New Medical Economics
GESTIÓN SANITARIA - EXPERIENCIA DEL PACIENTE
Nº184 • 15 de ENERO 2024

Los datos de la sanidad privada

Estudio RESA 2023

Enfermeria:
A propósito del talento en el sistema sanitario público

Gestión:
Hospitales magnéticos: desafío o irrealidad

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan
Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos

Alfonsel Jaén, Margarita
Secretaria General de FENIN

Álvarez Novoa, Iria
Government Affairs and Market Access Director de Astellas Pharma

Arnés Corellano, Humberto
Presidente de SIGRE

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

Carrero López, Miguel
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

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

Cruz Martos, Encarnación
Directora General de BIOSIM

De Lorenzo y Montero, Ricardo
Presidente de Honor de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

De Rosa Torner, Alberto
Director Ejecutivo Europeo Grupo Sanitario Ribera

Domínguez-Gil González, Beatriz
Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Franco Fernández-Conde, Antonio
CEO Luzán 5 Health Consulting

García Giménez, Víctor
Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC)

Garrido López, Pilar
Presidenta de la FACME

Gilaberte, Yolanda
Presidenta de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Gutiérrez Fuentes, José Antonio
Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

Iñiguez Romo, Andrés
Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

Lorenzo Garmendia, Andoni
Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Martínez Solana, María Yolanda
Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM

Millán Rusillo, Teresa
Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego
Presidente de la Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

Navarro Rubio, Mª Dolores
Directora de Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

Peña López, Carmen
Inmediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Pérez Raya, Florentino
Presidente del Consejo General de Enfermería

Pérez-Villacastín, Julián
Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Pey Sanahuja, Jaume
Director General de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)

Polanco Álvarez, Ana
Presidenta de ASEBIO

Polo García, José
Presidente de SEMERGEN

Revilla Pedreira, Regina
Académica de las Reales Academias Nacional, Catalana, Gallega e Iberoamericana de Farmacia

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

Somoza Gimeno, Asunción
Establish Market Implementation Astellas Pharmaceutical

Truchado Velasco, Luis
Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

Vallès Navarro, Roser
Directora del programa para la autosuficiencia en plasma del Banco de Sangre y Tejidos

Yermo Fuentes-Pila, Juan
Director General de Farmaindustria

PRESIDENTE
José Mª Martínez García

DIRECTOR
Luis Rosado Bretón

DIRECTORA DE OPERACIONES
Paloma Tamayo Prada
paloma@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 630 127 443

REDACTORA JEFE
Carmen Mª 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

GESTIÓN SANITARIA

Dilenny Camacho Diplán,
Directora Fundadora Gestionando Salud

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

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. Campus de Madrid.

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

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

Alejandro Lendínez Mesa, Enfermero, Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre. Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Fernando Mugarza Borque,
Director de Desarrollo Corporativo del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad).

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

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

Rita Rodríguez Fernández,
Directora de Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica en el Hospital Centro Médico el Carmen (Ourense).

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

Julia María Ruiz Redondo, Inspectora. Consejería de Sanidad de CLM.

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

Francisco Javier Valbuena Ruiz,
Director de Nueva Oferta Asistencial y Clientes de Hospitales Parque.

Nora Vázquez Martínez,
Jurista y Sanitaria

EXPERIENCIA DEL PACIENTE

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

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

Andoni Lorenzo Garmendia,
Presidente de Foro Español de Pacientes.

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

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

INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

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

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

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

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

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

MARKETING SANITARIO

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

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

DERECHO

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

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

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

Carlos Lázaro Madrid,
Graduado en Derecho por la Universidad de Zaragoza.

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

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Corpus Gómez Calderón,
Directora de Recursos Humanos en Marina Salud. Denia (Alicante).

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

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.

ASPE

Recetas electrónicas

Una solución para tu centro, sin papel.

Consulta en: info@aspesanidad.es | 91 458 57 65

SUMARIO

6 **Políticas sanitarias**
La medicina de precisión y sus retos

9 **RSCE-RSE**
Nudge theory o teoría del empujón: impulsando el avance de los ODS

12 **Experiencia del paciente**
¿Cuál es el retorno y el retorno social de la inversión en experiencia del paciente?

15 **Cuestión de justicia**
2024. Año poco frecuente

21 **Enfermería**
A propósito del talento en el sistema sanitario público

25 **En profundidad**
¿Se pueden garantizar por Ley los límites temporales en las listas de espera de la sanidad pública?
Un paso hacia la equidad en la salud
Cuando el ambiente afecta al comportamiento de las personas

32 **Gestión**
Otra vez la epidemia estacional de virus respiratorios
Hospitales magnéticos: desafío o irrealidad

37 **Salud digital**
Jugar con nuestra salud tiene premio

39 **Transparencia y opinión**
El derecho de acceso a la información en relación con el sector sanitario

41 **Primera plana**
Los datos de la sanidad privada. Estudio RESA 2023

45 **Nuestros encuentros con expertos**
El abordaje terapéutico de la Leucemia Mieloide Aguda, a debate en Aragón
La ruta asistencial de los pacientes con enfermedades neurológicas, a debate en Andalucía
One Health: retos sanitarios presentes y futuros

60 **Noticias**

65 **Nombramientos**

66 **Lo más visto en las redes**

67 **Economía**

69 **Sanidad autonómica**

71 **Biblioteca**

La medicina de precisión y sus retos

Boi Ruiz García

La llamada medicina de precisión o medicina personalizada surge, como bien sabemos, a raíz del enfoque dado al abordaje de las enfermedades atendiendo a la genética del individuo, su entorno y sus hábitos. Son muchos los estudios, informes, foros y debates que se vienen realizando últimamente en nuestro país. Este artículo trata de las conclusiones a las que hemos llegado después de participar en muchos de ellos.

Hay coincidencia en que ya se han logrado avances importantes. Ejemplo de ello son la secuenciación genómica o la capacidad de actuar sobre dianas moleculares. Pero también la hay en que queda todavía un largo camino por recorrer. En este camino la recogida, uso y explotación masiva de datos abrirá múltiples líneas de desarrollo.

Asimismo, se considera que, más allá de la definición actual dada a la medicina de precisión, este concepto puede abarcar todos los avances que han permitido a la medicina, a lo largo del tiempo, ser más precisa, segura y eficaz en la aplicación de diagnósticos y tratamientos; es decir, aplicar la mejor medicina posible.

Así, por ejemplo, esta mayor precisión es la que ha permitido, en el caso concreto del cáncer infantil, pasar de una supervivencia de un 40% en los años 70 del siglo pasado al actual 80%. En el ámbito pediátrico, sin embargo, lo que entendemos actualmente como medicina de precisión, se encuentra todavía en los inicios de un proceso que será largo. Debe poderse avanzar, por ejemplo, en la reducción de los efectos secundarios de los tratamientos, aspecto esencial en oncología infantil. Las propias características de la medicina de precisión de ser adaptativa y focalizarse cada vez más en un número de casos reducido, como son las enfermedades pediátricas y las minoritarias, hace que el diseño de la investigación deba ser también más adaptativo. La necesidad de agregar datos a nivel de todas las CCAA y de los países de la UE es fundamental. El limitado número de casos (la n) es un condicionante importante, por lo que la colaboración entre distintos países es fundamental para lograr estos progresos.

Otro ámbito en el que se han producido avances notables es el de la digitalización de la anatomía patológica, que actualmente alcanza aún a un número reducido de servicios. Aun así, allí donde el proceso está más avanzado, se observa una mayor precisión en el diagnóstico y, en consecuencia, en el tratamiento de tumores.

Desde la perspectiva de los pacientes, existe un interés y una información creciente por la medicina de precisión, que puede suponer también la asunción de un papel más activo por su parte. Sin embargo, la re-

lación de confianza con el profesional (el oncólogo, en el caso de pacientes de cáncer) sigue constituyendo el elemento clave para la información y la concienciación sobre la idoneidad de acceder o no a un tratamiento y la comprensión de las posibles limitaciones de este.

Respecto al acceso a las innovaciones terapéuticas, en España sigue existiendo un condicionante muy importante en lo referido al tiempo que transcurre desde que la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) autoriza un tratamiento hasta que este está disponible para el paciente. Esta dilación, centrada fundamentalmente en la negociación del precio, supone una limitación importante.

Se considera que debe tenerse en cuenta el coste-efectividad de las nuevas innovaciones terapéuticas, pero que el coste no debería ser una barrera si el tratamiento es realmente efectivo, supone una mejora respecto a alternativas ya existentes o permite tratar a un mayor número de pacientes. Una opción para asumir estas innovaciones podría ser que el Sistema Nacional de Salud (SNS) dispusiera de un fondo de contingencia para innovación.

Asimismo, se señala que la precisión de la medicina debería contemplar también aspectos emocionales y de calidad de vida de los pacientes, no limitarse a la innovación técnica o clínica.

En general, se hace una valoración positiva de los avances alcanzados mediante la medicina de precisión, pero, como decíamos, quedan caminos todavía por recorrer, siendo la investigación el instrumento básico para poder alcanzar más y mejores resultados.

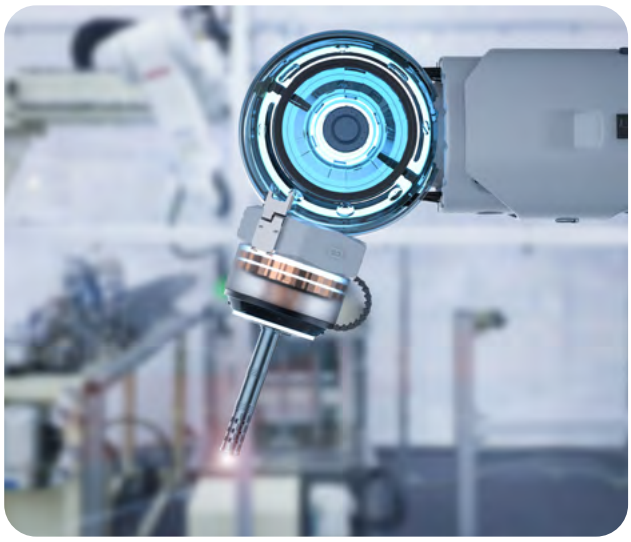
De los diferentes documentos que definen los retos pendientes en medicina de precisión, a nivel europeo se han identificado 60 tripletas de acción (investigación, innovación, implementación) para poder avanzar de forma efectiva, que incluyen aspectos de regulación, formación, accesibilidad a las terapias… En este sentido, la apuesta de la UE por la medicina de precisión es firme: inversión de 3.000 M€, creación del espacio europeo de datos de salud y desarrollo de modelos clínicos de medicina de precisión entre las propuestas más relevantes.

> “Para el necesario avance de la medicina de precisión es fundamental poder disponer de datos y utilizarlos a distintos niveles”

Se considera esencial la alineación y coordinación de los distintos agentes implicados: administración, clínicos, investigadores y pacientes, evitando la búsqueda de protagonismos o la primacía de intereses particulares.

También se señala como fundamental la celeridad en la traslación de los avances de la investigación a la práctica clínica para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. Lógicamente, los requisitos necesarios para garantizar la seguridad no deben obviarse, pero al mismo tiempo, deben priorizarse las necesidades de los pacientes individuales que requieren un tratamiento en el momento dado.

La medicina de precisión tiene un alcance multifactorial que requiere un abordaje complejo: la incorporación al sistema de la innovación, el acceso a los tratamientos, la visión de los pacientes, la formación y acompañamiento, la gestión de los datos, la sostenibilidad… En algunas CCAA, como Cataluña, se están contemplando ya todos estos aspectos, partiendo del conocimiento previo y de la base existente que supone disponer de una investigación puntera, un modelo



de atención a las enfermedades minoritarias sólido, etc.

Esta estrategia de medicina de precisión, elaborada a partir de un proceso *bottom-up*, debe contar con instrumentos, recursos y voluntad de las Administraciones para desarrollarse, a partir de la coordinación entre el sistema de salud y las estructuras de investigación y desarrollo.

Para el necesario avance de la medicina de precisión, es fundamental, como ya se ha indicado, poder disponer de datos y utilizarlos a distintos niveles. Informar a los pacientes sobre el valor de estos datos y los beneficios que se pueden obtener a partir de ellos es esencial para poder implicarlos y que sean un aliado en este reto. Para ello, es esencial también que los pacientes obtengan un retorno, en forma de información, de los resultados obtenidos a partir del uso de esos datos.

En este mismo campo, es fundamental la colaboración entre instituciones públicas y privadas, traspasando las fronteras de los estados. Las alianzas entre regiones y estados nos deben permitir avanzar sobre la base de modelos de gestión desarrollados, de acuerdo con los valores europeos. Deben identificarse los modelos internacionales de éxito y buscar colaboración con ellos. La fragmentación (entre modelos sanitarios distintos, por ejemplo) o la existencia de silos de información pueden ser un obstáculo, pero no debe obviarse que la alternativa son los modelos de las grandes corporaciones norteamericanas (*Google, Amazon, Apple*…), que pueden asumir el liderazgo en el sector con una perspectiva y unos valores muy alejados de los imperantes en Europa. No se debe correr el riesgo de caer en la pobreza de datos. La medicina de las 5P (Personalizada, Predictiva, Preventiva, Participativa y Poblacional) debe ser una realidad.

Se apunta también, la necesidad de flexibilizar el sistema de incorporación a las organizaciones de salud de nuevos perfiles profesionales (genetistas, bioinformáticos) con capacidad para generar y usar los datos.

Se abordan, así mismo, algunos de los retos pendientes de la medicina de precisión en patologías distintas de las oncológicas, como pueden ser la esclerosis múltiple (por ejemplo, en los indicadores de progresión o el tratamiento de las formas más progresivas de la enfermedad) o las enfermedades infecciosas (por ejemplo, en las resistencias o las complicaciones más frecuentes). En todos los casos, se señala la importancia de invertir en investigación como elemento clave.

También frente al cáncer es fundamental invertir en investigación, así como en acciones de prevención y detección precoz, teniendo en cuenta que el 45% de los tumores diagnosticados son evitables. El Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer establece objetivos ambiciosos de reducción de estos cánceres evitables y de mejora de la supervivencia con un horizonte 2030. Se considera que esta fijación de objetivos a nivel europeo es una línea de avance muy importante.

