Para intentar responder si mi población está bien dotada de camas hospitalarias me propongo encontrar una fórmula matemática que explique de la manera más exacta y menos compleja posible la dotación de camas hospitalaria que debería asignarse a una determinada población, es decir, una ecuación donde al introducir un valor de X que represente la población asignada (variable independiente) nos indique el número de camas que deberíamos tener en nuestra comunidad (variable dependiente) y realizar esto para cada una de las comunidades autónomas usando como referencia los últimos datos facilita-

dos por el Ministerio de Sanidad en su Catálogo Nacional de Hospitales (CNH)². El objetivo final de este trabajo es buscar la equidad entre las distintas poblaciones del territorio español donde todas las personas deberían tener derecho a una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad^{3,4}.

Metodología

El primer punto es extraer la información de la forma más fiable y actual. En nuestro caso la fuente es el catálogo nacional de hospitales (CNH), concretamente su última versión del 2024². Posteriormente se realizará un análisis de regresión intentando encontrar una fórmula matemática, a ser posible una línea recta, que estime la relación entre dos variables: la población de una comunidad autónoma (variable independiente) y el número de camas (variable dependiente). Calcularé el coeficiente de determinación o R^2 para la ecuación que mejor se ajuste intentando que la función final tenga el mayor valor posible. Se debe recordar que una R^2 de 1 en la ecuación de una recta equivaldría a decir que el número de camas hospitalarias de una comunidad autónoma se explicaría en un 100% de los casos por la población de dicha comunidad. En ciencias sociales y medicina, un coeficiente entre 0,5 y 0,7 podría considerarse un buen valor estableciendo una importante relación entre las dos variables.

Se procederá a realizar dicho estudio en dos partes:

1. Usando los datos de hospitales u organizaciones públicas. Dicho análisis se realizará recogiendo los datos en formato tabla (tabla 1) y en formato gráfica (figura 1). Tras obtener la fórmula matemática se calculará, a través de la función obtenida, el número de camas más adecuado que debería tener cada comunidad autónoma.
2. Incluyendo los hospitales u organizaciones privadas que aportan camas. Se realizará también el análisis numérico (tabla 1) y gráfico (figura 2), calculando cuál sería el número de camas sobrantes o excedentes de dicho sistema privado.

Resultados y discusión

Tras extraer los datos del Catálogo Nacional de Hospitales en su última versión² del 2024 y cruzarlos con la población recogida por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante ese año⁵, se elabora la tabla 1 tanto para datos de camas públicas, como privadas y totales por cada una de las comunidades autónomas del estado español, así como para Ceuta y Melilla. El número total de camas públicas asciende a 108.484 y el número de camas totales, incluidas las privadas a 159.587. El número total de centros públicos es 388 y de centros privados 452

2024	Población	HOSPITALES PÚBLICOS				HOSPITALES PRIVADOS			TOTAL CAMAS	
		Hospitales públicos	TOTAL CAMAS públicas	Camas PREVISIBLES	EXCESO O DÉFICIT DE CAMAS PÚBLICAS	Camas por 1.000 habitantes	Hospitales Privados	TOTAL CAMAS privados		EXCESO O DÉFICIT DE CAMAS PRIVADA
Andalucía	8.631.862	76	17.077	17.337	-260	2	60	5.685	-5.043	22.762
Aragón	1.351.591	18	4.219	3.504	715	3,1	11	1.006	717	5.225
Asturias, Principado	1.009.599	11	2.822	2.854	-32	2,8	15	1.015	423	3.837
Baleares, Illes	1.231.768	10	2.557	3.276	-719	2,1	15	1.473	-94	4.030
Canarias	2.238.754	18	4.501	5.190	-689	2	24	2.396	-450	6.897
Cantabria	590.851	3	1.355	2.059	-704	2,3	4	327	-392	1.682
Castilla y León	2.391.682	25	7.296	5.480	1.816	3,1	21	2.096	1.556	9.392
Castilla-La Mancha	2.104.433	23	5.375	4.935	440	2,6	9	398	-1.144	5.773
Cataluña	8.012.231	57	14.919	16.159	-1.240	1,9	142	19.482	8.579	34.401
Comunitat Valenciana	5.319.285	37	11.334	11.043	291	2,1	25	2.702	-3.169	14.036
Extremadura	1.054.681	17	3.450	2.940	510	3,3	9	417	309	3.867
Galicia	2.705.833	14	7.647	6.077	1.570	2,8	19	2.173	978	9.820
Madrid, Comunidad de	7.009.268	39	14.140	14.254	-114	2	51	7.103	-1.369	21.243
Murcia, Región de	1.568.492	11	3.288	3.916	-628	2,1	16	1.582	-332	4.870
Navarra, C. Foral de	678.333	4	1.459	2.225	-766	2,2	6	986	91	2.445
País Vasco	2.227.684	18	5.746	5.169	577	2,6	22	2.097	532	7.843
Rioja, La	324.184	5	885	1.552	-667	2,7	3	165	-170	1.050
Ceuta y Melilla	169.164	2	414	1.258	-844	2,4	0	0	-310	414
TOTAL	48.619.695	388	108.484	109.228	-744	2,2	452	51.103	3.821	159.587

Tabla 1. Tabla que recoge población y camas por comunidades autónomas con el cálculo de camas corregido tras la aplicación de la fórmula obtenida mediante el análisis de regresión.

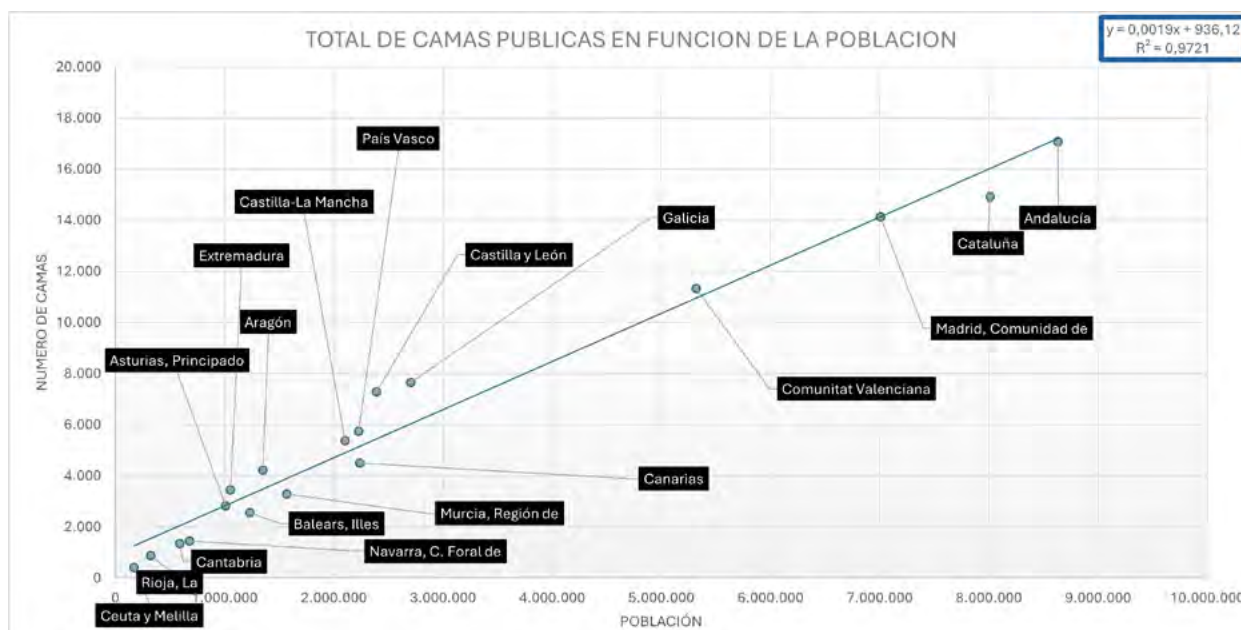


Figura 1. Camas hospitalarias públicas en función de la población y su análisis de regresión para el cálculo adecuado de las mismas.

siendo un total de 840 centro sanitarios con camas para ingreso (tabla 1 y figura 3).

Se elaboran dos gráficos de dispersión (figura 1 y figura 2) cuyos resultados son los siguientes:

- El primero de ellos (figura 1) recoge las camas públicas por comunidades autónomas. Al realizar un análisis de regresión usando mínimos cuadrados vemos que la mejor función que se ajusta es una línea recta obteniéndose la siguiente ecuación: $f(x) = y = 0,0019x + 936,12$ con un coeficiente de determinación (R^2) de 0,9721. Esto quiere decir que existe una relación muy fuerte y lineal entre el número de camas y la población de cada comunidad autónoma, de tal forma que el número de camas aumenta proporcionalmente con el tamaño de la población de cada comunidad. De hecho, se podría decir que la variabilidad en el número de camas se explica en un 97% de los casos por la población asignada y que sólo el 3% se podría explicar por otros factores.
- El segundo gráfico (figura 2) de dispersión recoge el total de camas incluyendo las camas privadas. Al realizar también su correspondiente análisis de mínimos cuadrados se obtiene una línea recta y no una exponencial u otra curva. En concreto, la función de la recta sería $f(x) = y = 0,0032x$

+ 182,84 y su coeficiente de determinación o R^2 sería igual a 0,9143. Aunque con un poco menos de intensidad, también existe una gran correlación entre ambas variables explicándose el número de camas totales en más de un 91% de los casos por la población de cada comunidad autónoma.

Mediante las ecuaciones resultantes, se obtiene cuál sería el número de camas, tanto totales como por comunidades autónomas, que se deberían tener tanto a nivel público como privado para mantener la proporción lineal que tiende al coeficiente de determinación de 1, reflejándose estos datos en la tabla 1. Aunque, como hemos indicado, la correlación es muy buena y se acerca a la perfección, fruto de un gran trabajo de las autonomías en materia de sanidad, llama la atención, según los modelos obtenidos, un déficit de 744 camas públicas con un excedente de 3821 camas privadas en todo el territorio español.

Analizando por comunidades autónomas, a nivel público (figura 1), 7 comunidades autónomas se encontrarían por encima en cuanto al número de camas hospitalarias de su población entre las que destaca Castilla y León y Galicia. En otro nivel, aunque también por encima en número de camas, se encontrarían Aragón, Castilla-la Mancha, la Co-

munidad Valenciana, Extremadura y el País Vasco. Esto podría implicar un mayor gasto sanitario en la creación de camas por parte de las administraciones públicas de esas comunidades y una situación, en sus centros públicos, algo más holgada que la de otras comunidades autónomas con respecto a la presión asistencial existente a nivel global. En el lado contrario se sitúan, sin embargo, 10 comunidades autónomas además de Ceuta y Melilla, destacando por encima de todo Cataluña con un déficit muy importante de camas públicas y probablemente una mayor presión asistencial.

Si consideramos, no obstante, las camas privadas (figura 2) observamos que 8 comunidades autónomas se encuentran por encima de lo que deberían tener destacando entre todas ellas Cataluña, justo al contrario de lo que pasaba con las camas públicas de esa región, pudiendo reflejar un mercado algo saturado pero que ha sabido aprovechar la escasez de dinero público invertido en las camas hospitalarias de los centros públicos, lo cual, puede ser una explicación bastante lógica. Por el contrario, existen 9 comunidades, además de Ceuta y Melilla, donde la presencia de clínicas privadas sería menor a lo estimado por el estudio. Entre estas comunidades

se encuentran: Andalucía, la Comunidad Valenciana y, algo más alejada, la Comunidad de Madrid, indicando que las empresas privadas de gestión sanitaria todavía tienen cabida en dichas comunidades.