Se suele hacer hincapié en la necesidad de abordar las necesidades de los pacientes desde una perspectiva global, más allá del tratamiento farmacológico estricto, abordando aspectos relacionados con la nutrición, el bienestar, la ayuda psicológica, la necesidad de cuidados, etc.

Se da una amplia coincidencia en que hay suficiente pensamiento y análisis sobre lo que es y supone la medicina de precisión que justifican los planes estratégicos existentes al respecto. Pero cabe implementar políticas de actuación más efectivas en su desarrollo acompañadas de su pertinente rendición de cuentas.

Profesor de la UIC y Presidente de Know How
boiruiz@knowhowadvisers.com

Nudge theory o teoría del empujón: impulsando el avance de los ODS

Ana Rodríguez Cala

Hace unos años escribí un artículo sobre la economía del donut, de la economista inglesa Kate Raworth. Ella eligió la imagen de una rosquilla o donut para explicar hacia dónde debe caminar la humanidad y, por tanto, la economía: un donut. Un bollo redondo con un agujero en el centro se ha convertido en la fórmula más visual y científica de entender su teoría económica. El modelo se ha convertido hoy en una de las brújulas más estudiadas para encontrar el bienestar común. Aquí os dejo el enlace. https://www.newmedicaleconomics.es/wp-content/uploads/2022/04/RSC.pdf

Hoy os hablaré de la teoría del empujón, también conocida como *nudge theory*, que se fundamenta en la idea de que pequeñas intervenciones o cambios en el entorno pueden tener un impacto significativo en el comportamiento de las personas. La teoría sugiere que mediante la aplicación de estos "empujones", es posible influir en las decisiones y acciones de las personas de manera positiva, sin necesidad de recurrir a leyes, decretos o medidas coercitivas.

El concepto *nudging* fue acuñado por Richard H. Thaler, premiado con el Nobel de Economía en 2017, por su contribución a la economía del comportamiento. Sus investigaciones demuestran que las decisiones no siempre obedecen a criterios racionales, sino que también dependen de variables psicológicas que las desvían de un comportamiento económico racional.

Thaler ha argumentado que las instituciones pueden dar pequeños empujones o estímulos hacia la dirección correcta manteniendo siempre la libertad de elección de estos. Es coautor junto con Cas Sunstein (2008), del *best seller "Nudge"* traducido en español como "un pequeño empujón": es el impulso que necesitas para tomar decisiones sobre la salud y la felicidad, ambos autores utilizaron conceptos de economía conductual para abordar muchos de los problemas sociales. La falta de tiempo para pensar, las costumbres, o una mala decisión hacen que, aunque se nos presente un análisis de datos y hechos, por ejemplo, hábitos saludables, seguimos teniendo hábitos poco saludables.

Fue tanta la influencia de esta teoría que incluso el ex primer ministro de Reino Unido, David Camerón, creó una unidad del empujón en 2010 con oficinas alrededor del mundo para encontrar formas innovadoras de cambiar el comportamiento de las personas.

La Real Academia de Ciencias de Suecia declaró que las contribuciones de Thaler han desarrollado un puente entre el análisis económico y el psicológico de la toma de decisiones individuales. Y expresó, que gracias a los hallazgos empíricos y las ideas teóricas

del economista, se han podido crear nuevos campos de la economía del comportamiento que se está expandiendo por todo el mundo.

Y yo me pregunto si la teoría del empujón podría ser una herramienta para acelerar el avance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En la búsqueda de un mundo más sostenible, los ODS se presentan como una guía fundamental para orientar a las organizaciones. Sin embargo, muchas veces nos encontramos en los centros sanitarios con barreras que dificultan su implementación y avance. Es aquí donde veo que podría entrar en juego la teoría del empujón, un enfoque innovador y prometedor que busca superar estos obstáculos y acelerar el progreso de los ODS. Al aprovechar los pequeños cambios en el entorno y en las decisiones individuales, seguramente generaremos un mayor compromiso y progreso hacia un futuro más sostenible.

Os propongo algunas estrategias basadas en esta teoría:

1. Simplificación de la información: Los ODS pueden resultar abrumadores para algunos centros sanitarios debido a su complejidad. Mediante la simplificación de la información y la presentación de manera clara y concisa, es posible que generemos un mayor compromiso y comprensión.

2. Promoción de opciones sostenibles: Los "empujones" pueden utilizarse para fomentar la elección de opciones más sostenibles. Por ejemplo, la colocación de contenedores de reciclaje en lugares estratégicos o la implementación de acciones para utilizar el transporte público, pueden animar a las personas a tener comportamientos más amigables con el medio ambiente.

3. Uso de tecnología e innovación: La tecnología puede ser una aliada fundamental en la implementación de la teoría del empujón. Desde aplicaciones móviles que fomenten comportamientos sostenibles, hasta sistemas de retroalimentación en tiempo real que muestren el impacto de las acciones individuales.

Entre los beneficios de la teoría del empujón para promocionar el avance de los ODS podemos incluir:

> “Muchas veces nos encontramos en los centros sanitarios con barreras que dificultan su implementación y avance”

- Acciones más simples y efectivas: Al enfocarse en cambios pequeños pero significativos, esta teoría permite identificar acciones concretas que pueden tener un gran impacto.

- Mayor participación de las personas: Al utilizar estrategias que involucren a las personas y las empoderen en la toma de decisiones, se genera un mayor sentido de responsabilidad y compromiso.

Sin embargo, también es importante considerar algunas limitaciones y aspectos éticos al aplicar esta teoría. Es fundamental garantizar la transparencia, el respeto por la autonomía individual y la privacidad de las personas.

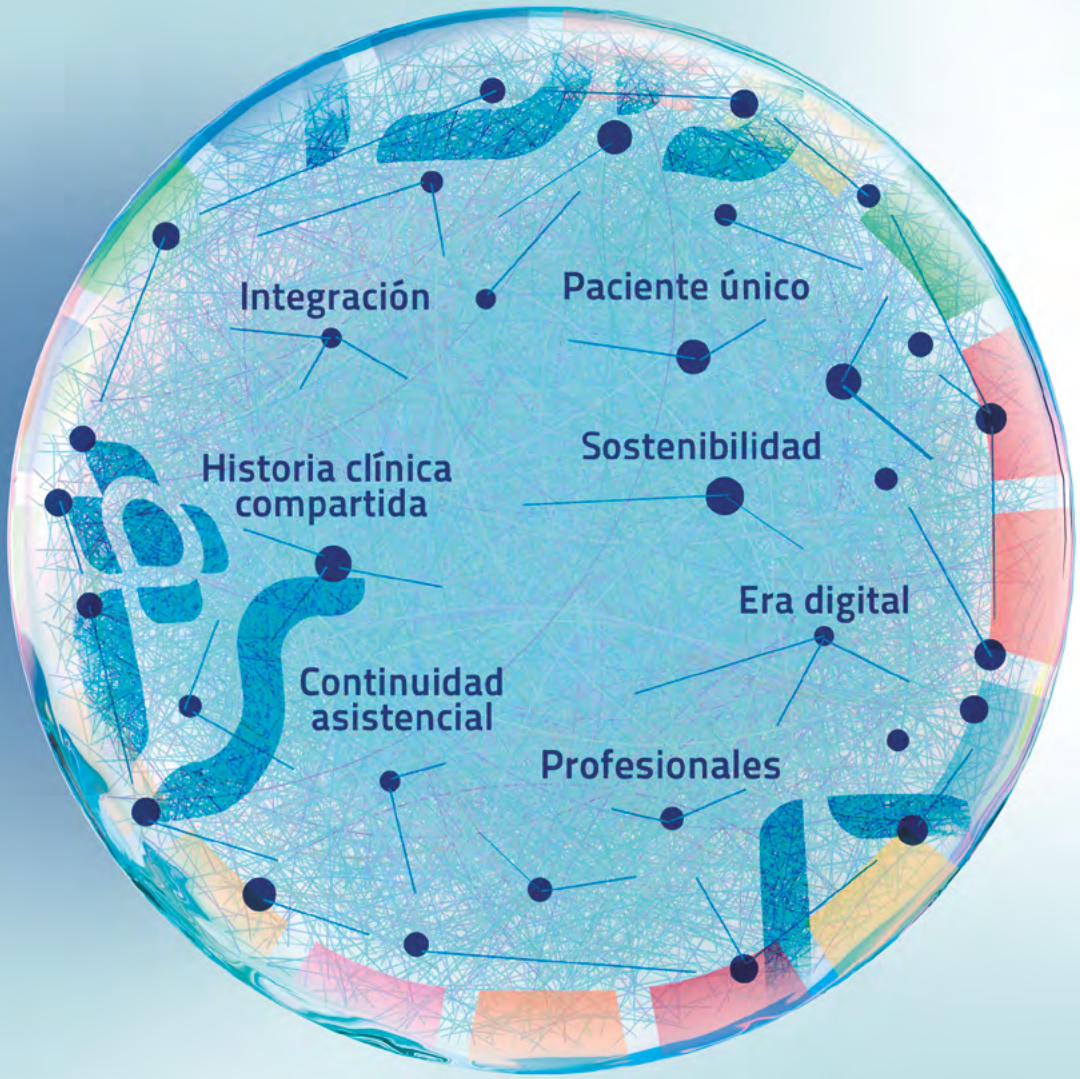
Los *nudge theory* son intervenciones que, respetando la libertad de elección individual, guían a las personas en la dirección más correcta para su propio bienestar y para el bienestar de la sociedad.

PhD. Universitat de Lleida. Consultora Senior de Proyectos Estratégicos, Calidad, RSC y Agenda 2030. Emèrita del Institut Català d’Oncologia. Vocal de la junta directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

arcala@iconcologia.net

Trabajamos cada día por el mejor sistema sanitario

#SanidadSomosTodos



ALIADOS CON LOS **OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030** "ODS"

fundacionidis.com

YouTube

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad

¿Cuál es el retorno y el retorno social de la inversión en experiencia del paciente?

Carlos Bezos Daleske

La pregunta por el retorno de la inversión de la experiencia del paciente es fundamental, ya que de año en año los centros de salud y las administraciones dedican más recursos a la cuestión. No es solamente una pregunta de interés para la sanidad privada o para los laboratorios que financian proyectos de experiencia de paciente y que necesitan conocer su rentabilidad. La sanidad pública trabaja con el dinero de todos en un contexto tensionado, en el que debe decidir si un euro está mejor invertido en una terapia, en una contratación, en una tecnología. ¿Por qué habría de invertirlo en experiencia de paciente o por qué habría buscar colaboración público-privada para este tema, que puede parecer un lujo en el mencionado contexto?

Vamos a tratar de explicar en primer lugar, qué se entiende por “retorno” de la experiencia de paciente y en segundo lugar, cómo se aplica en diferentes ámbitos y por diferentes actores. También debatiremos si un concepto tan financiero como retorno de inversión es adecuado para valorar un tema tan aparentemente intangible.

El retorno directo mide mal el retorno real

Si acudimos a la literatura, encontraremos muchas referencias sobre el retorno de la inversión de la experiencia de paciente publicadas por grandes consultoras como Deloitte y McKinsey, que de

finanzas y negocios parece que algo saben. En el cien por cien de los casos abordan este retorno en forma comercial: pacientes que al estar satisfechos o bien permanecen con su proveedor de salud (en caso de cronicidades), o bien regresan a él ante nuevos episodios agudos o bien prescriben a nuevos pacientes. Los autores que encontramos en la literatura médica o instituciones como Beryl Institute siguen una lógica parecida, ya que el contexto de estos estudios es Estados Unidos con su sistema privado de salud. Desde esta óptica, la experiencia de paciente es equivalente a una inversión en marketing o en publicidad. En este sentido, no se diferenciaría de la venta de un producto como un coche, un servicio como por ejemplo una hipoteca o la venta de una externalización como la gestión de nóminas: existe una oferta, se comunica con técnicas de marketing o publicidad y se produce una venta.

Valor, causa y efecto

Este enfoque, sin embargo, es muy pobre. No solamente porque en el caso de la sanidad pública no se trata de ganar más pacientes y de ganar dinero, sino porque la mayor parte de los efectos beneficiosos de la experiencia del paciente queda fuera de la ecuación. Esto lo han comprendido también en el sector privado español, cuyas políticas de experiencia de paciente, sí bien están orientadas a beneficio, van más allá de la mera captación comercial de pacientes.

Hace ya algunas décadas que la investigación académica sobre valoración de intangibles se hace la pregunta de cómo valorar aquellos elementos que sabemos que producen valor, pero que aparentemente no producen retorno directo o están integrados de alguna manera en la cadena de valor, pero no podemos medir aparentemente en cuánto contribuyen a esa generación de valor. Algunos clásicos de la investigación en finanzas y *controlling* son por ejemplo el valor de la formación, el valor de los procesos de *back office* como contabilidad, sistemas, recursos humanos, etc. Cuando queremos cuantificar este valor debemos renunciar a mirar con la óptica simple del retorno directo y debemos fijarnos en los efectos de nuestras actividades. ¡Atención! Como demuestran numerosas investigaciones realizadas de la teoría sistémica, muchas veces las causas y los efectos no están directamente vinculados en el tiempo.

Volviendo al ejemplo de la formación, los efectos de la misma no pueden medirse al día siguiente de recibir un curso. Se tienen que medir los efectos de las políticas formativas y a partir de allí medir impactos. Impactos, ¿dónde? De nuevo no debemos ir al retorno directo que diría “más formación es igual a mejor desempeño”. Debemos mirar tiempos, productividad, capacidad de innovación, reducción de accidentes, adaptación a mercado, etc. Hay una técnica estupenda que se llama *most significant changes* que sirve para identificar los cambios más significativos que se han producido a raíz de una intervención.

Sanidad pública

Así, en la sanidad pública hemos de preguntarnos por los cambios más significativos de las políticas de experiencia de paciente. De ahí, como hemos venido insistiendo en esta tribuna, que debamos contar con un proceso de experiencia de paciente y no solamente iniciativas aisladas. Los efectos de estos cambios vamos a notarlos en los usuarios (pacientes y profesionales), así como en la organización. Por ejemplo, un trabajo aún en marcha sobre experiencia de paciente en listas de espera quirúrgicas (en el cual no se van a reducir los tiempos) muestra que la falta de información sobre lo que va a suceder es el disparador de ansiedad número uno, la cual lleva a conflictividad. Al abordar este tema desde una información previa que da el facultativo y poner personal de enfermería para un acompañamiento se reduce a la ansiedad y ello tiene efectos en los pacientes y los profesionales. No solo disminuirán las incidencias por conflictividad y aumentará la satisfacción, los profesionales trabajarán con menos estrés, sino que durante el proceso de espera el paciente tendrá menos ansiedad, ya que desde enfermería pueden empoderarlo hacia cambios en estilo de vida.

Esto en cuanto a efectos en usuarios. Respecto a la organización, la literatura europea, especialmente británica y sueca, y en nuestros trabajos como IEXP, que ya hemos cerrado, hemos compro-

bado que usualmente las acciones en experiencia de paciente tienen efectos positivos en frecuentación, revisión de procesos, tiempos y adherencia: todo ello significa menos tiempos y menos costes.

Sanidad privada y sector farmacéutico

Todo ello no solamente es aplicable a la sanidad pública, sino también a la privada. Por eso, el Hospital de Torrelodones cuenta con una comunidad de pacientes oncológicos, liderada por el doctor Eduardo García-Rico, que contribuye a la mejora de procesos. Pero el uso de la experiencia de paciente tiene también otros efectos. Por ejemplo, en compañías de terapias a domicilio sujetas a concurso público o a la presión de las compañías aseguradoras -en países del sistema Bismarck- se hace una inversión muy fuerte en "*patient centricity*" porque se observan mejoras en adherencia y autogestión que suponen un ahorro tangible al sistema o a la seguradora; ahorro que se puede usar como elemento de negociación de precios.

No vamos a entrar aquí en lo que supone *patient centricity* para la industria farmacéutica -ya se hizo un artículo y se puede ahondar más aún más adelante- pero sí en el retorno que produce a los laboratorios apoyar los esfuerzos en experiencia de paciente de los hospitales.

En primer lugar, casi siempre supone más y mejor adherencia. En segundo lugar -no siempre- significa mejores diagnóstico y derivación -y con ellos de uso de medicación- porque al incorporar la perspectiva del paciente los circuitos se mejoran. Por ejemplo, en algunas enfermedades cardiovasculares un porcentaje significativo de pacientes no se controlan bien porque no hay indicación de seguimiento; no es que sea necesaria esa indicación, pero lo que es necesario es incorporar estrategias de autogestión. En tercer lugar, porque con el uso de PREM incorporado al seguimiento de otros datos (PROM, clínicos, sociodemográficos) se puede correlacionar el impacto de una terapia en la vida real del paciente y viceversa, un argumento más añadido a sus efectividad y coste.

A la pregunta de por qué financiaban estos estudios si a la hora de aprobar el medicamento solamente cuenta su efectividad y su precio, una farmacéutica multinacional alemana nos respondió este verano "porque nos diferenciamos de la competencia enormemente. Cuando a tus argumentos clásicos le añades los impactos adicionales es más difícil que te digan que no".

ROI social

Hemos visto retornos muy tangibles de la experiencia de paciente en diversos ámbitos; retornos que al final pueden traducirse en tiempos, en reducción de costes, en ingresos, poder de negociación o ventas. Sin embargo, es importante ampliar el enfoque e incorporar a la ecuación el retorno de inversión social. En el caso de la sanidad pública está claro por qué. Se financia con impuestos y debe tener un retorno social. El principal de ellos está claro, que es la salud. Pero hay retornos sociales adicionales que se pueden medir muy bien desde la perspectiva del paciente como la reducción del estigma, mayor integración laboral, mejora de relaciones familiares, etc, las cuales tienen un valor económico; un trabajo en el que está especializado la Fundación Weber.

Para la sanidad privada el ROI social tampoco debería ser indiferente; responden ante sus accionistas con la cuenta de resultados, pero los mercados también valoran cada vez más aspectos intangibles como los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Cuando la sanidad privada trabaja en concierto para la pública como en algunas comunidades autónomas, el ROI social (SROI) es más exigible aún.

Por último, para los laboratorios el ROI social no solamente es interesante debido a los ODS, sino que en España una parte importante de sus ingresos son de origen público, por lo que el SROI siempre es un argumento más que suma en la balanza.

CEO del Instituto para la Experiencia del Paciente
carlos.bezos@iexp.es

2024. Año poco frecuente

Álvaro Lavandeira Hermoso

Este incipiente 2024, es año bisiesto, con su 29 de febrero. Año de rareza, al tener un día más que no existe en los tres previos. El 29 de febrero nos recuerda la singularidad de los años bisiestos, un mecanismo de ajuste que trae su origen en el calendario juliano, basado en el del antiguo Egipto, fruto de los devaneos entre Julio César y Cleopatra.

En lo que aquí nos interesa, el 29 de febrero conmemora, desde el año 2008, el Día Mundial de las Enfermedades Raras, y cuya elección, el último día de febrero, no fue fruto del azar, sino que febrero, con su peculiaridad de ser bisiesto ocasionalmente, se convierte en el mes perfecto para representar la "rareza". Al igual que las enfermedades raras, febrero tiene su propia particularidad, lo que lo hace el mes ideal para esta conmemoración.

Y el comienzo de este 2024, con su original 29, es un propicio momento para recordar cuáles son los retos y necesidades que todavía presentan las enfermedades poco frecuentes, ya que, debido a su rareza, estas patologías presentan desafíos únicos en términos de diagnóstico, tratamiento y soporte sanitario y social; y que, si bien las necesidades de las personas pueden variar, en función de su afección y situación, existen algunas áreas comunes de preocupación.

En todas las ocasiones, el primer paso es el diagnóstico, proceloso momento por el que transitan muchas personas, especialmente cuando padecen enfermedades difíciles de diagnosticar debido a su escasa prevalencia y cuando a menudo comparten síntomas con otras condiciones más comunes, siendo además erróneamente diagnosticadas en numerosas ocasiones. Ello supone que las personas afectadas pueden pasar años buscando un diagnóstico preciso, con la consiguiente frustración y ansiedad.

En este sentido, existen numerosas limitaciones en el conocimiento médico y experiencia especializada, ya que al ser afecciones poco frecuentes, muchos profesionales no se encuentran familiarizados con estas enfermedades debido a sus características. Esto puede resultar en diagnósticos erróneos, tratamientos ineficaces y falta de comprensión sobre las necesidades médicas específicas de los pacientes. El apoyo educativo para profesionales de la salud, garantizando la formación continua y el entrenamiento a los profesionales de la salud en este ámbito, mejora la capacidad de diagnóstico, tratamiento y soporte

adecuado. Ello, además, puede llevar al desarrollo de protocolos de atención estandarizados que mejoren la consistencia en el manejo clínico y garantizar una atención de calidad para los pacientes.

Al ser enfermedades poco frecuentes, existe falta de investigación y desarrollo de tratamientos específicos, presentando dificultades para acceder a medicamentos y terapias específicas. Así, la investigación científica y médica es crucial para comprender mejor las enfermedades raras, desarrollar nuevos tratamientos y mejorar la calidad de vida de quienes las padecen. El apoyo a la investigación y la participación de pacientes en ensayos clínicos son elementos esenciales, ya que, para muchas enfermedades raras, la inclusión en ensayos clínicos de tratamientos experimentales pueden ser únicas vías de acceso a estos. En este sentido, el apoyo a la investigación de terapias génicas y terapias avanzadas, dado que muchas enfermedades raras tienen un componente genético, puede abrir nuevas posibilidades de tratamiento. Por tanto, es indispensable facilitar este acceso y proporcionar información clara sobre los riesgos y beneficios.

Es en el ámbito de las enfermedades raras donde el concepto de medicina personalizada alcanza todo su valor, al ser tan pequeño el número de personas que las padecen. Es, por tanto, que el apoyo y el fomento a la investigación sobre medicina personalizada, que permita tratamientos específicos adaptados a las características genéticas y moleculares de cada persona se hace más oportuno.

Cuando dicha investigación consigue resultados, desarrollando terapias adecuadas, se producen importantes problemas de acceso, al ser terapias costosas. Así, se requieren iniciativas y políticas de salud específicas para el abordaje de estas enfermedades que favorezcan el acceso a nuevas tecnologías y tratamientos, mediante el apoyo y la asistencia financiera necesaria.

El acceso a los tratamientos y a los servicios especializados es crucial, lo que incluye el acceso a servicios de atención médica experta y coordinada, ya que la atención a las enfermedades raras implica la coordinación de varios especialistas y servicios, por lo que un enfoque integrado y sistematizado puede mejorar la calidad de vida de los pacientes. Ello requiere, además, una formación médica continua, que deviene esencial para mejorar la capacidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar estas condiciones de manera efectiva.

> “Es esencial educar a la sociedad y a la administración, incluidos profesionales de la salud, educadores y empleadores, para mejorar la inclusión y el tratamiento adecuado de las personas con enfermedades raras”

La multidisciplinariedad en el tratamiento integral de las enfermedades raras implica la colaboración de diferentes especialidades sanitarias. Dado que muchas enfermedades raras tienen un componente genético, la investigación y el asesoramiento genéticos son fundamentales. Ayudar a las personas y a sus familias a comprender la base genética de la enfermedad puede ser beneficioso para el manejo y la toma de decisiones informadas, así como la pre-

vención a generaciones futuras. Igualmente, el apoyo a la maternidad y paternidad debe proporcionar recursos y apoyo específicos para aquellas personas que desean tener hijos, abordando preocupaciones médicas, psicológicas y sociales.

También es perentorio el acceso a terapias de rehabilitación y fisioterapia, ya que, por las características de estas patologías, en numerosas ocasiones, estas terapias son componentes esenciales en el manejo y la mejora de la funcionalidad. Asegurar un acceso adecuado a estos servicios puede marcar la diferencia en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, en la actualidad muchas terapias rehabilitadoras deben ser asumidas económicamente por las familias, lo que supone problemas de acceso y disposición general a los pacientes.

Igualmente, el acceso a servicios de salud mental es una parte integral del cuidado para personas con enfermedades raras. Asegurar el acceso a servicios de salud mental especializados ayuda a gestionar el estrés, la ansiedad y otros desafíos emocionales asociados con la enfermedad. Así, la integración de la atención mental y física asegura una atención médica integral, de manera que se aborde tanto las necesidades mentales como físicas de las personas para garantizar un enfoque holístico en su atención.

También son esenciales, para muchas patologías, el acceso integral a servicios de odontología especializada, ya que encuentran afecciones de salud bucal. Por ello, garantizar el acceso a estos servicios puede abordar los problemas dentales específicos.

Son fundamentales los programas de detección precoz y prevención, ya que la detección temprana y las medidas preventivas pueden marcar una gran diferencia en el curso de una enfermedad rara.

Por otro lado, la tecnología debe ayudar en el ámbito sanitario a los pacientes con enfermedades raras mediante el acceso a diferentes técnicas. Una de ellas, puede ser la telemedicina: para aquellos que viven en áreas remotas o tienen dificultades para acceder a instalaciones médicas, la telemedicina puede ser una herramienta valiosa para realizar consultas médicas y seguimiento a distancia. Igualmente, el desarrollo de aplicaciones y tecnologías de seguimiento de la salud permiten gestionar síntomas, medicamentos, citas médicas, así como monitorizar estados de salud, compartir datos relevantes con los profesionales sanitarios, además de facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, asegurando entre todos una atención integral y coordinada.

Igualmente, las tecnologías de asistencia y dispositivos adaptativos benefician y mejoran la autonomía del paciente. Esto puede incluir dispositivos para la movilidad, comunicación y otras necesidades específicas.

Al tratarse normalmente de enfermedades de carácter genético, con diagnóstico pediátrico en numerosas ocasiones, es indispensable la coordinación de la transición del cuidado pediátrico al adulto, garantizando una continuación sin problemas desde la atención pediátrica a la atención para adultos. Esta coordinación debe servir también para promover en el individuo estilos de vida saludables adaptados a lo largo de su vida, que incluyan programas de prevención de complicaciones secundarias asociadas con las patologías, con el objeto de evitar complicaciones a largo plazo.

Todo ello, enmarcado en una participación activa de los pacientes y sus familiares en la toma de decisiones, sobre su atención médica y asistencial.

Naturalmente, el acceso a cuidados paliativos para enfermedades raras en etapas avanzadas debe asegurar cuidados especializados al final de la vida, para mejorar la calidad de vida del paciente en los últimos momentos y brindar apoyo a sus seres queridos.

Como se ve, son muchas las necesidades y retos que desde el punto de vista sanitario presentan las enfermedades raras. Si bien, el vínculo con los aspectos sociales y sociosanitarios presentan, en estas patologías, su máximo paradigma. Así, desde un punto de vista de atención integral y holística se deben cubrir las necesidades de índole social junto con las sanitarias.

En este sentido, el apoyo emocional y psicológico se hace indispensable, ya que vivir con una enfermedad rara puede ser emocionalmente agotador. Los pacientes y sus familias se enfrentan a continua incertidumbre, ansiedad y en numerosas ocasiones al aislamiento, por lo que el acceso a servicios de apoyo psicológico en los que se fomente la resiliencia emocional y el empoderamiento de estas personas es crucial. Brindar recursos y apoyo psicológico que fortalezcan la capacidad de hacer frente a los desafíos puede tener un impacto positivo en el mantenimiento de la salud.

Al respecto, acontecen como indispensables las redes de apoyo y comunidades, encontrando los afectados un valioso apoyo emocional y práctico al conectarse con otras personas que comparten experiencias similares. Estas aseguran información sobre su condición, asistencia, tratamientos, prácticas y recursos, facilitando la toma de decisiones informadas y la gestión efectiva de la enfermedad.

Por otro lado, se debe considerar el cuidado a lo largo de la vida, ya que estas enfermedades requieren atención a largo plazo y a lo largo de toda la vida, desarrollando sistemas de atención que aborden las necesidades de cada momento vital para garantizar una calidad de vida sostenible en el tiempo. Así, al igual que en el ámbito sanitario, desde el punto de vista social, también deben considerarse las diferentes etapas de la vida y, especialmente, la transición desde la infancia hasta la edad adulta, en programas de educación, empleo, accesibilidad, independencia, etc.