Este estudio presenta algunos sesgos entre los que destacan los siguientes:

- El hecho de que la estimación de camas públicas a nivel estatal, según el modelo, sólo indique un déficit de 744 camas, no quiere decir que el sistema solo necesite ese número de camas. Si pensamos en las listas de espera quirúrgicas que precisan de camas de ingreso y en las saturaciones de los servicios urgencias⁶⁻⁹, lo lógico sería pensar que TODAS las comunidades deberían aumentar proporcionalmente el número de camas, según la ecuación obtenida, para seguir manteniendo una R² elevada. De la misma forma, tampoco “sobrarían” camas privadas pues las empresas tienen todo el derecho a crear clínicas, sino que la proporcionalidad excede lo que el modelo de regresión nos indica sobre todo en algunas comunidades, lo que podría sugerir un mercado saturado a ese nivel. De hecho, según la Organización para la Cooperación y el Desa-

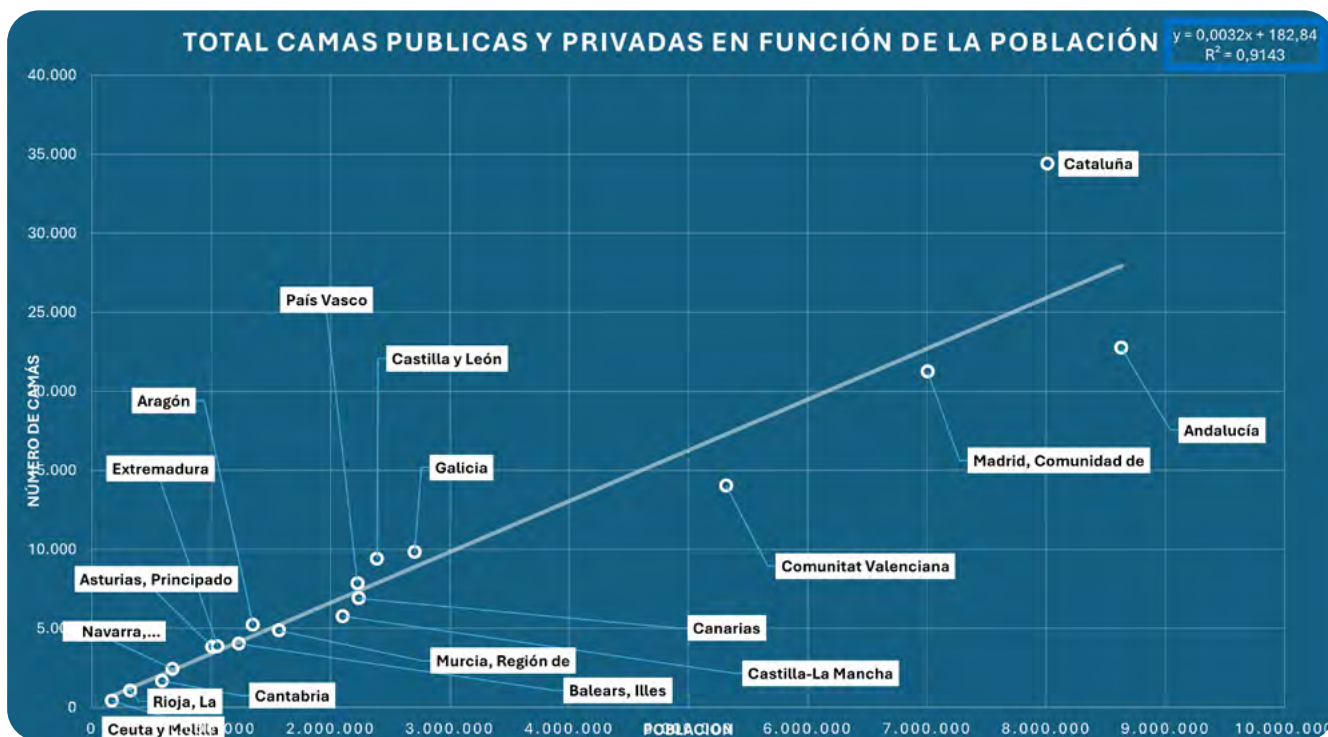


Figura 2. Camas hospitalarias totales (públicas y privadas) en función de la población y su análisis de regresión para el cálculo adecuado de las mismas.



Figura 3. Captura de pantalla del Ministerio de Sanidad donde se refleja el número total de hospitales y camas instaladas (públicas y privadas) en todo el territorio español.

rollo (OECD) España presenta 3 camas de ingreso por cada 1000 habitantes (lo cual se ajusta a lo visto en nuestros datos) mientras que los países de la Unión Europea presentan 4,7 camas por cada 1000 habitantes¹⁰ (figura 4) y la media de los países que pertenecen a la OECD 4,311 (figura 5). Es por ello por lo que, muy probablemente, si se repitiera este estudio, pero escalándolo a los países de nuestro entorno y no a las comunidades autónomas, se vería una gran desigualdad de España con respecto a nuestros países vecinos.

- Tampoco se han tenido en cuenta, dentro de los centros públicos, cuantos eran hospitales de agudos u hospitales de larga estancia y cada uno tiene su importancia y uso pues con los primeros gestionamos mejor las emergencias y las epidemias como la gripe mientras con los segundos gestionamos mejor el envejecimiento de nuestra población.

- Finalmente, otro importante sesgo son los movimientos poblacionales hacia zonas costeras durante los veranos que tensionan enormemente la zona levantina o andaluza mientras aligeran la carga asistencial del interior del país.

Finalmente, este sencillo análisis a partir de datos obtenidos de forma pública y sin necesidad de utilizar inteligencia artificial alguna pudiera servir para:

- Orientar mejor las políticas sanitarias a nivel autonómico, destinando más recursos a la creación de camas hospitalarias públicas en aquellos lugares donde se observa un déficit.
- A nivel empresarial para observar qué comunidades podrían estar saturadas de camas en centros privados y buscar probables nichos de mercado.
- Y sobre todo a nivel estatal para realizar el siguiente análisis: es cierto que se observa una

gran proporcionalidad de la distribución de las camas hospitalarias entre las comunidades autónomas (salvando el tema de Cataluña deficitaria en atención pública) y esto refleja una buena gestión sanitaria por parte de las comunidades autónomas pero, si año tras año, tras cada proceso gripal, se observa una importante saturación en las camas hospitalarias y, sabiendo lo que ocurrió en el COVID, deberíamos aumentar proporcionalmente el número de camas de hospital y hacerlo de forma proporcional conforme a lo indicado en las ecuaciones obtenidas para cada una de las comunidades autónomas¹².

Conclusiones

Mantener el equilibrio entre comunidades en cuanto al número de camas públicas es un factor muy

importante para garantizar la equidad de nuestro sistema sanitario. Aunque el estudio refleja una relación muy potente entre camas y población, dicha población puede variar de forma importante incluso a lo largo del año al ser un país donde cobra tanta importancia el turismo sobre todo hacia nuestras costas. Este trabajo puede servir como herramienta a los políticos y gestores sanitarios para orientar las políticas de gasto sanitario manteniendo esta equidad. Así mismo, al hacerse una valoración de las camas de hospitales privados, se pueden sacar conclusiones muy interesantes a nivel empresarial que orienten sus futuras inversiones.

Conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses y el artículo no ha sido financiado por ninguna fuente pública o privada.

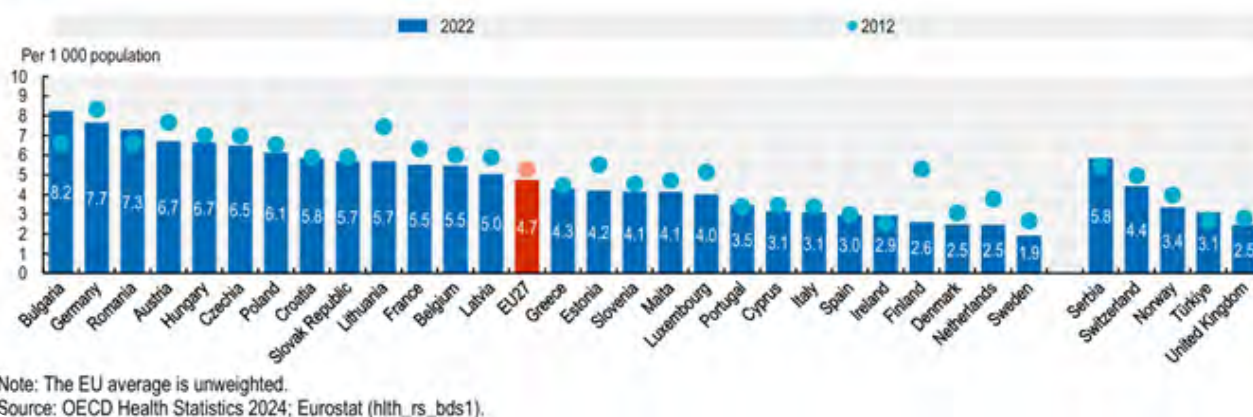


Figura 4. Número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes en Europa.

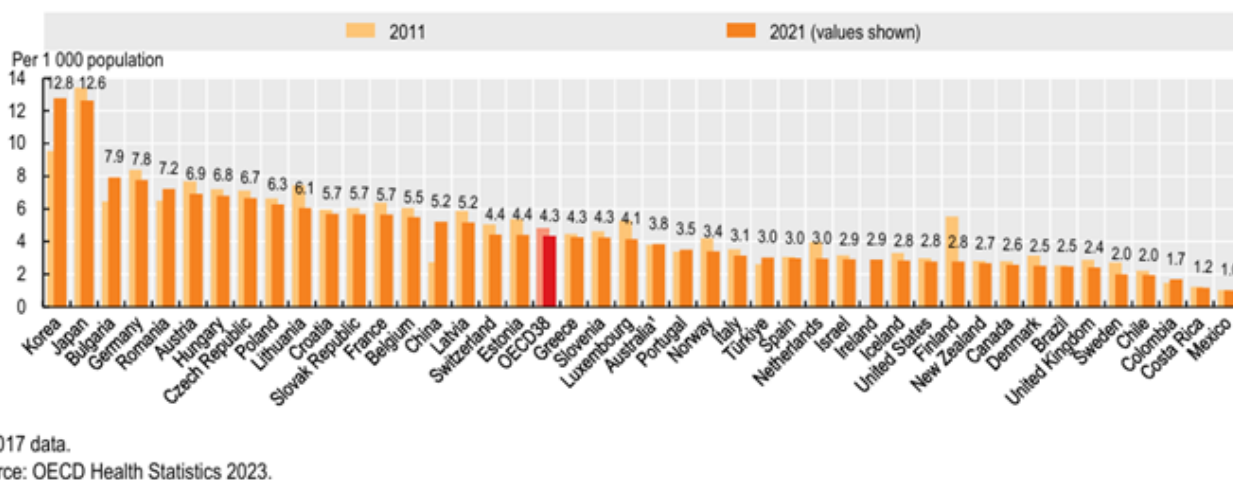


Figura 5. Número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes entre los países de la OECD.

Bibliografía

1. González Bonet, L. G. (2023). Modelo de regresión para explicar la dotación de recursos humanos en función de la población asignada en la Comunidad Valenciana: ¿está mi departamento bien dotado? *New Medical Economics*. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://www.newmedicaleconomics.es/en-profundidad/modelo-de-regresion-para-explicar-la-dotacion-de-recursos-humanos-en-funcion-de-la-poblacion-asignada-en-la-comunidad-valenciana-esta-mi-departamento-bien-dotado/>.
2. Ministerio de Sanidad (España). (2024). Catálogo Nacional de Hospitales 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/ofertaRecursos/hospitales/docs/CNH_2024.pdf.
3. España. (1978). Constitución Española, Artículo 43. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, 29 de diciembre de 1978.
4. España. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, 29 de abril de 1986.
5. Instituto Nacional de Estadística (España). (s.f.). Datos estadísticos. Madrid: INE. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://www.ine.es>.
6. Cadena SER. (2025). Los hospitales de Málaga colapsados y sin camas: hay pacientes esperando más de 40 horas para ingresar. Málaga: Cadena SER. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://cadenaser.com/andalucia/2025/01/19/los-hospitales-de-malaga-colapsados-y-sin-camas-hay-pacientes-esperando-mas-de-40-horas-para-ingresar-ser-malaga/>.
7. Barakaldo Digital. (2025). El sindicato ELA asegura que el hospital de Cruces está saturado y no se puede garantizar la seguridad de los pacientes. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://barakaldodigital.blogspot.com/2025/01/el-sindicato-ela-asegura-que-el.html>.
8. Información. (2025). Esperas en urgencias por falta de camas en hospitales de Alicante. Alicante: Información. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://www.informacion.es/alicante/2025/01/07/esperas-urgencias-falta-camas-hospitales-alicante-113178733.html>.
9. Público. (2025). Urgencias de tres hospitales madrileños colapsadas: denuncian que comparten planta pacientes recién nacidos. Madrid: Público. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://www.publico.es/sociedad/sanidad/urgencias-tres-hospitales-madrilenos-colapsadas-denuncian-comparten-planta-pacientes-recien-nacidos.html>.
10. OECD, European Union. (2024). Health at a Glance: Europe 2024. Paris: OECD Publishing. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html.
11. OECD. (2023). Health at a Glance 2023: Global Indicators. Paris: OECD Publishing. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html.
12. El Economista. (2022). España está a la cola de Europa en número de camas hospitalarias, con 3 por cada mil habitantes. Madrid: El Economista. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://www.eleconomista.es/salud/noticias/11891830/08/22/Espana-esta-a-la-cola-de-Europa-en-numero-de-camas-hospitalarias-con-3-por-cada-mil-habitantes.html>.

Director médico del Hospital General Universitario de
Castellón



PORQUE
Somos
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

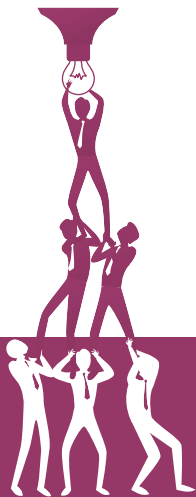


www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 913 43 47 00



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



RRHH - GESTIÓN DE PERSONAS



Los abuelos, los ancianos y nuestra conciencia

Jaime Puente C.

Mi tío Pedro este año cumplirá 101 años y su mujer, mi tía Paquita, 96 o 97, más o menos, porque siempre nos ha ocultado su edad real. Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 están en una residencia.