En la infancia son importantes los programas de educación inclusiva que aborden las necesidades particulares de estos estudiantes y promuevan la aceptación y comprensión por parte de sus compañeros, ya que se trata de un colectivo que sufre numerosos casos de *bullying*, por cuestión de discapacidades y condiciones especiales. Por ello, es fundamental trabajar en políticas que fomenten la inclusión en todos

los niveles educativos y la adaptación de entornos para satisfacer las necesidades específicas de los niños permitiendo su plena participación y contribución y tengan igualdad de oportunidades en su desarrollo educativo. Para ello, es imprescindible la dotación de recursos, becas y ayudas educativas para aliviar la carga financiera y facilitar el acceso a una educación de calidad, teniendo como uno de los objetivos la entrada a los niveles educativos superiores. Una herramienta de apoyo es el desarrollo de plataformas educativas en línea, que facilitan el acceso a la educación permitiendo la participación en cursos y programas de manera flexible.

En otro ámbito de cosas, la inserción laboral de las personas con enfermedades raras es de capital trascendencia para su desarrollo de vida. Así, por un lado, la existencia de programas de orientación y asesoramiento puede ayudar a explorar opciones de carrera adaptadas a sus habilidades y circunstancias, y, por otro lado; los programas de apoyo al empleo facilitan la inclusión laboral, adaptando el entorno laboral y proporcionando asistencia según sea necesario. En este sentido, medidas como los horarios flexibles, teletrabajo, adaptaciones del propio lugar de trabajo facilita la participación de estas personas como fuerza laboral normalizada.

No se puede olvidar el soporte a los cuidadores y familiares, ya que las personas con enfermedades raras a menudo dependen de estos. Es por ello, de justicia, proporcionar apoyo a estos cuidadores, a través de programas de descanso, servicios de refuerzo y ayuda, asistencia financiera, así como recursos educativos y formativos, como elementos capitales para mantener el bienestar tanto del paciente como de sus cuidadores.

Para conseguir todos estos aspectos se requiere la educación y concienciación pública, ya que la falta de comprensión social y administrativa puede llevar a estigmatización. Es esencial educar a la sociedad y a la administración, incluidos profesionales de la salud, educadores y empleadores, para mejorar la inclusión y el tratamiento adecuado de las personas con enfermedades raras, protegiéndolas contra la discriminación como elemento esencial para promover la igualdad de oportunidades.

En este sentido, la conciencia social mediante la implementación de programas de atención integral para enfermedades raras, que aborden las diversas dimensiones de la salud, incluyendo aspectos médicos, psicológicos y sociales; así como la educación pública continua en la sociedad, para aumentar la conciencia y comprensión, ayudarían a reducir el estigma, promoviendo un entorno más comprensivo y solidario.

Por ello, se deben promocionar entornos inclusivos en la comunidad, promovidos por las administraciones sociales, sanitarias, educativas y laborales para crear medios inclusivos y accesibles, removiendo los impedimentos y desafíos de accesibilidad en entornos físicos y sociales.

En este orden de cosas, debe existir una defensa inequívoca a las organizaciones de pacientes, que desempeñan un papel transcendental en la defensa de los derechos, la sensibilización y el apoyo a las personas con enfermedades raras. Brindar apoyo a estas organizaciones fortalece, sin ningún género de dudas, la voz de la comunidad afectada.

En definitiva, la comprensión, la financiación y el abordaje de las diversas necesidades, para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades raras y facilitar su participación en la sociedad, pueden contribuir significativamente en la promoción de su adecuada atención y, por ende, a promover una sociedad más inclusiva, garantizando los derechos de estas personas y sus familiares.

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

alvaro.lavandeira@ifsasalud.com

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

© April 2020 Astellas Pharma Europe Ltd.
Date of preparation: April 2020 NON_2020_0033_APE

A propósito del talento en el sistema sanitario público

Carmen Ferrer Arnedo

Para comenzar esta sección en el nuevo año 2024, he elegido como tema algo que supone un reto para el sistema sanitario y para los gestores, ¿cómo conseguir que los profesionales con talento se queden en las organizaciones sanitarias públicas?, ¿qué hacer para no perder capital humano?, ¿qué pueden hacer los gestores del sistema público para retener talento en un sistema donde mandan bolsas de empleo, cuyo mérito principal, tradicionalmente, es tener antigüedad y aprobar una oposición?

Hablar de cómo retener el talento en el sistema público no es fácil con una estructura donde solamente cuentan tres pilares: la igualdad, el mérito y la capacidad. Esto se traduce en que igualdad equivale casi en exclusiva a los años trabajados. Los méritos, a currículum construidos, no por competencias sino con formación continuada acreditada, sin enfoque específico en muchas ocasiones y con alguna publicación, pero con escaso valor y peso. Y donde la capacidad se demuestra casi de manera exclusiva en aprobar un examen, pero a veces ni eso, cuando hay consolidaciones. Por tanto, parece que retener el talento joven en estas circunstancias, con la estructura actual de Recursos Humanos y sus rígidos procedimientos de acceso, no parece una prioridad para las organizaciones sanitarias públicas a las que les resulta de poco interés lo de retener el talento.

En consecuencia, la planificación de acciones capaces de retener talento, si se quiere trabajar en ello, deberían estar en manos de gestores de cada institución, ejerciendo un liderazgo transformacional y desde luego, humanizado.

Los comportamientos tradicionales solo han conseguido que excelentes profesionales salgan de nuestras organizaciones sin ni siquiera aprovechar su aportación, su conocimiento tácito en beneficio de los servicios y por tanto, haciendo que se empobrezcan las instituciones en el ámbito de la innovación organizativa.

La pérdida de capital humano, de talento nos hace menos competitivos, y también nos obliga a que se pierda en eficacia y eficiencia cuando se desaprovecha el talento de los jóvenes.

Cabe pensar: ¿Qué es el talento para las organizaciones sanitarias? Y, ¿a quién debería de retenerse?

Al hablar de talento en la sanidad pública, los gestores no deben solo pensar que el talento se aporta desde una disciplina de salud, por tanto, que solo es preciso trabajar desde la división médica, como se ha intentado hacer clásicamente, sino que el talento y su desarrollo está en cualquier lugar de la organización y es preciso pensar que puede estar en otro tipo de profesionales el enfoque innovador y regenerador de la institución.

Se trata de ser capaces de ver quién puede aportar desarrollo, innovación o creatividad, con independencia de la división a la que pertenezca. Tener presente

este enfoque permitirá a los gestores desarrollar políticas de personas que sirvan para promover el talento, su desarrollo y aprovecharlo en beneficio de los servicios y de las personas que lo ejercen.

En apariencia, con el tipo de estructura de la gestión de personas que se hace en el sistema sanitario, parecería que no es posible trabajar la retención del talento, sin embargo, los gestores deberíamos de hacer un esfuerzo para promover y conseguir que el talento de los empleados sea considerado uno de los activos de nuestras organizaciones. Y este talento que está en los jóvenes de manera real o potencial, sea valorado como un activo de los equipos de profesionales que lo poseen, ya sea el que aportan los médicos, ya sea el que aportan las enfermeras o enfermeros, o el de los terapeutas… el de todo trabajador capaz de incorporar el desarrollo, innovación organizativa, compromiso y respeto institucional para la mejora de los servicios.

Es importante recordar qué significa el termino talento. Ya el profesor Drucker, nos decía que en la sociedad postcapitalista, "el factor clave de la producción ya no es el capital, ni la tierra, ni el trabajo, sino el conocimiento, y que, en esta nueva sociedad, las clases sociales están formadas por los trabajadores del conocimiento y los trabajadores de los servicios". Por tanto, las personas, son el mejor activo de las organizaciones porque contribuyen a su sostenibilidad, dan valor, discriminan qué es lo importante y son capaces de identificar qué es lo que no funciona para poder generar cambio.

David Watkins de Softscape ya en 1998 acuñaba por primera vez el término y lo define como "el proceso que desarrolla e incorpora nuevos integrantes a la fuerza laboral, y además desarrolla y retiene a un recurso humano existente". Según Morales, se define al talento humano en 2002 como: "la aptitud intelectual de la persona de una organización valorada por su capacidad natural o adquirida para su desempeño". En definitiva, el talento humano se define como la inteligencia y aptitudes de las personas.

Existe un concepto clave para definir a las organizaciones con una vocación nada despreciable, se trata de las denominadas "organizaciones inteligentes" que son aquellas capaces de desarrollar la gestión del talento humano. Y esto lo hacen buscando el re-

conocer aquellos empleados que son más valiosos para cualquier área o proceso.

Sabemos que una organización que cuenta con un plan de gestión de talento humano sólido puede asegurarse de que la gente correcta desempeña los roles correctos aprovechando sus habilidades y experiencia para la innovación y la productividad, apoyando de forma explícita su desarrollo.

La gestión del talento humano, por tanto, es el conjunto de procesos de recursos humanos, integrados que están diseñados para atraer, desarrollar, motivar y retener a los empleados de una empresa.

Para trabajar en la gestión del talento como una organización inteligente, se requiere no de administradores, como son algunos de los gestores en el ámbito las organizaciones sanitarias del ámbito público, sino de directivos con competencias para el ejercicio de un liderazgo humanizado. Se trata de un enfoque de liderazgo que pone a las personas en el centro y prioriza el bienestar y desarrollo de los colaboradores.

Este estilo de liderazgo reconoce la importancia de tratar a los colaboradores como seres humanos completos, considerando sus necesidades emocionales, aspiraciones y valores personales. El liderazgo humanizado que busca crear un entorno laboral en el que los colaboradores se sientan valorados, respetados, apoyados y motivados para alcanzar su máximo potencial.

También este tipo de liderazgo debería de ser reconocido porque es ejemplo. Se trata de entender que además el líder humano es una buena persona, un ejemplo, conoce la tarea y enseña, es capaz de guiar, sabe hacer crecer, transmite respeto, contagia valor y comparte conocimiento y experiencia.

Estas son las condiciones necesarias para trabajar la retención del talento, por un lado, definirse como una organización inteligente que trabaja de manera explícita en la gestión de personas y en el desarrollo del talento y por otra, que sus líderes cumplen el perfil de liderazgo humanizado y posean las competencias necesarias para ejercerlo.

Desde luego, existe un tercer elemento, es el de ¿cómo reconocer el talento y cómo entender aquello que retendría a las personas en nuestra organización? ¿Dónde se encuentran sus intereses y qué podemos ofrecerles para que no se marchen?

Los profesionales de hoy no valoran exactamente lo mismo que los de ayer. Y las organizaciones no conocen realmente lo que desean hoy sus empleados. Se sabe poco sobre qué es aquello por lo que les valdría la pena quedarse, que es lo que hoy interesa a los jóvenes.

Muchos gestores plantean "lo que retiene el talento es el dinero", puede ser, aunque no lo comparto. Desde luego, un salario digno es importante, sin esa condición, no es posible hablar de otra cosa, pero para mí no es el único elemento de la cesta de compensaciones que llevaría a retener a los jóvenes en una organización, si fuese así sería demasiado fácil y en mi modesta experiencia pensar así es erróneo.

Según el informe *Ipsos Global Advisor on Global Hapiness* (2019) los empleados de España son los más infelices de toda Europa, esto nos debe hacer reflexionar.

Diariamente se comenta que los profesionales de la salud están enfadados e insatisfechos. Pero se buscan soluciones no globales sino para contentar a un grupo concreto con dinero o proponiéndole condiciones poco estudiadas en sus consecuencias y esto tiene también el efecto de desmotivar para el resto. Desde 2020, estamos en un bucle que no permite innovar y no trae soluciones, desde luego se ha utilizado el dinero para resolverlo todo, pero sin éxito.

Los datos que tenemos revelan que el número de trabajadores felices en España ha disminuido, según datos de la VIII encuesta sobre felicidad en el trabajo de Adecco (2019) ante 3.500 trabajadores a nivel nacional, donde casi un 25% de media de los trabajadores indican ser infelices en su trabajo, aumentando la infelicidad en 7 puntos de media desde el año 2011 y habiendo grandes diferencias en diversas CCAA, desde el 42% de infelicidad en La Rioja, hasta el 14% en Castilla-La Mancha.

Sin embargo, existen algunos estudios que afirman que "promover la felicidad, es promover el talento". Por tanto, esta debería de ser una línea de acción real para los gestores de las organizaciones públicas del sistema sanitario.

La felicidad en el trabajo es la clave para facilitar la retención del talento. Los servicios sanitarios que no pueden competir salarialmente porque igual no está en su mano, pueden trabajar para incorporar elementos de la felicidad en el trabajo. Los profesionales más felices permanecen más tiempo en las organizaciones, son más productivos, cooperan más, aprenden mejor, son más cívicos, desempeñan mejor su trabajo y además, generan climas positivos en los que la comunicación en la organización es mucho más fluida y eficaz.

El compromiso personal, satisfacción laboral y compromiso organizativo-afectivo, recogen de forma amplia el concepto de felicidad en el trabajo según el estudio de Salas, y por esto son tres pilares a consolidar.

En algunos estudios, se plantea felicidad como meta. La meta no es el dinero, el éxito profesional o los viajes a paraísos tropicales, parece ser que las personas valoran mucho más las relaciones con los demás, y que esto determina que estemos más o menos satisfechos con nuestra vida. Por tanto, las relaciones laborales satisfactorias nos hacen más felices y nos mantienen más sanos. En un mercado global normalizado, tanto oferta como demanda deberían poder permitir a las personas elegir, y la elección está condicionada también con elementos intangibles.

Además del de las relaciones con los compañeros, la disponibilidad de tiempo personal es un activo muy valorado. Hoy en día existe una corriente en la que se

aplica la relatividad del estatus o de progreso laboral a cualquier precio.

Sin duda, también tiene valor el acceso y la gestión en el mundo virtual. El uso de la tecnología de la información es de gran importancia para los jóvenes, las comunidades virtuales. La tecnología ha modificado la forma de relacionarnos con el entorno, transformando también las estrategias de producción y, sobre todo, la manera en que los jóvenes aprenden, se desempeña, se agrupan, colaboran o hacen equipo.

Contamos con la generación mejor formada en décadas a todos los niveles y ámbitos disciplinares y los nuevos profesionales aportan diferentes enfoques disciplinares basados en evidencia científica generada por ellos, en nuestro caso concreto, las enfermeras del siglo XXI desde luego no son las del siglo XX, aportan especificidad, conocimiento, creatividad y por tanto, son capaces de enriquecer el sistema y traen la capacidad de resolución en su área a los equipos de los que son miembros, lo único es que hay que saber que aportan talento como otras disciplinas y por tanto, capacidad de decidir.

Así pues, mis sugerencias para los líderes de las organizaciones sanitarias:

- Pensar que los equipos los forman personas, disciplinas que quieren ser reconocidas en sus competencias, que buscan su diferenciación para aportar especificidad al objetivo común del sistema, servicios sanitarios excelentes donde todos los prismas se reconocen como válidos.

- Lo gestores deben de estar dispuestos a trabajar cestas de compensaciones en el ganar-ganar, significa reconocer el talento, darle luz, promover el compromiso y desde luego, personalizar las recompensas con trasparencia y con diferenciación.

- Es importante salir de la Base de Maslow: cada uno necesita cosas diferentes y es preciso conocerlas y comprenderlas para gestionarlas y proporcionarlas. Debe valer la pena trabajar desde el enfoque de la búsqueda de la felicidad en el trabajo, eliminando la toxicidad y el igualitarismo.

Por tanto, es preciso, repensar lo que se está haciendo: perdiendo talento que solo lleva a la frustración y al fracaso. Se hace necesario crear un sistema donde los profesionales puedan elegir según los perfiles que mejor se adapten a sus necesidades y capacidades. Crear cestas de compensaciones con tiempo personal, mejores tecnologías de la comunicación, equipos donde se promueva la colaboración y el reconocimiento parecen claves. Promover las relaciones laborales positivas también. Medir el impacto del cambio y corregir desde la aportación del talento promoviendo su visibilidad y gestionando su participación. Atreverse a probar alternativas también es demostrar que sabemos trabajar desde el talento y valorarlo en el sistema de gestión público se convierte en una tarea para los gestores del 2024.

Bibliografía

1. Fisher, C. (2010). Happiness at work, International Journal of Management Reviews,12(4), 384-412.

2. Salas-Vallina, A., López-Cabrales, Á., Alegre, J. and Fernández, R. (2017). On the road to happiness at work (HAW) Transformational leadership and organizational learning capability as drivers of HAW in a healthcare context. Personnel Review, 46(2), 314-338.

3. Castrillon, M., Quintero, D. y Gañan, A. (2020). Gestión de la felicidad, bienestar subjetivo y satisfacción laboral. Dimensión Empresarial, 18(2), 7-20.

4. Pastor Jordi. Cuando la felicidad es competitividad (2023) https://elpais.com/extra/grandes-empresas/2023-09-24/cuando-la-felicidad-es-competitividad.html

5. Videos de Toni Nadal. El valor del esfuerzo y todo se puede entrenar.

6. Morales G, (2002). GRH, evolución, conceptos y diferentes perspectivas vistas en la realidad cubana. Recuperado el 6 de noviembre de 2016, de http://www.gestiopolis.com/ canales/derrhh/articulos/30/ grh.h

Enfermera y presidenta de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS)
crmnferrer@gmail.com

¿Se pueden garantizar por Ley los límites temporales en las listas de espera de la sanidad pública?

Sergio García Vicente[1]

José Ramón Repullo-Labrador[2]

Jaime Pinilla Domínguez[3]

Recientemente (04/11/23) se publicó un artículo en *El País*, de Pablo Linde, con el título, *Reducir las listas de espera sanitarias por ley: ¿es viable el compromiso de PSOE y Sumar?* en el que el equipo de autoría de esta propuesta para el Blog Economía y Salud de AES, modestamente tuvieron la oportunidad de participar.

A raíz de este, se generó un debate digital que ha permitido la confección de este documento que esperamos siga aportando para mejorar, ¿de una vez por todas? (sigamos con el optimismo, por favor, evitando que sea una pesadilla) tanto la correcta espera de todos y cada uno de los usuarios de este nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) como su gestión en el seno de las organizaciones sanitarias públicas y en todos sus niveles, macro, meso, micro y nano.

Un par de cuestiones como premisas. La primera: reflexionemos como ciudadana o ciudadano, ¿qué queremos cuando acudimos a un profesional o centro sanitario? Comprensión ante nuestro problema, trato correcto personal y cálido, flexible, accesible, próximo, útil, sin demoras ni grandes trabas administrativas, continuo en el tiempo y, equitativo, que disponga a cada uno lo que necesita. Posteriormente aparecen los "problemas" y reflexionemos de nuevo, ¿es así? No se solicitan violinistas o pianistas o, lanzamiento de pétalos de flores a nuestro paso, desde la entrada a la salida de cada proceso, pero sí esas características que pueden no cumplirse y donde finalmente ante un asunto patológico (aunque sea sospechoso) nos preocupa, la espera. La segunda: si hemos tenido el número de vacunas administradas actualizado diariamente en la desdichada "época COVID" con datos de dosis entregadas y administradas de vacunas y de personas con pauta completa, con menos de un día de margen, ¿por qué no podemos valorar esta actualización tan ágil con los resultados de la actividad sanitaria en las organizaciones públicas, incluyendo este punto que ahora nos ocupa y preocupa no solo como investiga-

dores o académicos o … sino como usuarias y usuarios en el momento de nuestra asistencia sanitaria, la "espera"?

La lista de espera es un sistema dinámico de repositorios donde se «embalsan» pacientes en espera de consulta, pruebas o intervenciones, que se expresa en tiempos de espera para acceder a los servicios, tiempos que son el resultado de la capacidad de procesamiento-producción que tienen los servicios sanitarios públicos.

Hay vectores que incrementan el embalsamiento de pacientes: la morbilidad; las derivaciones, las revisiones, la prescripción de pruebas diagnósticas, y la indicación de intervenciones. Otros vectores desaguan: producción de consultas, de pruebas, y de intervenciones.

Por razones técnicas siempre ha de haber repositorios. Entradas y salidas de pacientes tienen una dinámica compleja en los servicios sanitarios: cuando el equilibrio se vence hacia mayores esperas, parte de la demanda se inhibe o busca alternativas (sector privado, redes alternativas, u otros procedimientos asistenciales); cuando se aumenta la accesibilidad (programas especiales de reducción de listas de espera) parte de la demanda inhibida emerge de nuevo y neutraliza parte del efecto de la mayor producción de servicios.

Desde el punto de vista de la eficiencia asignativa la virtud estaría en la combinación de acciones por el lado de la demanda (indicaciones apropiadas y mayor papel de la atención primaria), por el lado de la oferta (mejora de la organización y la productividad de los servicios), y en el propio equilibrio, que debería fijarse en unos tiempos aceptables y adecuados de espera, apoyados en mecanismos para discriminar situaciones en las que la espera agrava el pronóstico, o produce mayor daño.

Por la propia complejidad de estas acciones, el desarrollo de un programa de mejora de la lista de espera ha de considerarse sistémico, e implica actuaciones articuladas de la demanda, oferta y su equilibrio.

Tratar el síntoma es un error muy habitual: quitar presión a las esperas con programas de incremento de la oferta, puede ser necesario en determinados momentos, pero es inconveniente cuando se realiza eludiendo las acciones reformistas y sistémicas necesarias.

Otro error es decretar el fin de las esperas a través de la regulación: poner límites legales puede resultar políticamente atractivo por su rotundidad e inmediatez. Pero más que obligarse a sí misma, la autoridad sanitaria lo que ha de hacer es gestionar los cambios y reformas necesarias para alcanzar un equilibrio socialmente eficiente y aceptable con las esperas.

Si en ese camino se marcan plazos como objetivos de control de sus planes, entonces puede ser interesante hacerlo; pero si se formula como ley de garantías, y permite que algunos pacientes se vayan con la financiación pública a ser atendidos en el sector privado, entonces se crea un nuevo e importante problema de debilitamiento de los recursos escasos y necesarios para apoyar la red pública de servicios de salud; podría considerarse como una vía de privatización por el lado de las garantías de tiempos de espera.

Por tanto, en aras de seguir manteniendo el ser positivos y constructivos ante esta polémica, ¿por qué no planificar correctamente? ¿Cuáles son, en suma, los detalles de las agendas ocultas de los agentes participantes, políticos, sindicatos, colegios profesionales, asociaciones científicas, los mismos profesionales, proveedores de todo tipo… que impiden la solución definitiva a la espera en la organización sanitaria pública? Los varios planes y normativas autonómicas ya existentes en la línea de limitar la espera (quirúrgica, sobre todo), reforzadas en los programas de las pasadas elecciones autonómicas (ver "(algunas) referencias" al final del texto) y en la acción cotidiana de estos ¿treinta años? (y, más años todavía) basadas en las medidas "estrella" clásicas, de "derivación a

la sanidad privada" y, en un segundo término, en los denominados "autoconciertos" gestados como actividad extraordinaria profesional, remunerada en horarios vespertinos. ¿Qué han conseguido más allá de las evaluaciones para la investigación y publicaciones científicas al respecto?

¿Cómo se va a garantizar, si la prestación no la hace la administración central?; se pueden poner subvenciones y penalizaciones por el grado de cumplimiento; o establecer que, superado el plazo de garantía, los pacientes puedan ir al sector privado y pedir el reembolso (si hacen esto se seguiría potenciando un nuevo frente de fuga de fondos públicos para financiar el sector privado ahora mismo bajo polémica por la presión de su propia espera a pesar de las actualizaciones sobre ejercicios anteriores).

La evidencia en otros países nos dice que mejorar la gestión de las listas de espera (mediante, por ejemplo, el racionamiento explícito o la prioridad clínica) puede reducir los tiempos de espera, mientras que la garantía de un tiempo máximo para todos los pacientes solo consigue que los tiempos de espera pasen de unos a otros.

Bajo la modesta visión de este equipo de autoría y respondiendo a la pregunta del título inicial, "¿Se pueden garantizar por ley los límites temporales en las listas de espera de la sanidad pública?", la base legislativa está establecida (desde la Ley General de Sanidad de 1986) aunque siempre es actualizable y mejorable.

Con proyección de futuro, los criterios de la gestión de la espera en el seno de la organización sanitaria y desde el Consejo Interterritorial del SNS (CI-SNS) deben pactarse, transparentarse, evaluarse (al menos desde una agencia "Airef sanitaria" o también denominada "HispaNICE" que evalúe la incorporación y el marchamo tanto de las tecnologías sanitarias como de las prestaciones del SNS) y mejorarse continuamente.

Estas acciones contribuirían a perfeccionar tanto la equidad para toda la ciudadanía bajo el ámbito del SNS como las medidas a tomar en esta línea de mejora, ostensible, de las "listas de espera", partiendo de la participación social e individual real, por ejemplo, empoderando a cada ciudadano para que conduzca el testigo de su espera introduciendo él mismo su fecha de inclusión y analizándola periódicamente de forma directa desde el *feedback* administrativo, sin necesidad de acudir a reclamar al servicio de atención al usuario/paciente de cada centro.

Encontrar el plan de renovación perfecto, también es prioritario en la tan tecnológica asistencia sanitaria, porque tras años de desinversión (desde la "Gran Recesión") hay una descapitalización importante con obsolescencia de edificios, instalaciones y tecnologías. La innovación, que es más llamativa por la fascinación tecnológica, debe ser apropiada, y se precisa su introducción acompañada de evaluación de efectividad, eficiencia y planificación de su difusión.

Con todo, el objetivo es defender por un lado la gobernanza eficiente y, al mismo tiempo, la transparencia, absoluta como tal, real, que sirva para comparar centros y servicios y con ello defender y gestionar correctamente la equidad de cualquier ciudadana o ciudadano ante la "espera", tanto diagnóstica como terapéutica y en la atención directa (consultas en atención primaria y atención hospitalaria).

Lamentablemente no hay atajos para resolver este problema; el buen gobierno y la gestión profesionalizada son los medios para avanzar y conseguir equilibrios más virtuosos.

Artículo publicado en el Blog de la Asociación de Economía de la Salud (AES)

https://www.aes.es/blog/2023/12/06/se-pueden-garantizar-por-ley-los-limites-temporales-en-las-listas-de-espera-de-la-sanidad-publica/

Bibliografía

1. Peiró S (2000). Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. Nº 6 Gestión Clínica y Sanitaria, Fundación Investigación en Servicios de Salud (http://www.iiss.es/gcs/gestion%20clinica%206.pdf, accesible 19 Nov 2023).

[1]Médico documentalista, Hospital Clínico Universitario de Valencia. [2]Profesor emérito de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. [3]Profesor titular de Economía Aplicada, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Un paso hacia la equidad en la salud

Andoni Lorenzo Garmendia

Arrancábamos esta semana con una reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aparentemente parecía una más de tantas, quizás la principal novedad era que era la primera reunión de la nueva ministra de Sanidad, Mónica García, pero no fue así.

Después de no llegar a un acuerdo entre los distintos consejeros para unificar el criterio de uso de mascarilla, la nueva ministra ha anunciado vía decreto que será obligatorio. Esto, para mí, es toda una novedad. Sin entrar a valorar si es acertada o no, he de decir que me gusta que de una vez tengamos una postura única en materia de sanidad en España.

Y es que, desde hace ya muchos años, más de veinte, en los que me inicié en el mundo de las asociaciones de pacientes, lo que siempre me he

encontrado es esta dichosa desigualdad entre las distintas comunidades.

No seré yo quien cuestione una decisión que en su día se tomó de transferir la sanidad a las comunidades autónomas, creo que tiene grandes ventajas para la ciudadanía. Pero si en algo me siento frustrado y decepcionado con el modelo actual es, como decía antes, en las desigualdades.

En un país tan maravilloso como España, cuesta aceptar esta falta de equidad entre nosotros. En el acceso a los tratamientos o en algo tan grave como las listas de espera a cirugía o consulta

> “Me gusta que de una vez tengamos una postura única en materia de sanidad en España”

al especialista, no puede existir lo que estamos viviendo cada día, llegando a dar la sensación de normalidad o de algo cotidiano y aceptado con impotencia por todos nosotros.

Así que tengo que felicitar a la nueva ministra por esa decisión valiente. No sé si es acertada, pero desde mi posición, este paso nos deja a todos los ciudadanos y pacientes por igual. No sé si esto será un antes o un después, pero creo que el Ministerio de Sanidad tiene que asumir esa autoridad nacional de velar por el interés general de los pacientes y porque el modelo actual deje atrás las desigualdades que sufrimos los pacientes y ciudadanos.