He asistido a reuniones de familiares, compañeros y amigos, donde hemos hablado sobre nuestros padres, los ancianos y los abuelos, ¿qué hacer con ellos? Les hemos recordado con añoranza y con cariño y, sobre todo, cuando sus facultades, no todas, disminuyeron y les impedían valerse por sí mismos en todo lo que hacían antes.

A veces se confunde ancianos con abuelos y abuelos con ancianos, y no es solo cuestión de edad, va más allá de sus capacidades y de la rentabilidad que puedan aportar, es decir, se necesita su ayuda, para echar una mano cuando los nietos tienen que ir al colegio, a recogerlos, a llevarlos a actividades extraescolares, al médico, a las vacunas o a revisar el catarro, y si se tienen que quedar en casa asistirles en las comidas y en todo lo demás.

¿Por qué? Porque nosotros, los hijos, estamos muy ocupados, con el trabajo y con “nuestras cosas” y para eso están ellos, además nos salen gratis. Bueno gratis no, porque les regalamos un jersey moderno o una sudadera de color llamativo, (que no suelen usar) para poder identificarles por si se pierden, o unas zapatillas de estar por casa, que guardan con los cuatro pares que les hemos ido regalando en sus cumpleaños o en Navidad.



Y todo esto ¿por qué lo hacemos? Pues para que se sigan manteniendo en forma y no se aburran, en leer, ir al centro de la tercera edad, participar en tertulias de cine, toros o fútbol, dar clases de castañuelas, pasear por el barrio y hablar con los vecinos, amigos como ellos o comprar el periódico cada mañana.

Pero llega un momento que sus capacidades, las de los abuelos/ancianos, ya nos dejan de servir como lo habían hecho hasta ese momento y tenemos que preocuparnos y ocuparnos de ellos. Y lo que se nos ocurre en la mayoría de los casos es la residencia.

Un lugar fantástico, con una habitación individual para una o dos personas si son pareja, con televisión, nevera, teléfono, donde les ayudan a levantarse, donde les bañan, les asean, les dan de comer, les llevan a hacer gimnasia, les dan de cenar y les acuestan.

También les pueden ir a visitar familiares y amigos, pero si quieren alguna otra actividad, como manicura o peluquería, tienen que pagarla como extra.

Siempre hay un médico, una enfermera, un auxiliar o un psicólogo para ayudarles.

Les convencemos de que es fantástico y como la casa ya no la van a usar pues... que hagan una hipoteca inversa o una venta sin nuda propiedad y que los fondos sirvan para pagar tan celestial lugar, pero eso sí, que no se preocupen que su casa seguirá igual que la dejaron con todas sus cosas y recuerdos, porque la podrán alquilar o hacer lo que quieran con ella, porque sigue siendo suya mientras uno de los dos esté vivo, eso les contamos.

Todo solucionado. Qué bien nos sentimos cuando descargamos nuestras conciencias en lo bien que lo van a pasar y relatamos a los amigos la vida fantástica que les espera, en un lugar ideal para vivir. Además, para estar más próximos, les enseñamos a manejar el teléfono móvil para hablar y hacer videollamadas, así nos ahorramos algún que otro viaje para estar con ellos.

Nuestra conciencia queda tranquila con generación de oxitocina por lo buenos que somos. ¿Y ellos?

De su casa, de dos o tres habitaciones, una para ellos y otras para los hijos, con su baño, su cocina y cuarto

“

Llega un momento que las capacidades de los abuelos/ancianos nos dejan de servir y tenemos que preocuparnos y ocuparnos de ellos

”

de estar o comedor, con sus libros, fotos, armarios llenos de ropa y recuerdos de muchos años que han ido acumulando, han pasado a tener solo una habitación con dos camas, televisor, mueble, mesillas, nevera y un par de sillas o sillones por si alguien va a descargar su conciencia visitándoles algún rato y por supuesto, un cuarto de baño con lavabo grande y con acceso para silla de ruedas a la ducha y además, un botón rojo al que tiene que llamar por si necesitan ayuda.

Un menú fantástico con varios platos a elegir, pero eso sí, agua, nada de alcohol para beber y las pastillas perfectamente colocadas para que no se olviden de ninguna toma.

Pero a cambio y para su mejor organización, ya no podrán levantarse a la hora que quieran, los días que han dormido poco o mucho, porque deben respetar el horario de la residencia y del desayuno, casi siem-



pre el mismo, con galletas y bollos que apilan en el mueble o guardan en la nevera por si un día no tienen apetito y otro les entra el hambre a media mañana o para ofrecer a los visitantes o a los nietos cuando van a visitarles.

Ya no tienen los churros calientes que desayunaban los domingos o ese zumo natural de naranja que se hacían con el exprimidor que habían comprado en una oferta del Lidl.

A las 11 gimnasia, refuerzo de memoria, pintura, dibujo o macramé, vamos, actividades lúdicas para reforzar el físico y la mente.

A la 1 de la tarde con tiempo suficiente de haber pasado por el baño, la comida, a las 4 la merienda, a las 7 la cena y a las 8,30/ 9 a la cama.

Vamos igual que su vida anterior.

Los compañeros de la residencia son distintos de los amigos del barrio o de los vecinos que han ido envejeciendo como ellos, caras que no reconocen y

personas que no les dan ni le aportan ninguna referencia.

Los paseos, con cuidado, con acompañamiento y permiso, no vaya a ser que se caigan o se pierdan al dar la vuelta a la manzana de la ubicación de la residencia, obedeciendo órdenes de los responsables de la familia.

Además, en las comidas o en las cenas hay un menú con dos platos de entrada, dos de segundo y dos de postre, a elegir. A elegir uno de cada para los que no pueden masticar o no tienen dientes y el otro para los que sí los tienen.

Si por desgracia tiene un accidente una caída o similar, por favor, que sea dentro del horario de trabajo del facultativo o de la enfermera, si no es así, siempre habrá una ambulancia para llevarles al centro que les corresponda, previo aviso, eso sí, al familiar o familiares, para que les acompañen, con la faena que les hacen, porque justo ese día o ese momento tiene cosas muchos más importantes que hacer.

Y ahí les colocamos para descargar nuestras conciencias y para amargar la inversión a los compradores de su casa, que según las ratios de vida de las compañías que intermediaron con el comprador, no se cumplen, porque viven más de lo esperado, o en caso contrario que con mucha pena y dolor les despiden y el comprador adelanta su toma de posesión y rentabilidad.

Qué fue de los ancianos y de los abuelos que pasaban los últimos años en casa de sus hijos, cuidando nietos, conviviendo con ellos y viéndolos crecer, compartiendo penas, consejos y vicisitudes, aunque tuvieran que estar más recogidos en las habitaciones y el baño tuviera siempre cola por la mañana.

Donde después de ayudar y vivir con sus nietos, cuando sus facultades disminuyeron y ya no podían hacerlo, eran los nietos los que les ayudaban a ellos.

Siempre se despedían o regresaban con un beso a los abuelos, en la mayoría de los casos antes que a los padres y les invitaban a dar paseos por el parque de la mano, de vez en cuando.

Tan sencillo porque las sensibilidades de los niños y de los ancianos es muy similar y no tienen la conciencia del bien y del mal sobre lo que reflexionan los mayores, simplemente se dejan llevar por las emociones que sienten unos de otros.

También hay otras opciones que nos dejan tranquila la conciencia y la atención permanente, pero poco accesible para la mayoría: invertir los ahorros y ayudas en remodelar toda la casa en accesibilidad, dormitorio, cocina, baño y salón comedor y tirar muebles, recuerdos y cosas viejas, y contratar a una persona que viva con ellos, con ayudas y cuidados, y otra igual los fines de semana y apoyos externos de vez en cuando, rompiendo con la historia de su vida y de su intimidad.

Otra opción es solicitar una plaza en las residencias subvencionadas por algún organismo del Estado a cambio de 95% de su pensión, para cuya adjudicación deberían tener más suerte que el Gordo en el sorteo de la Lotería de Navidad .

Otra opción es constituirse en comunidad de abuelos/ancianos y crear unos condominios como en Cali-

fornia, donde cada uno solo o acompañado disponen de un bungalow o casita de madera donde residen y viven, dando paseos andando o en sillas con motor, bailes de salón, concursos gastronomía, tertulias de viajes o de libros y algún que otro inesperado noviazgo que les hace la vida más feliz, aunque sea caro, pero eso solo existe para algunas personas en América, o en las películas...de momento.

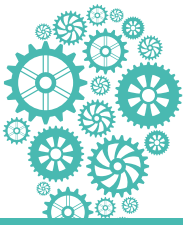
Es bueno conocer estas situaciones porque afortunadamente casi todos llegaremos a ser abuelos/ancianos o simplemente ancianos y mientras nuestras capacidades se mantengan y nuestros familiares y amigos nos respeten, deberemos elegir lo que queremos y cómo lo queremos en función de nuestro mejor o peor estado, sin dejarnos influir en que ellos descarguen sus conciencias a costa de nuestras vidas.

Como dijo un hombre sabio, la mejor herencia económica que una persona debe dejar es "0" y haberse gastado toda la pensión, ahorros o lo que fuere hasta ese día, haciendo lo que le apeteciera en cada momento y si dejan saldo negativo, a ellos nadie les va a poder reclamar porque van a estar más tranquilos que nunca.

En Japón, los ancianos son más que respetados, venerados por el resto de la sociedad, de hecho, no es suficiente con el día festivo denominado "día de respeto a los mayores", sino que además ellos mismos, deciden seguir trabajando más allá de la edad de jubilación para poder seguir aportando conocimiento y experiencia, y cuando dejan de trabajar, pasan a ser un referente de los hijos y de los nietos con los que suelen convivir durante el resto de su vida.

Orientar la conciencia para hacer felices a las personas que lo necesitan, pasa en primer lugar, por saber por parte de ellos, o que ellos nos digan cómo quieren vivir y cómo quieren ser felices dando prioridad a sus conciencias por delante de las nuestras.

Socio director de Besideu
jpunte@besideu.es



Humanos sintéticos, una nueva frontera tecnológica

David Castro González

Los humanos sintéticos o avatares IA son entidades digitales impulsadas por inteligencia artificial que se asemejan a los humanos en apariencia, personalidad, comportamiento e inteligencia. Representan una nueva frontera en la evolución de los grandes modelos lingüísticos, yendo mucho más allá de los *chatbots* que podemos encontrar con frecuencia en atención al cliente, en páginas web de entidades gubernamentales, empresas de servicios o bancos, por ejemplo.

Las interacciones digitales con humanos sintéticos se basan en comprender el contexto gracias a la IA y ofrecer respuestas similares a las de un humano. El objetivo es redefinir el compromiso digital, es decir, poder mejorar la eficacia de la comunicación y reforzar la confianza del usuario, creando conexiones emocionales e impulsando la satisfacción del cliente o paciente gracias a dotar a la IA de un rostro humano, literalmente.

Esta nueva alternativa digital puede parecer despersonalizada o incluso muy futurista, pero lo cierto es que grandes compañías como Apple o Nvidia llevan trabajando en tecnologías faciales y desarrollo de humanos digitales desde hace años. No obstante, la adopción de los mismos está avanzando con relativa

cautela, ya que implica importantes consideraciones relacionadas con su eficacia, riesgos, costes y seguridad, que deberán solventarse progresivamente para lograr una aceptación amplia y confiable. A pesar de ello, se prevé que el mercado mundial de humanos digitales o Avatares IA crezca de \$9.72 billones en 2025 a \$117.71 billones en 2032, con una tasa de crecimiento anual compuesta del 31,92% durante ese periodo, según Market Research Future.

Tecnología detrás de los humanos sintéticos

La tecnología que se utiliza para concebir a los humanos sintéticos es capaz de crear una experiencia envolvente e interactiva, con una inmensa capacidad de cálculo y procesamiento de datos cercanos al usuario, gracias a:

- IA avanzada y aprendizaje automático.
- Gráficos por computadora con modelado 3D.
- Procesamiento del lenguaje natural.
- Captura de movimiento y animación.
- Síntesis de voz basada en IA.

- Integración multimodal de información visual, auditiva e incluso táctil.

Además, el uso de la visión artificial es capaz de mejorar enormemente su capacidad de interactuar de forma natural mediante el uso de cámaras para comprender el entorno de los usuarios y responder de forma intuitiva. Esto permite a los humanos sintéticos establecer contacto visual, reconocer expresiones faciales y ajustar sus propios movimientos en función de la situación y el contexto.

Aplicaciones y ejemplos reales

La industria mundial, en general, se enfrenta a una transformación significativa en el corto y medio plazo gracias a los humanos sintéticos con sus características de cercanía y personalización, así como sin límites de tiempo y distancia en su uso, el cual es ideal para realizar simulaciones realistas y entrenar a los usuarios en atención al cliente, gestión de crisis o formación médica. Ofreciendo, además, un entorno de aprendizaje seguro, basado en el feedback y sin intervención humana. Esto último puede suponer una importante revolución en el ámbito educativo, en el que los humanos sintéticos pueden ofrecer una

profunda personalización y adaptarse a los estilos de aprendizaje individuales para crear experiencias educativas realmente atractivas y efectivas.