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)
alorenzo@forodepacientes.org

Cuando el ambiente afecta al comportamiento de las personas

Zara Casañ García

Que el ambiente afecta al comportamiento de las personas, aunque muchas veces no seamos conscientes de esta influencia, es un hecho demostrado. Por ejemplo, la falta de luz natural durante varios meses al año en algunos lugares puede producir depresión en la población general. También ocurre con otros aspectos relacionados con la contaminación física, química o biológica del aire, el agua o la tierra, que pueden ser altamente nocivas para nuestro sistema nervioso central.

Es por ello, por lo que la psicología ambiental -que analiza la interrelación entre las personas y los ambientes naturales o contextos sociales- adquiere un papel fundamental en la mejora de la sociedad, con el fin de identificar problemas en los entornos físicos donde cohabitan los seres humanos.

¿Qué tipo de problemas? ¿Qué tipo de entornos?

Nos pasamos un tiempo más que considerable en entornos laborales. ¿Qué podemos hacer en estos contextos? Podemos ventilar el entorno varias veces al día, aprovechar la luz solar siempre que se pueda y evitar los diferentes tipos de contaminaciones, así como aprovechar la luz solar natural siempre que sea posible, y es que esta nos ayuda

en la producción de serotonina, un neurotransmisor que nos permite experimentar la sensación de bienestar, clave para la "felicidad".

Necesitamos incluir la ergonomía, esencial para la prevención de riesgos laborales, con el fin de lograr una óptima calidad de vida en estos lugares.

En relación con el teletrabajo, desde la psicología ambiental es importante establecer límites claros en la vivienda – delimitar claramente nuestra esfera privada de la esfera laboral.

Otro aspecto que considerar es la contaminación visual, que podemos evitar no acumulando enseres que no necesitamos o acústica, que podemos minimizar bajando el volumen de la música o no pegando martillazos si no es necesario. Otro tipo de contaminación que podemos evitar es la odorífera, para ello se deberían poner de acuerdo todas las personas convivientes de la casa sobre las fragancias que se emplean, revisar las instalaciones de tuberías, calderas de manera periódica, etc.

Y en las ciudades

Para mejorar las ciudades, cada vez se tiene más en cuenta la psicología medioambiental. Dentro de ella, se estudia la psicología de la arquitectura, que tiene en cuenta la manera de disponer los espacios para que personas de todo tipo puedan sentirse más a gusto en ellos, impulsando con ello también la productividad y aumento del rendimiento. Además, evita algo tan negativo como el hacinamiento en las grandes urbes, endémico en muchas de ellas desde las grandes revoluciones industriales.

Por otro lado, se están construyendo más zonas verdes en los barrios urbanos, la llamada psicología verde. Se ha popularizado la idea del silvicultor urbano Cecil Konijnendijk de la regla 3/30/300 para crear ciudades más saludables. Esta regla supone tener a la vista como mínimo tres árboles, vivir en un barrio con un 30% de cubierta vegetal y estar a menos de 300 metros de un parque".

> "La psicología ambiental adquiere un papel fundamental en la mejora de la sociedad"

También se están empleando materiales de construcción aislantes de exterior cada vez más sostenibles para mejorar la calidad de vida, evitando humedades en las viviendas, lugares de trabajo o ruidos de vehículos. Es importante destacar que, aunque queda mucho por hacer, poco a poco las ciudades están más adaptadas a personas con algún tipo de discapacidad física, psíquica y sensorial. Esto reduce el estrés y facilita la vida a las personas con esta condición y a sus cuidadores.

En definitiva, desde las políticas públicas y desde la iniciativa privada, debemos cuidar el ambiente que tenemos, mejorarlo y aprender a relacionarnos de una manera más eficaz y eficiente con nuestra realidad bio-psico-social. Tierra solo hay una.

Psicóloga sanitaria-Docente universitaria.
Directora clínica en Ampersand Psicología & Salud.

zarapsicologia@gmail.com

Otra vez la epidemia estacional de virus respiratorios

Javier Carnicero Giménez de Azcárate

Como todos los inviernos ha hecho su aparición la epidemia estacional de virus respiratorios. La excepción a esta cita anual fue el período posterior a la fase más aguda de la pandemia por COVID-19, cuando la utilización masiva de mascarillas y la intensa campaña de vacunación tanto de la gripe como de COVID-19 hizo que la incidencia de enfermedades respiratorias agudas fuera mucho menor que la habitual. Cuando la epidemia se presenta en todos los servicios de salud la situación es la misma: urgencias de hospitales y de atención primaria desbordadas, hospitales con una elevada ocupación de camas, centros de salud con su capacidad al máximo para atender la demanda de consultas, pacientes descontentos por las esperas y profesionales agotados. Los gerentes y directivos de hospitales hacen encaje de bolillos todos los días para poder ingresar a los pacientes que esperan en urgencias mientras tratan de que no se suspendan intervenciones quirúrgicas por falta de camas. Todos los años se repite la misma situación y al parecer ningún año se propone ninguna innovación para mejorar los planes de contingencia, que se muestran claramente insuficientes. Este año se ha dado la circunstancia de que el pico de la epidemia se ha presentado durante el periodo navideño, por lo que ha coincidido con el momento en el que médicos y enfermeras desean disfrutar de días de vacaciones. Como además durante estos días los políticos descansan de su habitual tarea de descalificarse entre ellos, el espacio que queda libre en los telediarios se emplea en informar con profusión sobre la situación en las salas de espera de urgencias y exterior de los hospitales, donde se entrevista a pacientes que no presentan ningún síntoma de gravedad que justifique su presencia en ese lugar. Justo es reconocer que otros muchos sí precisan de cuidados urgentes y especializados, y por eso se llenan los centros sanitarios.

Es necesario evaluar el desempeño de la gestión de la epidemia estacional, de la misma manera que era imprescindible analizar la gestión de la pandemia de la COVID-19. Todos los años se repiten las noticias del comienzo de la campaña de vacunación de la gripe, ahora también de COVID-19, para los grupos en que esta vacunación está indicada. Todos los años se repiten los mensajes de que solo se debe acudir a urgencias cuando se presenten síntomas que indiquen gravedad. Y todos los años se repiten los mensajes con consejos como beber agua, tomar paracetamol si se presenta fiebre y consejos similares. También todos los años los pacientes se amontonan en las áreas de urgencias de los hospitales durante días esperando que queden camas libres para su ingreso. En resumen, lo que se hace es claramente insuficiente para satisfacer el derecho de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. No se respeta el derecho de un paciente a la asistencia cuando tiene que esperar más de 24 horas en un pasillo de urgencias para su ingreso, salvo que haya ocurrido una catástrofe, máxime cuando es una situación que se repite todos los años.

La planificación y gestión de la epidemia estacional de virus respiratorios debe empezar con meses de antelación. Son necesarias acciones de educación para la salud y de prevención, como las campañas de vacunación; es imprescindible preparar planes de contingencia que permitan aumentar la disponibilidad de recursos; y también evaluar sistemáticamente los resultados obtenidos para poder mejorar cada año la respuesta a la epidemia. Las acciones necesarias de educación de los ciudadanos deben dirigirse a que sepan cómo comportarse cuando tienen síntomas, recomendando la utilización de mascarillas, recordando las normas de etiqueta respiratoria y cuándo acudir a su centro de salud y a urgencias. La campaña de vacunación debería ser mucho más proactiva porque es imprescindible mejorar las tasas de vacunación, de forma que, por ejemplo, se llame por teléfono a todos aquellos que se incluyen en el grupo cuya vacunación se recomienda, para invitarles a vacunarse y ofrecerles una cita. También con meses de tiempo deben establecerse los planes de contingencia que eviten el lamentable espectáculo de pacientes que pasan días en los pasillos de urgencias por falta de camas. Es intolerable que todos los años veamos a personas mayores en esta situación sin que se le ponga remedio. Si

> “La planificación y gestión de la epidemia estacional de virus respiratorios debe empezar con meses de antelación”

se sabe que durante un período de uno o dos meses la ocupación de los hospitales se va a disparar, hay que organizarse para evitar que los pacientes “ingresen” en los pasillos. Si para eso es necesario contar con los centros privados, pues que se concierten y se planifique con tiempo su colaboración. También deben explorarse otras vías de atención, como la hospitalización en el domicilio de los pacientes cuya situación lo permita.

En resumen, es necesario evaluar la planificación y gestión, detectar los puntos de mejora, algunos de los cuales se han expuesto aquí, e iniciar con tiempo la campaña de educación para la salud, promover la vacunación para mejorar su cobertura poblacional, organizar los recursos de urgencias y hospitalización con tiempo, explorar otras formas de asistencia, y establecer criterios de éxito que permitan evaluar el desempeño del sistema de salud y planificar su mejora.

Todo, menos continuar como hasta ahora.

Consultor de servicios y sistemas de salud en Cognitio Salud.
javiercarnicero@cognitiosalud.es

Hospitales magnéticos: desafío o irrealidad

Dilenny Camacho Diplán

En las últimas 2 temporadas del podcast de Gestionando Salud se ha abordado de manera indirecta la gestión del talento humano del sector sanitario y del reto que se tiene la hora de obtener el personal requerido en las diferentes áreas, pero sobre todo la retención de estos. Es ineludible la constante demanda y evolución de los servicios de salud, sin poner en juego o en discusión la calidad, eficiencia y seguridad en la atención de los pacientes.

En uno de los episodios que comento sobre el rol de la enfermería en la gestión de salud, ha resultado la mención de retomar el concepto de los hospitales magnéticos para ser atractivos a este tipo de profesionales de salud e incorporarlo dentro de la gestión de las instituciones.

Para poner en contexto, un "hospital magnético" es un concepto que viene desde los años 80 por la Academia Americana de Enfermería (AAN), nacido de la preocupante escasez del personal de enfermería en los Estados Unidos. Este tipo de instituciones que son categorizadas como hospitales magnéticos se caracterizan por su capacidad para atraer y retener talento, fomentar la innovación, y promover un ambiente centrado en el paciente. Como bien su nombre lo indica, el magnetismo es el elemento de atracción y conservación de profesionales de salud con una alta capacidad de competencias, y que este mismo profesional ha calificado con un ambiente laboral de crecimiento, desarrollo y un entorno estimulante.

Este estilo de gestión debe de contar con las siguientes características:

- Liderazgo transformador: Cuenta con una planificación estratégica en corto, mediano y largo plazo donde se realice una serie de acciones con un enfoque de liderazgo transformador, inspirando y empoderando a los profesionales de la salud para alcanzar nuevos niveles de rendimiento, eficiencia y calidad. Este tipo de liderazgo transformador debe contar con el trabajo en conjunto y participativo de los colaboradores, comunicación efectiva y creación de un sentido de pertenencia institucional.
- Enfoque centrado en el paciente: Reconocen la importancia de brindar atención centrada para y con el paciente, desde el diseño de instalaciones, los procesos de atención, gestión de indicadores de experiencia del paciente y la atención personalizada.
- Cultura de innovación: Fomenta la adopción de tecnologías avanzadas, prácticas clínicas innovadoras y la participación en la investigación.
- Cultura de enfermería excelente*: Priorizan la excelencia en la enfermería, reconociendo el

papel crucial que desempeñan en la prestación de servicios de atención médica, fomentando el entorno de un rol activo y participativo en la toma de decisiones y fomento de la formación continua.

*Si bien es cierto, que este modelo de gestión fue puesto en marcha para la escasez de enfermería, en la situación actual en que nos encontramos con el personal sanitario asistencial, técnico y administrativo, es una gestión que es perfectamente permeable a todo el talento humano que requerimos en las prestadoras de servicios de salud. Este elemento característico de cultura de excelencia del talento humano debe fomentar el crecimiento y participación de los colaboradores en cada una de sus áreas de especialización.

Como podemos ver no es un concepto nuevo, ni trae nada que muchos no hayan dicho, sin embargo, nos hace cuestionarnos, ¿por qué no contamos con más hospitales magnéticos?, ¿en qué estamos fallando?, ¿realmente es un desafío que tenemos los gestores de salud o es una irrealidad no lograble?

Podemos citar algunos desafíos que pueden generar ciertas resistencias a que se pueda lograr un hospital magnético, como puede ser:

- La falta de resiliencia en los cambios constantes que demanda este sector.
- Los altos costos de inversión, tanto económicos como de personal, que implica llevar a cabo políticas internas y ejecución del plan estratégico con los cambios organizacionales.
- Alinear los valores institucionales con una comunicación efectiva en ambas direcciones.
- La implementación y monitorización de esa gestión de cambio que se quiera lograr.

No obstante, a todos estos desafíos, se deben agregar algunos factores más profundos y sistemáticos del sector salud, como es la escasez del personal asistencial y las estrategias para la reversión de esta situación, programas académicos rezagados con otras áreas interdisciplinarias, el síndrome de

quemado (*burnout*) del personal, el cambio generacional con las partidas de retiros profesionales, capacidad de los centros educativos y de las prácticas académicas que se requieren, las infinitas discusiones de las condiciones laborales, entre otras más políticas públicas.

Es incuestionable que el modelo de gestión como un hospital magnético representa un avance significativo en la gestión de la salud, enfocándose en atraer y retener talento, mejorar la calidad de la atención y fomentar una cultura de excelencia, sin embargo, existen algunas asignaturas pendientes que debemos trabajar en conjunto todos los actores que intervenimos en el sector salud para poder convertir en realidad este tipo de hospitales.

Directora Fundadora Gestionando Salud
dcamachodiplan@gmail.com

REIG JOFRE

TRADITION OF INNOVATION

Compartiendo experiencia, creando futuro.

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

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

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

PHARMACEUTICAL TECHNOLOGIES
Antibióticos
Inyectables estériles y liofilizados

SPECIALTY PHARMACARE
Dermatología
Osteoarticular

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

reigjofre.com/es

Cotiza en el mercado de valores RJF.MC

Jugar con nuestra salud tiene premio

Juan Carlos Santamaría González

Comienza el año y es el momento de los buenos propósitos, algunos de ellos con respecto a nuestra salud. El día del sorteo de Lotería de Navidad solemos decir que la salud y la de nuestros seres queridos es nuestro bien más preciado, lo que más nos importa, pero no siempre tomamos las decisiones más correctas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la actividad física insuficiente es la cuarta causa de muerte más frecuente en el mundo, con 3,2 millones de muertes al año relacionadas con esa falta de actividad física.

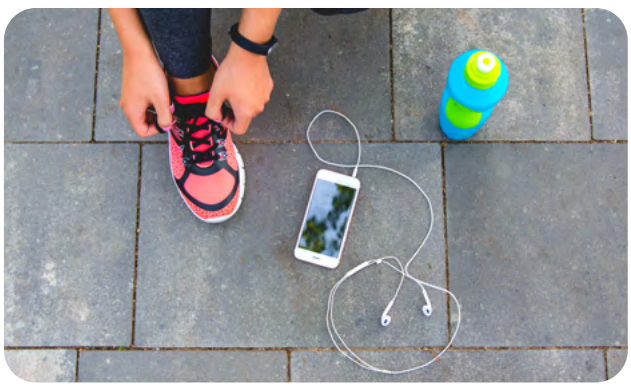
El año pasado leíamos en un estudio de la Universidad John Hopkins de Estados Unidos, que después de revisar el historial médico de más de 200.000 pacientes que habían participado en diferentes ensayos en todo el mundo, demostraban que las posibilidades de morir por cualquier causa disminuían un 15% con cada 1.000 pasos adicionales, que una persona camina menos. Y si se aumentaban 500 pasos al día, eso implicaba una reducción del 7% en la muerte por enfermedad cardiovascular.

Cuanto más se camina mayores son los beneficios para la salud. Un estudio del *European Journal of Preventive Cardiology* demostraba que en las personas que caminaban incluso 20.000 pasos al día, los beneficios para la salud también aumentaban.

¿Habéis oído hablar de "juguetización"? Ahora decimos "gamificación", pero recuerdo que, en otra vida, en los años 80, cuando andaba en el mundo de la educación de adultos, lo llamábamos juguetización.

En el ámbito de la salud, la gamificación se utiliza para incentivar a las personas a adoptar hábitos saludables y hacer que el proceso sea más divertido y atractivo. Los planes de salud recompensados son sistemas en los que las personas ganan incentivos por alcanzar objetivos de salud específicos, como bajar de peso, dejar de fumar, tener un número mínimo de horas de sueño de calidad o hacer ejercicio con regularidad.

El sector asegurador no es ajeno a implementar técnicas de gamificación en nuevos productos vinculados a hábitos de vida saludable. En 2015, Axa quiso compensar a los usuarios que más se cuidaban y para ello



creó *Axa Health Keeper*, eligiendo España como primer país para el lanzamiento de esta plataforma tecnológica gratuita, con app para iOS y Android y plataforma web, dedicada al cuidado, la salud y bienestar, mediante la que cualquier usuario podía realizar un seguimiento de su actividad física y lograr puntos (*fitpoints*) que daban acceso a descuentos de hasta el 50% en el pago por uso de servicios médicos y de bienestar. *Axa Health Keeper* se basaba en los méritos propios de cada persona y tenía como eje principal la prevención. La idea es que "cuanto más te cuides, menos pagues", dirigiéndose a un segmento de la población que no quería o no podía asumir los costes fijos de un seguro de salud tradicional, pero que sí podrían ser usuarios puntuales de servicios privados.

En 2017, Línea Directa lanzó el seguro de salud Vivaz, que incluía una aplicación móvil gratuita llamada *Vivaz Actividad*, que premiaba por caminar 10.000 pasos. Posteriormente incorporó un monitor del sueño con el que premiaba a los clientes que dormían un mínimo de 7 horas, convirtiéndose así en el primer seguro de salud que recompensaba por tener un buen descanso si también se supera el reto de los 10.000 pasos diarios, recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para gozar de una vida saludable.

También en 2017, la correduría PuntoSeguro empezó a comercializar seguros de vida que recompensaban el ejercicio y actividad física, contribuyendo a causas sociales. Todo ello mediante su app gratuita *PuntoSeguro Fit*. Se convertía así en el primer portal de seguros de vida y salud en España que recompensaba el ejercicio físico de sus clientes.

En 2018, la aseguradora del Grupo El Corte Inglés lanzó un novedoso seguro de vida que premiaba con dinero a las personas que se preocupan por su bienestar. *VidaMovida* incorpora una app que convierte en dinero los pasos que el asegurado da a lo largo del día. El asegurado puede acumular el importe alcanzado durante un trimestre y luego canjearlo por una tarjeta regalo de El Corte Inglés. El Corte Inglés lo anunciaba como el primer seguro de vida que premiaba a las personas que se preocupan por su bienestar y pagaba por andar.

En 2021 nacía *Vitaance* con la idea de utilizar la tecnología de datos y estrategias de gamificación para crear un producto que no solo aconseje a las personas a vivir mejor, si no que las incentive por ello, creando así un círculo virtuoso en el que cuanto mejor se vive, más recompensas se reciben por ello, creando así rutinas y hábitos saludables que tengan un impacto real y positivo en la vida de las personas. Vitaance ha desarrollado un seguro colectivo para empresas y una app orientada a mejorar el bienestar de sus empleados.

> "En el ámbito de la salud, la gamificación se utiliza para incentivar a las personas a adoptar hábitos saludables y hacer que el proceso sea más divertido y atractivo"

El caso más reciente es el de Caser, cuando lanzó en 2022 *Starbien*, un seguro de vida que tiene como objetivo ayudar a los asegurados a cuidar de su salud y a afianzar sus buenos hábitos saludables. Además de las garantías propias de un seguro de vida, *Vida Starbien* incluye una app con la que se puede acceder a servicios de videoconsulta ilimitados con médicos y especialistas e incorpora un sistema de recompensas y seguimiento de hábitos que premia con hasta un 10% del precio del seguro si se cumplen los propósitos establecidos.

Seguro que este 2024 veremos más casos de uso de planes de salud recompensados tanto en el sector asegurador como en otros sectores.

Director de Comunicación de Inithealth (Grupo Init) y Cofundador de Health 2.0 Basque
jsantamaria@theinit.com

El derecho de acceso a la información en relación con el sector sanitario

Elisa Herrera Fernández

Desde hace décadas se debate a nivel mundial sobre la naturaleza del derecho de acceso a la información pública. En la actualidad, puede hablarse de una decantación mayoritaria hacia su consideración como derecho fundamental.

En España, el debate, ha sido particularmente intenso, muy especialmente a partir de la tramitación, aprobación y entrada en vigor de la Ley 19/2013, de 9 de noviembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno (en adelante, LTAIPBG).

La práctica totalidad de los estados de la Unión Europea y otras organizaciones regionales no europeas han evolucionado de tal manera que se deriva un amplio consenso en cuanto a la necesidad de reconocer un derecho individual de acceso a las informaciones en poder del Estado para ayudar al público a forjarse una opinión sobre cuestiones de interés general. La conclusión es que nada se opone a que el derecho de acceso a la información pueda considerarse parte integrante de la libertad de expresión, si se reúnen una serie de condiciones.

Pero obviamente, acceder a la información implica la posibilidad de denegar dicho acceso a la información. Y esa denegación puede ser por motivos de peso jurídico, o en el sector privado (empresas sanitarias, clínicas privadas…) al margen de cuestiones jurídicas,

depende de la implicación o de la cultura empresarial que se tenga respecto a la transparencia, de la toma de decisiones en relación con la gestión empresarial ligada a la transparencia y a propiciar el acceso a la información.

Dicho la anterior, como marco general, el acceso a la información y más en el ámbito sanitario, tiene muchas aristas y mucha complejidad en su ejercicio. Ejercicio, por parte del cliente, ciudadano, paciente, solicitante y quién (entidad) posee la información. ¿Cómo se resuelve? En definitiva, se trata de plantearse o hacer una serie de preguntas, pues cabe la opción, válida en derecho, de no dar dicha información. Por supuesto, el margen de esa denegación es mucho mayor en el ámbito privado que en el público. Pero la cuestión que se plantea primero es: ¿qué tipo de información se está solicitando?, ¿esa información solicitada invade la protección de datos personales? ¿Esa información que se solicita es de interés general?

Así pues, en esta relación con el ámbito sanitario se juega con un valor esencial ya que, por un lado, en el sector sanitario privado, el acceso a la información está mas acotado y responde más a la ética empresarial y, en este caso, si se solicitan a las empresas sanitarias información que no implica datos personales que invadan la esfera de la protección de datos personales, como derecho fundamental, es decisión de la entidad sanitaria el dar o no esa información. Si la solicitud es en una entidad sanitaria pública, sería más difícil acotar el acceso a la información.

Sin embargo, en el caso de que la solicitud de información implica acceso a datos personales, como apuntábamos anteriormente, ya sea en el ámbito público o privado, el acceso en buena lógica se deniega ya que afecta a un derecho fundamental cuyo bien jurídico protegido es la "protección de datos personales". En realidad, en el caso de favorecer el acceso, debe tenerse claro que no se puede ver afectado, o indirectamente afectado, cualquier dato considerado de carácter personal.

¿Qué ocurre en la práctica? En principio, o como fórmula jurídica, debería hacer una ponderación de intereses, caso por caso, que permita valorar si el acceso perjudica al derecho fundamental de protección de datos personales. La realidad, en el caso de la organizaciones sanitarias del sector privado, la opción siempre elegida, es, la denegación del acceso a la información, ya que no se puede vulnerar o poner en riesgo el derecho fundamental de protección de datos personales, por lo que no se llega a valorar la posibilidad de hacer una ponderación de intereses afectados (derecho de acceso a la información versus derecho a la protección de datos personales).

> "Nada se opone a que el derecho de acceso a la información pueda considerarse parte integrante de la libertad de expresión, si se reúnen una serie de condiciones"

Es sabia la decisión que "cuida y protege siempre los datos personales", y eso no significa en absoluto que no se haga una gestión empresarial basada en la transparencia y buen gobierno en el sector sanitario.

Abogada -Experta en Transparencia
elisa.herreraf@icam.es

Los datos de la sanidad privada Estudio RESA 2023

A continuación reproducimos algunos de los aspectos que consideramos más importantes del Estudio Resa 2023 (indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada), de la Fundación IDIS. Documento elaborado por IQVIA.

Si quiere acceder al estudio completo, pulse aquí.

Introducción: la información de resultados sanitarios al servicio de una mejor sanidad

Este 2023 nos acerca una nueva edición del Informe RESA de resultados sanitarios del sector de la sanidad privada, un análisis y una publicación que recoge el compromiso de la sanidad privada por la transparencia, el rigor y la objetividad en todas sus actuaciones y comunicaciones.

RESA 2023 aporta en esta ocasión datos comparativos con la anterior edición previa a la pandemia y, en ellos, podemos apreciar el ingente esfuerzo realizado por todos los hospitales y centros asistenciales participantes en esta edición. No podemos olvidar que el SARS-CoV-2 (COVID-19) generó un impacto muy significativo en nuestro entorno sanitario, una exigencia y una carga laboral muy elevada que supimos afrontar y, como se puede observar por los datos de este informe, mediante el esfuerzo de todos los profesionales sanitarios del sector privado hemos conseguido incluso mejorar los resultados sanitarios de la prepandemia.

Indicadores de acceso, de eficiencia, de calidad y seguridad, de resolución asistencial, junto a los de experiencia de paciente, desarrollados estos últimos en informes específicos, conforman un marco de referencia en el que los entornos asistenciales han de definir y medir su estrategia para ofertar la mejor atención a sus pacientes y el mejor entorno laboral para sus profesionales, puesto que en los dos se sustenta la esencia del acto médico.

Asistimos a momentos de profundo cambio en todos los sentidos, estas primeras décadas del siglo XXI traen de la mano enormes avances, no sólo en la forma de ejercer la Medicina, sino también en la manera de gestionarla, aderezado todo ello por un cambio sociodemográfico sin precedentes en el que el aumento de la esperanza de vida trae a colación el incremento de la cronicidad, la fragilidad y la comorbilidad como ingredientes de un envejecimiento poblacional que requiere de una atención personalizada muy especial; por otro lado, por los enormes avances en innovación tanto en la vertiente de farmacia como en la tecnológica que ancla sus raíces en la disrupción digital; por las consecuencias que trae consigo el denominado cambio climático con los efectos nefastos que todos conocemos; y los movimientos migratorios de gran intensidad, entre otros hechos y circunstancias propias de nuestro tiempo.

Todo ello sin duda plantea nuevos horizontes y retos que el ser humano ha de hacer frente mediante una

responsabilidad individual y colectiva, y todos y cada uno de ellos tienen un impacto en la salud y en la suficiencia de los modelos sanitarios, modelos que construyeron su arquitectura y ahondaron sus raíces en el siglo pasado, una época que poco tiene que ver con la realidad actual que nos envuelve.

Ante este escenario cambiante, surgen sin duda novedosas expectativas y necesidades que, como ciudadanos y sujetos de derecho, planteamos a quienes nos proveen de los servicios de salud necesarios. Estas demandas y exigencias tienen un denominador en común, la creciente información, formación y datos con los que establecemos nuestra decisión de aseguramiento y provisión en aquellos casos en los que decidimos voluntariamente acceder a una segunda cobertura o en los que hay posibilidad de elegir como sucede con las personas pertenecientes al denominado mutualismo administrativo.

Este derecho a suplementar, complementar a elegir nuestro operador asistencial y asegurador está sustentado en la disponibilidad de información ágil y honesta, con los aditamentos y atributos que se han comentado anteriormente, y tiene como primer elemento básico el conocimiento de los resultados sanitarios y de salud alcanzados, puesto que inciden directamente no sólo en la experiencia de paciente, sino en el pronóstico vital llegado el caso, y en el bienestar y calidad de vida tras la enfermedad. El derecho a elegir en sanidad es fundamental para permitir que las personas tomemos decisiones informadas sobre nuestra atención médica.

561 centros privados han participado en este estudio RESA 2023 garantizando de esta forma la representatividad de la sanidad privada en el informe. Este incluye más de 100 indicadores, de los cuales, más de 30 son nuevos, compendiados todos en epígrafes clave de eficiencia, accesibilidad, resolución asistencial, procesos clínicos, calidad y seguridad, diálisis y fertilidad.

Se han incorporado numerosas novedades en esta edición, contribuyendo de esta forma a la consecución de los objetivos marcados. Se han actualizado las definiciones y metodologías para garantizar la robustez de los resultados (CIE-10-ES, cálculo de outliers, etc.), se han incorporado indicadores objetivos de seguridad del paciente de reconocimiento internacional, se han desarrollado indicadores a nivel de proceso más cercanos a las personas, se han incorporado indicadores ajustados de los centros participantes, y toda la recopilación de datos se ha realizado a través de una plataforma de recepción de datos (PRD), garantizando de esta forma tanto la seguridad de la información como la calidad de la misma. En definitiva, notables y destacadas mejoras que muestran el espíritu de progreso continuo y fiabilidad de esta iniciativa en esta su novena edición.