Con su manejo a través de expresiones faciales, lenguaje corporal y respuestas emocionales, estas interfaces avanzadas pueden asimilar toda la gama de la comunicación humana, redefiniendo aún más la relación entre humanos y máquinas, especialmente en la atención al cliente. En este sentido, la empresa HeyGen crea soluciones basadas en avatares digitales hiperrealistas y humanos virtuales para un espectro de aplicaciones que van desde la atención al cliente y el entretenimiento, hasta las interacciones personales.

Una de las actividades más extendidas en el mundo corporativo y de emprendimiento en los últimos años es el marketing digital, en el cual los humanos sintéticos pueden revolucionar las pruebas de mercado al sustituir los *focus groups* tradicionales por miles de personas digitales a medida, facilitando el análisis de datos, la simulación de la difusión de productos y el descubrimiento de estrategias de marketing eficaces con rapidez.



Además, los humanos digitales pueden convertirse también en verdaderos compañeros o amigos de los usuarios. Un ejemplo de ello es la empresa Replika que diseña *chatbots* de IA que pueden entablar un diálogo empático y significativo contigo para convertirse en acompañantes personales y compañeros de conversación. El compañero Replika es capaz de proporcionar apoyo emocional y aprender de las interacciones del usuario a lo largo del tiempo. Otro ejemplo es el denominado “amigo digital” del aeropuerto de Dallas-Fort Worth, creado por la empresa Soul Machines, que desde hace varios años sirve de guía para los viajeros.

En el sector salud, hay también experiencias de humanos sintéticos que ofrecen apoyo en la atención sanitaria. Por ejemplo, Hippocratic AI que ha desarrollado personajes humanos sintéticos que funcionan como asistentes virtuales sanitarios. Estos asistentes ofrecen a los pacientes orientación médica, responden a preguntas relacionadas con el tratamiento y controlan los síntomas, sobre todo cuando no se puede tener contacto directo con un médico.

Consideraciones y desafíos entorno a los humanos sintéticos

El informe “Tech Trends 2025 by Globant” señala que en 2030 el 80% de los seres humanos interactuaremos a diario con robots inteligentes, frente a menos del 10% en la actualidad. Además, según dicho informe, en los próximos años habrá una auténtica oleada de humanos digitales, y apunta a que nos adentraremos en un mundo de humanos sintéticos, fotorrealistas y emocionalmente cautivadores que construirán seres auténticamente empáticos digitales.

Incluso, hay expertos de empresas desarrolladoras de humanos sintéticos que afirman que esta revolución se trata del siguiente nivel de la interacción humana, en el que la inteligencia biológica se fusiona con el modelado cognitivo avanzado.

Sin duda, el hecho de conocer y explorar universos tecnológicos desconocidos representa un importante avance para la humanidad. No obstante, debemos ser conscientes de abrazar la innovación con res-

ponsabilidad. Hay que tener siempre presente que la tecnología no es buena ni mala en sí misma, lo importante es el uso que hagamos de ella.

En el caso de los humanos sintéticos es clave seguir trabajando en el desarrollo de métodos de comunicación naturales más allá de los teclados, como la voz y los gestos, para que así estos puedan realmente “comprender” las emociones y, hasta cierto punto, la realidad externa y el contexto. El objetivo no es otro que el de poder hacer que las interacciones orales sean más intuitivas, directas y humanas, mejorando la interacción y la capacidad de vincularse, con la finalidad última de dar respuesta a nuestras necesidades reales.

En resumen, los humanos nos digitalizamos a pasos agigantados, al mismo tiempo que la tecnología está empezando a convertirse en algo auténticamente empático y “casi humano”. Lo cual debe hacernos reflexionar profundamente y pensar si, como subrayan en el informe citado anteriormente, el futuro acabará siendo más humano que los humanos.

Bibliografía

1. Globant. (2025). Tech Trends 2025.
2. Market Research Future. (2025). Digital Human (AI Avatars) Market Research Report Information.
3. Delve.ai. (2025). Are Synthetic Personas the New Normal of User Research?
4. [Soul Machines](#). (s.f.).
5. [Heygen](#). (s.f.).
6. [Replika](#). (s.f.).
7. [Synthetic Humans](#). (s.f.).

Director del Departamento de Proyectos I+D+i.
IDavinci - consultora de innovación

david.castro@idavinci.es

TU CUERPO, ESE INCREÍBLE OBJETO DE USAR Y CUIDAR.

 **TEATRO REAL**
CERCA DE TI

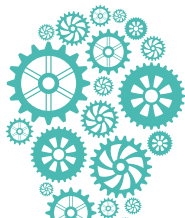
Mayoría de pruebas sin autorización
Video consultas en pocos minutos
Más sesiones de psicoterapia
Programa Integral Menopausia ASISA

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

900 10 10 21
asisa.es

Salud
Dental
Vida
Accidentes
Hospitalización
Decesos
Mascotas
Viajes

asisa 
mejor así



Quien dijo que el cambio era fácil, no se enfrentó a ello...

Verónica Pilotti de Siracusa

El reto del cambio en la adopción de nuevas tecnologías en salud

Como ya se ha debatido regularmente en esta sección, cuando se habla de innovación en tecnología médica, a menudo se destaca su creciente complejidad y su impacto positivo en la atención sanitaria. Sin embargo, rara vez se reflexiona sobre cómo se lleva a cabo su adopción en los sistemas de salud. La introducción de nuevas tecnologías diagnósticas o terapéuticas requiere demostrar su eficacia y eficiencia para justificar la inversión, pero ¿qué ocurre con la gestión del cambio necesaria para su implementación exitosa?

La gestión del cambio: un aspecto clave a considerar

En 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un informe sobre la importancia de la gestión del cambio en los sistemas de información en salud. Cinco años después, debemos asumir que no existe un protocolo estandarizado para la adopción de nuevas tecnologías médicas, porque para cada centro sanitario debemos considerar los factores humanos y organizativos que obligan a crear un plan individualizado. Hasta ahora, se ha debatido mucho

sobre la necesidad de planificar contingencias para evitar el fracaso en la implementación de cambios en los procesos hospitalarios. Sin embargo, es fundamental incorporar la gestión del cambio como un pilar dentro de cualquier proyecto tecnológico en salud y utilizar las recomendaciones existentes para crear ese "traje a medida".

Es crucial definir en detalle los cambios esperados, el proceso de transición y la manera de gestionar la resistencia del personal. La gestión del cambio no solo facilita la adaptación del equipo, sino que también asegura la sostenibilidad de las nuevas prácticas.

¿Cómo y cuándo pensar en la gestión del cambio?

Las teorías de gestión del cambio, aunque puedan parecer abstractas, ofrecen modelos prácticos para planificar y ejecutar transiciones con éxito. El modelo de Lewin (1947) plantea tres etapas: descongelar, cambiar y volver a congelar. Otros expertos, como Lippitt (1958) y Kotter y Rogers (1995), han refinado estos enfoques.

El proceso de cambio se divide en tres fases:

1. Antes del cambio: planificación, análisis de impacto y preparación del equipo.

- 2. Durante el cambio: implementación de la tecnología, gestión de la resistencia y acompañamiento del personal.
- 3. Después del cambio: evaluación de resultados, ajustes y seguimiento.

Los gestores del cambio deben adaptar estas fases para cada proyecto y considerar los factores clave propuestos por la OPS: gobernanza y liderazgo, participación de los afectados, comunicación, análisis y rediseño de flujos de trabajo, capacitación y educación, seguimiento y evaluación.

Gobernanza y liderazgo: la estrategia de la gestión del cambio se adaptará en función de los valores, misión y objetivos marcados por la dirección del hospital, que debe apoyar, a su vez, la gestión del cambio.

- Todos los principios rectores se deben establecer y documentar.
- Todas las funciones relacionadas con la gestión del cambio, incluidas las de cada persona, comité y organización, se deben definir claramente.
- Todas las responsabilidades vinculadas al proceso de gestión del cambio se deben definir y atribuir a cada función específica.

- Las políticas de puesta en práctica del modelo de gobernanza se deben documentar, acordar y distribuir a todas las funciones.

Participación de los interesados directos: debería elaborarse un plan de participación de los interesados directos, detallando cuáles de ellos han de participar, en qué puntos del proceso de cambio y con qué finalidad.

- Se definen y caracterizan claramente todos los interesados directos.
- Se deben crear los grupos de comunicación, consulta y colaboración de interesados, y el comité de control de la gestión del cambio debe acordar quiénes son sus miembros.
- Se deben seleccionar los mecanismos de interacción con cada grupo de afectados directos (por ejemplo, correos electrónicos, talleres, cuestionarios, etc.).

Comunicación: se debe crear un plan de comunicación donde se acuerden los receptores de los distintos mensajes (técnicos, de programación de actividades, de valorización de la importancia del cambio, de motivación), los canales de comunicación de los mismos, las fechas o acontecimientos más importantes que requieran la difusión y quiénes son los



responsables de comunicar qué mensajes. La comunicación debe contemplar canales bidireccionales para recibir respuestas u observaciones de parte de los afectados.

Análisis y rediseños de flujos de trabajo: el análisis de los flujos de trabajos existentes previamente a la implantación de las nuevas tecnologías, y examinar cómo dichos sistemas repercuten en el flujo de trabajo actual puede contribuir a aclarar cómo pueden mejorarse o perfeccionarse los procesos durante la implantación de nuevas tecnologías o sistemas.

- Se deben identificar todos los flujos de trabajo y procesos afectados por el cambio, se deben diagramar y rediseñar si fuera necesario.
- Los flujos de trabajo rediseñados se deberán analizar, detectando todas las brechas entre las asunciones realizadas respecto de los conocimientos y aptitudes existentes entre los afectados y las necesarias para la correcta adopción de los nuevos recursos, al igual que los posibles beneficios iniciales.

La capacitación y educación: la capacitación y la educación son esenciales para que el personal pueda llevar a cabo un cambio con eficacia. La educación permite comprender el valor y los beneficios del cambio, mientras que la capacitación desarrolla las aptitudes y destrezas de los empleados. Ambas están relacionadas con los nuevos procesos asistenciales, o a la funcionalidad y potencialidad de la solución tecnológica que se está implementando, así como otros recursos que permitan la solución de problemas y aplicación del conocimiento a diversos procesos organizacionales.

Seguimiento y evaluación: se deben seleccionar, definir, documentar y distribuir los criterios apropiados de evaluación. Se deberían establecer procedimientos para definir cómo y quién ha de medir cada criterio de evaluación. El equipo de gestión del proyecto o el equipo de gestión del cambio debe proponer un cronograma regular para reunirse y analizar el progreso de implantación y examinar evaluaciones recientes.

Antes de iniciar el despliegue de una nueva tecnología...

En la etapa previa al cambio, es clave involucrar a las partes interesadas en la identificación del problema, establecimiento de objetivos y planificación de acciones, asegurando la participación de todo el personal, incluidos turnos nocturnos y de fin de semana. La teoría del cambio de Rogers ayuda a comprender los diferentes ritmos de adopción del cambio dentro del equipo (innovadores, adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados). Por ello, el gestor del cambio debe evaluar al personal durante la planificación para adaptar estrategias según su categoría y facilitar la transición.

¿Cómo puede ser la adaptación al cambio desde el punto de vista del personal sanitario?

Innovador: entusiasta del cambio y la tecnología; a menudo sugiere nuevas ideas para mejorar el departamento.

Adoptante temprano: muy influyente en el departamento; respetado por sus compañeros por su liderazgo. Son impulsores clave del cambio, ya que desempeñan un papel crucial a la hora de persuadir tanto al personal de la mayoría temprana como al de la tardía para que adopten las iniciativas de cambio.

Mayoría temprana: prefiere el statu quo pero sigue a los adoptadores tempranos una vez que se anuncian los cambios.

Mayoría tardía: se muestra escéptico ante el cambio, pero lo acepta cuando la mayoría de los demás ya lo han hecho; influido por la creciente presión social dentro del departamento.

El gestor del cambio debe:

- Realizar el análisis para identificar los factores que facilitan el cambio, para buscar elementos que reconozcan el esfuerzo del personal y ofrezcan incentivos.
- Identificar las barreras al cambio dentro del departamento afectado, con el objetivo de reducirlas mediante la comunicación abierta y la educación.

Durante el despliegue de una nueva tecnología...

Durante la implementación de una nueva tecnología, el gestor del cambio debe garantizar que el personal siga los nuevos protocolos y evaluar continuamente el proceso para aumentar las probabilidades de éxito. La resistencia del equipo es común, por lo que identificar riesgos tempranamente permite mitigarlos. Para ello, se pueden reforzar la motivación y el compromiso mediante reconocimientos o brindar formación adicional cuando sea necesario. Además, es clave supervisar el progreso a través de indicadores definidos previamente, como la satisfacción del paciente y del personal, número de tratamientos o diagnósticos realizados y hallazgos útiles obtenidos.

Después de implementado el despliegue de una nueva tecnología...

Para consolidar un cambio en un departamento, los responsables deben continuar con el seguimiento, validando procesos y considerando la opinión del personal, aunque con un rol menos activo. Existe el riesgo de que los empleados retomen hábitos previos, por lo que son clave los controles periódicos, la supervisión de datos y la motivación constante mediante comunicación y reconocimiento de logros. Las teorías del cambio guían la implementación de innovaciones, pero no garantizan el éxito. Para mejorar las probabilidades, se recomienda contar con super-usuarios, analizar factores de éxito y fracaso, y adaptar la comunicación según la respuesta del personal al cambio.

La diferencia entre gestión del cambio y gestión de proyectos radica en que la primera se centra en ayudar a los empleados a manejar la perturbación que han de experimentar durante un cambio, mientras que la segunda se centra en asegurar que un proyecto se termine dentro del plazo y el presupuesto previstos.

La mayor parte de las personas, incluso aquellas con interés en incorporar innovaciones, se sienten desconcertadas ante el proceso de cambio, y este escenario genera ansiedad porque conduce al individuo, desde la cómoda familiaridad del Statu quo actual, a la inseguridad angustiada de una situación futura desconocida.

Conclusión

La introducción de nuevas tecnologías en salud no solo debe enfocarse en su viabilidad técnica y financiera, sino también en la gestión efectiva del cambio. Un plan de transición bien estructurado, basado en los factores clave descritos antes y adaptado a la cultura organizativa, es clave para minimizar la resistencia al cambio y optimizar los resultados.

La comunicación efectiva, el liderazgo y la formación continua garantizan que los profesionales de la salud se adapten con éxito a los nuevos sistemas. Aplicar estrategias de gestión del cambio no solo facilita la implementación de tecnologías innovadoras, sino que también contribuye a la mejora continua en la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Gillies, D. A. (1994). Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona: Edit Masson, pp. 463-467.
2. Burden, M. (2016). Using a change model to reduce the risk of surgical site infection. *British Journal of Nursing*, 25(17), 949-955. [PubMed].
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2019). Conjunto de herramientas dirigidas a los sistemas de información para la salud: Cápsula de conocimiento ampliado Gestión del cambio en la salud pública. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57020>

Especialista clínico de ventas en Masimo

vpilotti@masimo.com



Digital Health Opinion Leader (DHOL): las nuevas voces que están transformando la comunicación en salud

Pedro Soriano

Los líderes de opinión en salud son profesionales cuya experiencia, conocimientos y aportes al sector los han convertido en referentes influyentes. Tradicionalmente, su impacto se limitaba a foros científicos como congresos, conferencias o sesiones clínicas, donde compartían su saber con otros expertos sobre tratamientos o el manejo de patologías entre otros aspectos de salud.

Sin embargo, la comunicación en salud no debería estar reservada solo a los médicos especialistas o prescriptores de medicamentos. La influencia en este ámbito es mucho más amplia e incluye a gestores hospitalarios, pacientes y otros profesionales sanitarios como enfermeras, farmacéuticos, psicólogos,

nutricionistas y los fisioterapeutas entre otros. Todos ellos desempeñan un papel clave en la promoción de la salud y el bienestar, y por ello, necesitan canales efectivos de comunicación con la población.

De los congresos a las redes: ¿quiénes están liderando la conversación en salud?

En la última década, los canales de comunicación en salud han cambiado drásticamente. La pandemia de la COVID-19 aceleró esta transformación, empujando a los expertos a trasladar sus mensajes de los congresos y foros científicos a los dispositivos digitales. Hoy, la conversación ya no ocurre solo en auditorios llenos de especialistas o expertos en un área, sino en



plataformas digitales donde la información viaja más rápido y llega a más personas.

Instagram y YouTube dominan la divulgación en salud en España, acumulando más del 50% de los contenidos, seguidas de TikTok y Facebook. Sin embargo, cuando se trata de debatir con otros profesionales, las redes preferidas son LinkedIn y la red social X, espacios percibidos como más serios y especializados (aunque con sus matices).

En este nuevo escenario han emergido figuras que van más allá de la divulgación tradicional. Y aquí es donde me gustaría introducir este nuevo concepto de *Digital Health Opinion Leader (DHOL)*. Algunos sanitarios han logrado construir auténticas comunidades en redes sociales, convirtiéndose en referentes con miles –o incluso millones– de seguidores. *Lucía Mi Pediatra*, *Boticaria García* o *Alfredo Corell* son ejemplos de profesionales que han sabido traspasar las fronteras de la comunicación científica para conectar con la población general. Pero ¿qué los hace tan influyentes? ¿Cómo han conseguido que su voz resuene más allá del ámbito puramente científico o académico?

Digital Health Opinion Leader (DHOL): de la autoridad científica a la influencia social

Mientras que los expertos académicos respaldan su autoridad con credenciales, publicaciones científicas y formación, los *Digital Health Opinion Leader (DHOL)* han conquistado la confianza de sus seguidores gracias a la cercanía, el lenguaje accesible y la facilidad con la que comparten información. Al fin y al cabo, es más rápido ver un *reel* que conseguir una cita de cinco minutos con el médico de atención primaria.

Este fenómeno ha cambiado la forma en que las personas buscan y consumen información en salud. Según un estudio de la plataforma Sortlist en cinco países europeos (2022), uno de cada cinco usuarios confía más en los *influencers* que en los propios médicos. Y aquí surge un problema: muchas veces, la credibilidad se mide más por el número de seguidores que por la calidad del contenido que se comparte.

¡Error! Las redes sociales han creado un ecosistema donde cualquier persona puede construir una iden-

tidad digital convincente sin necesariamente contar con formación o experiencia en salud. En este entorno, proliferan personajes que aparentan ser expertos pero que, en realidad, difunden datos erróneos o sesgados. La desinformación en salud no solo genera confusión, sino que puede poner en riesgo la vida de quienes siguen consejos sin base científica.

Por ello, es fundamental fomentar el pensamiento crítico y aprender a discernir entre contenido fiable y engañoso. Contrastar la información, buscar fuentes de referencia acreditadas y, sobre todo, consultar siempre con un profesional sanitario de confianza es clave para asegurarnos de que lo que consumimos en redes sociales es real y seguro.

Las plataformas digitales tampoco ayudan a filtrar la información de calidad. Sus algoritmos priorizan lo que es más viral sobre lo que tiene mayor respaldo científico, exponiendo a los usuarios a contenido poco fiable o, en el peor de los casos, a pseudociencias y desinformación.

Por eso, el papel de los *Digital Health Opinion Leader (DHOL)* es clave. Son quienes pueden ofrecer información rigurosa y basada en evidencia, desmontar bulos y reforzar la educación en salud. Ese es su poder y, como diría Spiderman, también su responsabilidad.

Los pacientes también pueden ser Digital Health Opinion Leader (DHOL)

Vivimos en una era donde el contenido experiencial y la narrativa personal en salud tienen más impacto que nunca. Ya no solo los profesionales sanitarios son las únicas voces autorizadas, sino que los propios pacientes han encontrado en Internet un espacio para compartir sus vivencias con la enfermedad y las estrategias de cuidado que siguen. A través de su testimonio, ayudan a otras personas que atraviesan situaciones similares, creando comunidades de apoyo y divulgación.

El acceso a información sanitaria online ha cambiado la dinámica tradicional entre profesionales sanitarios y pacientes, alejándose de un modelo paternalista hacia uno más colaborativo, basado en la toma de decisiones compartidas. En este contexto, han surgi-

Digital Health Opinion Leaders (DHOL)



do los *Digital Health Opinion Leaders (DHOL)*, pacientes que, sin ser profesionales de la salud, comparten información contrastada y basada en evidencia, convirtiéndose en referentes para otros. Sí, hay pacientes que contrastan y se basan en evidencia científica. ¡Todo mi reconocimiento y apoyo!

La clave: información con base científica

En un mundo donde la información se mueve rápido, el reto está en diferenciar lo fiable de lo dudoso o engañoso. La divulgación en salud debe estar siempre respaldada por evidencia científica sólida, profesionales respaldados por su experiencia y fuentes de información confiables. Huir de los bulos y la pseudociencia es fundamental para garantizar que la información que consumimos realmente beneficie nuestra salud y no el bolsillo de los que juegan con la desesperación y vulnerabilidad de una persona que se enfrenta a una mala noticia en salud.

La ciencia y la salud están más presentes que nunca en redes sociales, y los *Digital Health Opinion Leaders (DHOL)*, juegan un papel clave en este ecosistema digital. Son el puente entre el conocimiento sanitario y las personas que buscan mejorar su bienestar y autocuidado. Eso sí, siempre con el compromiso de fortalecer la marca científica.

Bibliografía

1. Sortlist. (2024). Estudio sobre influencers y su impacto en marketing digital. Recuperado el 8 de febrero de 2025, de <https://www.sortlist.es/data-hub/reports/estudio-influencer/>.

Enfermero – Docente. Experto en Marketing digital sanitario

comunicacion@pedro-soriano.com



Lo que no enseñaron a los médicos tras salir de la facultad: las ventas

Rosa Montaña Hernández

Las ventas. O lo que es lo mismo, el demonio para muchos profesionales sanitarios. Nadie nos enseña a vender y sin embargo, todos tenemos que saber hacerlo si no queremos malvivir. Es hora de que los sanitarios dejen de vivir con una venda en los ojos.

Y aunque esto no es de ahora, la situación de la sanidad en España está en boca de todos. Tras las últimas declaraciones de la ministra de Sanidad anunciando unas medidas que cambiarían las con-

diciones laborales de los sanitarios, el sector está en pie de guerra.

Y no es para menos. El sanitario en España está cobrando menos de 12 euros la hora y sin cotizar las guardias, pero muchos ni siquiera son conscientes de ello.

Una situación que es realmente insostenible y que está llevando a muchos a situaciones realmente precarias.



¿La solución? Tras más de 13 años ejerciendo como médico de urgencias y más de 10 como mentora en ventas, la tengo claro. No podemos tener la que llaman la mejor sanidad del mundo a costa de la salud mental de cientos de profesionales. No es negociable. Es necesario que el sector aprenda a vender. Y de forma urgente.

Las cifras son alarmantes. Según datos emitidos por el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), el 25% del personal sanitario tiene diagnosticado un problema de salud mental, siendo la tasa de suicidio en este colectivo profesional del 1,3 por ciento, frente al 0,8 por ciento en la población general.

Unas cifras que deberían hacernos reflexionar sobre qué tipo de sanidad queremos. ¿Queremos sanitarios quemados y hartos de un sistema que les oprime?, ¿o queremos unos profesionales que se sientan valorados y reconocidos por su trabajo?

Este cambio, aunque cueste de admitir, empieza en ellos mismos. Ha llegado el momento de que los sanitarios se quiten la venda de los ojos y reclamen lo que les corresponde. Empezando por un cambio en su mentalidad.

Si eres sanitario, hoy voy a darte 5 consejos para mover el culo y empezar a valorarte como te mereces. Si no piensas hacerlo, deja de leer. Si quieres el cambio, comienza leyéndolos:

1. Deja de regalar tus servicios

La primera visita se cobra y por anticipado. Se acabaron las primeras visitas gratuitas, las revisiones sin coste o los descuentos por familiar. Tu trabajo tiene un valor y el primero que tiene que dárselo eres tú mismo.

2. Primero de todo, cómprate a ti mismo

Y ten claro que, si hoy no vendes, hoy no comes. Si tú no confías en tus servicios nadie va a comprarte. Invertir en ti siempre será tu mejor venta. Invierte en ti para aprender a vender.

No delegues esa responsabilidad. Fórmate, lee libros sobre técnicas de venta y busca mentores que te guíen en el proceso.

3. Practica la escucha activa

Escuchar a un cliente implica mucho más que oír. Implica prestar atención genuina a sus necesidades, preguntar y no presuponer para entender realmente lo que necesita. No prejuzgues ni subestimes a la hora de poner un precio a tus servicios. La decisión siempre será del paciente.

4. Tener una web, redes sociales o una newsletter no te asegura ventas

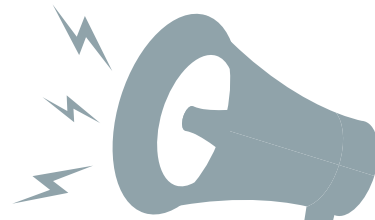
Publicar no es sinónimo de venta. Provocar la venta es tan importante cómo crear contenidos.

Utiliza llamadas a la acción claras y facilita el proceso de compra. Además, analiza el rendimiento de tus contenidos y ajusta tus estrategias según los resultados obtenidos.

5. Tu salud mental no es negociable

Si tu negocio es tu sueño, debe proporcionarte una vida digna. Olvídate de cubrir gastos básicos, aquí hemos venido a darlo todo. Establece metas financieras ambiciosas y trabaja en estrategias que te permitan alcanzarlas. Esto incluye diversificar tus fuentes de ingresos, optimizar tus operaciones y buscar constantemente oportunidades de crecimiento.

Si tu consulta no es rentable, no tienes un negocio tienes un hobby caro. ¿Hasta cuándo vas a esperar para posicionarte dónde te mereces? Da el primer paso y hablemos.



El Consejo de Ministros da luz verde a la creación del título de especialista en Laboratorio Clínico

El Consejo de Ministros ha aprobado recientemente el Real Decreto por el que crea el título de especialista en Laboratorio Clínico y, en consecuencia, se suprimen los títulos de especialista en Análisis Clínicos y en Bioquímica Clínica, por considerarse equivalentes entre sí. Por ello, el nuevo título surge de la fusión de dos especialidades que actualmente desarrollan su función y que han ido convergiendo a medida que se han implementado los avances científicos y tecnológicos de esta área.

La formación en la especialidad de Laboratorio Clínico tendrá una duración mínima de cuatro años y se realizará dentro de la relación laboral especial de residencia. Se considera que la nueva especialidad permitirá una mejor gestión de los recursos humanos del área de Laboratorio, reduciendo duplicidades y solapamiento de las competencias de estas especialidades.

De esta manera, la persona especialista en Laboratorio Clínico estará capacitada para proporcionar información de utilidad clínica para valorar el estado de salud, apoyar el diagnóstico y el seguimiento clínico, contribuir a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, aplicando los métodos y técnicas de análisis de muestras biológicas de origen humano a partir del conocimiento de la fisiopatología humana. Paralelamente, también se crea como órgano asesor la Comisión Nacional de la Especialidad de Laboratorio Clínico.

La aparición de laboratorios automatizados centrales ha supuesto la integración, dentro de una misma estructura organizativa, de una gran parte de las pruebas más necesarias y básicas para la adecuada asistencia de los y las pacientes. Esto supone múltiples ventajas tanto para la mejora en la calidad como

para la seguridad en la atención a los y las pacientes, que se benefician de una menor necesidad de tubos a extraer, de la simplificación de la fase preanalítica, de una reducción significativa de los errores y de una mejora del tiempo de respuesta.

En esta línea, la evolución tecnológica va a seguir condicionando este tipo de estructuras organizativas en los centros sanitarios de mayor tamaño, donde se forman la mayoría de los especialistas, pero también va a condicionar el trabajo en centros comarcales, que van a requerir de especialistas más polivalentes.

El trabajo conjunto, en cualquiera de estas estructuras organizativas, no solo evita la fragmentación de la atención y el conocimiento, si no que genera el efecto contrario, unificando la atención a los y las pacientes e integrando conocimientos. Con este proyecto, se persigue de esta forma mejorar la formación de los especialistas en Ciencias de la Salud, a la vez que se facilita la gestión de los recursos humanos en salud.





ASPE insta a Sanidad a modificar el estatuto marco y no prohibir la compatibilidad de los médicos

La Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE) muestra su total rechazo a la modificación que prevé el Ministerio de Sanidad del Estatuto Marco en relación con la incompatibilidad del profesional sanitario. Ni en el caso de los jefes de servicio ni en el de los profesionales que han culminado con éxito el MIR se trata de una solución lógica y, seguramente, incluso perjudique los intereses que pueda perseguir el propio Ministerio de Sanidad.

A criterio de ASPE, la propia sanidad pública se verá afectada por esta imposición porque provocará el éxodo de aquellos jefes de servicio que ven en las condiciones de contratación y flexibilidad del sector privado un aliciente frente al Sistema Nacional de Salud. Además, prohibir la compatibilidad laboral a los jefes de servicio desmotivará a los profesionales más capacitados para asumir el cargo, una consecuencia claramente contraproducente.

La propuesta del Ministerio de Sanidad, además, parte de una premisa basada en el prejuicio. Considera que existe un conflicto de interés por parte del médico, hecho que implica dudar de la ética y la profesionalidad de sus propios jefes de servicio y profesionales más jóvenes. “Se puede y se debe regular la compatibilidad entre la sanidad pública y la privada, pero sin caer en medidas que pongan en riesgo el

equilibrio del sistema. El verdadero problema del sistema sanitario que requiere una respuesta urgente por el Gobierno es la falta de profesionales del sector sanitario, independientemente de la titularidad del centro”, señala el presidente de ASPE, Carlos Rus.

Para ASPE, la criminalización del colectivo profesional representado por los jefes de servicio es caprichosa, generalizante y sin sustento real. La verdad es que muchos profesionales trabajan en ambos ámbitos sin que ello implique una merma en la calidad de su trabajo. “Nuevamente enfrentamos un ejercicio de criminalización por parte de Sanidad de cualquier atisbo de colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud”, señala el presidente de ASPE, Carlos Rus.

La experiencia y los datos, por otro lado, han demostrado en multitud de ocasiones que el Sistema Nacional de Salud necesita de un trabajo conjunto de toda la cadena de valor, incluyendo los sectores público y privado, para un buen funcionamiento. “Cuando prevalece esta colaboración, el grado de éxito y satisfacción del paciente supera con creces cualquier intento de enfrentamiento sin base alguna, y esto debe ser lo único que guíe la gobernanza sanitaria”, añade el presidente de la patronal de la sanidad privada.



Las 22.222 farmacias españolas se convertirán en una gran red de inteligencia sanitaria y de investigación para el SNS



Marina Pollán y Jesús Aguilar durante la firma del convenio.

Las 22.222 farmacias españolas se transformarán en una gran red de inteligencia sanitaria para el Sistema Nacional de Salud que ayudará a investigar, mejorar la información epidemiológica y definir las estrategias de salud pública más adecuadas. Así se desprende del convenio de colaboración recientemente firmado entre el Instituto de Salud Carlos III y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, y que arranca hoy con su primera reunión de trabajo.

La directora del ISCIII, Marina Pollán, y el presidente del CGCOF, Jesús Aguilar, se han reunido reciente-

mente para dar el pistoletazo de salida a los trabajos que incluirá este convenio centrado en el desarrollo de proyectos de salud digital para mejorar la disponibilidad de información en epidemiología y las estrategias de salud pública, basándose en la ciencia de datos y aprovechando la capacidad de la farmacia comunitaria para su generación.

Concretamente, el convenio prevé la colaboración de la red de 22.222 farmacias españolas en el Proyecto cohorte IMPaCT, un trabajo a gran escala impulsado y financiado por el ISCIII que busca reclutar una cohorte de 200.000 personas para estudiar a lo largo del tiempo sus datos de salud, estilos de vida y contexto social y ambiental, ayudando con ello a mejorar la información epidemiológica y las estrategias de salud pública en todo el país.

Además, en el marco del convenio suscrito entre el Consejo General de Farmacéuticos y el ISCIII está prevista la participación de las farmacias en gran estudio sobre trastornos del sueño y uso de medicamentos, en un estudio piloto de intervención para prevención del suicidio y en una investigación sobre la variación del consumo de medicamentos en función del clima, además de otras investigaciones relacionadas con la farmacoepidemiología.

El acuerdo contempla también acciones específicas en investigación clínica en la prevención de caídas en personas mayores, consejo farmacéutico en obesidad infantil, análisis de datos de comorbilidades, así como el desarrollo de modelos avanzados de datos de salud, de modelos predictivos en salud pública y estrategias de salud pública basadas en el estudio de 'laboratorios de vida real' con datos recabados desde las farmacias comunitarias.



Uno de cada tres pacientes con epilepsia en España no responde al tratamiento



Un momento del Aula de Salud de Vithas sobre epilepsia.

En España, cerca de 500.000 personas tienen epilepsia, de la cuales, el 30% (unos 150.000) no responde al tratamiento farmacológico y siguen teniendo crisis epilépticas. De hecho, debido a la heterogeneidad de sus síntomas, esta patología neurológica no es fácilmente reconocible y el retraso en su diagnóstico puede alcanzar hasta los 10 años.

Con el objetivo de dar a conocer las últimas novedades sobre la epilepsia, los Hospitales Universitarios de Vithas en Madrid (Aravaca, Arturo Soria y La Milagrosa) han celebrado una formación sobre esta enfermedad neurológica que afecta a personas de todas las edades (aunque incide más en niños y personas mayores de 65 años), y de la que cada año se diagnostican más de 20.000 nuevos casos en nuestro país.

Bajo el título 'Epilepsia: qué es, diagnóstico y tratamiento de precisión de las crisis', el Instituto de Neurociencias Vithas (INV) en Madrid organizó una nueva jornada de Aula Salud, una iniciativa gratuita de Vithas dirigida a pacientes y sus familiares para abordar los últimos avances terapéuticos de esta

patología y resolver las principales dudas del medio centenar de personas que acudieron.

La jornada contó con la participación del Dr. Ángel Aledo Serrano, especialista en Neurología y director del Instituto de Neurociencias Vithas en Madrid y de su Unidad de Epilepsia; quien aportó la visión actual de la enfermedad y dio a conocer las últimas novedades de su tratamiento. Durante su intervención, el especialista destacó que "en los últimos años ha habido una revolución emocionante en cómo pensamos la epilepsia, cómo la estudiamos con pruebas diagnósticas cada vez más profundas y cómo la tratamos desde un enfoque más preciso e integrador al mismo tiempo".

También asistió Sonia Martínez Morante, especialista en Psicología Clínica en el Hospital Universitario Vithas Madrid La Milagrosa y Vithas Internacional, quien aportó el punto de vista más psicológico de la atención de la epilepsia y la importancia de la familia en la terapia. "El abordaje biopsicosocial de la epilepsia genera la necesidad de nuevas intervenciones con el paciente, así como de sus familias y entorno social que le acompañan, con el objetivo de desarro-

llar estrategias que favorezcan una atención al paciente adecuada y equilibrada”.

Finalmente, Andrea Lozano, paciente con epilepsia y divulgadora de esta enfermedad, compartió con los asistentes su relación con la enfermedad y la labor de concienciación y apoyo que realiza con otros pacientes, así como su entorno familiar. “Soy paciente

de epilepsia desde hace 17 años y desde hace 7 ayudo a visibilizar esta enfermedad tan estigmatizada”, ha expresado. “La epilepsia es una gran desconocida y, a día de hoy, los pacientes sienten miedo de ser rechazados. Este tipo de iniciativas permite implicarles más en su propia enfermedad y explicar sus experiencias”.



A.M.A. impulsa su transformación digital y refuerza su compromiso con la sostenibilidad en 2025

A.M.A., la Mutua de seguros de los profesionales sanitarios, inicia el año 2025 con un ambicioso plan estratégico que refuerza su apuesta por la digitalización, la sostenibilidad y la excelencia en el servicio. La compañía continúa evolucionando con mejoras incrementales en sus procesos, el desarrollo de nuevos productos y una gestión alineada con las normativas internacionales.

Un importante hito en este ejercicio ha sido la puesta a disposición de los mutualistas de un servicio que facilita la solicitud digital de una asistencia en carretera de forma rápida y sencilla a través del WhatsApp. Gracias a esta iniciativa, más de la mitad de los servicios ya se gestionan de forma digital, lo que demuestra la rápida adaptación a las nuevas tecnologías y la preferencia de los usuarios por estas opciones.

En línea con la estrategia de la Mutua se está desarrollando un seguro de autos modular que permitirá a los mutualistas personalizar las garantías de su póliza.

Otra de las innovaciones clave es la apertura de un nuevo canal web que permitirá que el proceso de contratación de seguros sea completamente digital.

Este proceso se inaugurará próximamente con el seguro de viajes.

A.M.A. se compromete a ser sostenible y ha estado trabajando para incluir criterios ambientales, sociales y de gobernanza (ESG) en su forma de invertir, eligiendo proyectos que benefician tanto al medio ambiente como a la sociedad.

Para garantizar el cumplimiento normativo y la seguridad financiera, A.M.A. se ha anticipado a la nueva normativa CSRD, comenzando a reportar información sobre sostenibilidad incluso antes de su obligatoriedad en el marco jurídico español.

Asimismo, ha reforzado su infraestructura tecnológica con nuevas alianzas estratégicas que mejoran la eficiencia operativa y la resiliencia de la Mutua frente a los desafíos regulatorios y tecnológicos.

Con estos avances, A.M.A. reafirma su liderazgo en el sector asegurador de los profesionales sanitarios. Este plan estratégico para 2025 refuerza su capacidad de adaptación a un entorno en constante evolución, asegurando una atención de calidad y soluciones innovadoras para sus mutualistas.

ARTÍCULOS NME MÁS LEÍDOS EN EL MES



CON OJO CLÍNICO

Los intereses creados

José María Martínez García



EN PROFUNDIDAD

Curva médica: las cuentas sin
cuentos

Sheila Justo Sánchez



EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Cuadros de mando de gestión basados
en experiencia de paciente: IA, PREMs y
su impacto en resultados

Carlos Bezos Daleske



DERECHO SANITARIO

El derecho al olvido oncológico: un paso
hacia la igualdad y la no discriminación

Ofelia De Lorenzo Aparici



RRHH - TALENTO DIGITAL Y VINTAGE

El principio de incertidumbre

Corpus Gómez Calderón



DERECHO SANITARIO

La dama de la lámpara: cómo los
datos salvan vidas

Gonzalo Martínez Guijarro



POLÍTICAS DE CALIDAD

Insostenibilidad

Avelino Brito Marquina



EN PROFUNDIDAD

Día Mundial Contra el Cáncer 2025:
“Fomentando sinergias para vencer
al cáncer”

Eduardo García-Toledano Mayoral



EN PORTADA

La estrategia marco de cuidados en
salud: un paso más

Carmen Ferrer Arnedo



GESTIÓN

Lo siento, que nadie me vuelva
a decir que los jóvenes no están
comprometidos

Marta Iranzo Bañuls

ECONOMÍA



Grifols gana 157 millones en 2024 gracias al crecimiento en 'Biopharma' y se muestra optimista

Grifols ha cerrado 2024 con un beneficio neto de 157 millones de euros, lo que supone casi triplicar el de 2023 (+271%), gracias al crecimiento de su división de 'Biopharma', según la información remitida a la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV). La firma se ha mostrado también optimista sobre sus oportunidades a futuro.

Por su parte, los ingresos mejoraron un 10,3% en la comparativa interanual, hasta alcanzar 7.212 millones de euros, lo que supone un nuevo "récord histórico" para la compañía de hemoderivados.

La firma explica que la división de 'Biopharma' sigue siendo "el principal motor de crecimiento de Grifols", tras registrar una mejora en la facturación del 11,3% a lo largo del año, lo que para la empresa "pone de manifiesto la fuerte demanda subyacente a nivel global".

La franquicia de inmunoglobulinas impulsó la expansión, experimentando un crecimiento anual del 15,3%, gracias "al volumen y a un 'product mix' favorable". La creciente demanda "se refleja tanto en la inmunoglobulina intravenosa (IGIV) como en la subcutánea (IGSC) XEMBIFY, que aumenta un 55,5% durante el año".

"En 2024, el suministro de plasma cubrió eficazmente la creciente demanda, mientras que el coste por

litro siguió disminuyendo. Grifols cuenta con una red de centros de donación bien diversificada y continúa ejecutando sus iniciativas estratégicas para mejorar su suministro de plasma, al tiempo que diversifica su presencia e implementa eficiencias y mejoras de rendimiento", explica Grifols.

Por su parte, el EBITDA cerró el año pasado con una mejora del 32%, hasta los 1.631 millones de euros, mientras que el margen se ubicó en el 22,6%. Mientras, el ratio de apalancamiento disminuyó a finales de 2024 a 4,6 veces desde las 6,8 veces reportadas en el primer trimestre del año. A 31 de diciembre de 2024, Grifols tenía una posición de liquidez de aproximadamente 1.900 millones de euros.

"Hemos logrado un desempeño histórico, cumpliendo los compromisos y objetivos de 2024 gracias al esfuerzo de nuestro equipo en un año desafiante. Su trabajo y compromiso con los pacientes son evidentes en toda la empresa, desde la revitalización del negocio de plasma, al cumplimiento de los hitos de innovación y la alianza estratégica con Haier Group para apoyar el desapalancamiento", asegura Nacho Abia, CEO de Grifols.

Estas acciones, agrega, "han generado un impulso sólido", posicionando a la compañía "para un crecimiento sostenible y rentable más allá de 2025".

El Grupo ASISA siguió creciendo en 2024

El Grupo ASISA siguió creciendo en 2024 en sus principales áreas de actividad. En el ámbito asegurador, la compañía alcanzó un volumen de primas de 1.542,19 millones de euros, tras crecer un 4,3%, mientras en el ámbito asistencial, su facturación llegó a los 676,4 millones de euros, un 10,4% más que el año anterior.

El Dr. Francisco Ivorra, presidente del Grupo ASISA, destaca que: “El año 2024 fue positivo para el Grupo ASISA, que sigue avanzando en su objetivo de crecer y diversificar su actividad. Cada vez más personas cuentan con un seguro de nuestra compañía, acuden a nuestros hospitales y centros médicos o buscan atención en nuestra red de clínicas especializadas. Somos una compañía solvente, imprescindible para garantizar el bienestar y la tranquilidad de millones de personas, y que busca seguir creciendo de manera rentable. Para ello seguiremos impulsando la transformación de nuestro modelo, diversificando nuestra actividad para ampliar nuestra oferta e invirtiendo en la modernización de nuestra red asistencial propia”.

Para avanzar hacia esos objetivos, el Grupo ASISA seguirá desarrollando su plan estratégico, que busca acelerar el crecimiento sostenible, mejorar la rentabilidad de la compañía y ofrecer cada vez más y mejores servicios a los asegurados y pacientes en una red asistencial moderna e innovadora. Para lograrlo, el plan estratégico del Grupo ASISA seguirá apoyándose en cinco grandes ejes: 1) transformar su modelo comercial con el objetivo de fortalecer la capacidad de crecimiento en el sector asegurador, avanzar en la diversificación multirrama, mejorar la rentabilidad de la compañía y desarrollar su cartera de clientes; 2) fortalecer su red asistencial propia; 3) buscar nuevas oportunidades en el exterior para incrementar su presencia internacional; 4) acelerar su proceso de transformación digital; y, por último, 5) avanzar en sus compromisos en materia ESG.

En el ámbito asegurador, el Grupo ASISA siguió creciendo en todos los ramos en los que opera (salud y dental, vida, accidentes, decesos, mascotas y asistencia en viaje, además de pólizas deportivas) y el volumen de primas acumulado (1.542,19 millones de euros) volvió a registrar un nuevo récord de facturación, tras avanzar un 4,3% respecto a 2023. En total, el Grupo ASISA atiende a más de 3,2 millones de asegurados.

El ramo de salud sigue siendo la principal actividad aseguradora de ASISA. En 2024, la compañía incrementó su volumen de primas más de un 4,1% hasta alcanzar los 1.515,06 millones de euros. ASISA aumentó sus pólizas en todos los segmentos, especialmente en particulares (5,6%), pymes (7,3%) y colectivos (7,4%). En el seguro dental, el número de asegurados creció un 5,5%.

En el ramo de vida, ASISA Vida cerró 2024 con un volumen de primas en España de 16,85 millones de euros, un 15,93% más que el año anterior. En el resto de ramos (accidentes, mascotas, decesos y asistencia en viajes), ASISA siguió creciendo y obtuvo una facturación en primas de 10,28 millones de euros, un 22,6% más.

La capacidad de reinversión ha permitido al Grupo ASISA crear la red asistencial más grande en España propiedad de una aseguradora, que en 2024 siguió creciendo, incorporando nuevos centros y desarrollando una cartera de servicios de salud especializados en diferentes ámbitos y de alta calidad. En total, en 2024 las empresas asistenciales del Grupo ASISA facturaron 676,4 millones de euros, un 10,4% más que en 2023, lideradas por el Grupo HLA, uno de los grupos hospitalarios de referencia en la sanidad privada española. El Grupo HLA atendió más de 3,2 millones de consultas durante 2024.

En 2024, el grupo hospitalario continuó avanzando en su compromiso con la formación de los profesionales sanitarios. El Grupo HLA ya cuenta con tres centros acreditados como hospitales universitarios

(HLA Universitario Moncloa, en Madrid, que en 2024 graduó a su novena promoción de médicos formados en el hospital; HLA Universitario Inmaculada, en Granada; y HLA Universitario El Ángel, en Málaga) y ha reforzado su colaboración con distintas universidades con el objetivo de implicar a sus profesionales en la formación de estudiantes de Ciencias de la Salud.

Junto al desarrollo de sus hospitales y centros médicos, el Grupo ASISA ha seguido impulsando su red de clínicas especializadas, que supera el centenar de centros dentales, oftalmológicos, audiológicos, de diagnóstico por la imagen o de reproducción asistida.

En el ámbito de la internacionalización, su tercer eje estratégico, el Grupo ASISA siguió fortaleciendo su presencia en Portugal, donde inició su actividad en 2018. Por otra parte, en 2024 ASISA siguió reforzando

su actividad en Italia y manteniendo su presencia en Suiza.

En cuanto a la transformación digital, en 2024 el Grupo ASISA siguió impulsando diversos proyectos para la reorganización de sus sistemas de gestión y aprovechar así las ventajas que proporciona la tecnología. Entre esos proyectos, destaca el despliegue de un nuevo CRM, el desarrollo de un nuevo sistema de gestión de pólizas y la incorporación de inteligencia artificial (IA) para mejorar la atención a los clientes.

Por último, el Grupo ASISA consolidó en 2024 el compromiso ESG (Medio Ambiente, Social y Gobernanza, por sus siglas en inglés) en todas las áreas de actuación de la compañía y siguió desarrollando su Estrategia ESG para el periodo 2023-2030



Línea de tiempo que recorre la historia del Grupo ASISA y que está instalada en las oficinas de la compañía en Lisboa (Portugal).

ASHO refuerza su liderazgo en codificación sanitaria y tecnología hospitalaria con más de 2 millones de euros en contratos en 2024



De izq. a dcha.: Ruth Cuscó, directora gerente de ASHO y Carlos Sevillano, director comercial de ASHO.

ASHO, empresa destacada en el sector de la codificación sanitaria y el asesoramiento hospitalario, cierra el año 2024 con importantes logros en su expansión tanto a nivel nacional como internacional. Durante este período, la compañía ha gestionado contratos estratégicos en codificación y soluciones de software por un valor superior a 2,5 millones de euros, afianzando su posición en el mercado y garantizando un crecimiento sostenido.

En el área de codificación sanitaria, ASHO ha firmado contratos que superan los 700.000 euros. Entre ellos, sobresalen acuerdos como el establecido con el Institut Català de la Salut, que ratifica la confianza en la empresa como referente en este ámbito, así como la renovación del contrato con el Hospital de Xàtiva. También destacan los convenios con la Comunidad de Castilla y León y la Sagrada Familia, que evidencian la excelencia de ASHO en la gestión de altas hospitalarias.

Por otro lado, en el sector del software hospitalario, la compañía ha concretado contratos por un total superior a los 250.000 euros. Algunos de los proyectos más relevantes incluyen el acuerdo con el Hospital Intermutual de Levante, y el Consorci Sanitari del Maresme, así como la renovación de contratos con el Hospital Germans Trias i Pujol y el Institut Català de la Salut. Estas colaboraciones consolidan a ASHO como un proveedor clave de soluciones tecnológicas avanzadas, optimizando la eficiencia de los sistemas de información hospitalaria.

Finalmente, los proyectos integrales que combinan software y codificación han sido un área clave, alcanzando un valor superior a 750.000 euros. Destaca el contrato con Grupo Hospitalario Juaneda Mallorca. Este proyecto refleja la capacidad de ASHO para ofrecer soluciones personalizadas que se adaptan a las necesidades específicas de sus clientes.

La UE pone en marcha InvestAI para movilizar 200.000 millones de euros de inversión en inteligencia artificial

En la Cumbre de Acción sobre Inteligencia Artificial (IA) celebrada en París (11/02/2025), la presidenta de la Comisión, Ursula von der Leyen, ha puesto en marcha InvestAI, una iniciativa para movilizar 200.000 millones EUR para inversiones en IA, incluido un nuevo fondo europeo de 20.000 millones EUR para gigafábricas de IA. Esta gran infraestructura de IA es necesaria para permitir el desarrollo abierto y colaborativo de los modelos de IA más complejos y para hacer de Europa un continente de IA.

La presidenta de la Comisión, Ursula von der Leyen, ha declarado: «La IA mejorará nuestra asistencia sanitaria, estimulará nuestra investigación e innovación e impulsará nuestra competitividad. Queremos que la IA sea una fuerza para el bien y para el crecimiento. Lo hacemos a través de nuestro propio enfoque europeo, basado en la apertura, la cooperación y el talento excelente. Pero nuestro enfoque aún necesita ser sobrealimentado.

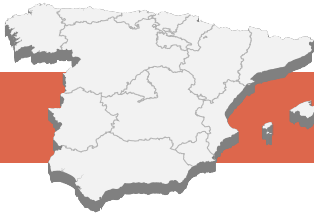
Esta es la razón por la que, junto con nuestros Estados miembros y nuestros socios, movilizaremos capital sin precedentes a través de InvestAI para las gigafábricas europeas de IA. Esta asociación público-privada única, similar a un CERN para la IA, permitirá a todos nuestros científicos y empresas, no solo a las más grandes, desarrollar los modelos muy grandes más avanzados necesarios para hacer de Europa un continente de IA».

La presidenta del Banco Europeo de Inversiones, Nadia Calviño, ha declarado: «Junto con la Comisión Europea, el Grupo BEI está intensificando el apoyo a la inteligencia artificial, un motor clave de la innovación y la productividad en Europa».

El fondo InvestAI de la UE financiará cuatro futuras gigafábricas de IA en toda la UE. Las nuevas gigafábricas de IA se especializarán en la formación de los modelos de IA más complejos y de gran tamaño. Tales modelos de próxima generación requieren una amplia infraestructura informática para avances en dominios específicos como la medicina o la ciencia. Las gigafábricas tendrán alrededor de 100 000 chips de IA de última generación, alrededor de cuatro veces más que las fábricas de IA que se están estableciendo en este momento.

Las gigafábricas financiadas a través de InvestAI serán la mayor asociación público-privada del mundo para el desarrollo de una IA confiable. Servirán al modelo europeo de innovación cooperativa y abierta, con un enfoque en aplicaciones industriales complejas y de misión crítica. El objetivo es que todas las empresas, no solo los jugadores más grandes, puedan acceder a la potencia informática a gran escala para construir el futuro.

InvestAI incluirá un fondo estratificado, con acciones de diferentes perfiles de riesgo y rendimiento. El presupuesto de la UE reduciría el riesgo de la inversión de otros socios. La financiación inicial de la Comisión para InvestAI procederá de los programas de financiación de la UE existentes que tienen un componente digital, como el Programa Europa Digital y Horizonte Europa, e InvestEU. Los Estados miembros también pueden contribuir programando fondos con cargo a sus dotaciones de cohesión. La financiación de gigafábricas de IA con una combinación de subvenciones y capital servirá como uno de los casos piloto para tecnologías estratégicas anunciados en la Brújula de la Competitividad.



El Hospital La Fe recibe el premio New Medical Economics 2024 a la 'Mejor política de RSC'



El presidente de New Medical Economics entregando el Premio al Dr. Poveda y su equipo en el Hospital La Fe.

El Hospital La Fe de Valencia ha sido distinguido con el galardón a la 'Mejor política de Responsabilidad Social Corporativa' en los Premios New Medical Economics 2024, en reconocimiento a su destacado Desarrollo del Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente en un hospital terciario y su Departamento de Salud.

Este reconocimiento pone de manifiesto la labor del hospital en la implementación de un sistema de calidad que garantiza la seguridad y el bienestar de los pacientes. Desde la creación en 2017 de la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP), el centro ha desarrollado una serie de estrategias innovadoras enfocadas en la excelencia asistencial.

El Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente ha permitido establecer protocolos avanzados que

han contribuido significativamente a la mejora de la atención médica, optimizando la gestión de riesgos y reforzando el compromiso del personal sanitario con la seguridad del paciente.

Inicialmente, este galardón estaba previsto ser entregado en la ceremonia de los Premios New Medical Economics 2024, celebrada en noviembre en el Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid. No obstante, debido a la DANA que afectó a la Comunitat Valenciana, los representantes del Hospital La Fe no pudieron asistir al evento, por lo que la entrega ha sido reprogramada para celebrarse en su propia sede.

La entrega del premio por parte del presidente ejecutivo de New Medical Economics, José María Martínez García, ha tenido lugar hoy. Junto al gerente de la agrupación sanitaria interdepartamental Valencia

Sur y gerente del departamento de salud La Fe, José Luis Poveda Andrés, han asistido varios miembros del equipo directivo del hospital, el director económico del departamento de salud Valencia La Fe, Alejandro Colomer; la directora médica del Hospital La Fe, Salomé Matoses; el subdirector médico Vicente José Campos y la subdirectora de enfermería de La Fe, Inmaculada Alda.

Además, han estado presentes la coordinadora de la Unidad de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de La Fe, Eva Salvo y María José Lloria, perteneciente a la misma unidad.

Este reconocimiento es un reflejo del firme compromiso del Hospital La Fe con la excelencia en la aten-

ción sanitaria y la seguridad de sus pacientes. La implementación de estrategias basadas en la evidencia, la promoción de la formación continua del personal y la apuesta por la humanización de la asistencia han sido factores clave para la obtención de este galardón.

Desde New Medical Economics, revista especializada en gestión sanitaria y experiencia del paciente, se ha querido destacar la labor de un hospital que se ha consolidado como un referente en innovación, investigación y calidad asistencial. Este premio representa un estímulo adicional para continuar avanzando en la mejora de la atención sanitaria y refuerza el papel del Hospital La Fe como modelo a seguir en el panorama de la sanidad española.



Euskadi refuerza su liderazgo en cribado de cáncer

Estratificación del riesgo, aumento de cobertura y participación en los cribados, e incorporación de las nuevas tecnologías y la IA, tres grandes apuestas de Osakidetza para continuar mejorando los cribados y la atención del cáncer en Euskadi. Así lo han manifestado en el 'Workshop de cribado en Euskadi a la luz de la actualización de las recomendaciones de la UE', organizado por All.Can Spain junto a Osakidetza, con la colaboración de Efpia y Astellas Spain.

La jornada ha sido inaugurada por la directora de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, Maite Martínez, quien ha enfatizado el compromiso de Euskadi con los cribados en cáncer y la importancia de la detección precoz en aras de combatir esta dura enfermedad que, según las predicciones, afectará cada vez a más ciudadanos.

Martínez ha destacado la importancia de la implementación de programas piloto, argumentando que "la oportunidad de formar parte activa de la Joint Action EUCanScreen nos va a permitir participar en la generación de nuevas evidencias, compartir datos



Maite Martínez, directora de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, durante su intervención.

y desarrollar pilotos como el cribado de cáncer de próstata vinculado al proyecto Praise-U".

Asimismo, ha enfatizado la importancia de las nuevas tecnologías en el cribado, asegurando que "la IA para el cribado de cáncer de mama es un proyecto estratégico en el que estamos trabajando, así como la incorporación de estudios de innovación como la biopsia líquida en cribado de cáncer colorrectal." Por último, la directora ha subrayado que "la equidad es

uno de los pilares de nuestro sistema de salud en todas las políticas,” destacando la importancia de tener en consideración los determinantes sociales a la hora de diseñar e implantar programas de cribado.

Durante la jornada, se ha abordado la implantación, innovación e investigación de Euskadi en el marco de los cribados, haciendo hincapié en los aprendizajes y retos relativos a los programas de mama, cérvix y colorrectal. En este sentido, Ane Fullaondo, directora Instituto de Investigación en Servicios de Salud (BiO-SISTEMAK), ha presentado el Proyecto EUCanScreen, en el que Euskadi participa en diferentes paquetes de trabajo.

Como elemento principal para la implantación de los cribados, Luis Bujanda, investigador del Instituto Biogipuzkoa CIBERehd, ha destacado la incorporación de estrategias basadas en el riesgo personal y familiar. En esta línea, la coordinadora de cribados de Osakidetza, Isabel Portillo, ha ahondado en el inicio, el próximo mes de junio, de un programa piloto de cribado de cáncer de próstata, donde se invitará a 10.000 hombres de entre 50 y 60 años, al sometimiento a una analítica para valorar su nivel de PSA — antígeno prostático específico—. El objetivo de este piloto es la valoración de la posible implantación de este nuevo cribado poblacional. Esta iniciativa se suma a los dos proyectos piloto relativos al cáncer de pulmón en los que ya participa la Comunidad: LUCIA y CASSANDRA. También se presentaron las perspec-

tivas en torno al cribado de cáncer gástrico, teniendo en cuenta que Euskadi no es una zona de alto riesgo de esta enfermedad.

Asimismo, Idalberto Pérez, en representación de la dirección general de Osakidetza, ha destacado las nuevas posibilidades que ofrecen la incorporación de las nuevas tecnologías y, en particular, la inteligencia artificial, que permitirán optimizar la detección temprana de las patologías de tipo oncológico.

Estas iniciativas se integrarán en el nuevo Plan Onkológico Integral de Euskadi (2025-2030) que se espera que sea finalmente aprobado en el primer semestre de 2025, como ha adelantado Gontzal Tamayo, director de Transformación, Planificación y Digitalización en Salud del Departamento de Salud. Durante su intervención, también ha profundizado en la metodología innovadora empleada en su elaboración.

Este plan, cobra una especial importancia en un año en el que el cáncer se consolida como la principal causa de muerte en Euskadi, representando un 27% de los fallecimientos totales. Así, 150.000 tumores fueron detectados en 2024, con una media de edad de 68 años en los pacientes. El cáncer de próstata fue el más mayoritario en hombres, mientras que en mujeres lo fue el de mama. En este sentido, Katty Nevado, gerente de la Asociación Contra el Cáncer en Gipuzkoa, ha destacado la importancia de la obtención de datos de calidad que permitan medir el abordaje del cáncer y los resultados obtenidos.



Vithas Madrid Arturo Soria trata con botox la incontinencia urinaria

El Hospital Universitario Vithas Madrid Arturo Soria emplea las inyecciones intravesicales con toxina botulínica (botox) para corregir la incontinencia urinaria, una patología que afecta a 6,5 millones de personas en España, de las cuales, el 75% son mujeres a partir de los 50 años y el 25% restante, hombres mayores de 40.

La Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Urología del centro hospitalario está especializada para detectar y diagnosticar cualquier patología relacionada con este tipo de prolapsos y la pérdida involuntaria de orina. Para ello, realiza intervenciones complejas o de cirugía mayor ambulatoria, cuando otras medidas terapéuticas no han sido efectivas.

El tratamiento con botox, por ejemplo, es una técnica sencilla y mínimamente invasiva. Se realiza mediante cistoscopia (exploración endoscópica para acceder a la uretra y la vejiga urinaria), para posteriormente inyectar la toxina con una aguja endoscópica especial. La intervención comporta escasas complicaciones para la paciente, que es dada de alta en el mismo día y sin sonda vesical, y cuyos beneficios empiezan en los primeros días.

“Esta técnica está especialmente indicada para mujeres que quieren mejorar los síntomas que producen la hiperactividad de la vejiga y la incontinencia urinaria de urgencia, que se manifiesta en la continua necesidad de orinar, incluso, varias veces por la noche”, explica la Dra. Laura Martínez Blázquez, especialista en Urología Funcional del Servicio de Urología del Hospital Universitario Vithas Madrid Arturo Soria.

Además de esta cirugía con botox, la Unidad de Suelo Pélvico también emplea otro tipo de intervenciones anti-incontinencia con dispositivos protésicos que, dependiendo de su complejidad e invasión de tejidos para su colocación, requieren o no ingreso hospitalario.



Una de las cirugías correctoras de prolapso genital más exitosas es la colposacropexia, una técnica que se realiza mediante laparoscopia y con ayuda de cirugía robótica, con el objetivo de reestablecer la anatomía urogenital normal de la mujer y preservar la función urinaria, sexual y reproductiva de la paciente. El prolapso se produce cuando los músculos y ligamentos del suelo pélvico se debilitan y ya no proporcionan la suficiente sujeción a los órganos que sujetan la pelvis, produciendo en las pacientes molestias con las relaciones sexuales, dolor cercano a la vagina, estreñimiento o problemas al orinar.

Para ello, se fija al sacro una malla quirúrgica mediante tecnología robótica, que permite aumentar la destreza del especialista y realizar una intervención más segura y precisa, reduciendo el riesgo de sangrado, las cicatrices y el tiempo de estancia hospitalaria. La paciente suele irse a casa sin sonda vesical y el postoperatorio dura entre 4 a 6 semanas para garantizar unos óptimos resultados.

“La incontinencia urinaria afecta de manera evidente a la calidad de vida de las pacientes, limitando su actividad y condicionando su estado de ánimo. Las intervenciones tanto ambulatorias como las que requieren ingreso hospitalario suponen una importante mejora, ya que la efectividad de las técnicas supera el 80% de los casos”, explica la Dra. Martínez.

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) ■ Tel. +34 91 539 28 50

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

BIBLIOTECA



Salud cerebral: mantén joven tu cerebro

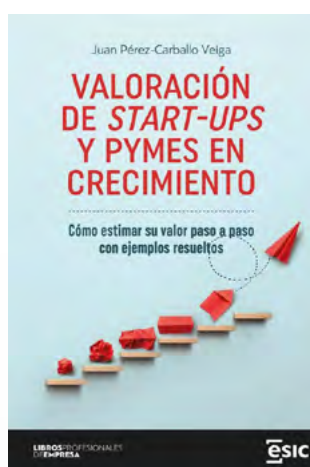
Dr. Jesús Porta-Etessam , además del Dr. José Miguel Láinez

Mantén joven tu cerebro es una guía práctica que aborda aspectos fundamentales como la alimentación equilibrada, la actividad física regular, el descanso adecuado y la estimulación cognitiva. Además, destaca la importancia de la interacción social como factor clave en la prevención del deterioro cognitivo. El libro ofrece estrategias respaldadas científicamente para mantener la agilidad mental y prevenir enfermedades neurodegenerativas, convirtiéndose en una herramienta esencial tanto para profesionales de la salud como para el público en general interesado en cuidar su bienestar neurológico.



Valoración de start-ups y pymes en crecimiento

Juan Pérez-Carballo Veiga



El objetivo de este libro es ayudar al equipo emprendedor a valorar su idea, su proyecto o su empresa ya en marcha. También se dirige al inversor para ayudar a que ambas partes mejoren sus estimaciones en búsqueda de acotar la zona de posible acuerdo y facilitar la continuidad del emprendimiento.

La valoración de una *start-up* o una pyme en crecimiento es un ejercicio siempre complicado por la dificultad de prever las expectativas de actividades con poca historia. La complicación aumenta con la juventud del emprendimiento y la relevancia de su innovación. Se incluyen numerosos ejemplos.

New Medical Economics

La revista
líder de
gestión
sanitaria



Suscripción gratuita

Newmedicaleconomics.es