Este análisis pormenorizado de resultados sanitarios es ya una referencia reconocida y valiosa en nuestro país para comprender la situación de la sanidad privada en España y su contribución al sistema de salud en general. La información contenida en este estudio es útil para los propios centros participantes como elemento clave de medida y mejora; para los pacientes y usuarios en general, como eje vertebrador en la toma de decisiones; para los propios profesionales de la salud, como corresponsables en el diseño e implantación y seguimiento de procesos, y procedimientos novedosos que impacten positivamente en la salud y calidad de vida de sus pacientes; para las

autoridades gubernamentales centrales y regionales, puesto que lo son tanto del ámbito público como del privado; para establecer estrategias y tomar decisiones sustentadas en datos actualizados y fiables; y, en general, para cualquier persona interesada e implicada en el sector de la salud en España.

En definitiva, esta novena edición del estudio realizado por la Fundación IDIS marca un hito en la investigación y análisis de la salud en nuestro país, ya que contribuye a situar al paciente como protagonista del sistema, atendiendo a la gestión corresponsable de su propia salud a través de la toma de decisiones sustentadas en el valor que aporta la información y los datos objetivos.

Es por ello por lo que, desde estas breves líneas, animo a todos aquellos que se acerquen a este informe RESA 2023 a que profundicen en todos y cada uno de sus indicadores, puesto que van a encontrar motivos de comparación respecto a la edición anterior, así como otros que son novedosos en esta convocatoria y, por lo tanto, de primera calibración y análisis.

Dr. Juan Abarca Cidón,

Presidente de la Fundación IDIS

Resultados

1. Accesibilidad en la atención sanitaria

El primer punto de contacto entre un paciente y su atención sanitaria es la accesibilidad que este mismo tiene con el sistema sanitario. Garantizar que los pacientes puedan solicitar citas, realizarse pruebas o recibir resultados en un margen temporal razonable es una pieza clave para lograr una asistencia sanitaria de mayor calidad. Este es uno de los principios que caracteriza a la sanidad privada y estos datos objetivos de accesibilidad sanitaria son analizados en la primera sección de este estudio RESA.

2. Eficiencia

El estudio RESA tiene un largo recorrido mostrando datos de eficiencia asistencial en la sanidad privada. En este nuevo informe, se han desglosado algunos de los indicadores que ya se analizaban con anterioridad para facilitar la interpretación de los resultados.

3. Resolución asistencial

La calidad de la resolución asistencial debe entenderse como un conjunto que, no sólo pase por la optimización de la gestión de estancias, sino también por garantizar que los pacientes y sus patologías que motivan el ingreso son resueltas satisfactoriamente y no tienden a requerir un reingreso hospitalario en los días posteriores.

Esta sección del estudio RESA evalúa diferentes tasas de reingresos en el ámbito de la hospitalización, Urgencias y cirugía ambulatoria.

4. Calidad y seguridad. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

La acreditación o certificación de unidades y servicios hospitalarios es un indicador objetivo que lleva utilizándose en el informe RESA desde el 2011. La obtención de estos reconocimientos externos de

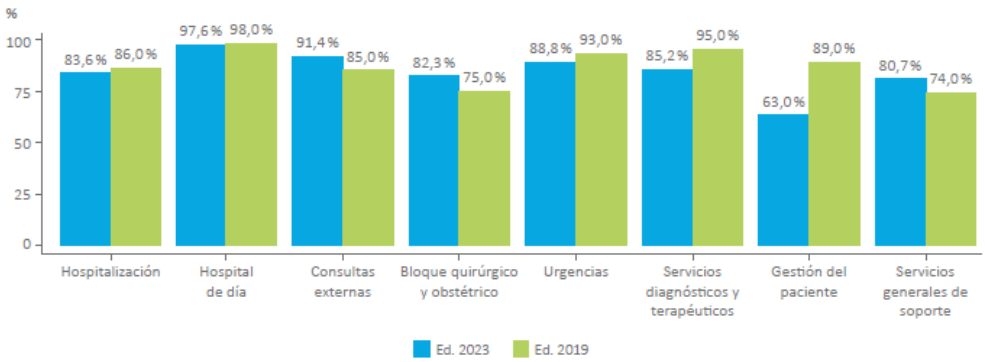


Figura 1. Comparativa con la edición anterior de la tasa de centros que disponen de auditorías y certificaciones, por unidad hospitalaria. Centros incluidos en el informe RESA 2023: 119. Centros incluidos en el informe RESA 2019: 170.

calidad es un estándar para los centros de sanidad privada, y esto se vuelve a demostrar este año con valores por encima del 80 % en la mayoría de las áreas de funcionamiento del hospital: Urgencias (88,8%), hospital de día (97,6%), bloque quirúrgico y obstétrico (82,3%), hospitalización (83,6%), servicios centrales de diagnóstico y terapéutico (85,2%), consultas externas y servicios ambulatorios (91,4%), y en servicios generales de soporte (80,7%); solo a excepción del área de gestión del paciente (63,0%).

La mayoría de estos resultados son muy similares a los obtenidos en la edición anterior del informe RESA. Sin embargo, cabe destacar la subida de alrededor de los 7 puntos en bloque quirúrgico, servicios generales de soporte y consultas externas; y la bajada de alrededor de 10 puntos en gestión del paciente y servicios centrales de diagnóstico y terapéutico.

5. Procesos clínicos

Han sido muchas las novedades incluidas en este informe RESA 2023, pero cabe destacar la inclusión de una nueva sección completa que consta de 30 indicadores específicos para diferentes procesos clínicos.

Existen numerosos indicadores de calidad y eficiencia asistencial que pueden informar sobre la realidad del manejo de determinadas patologías en un sistema sanitario si se analizan proceso a proceso. Esto es lo que se ha realizado en la siguiente sección; se seleccionaron 8 procesos de relevancia clínica para analizar en profundidad. Dado que son indicadores de nueva inclusión en el estudio RESA, no existe valor de referencia de anteriores informes para evaluar la evolución de estos. Sin embargo, estos valores podrán servir como base de comparación para las futuras ediciones.

6. Indicadores de fertilidad

Incluimos los indicadores globales de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) para los centros privados por cuarto año consecutivo. Estos indicadores miden, por tipo de procedimiento, el porcentaje de gestaciones y el de partos por el número de ciclos de tratamiento realizado. En esta edición, se analizan los datos del 2019, ya que, a pesar de que los últimos años disponibles son del 2020, estos están sesgados debido a la extraordinalidad de ese año como consecuencia de la pandemia.

Se incluye un total de 311 centros de reproducción asistida de nuestro país.

7. Indicadores de diálisis

Por quinto año, el estudio RESA recoge cuatro indicadores de pacientes en hemodiálisis que representan aspectos clave sobre la calidad asistencial de la sanidad privada en este tipo de pacientes.

Conclusiones

Llegados a este punto del informe, es factible decir que existen muchos titulares que pueden extraerse de los más de 100 indicadores que se han analizado en este Estudio RESA 2023. No obstante, el análisis conjunto de todos ellos no hace más que demostrar que los esfuerzos del sistema privado por garantizar el mayor nivel de accesibilidad, eficiencia, resolución asistencial y calidad en prácticamente todos los niveles asistenciales continúa dando sus frutos a pesar de los efectos de la pandemia de la COVID-19.

Este informe vuelve a evidenciar que la sanidad privada se caracteriza por su accesibilidad y agilidad en la entrega de resultados; por su capacidad de resolución asistencial independientemente de la complejidad de los pacientes; por su eficiencia y optimización de ingresos hospitalarios; y por la baja tasa de complicaciones y mortalidad asociada, lo que supone un estándar de seguridad del paciente clave para establecer el alto nivel de calidad asistencial al que se aspira en el sistema.

En conclusión, el informe RESA vuelve a demostrar una vez más el compromiso con la calidad que define a la sanidad privada, y el importante impacto que esta tiene en el sistema sanitario de nuestro país y consecuentemente, en la asistencia a nuestros pacientes.

El abordaje terapéutico de la Leucemia Mieloide Aguda, a debate en Aragón

De izda. a dcha.: Pilar Delgado, José Javier Marco, Ramón Boria, José María Martínez, Ana Cristina Bandrés, Tránsito Salvador, Mayte Olave, Isabel Biescas y Mª Reyes Abad.

La Leucemia Mieloide Aguda (LMA) es uno de los tipos más comunes de leucemia en adultos, aun siendo en general bastante infrecuente. Representa el 1% de todos los cánceres, aumentando su incidencia con la edad. De hecho, la edad promedio de las personas diagnosticadas es de 67 años. Cada año se diagnostican en España 2900 pacientes con esta enfermedad y la tasa de supervivencia a cinco años para las personas de 20 años o más es del 27% y para personas menores de 20 años, el 69%.

La supervivencia depende de diversos factores y entre ellos las características biológicas de la enfermedad y de la edad del paciente. El abordaje de la LMA presenta un elemento clave para el éxito terapéutico. Se trata del diagnóstico precoz y correcta derivación con el objetivo de iniciar en el momento oportuno el tratamiento adecuado para el paciente.

En este aspecto tiene una especial relevancia el papel de los profesionales de atención primaria, farmacéuticos, así como los especialistas en hematología y oncología, profesionales que, disponen ya de las primeras herramientas para dirigir el tratamiento de los pacientes con LMA.

En este contexto, New Medical Economics con el apoyo del Departamento de Sanidad de Aragón, el Servicio Aragonés de Salud y el laboratorio Astellas Pharma, organizó el encuentro de expertos 'Hacia la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes con Leucemia Mieloide Aguda'.

La jornada, que tuvo lugar en el Departamento de Sanidad de Aragón contó con la participación de los siguientes expertos: Ramón Boria Avellanas, director general de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad de Aragón; Ana Cristina Bandrés Liso, coor-

dinadora de la Unidad de Uso Racional del Medicamento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad de Aragón; Isabel Biescas Portero, enfermera de la Unidad de Aislamiento del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza); Mayte Olave Rubio, jefa de Sección de Hematología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; Tránsito Salvador Gómez, jefa del Servicio de Farmacia del Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa; Pilar Delgado Beltrán, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza); Mª Reyes Abad Sazatornil, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet; y José Javier Marco Amigot, jefe del Servicio de Hematología del Hospital General Universitario San Jorge (Huesca). El presidente de New Medical Economics, José María Martínez García, fue el encargado de moderar este encuentro de expertos.

Ruta asistencial de los pacientes con LMA

Para dar comienzo a la jornada, José María Martínez preguntó a los expertos sobre la importancia que se le da a LMA en los Planes de Salud de Aragón, además de si existen y están claramente definidas las rutas del paciente con LMA. El director general de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad de Aragón indicó que en esta enfermedad se están abriendo muchos campos de investigación, en nuevos fármacos y nuevas dianas terapéuticas, “en genómica estamos invirtiendo muchísimo dinero y muchísimos esfuerzos para que se pueda realizar un tratamiento personalizado al paciente”. Por su parte, Ana Cristina Bandrés señaló que la introducción y la evaluación de los nuevos medicamentos sí forma parte de la ruta asistencial.

Según palabras de Pilar Delgado, “aunque no hay protocolos que describan el proceso completo de la leucemia aguda, la mayoría de los pasos están bastante claros”. El jefe de Hematología del Hospital Universitario San Jorge explicó la historia natural de esta enfermedad, “el inicio es, o una anemia severa o una trombocitopenia con un componente hemorrágico o una infección, o ambas dos o tres cosas. No hay diagnóstico precoz en la LMA, pero acortar los tiempos y la sintomatología una vez que está el paciente diagnosticado es crucial”.

En la misma línea, Mayte Olave considera que cuando se detecta esta enfermedad es una urgencia, “en cuanto se sospecha hay que hacer las cosas con rapidez”. Además, la jefe de Sección de Hematología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa añadió que esta enfermedad “requiere integrar la parte clínica con la parte de laboratorio, y muy importante, la genética. Hoy en día no hay diagnóstico correcto de una leucemia aguda mieloblástica sin los datos de las alteraciones genéticas que esa célula concreta de ese paciente concreto tiene. Se hacen siempre y eso nos va a marcar el planteamiento terapéutico. No puede existir innovación ni pretender innovar en el tratamiento ni plantear un tratamiento sin esos resultados”. La experta también señaló el problema que tienen en ese sentido en Aragón, ya que “estos procedimientos genéticos tienen que externalizarlos fuera de su comunidad”.

Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales siempre es un desafío en cualquier patología crónica, debido a la multidisciplinariedad que estas enfermedades requieren. Atención Primaria, por su parte, según comentó Pilar Delgado, tiene participación en todos los tratamientos adyuvantes, pero “hay muy poca coordinación con los hematólogos y sería ideal poder trabajar en conjunto para hacer las determinadas curas de catéteres, para intentar transfundir a domicilio, para hacer hospitalización domiciliaria, etc.”.

La hematóloga del Lozano Blesa también cree que debería existir esa coordinación, aunque recalcó que el paciente es muy dependiente del especialista, “tiene un vínculo continuo con nosotros, con los hematólogos. El papel de atención primaria tendría que ser más fuerte. Y ahí podemos hablar de opciones, de innovaciones. El paciente nos sigue llamando para preguntarnos dudas incluso después de finalizar el trasplante y esos controles los podría hacer con su médico de familia”. En este sentido, la enfermera de la Unidad de Aislamiento contó que los pacientes llaman directamente a su Unidad “porque se han sentido seguros con nosotros y les vamos a decir cómo actuar”.

De izda. a dcha.: Tránsito Salvador, Mª Reyes Abad, Pilar Delgado y José Javier Marco, durante el Encuentro de Expertos.

"En la fase final de la vida, primaria también tiene un papel muy importante", añadió la hematóloga del Miguel Servet. Pilar Delgado comentó que no es cuestión de sobrecargar a los médicos de primaria, pero considera que una atención domiciliaria sería muy buena para este tipo de pacientes de alta complejidad.

Además, Mª Reyes Abad cree que falta coordinación en el ámbito de enfermería, "debería ser enfermería de atención primaria, debería ser enfermería de atención domiciliaria, que fuese una situación intermedia". "Para el paciente sería ideal ser atendido en atención primaria porque hay veces que el paciente tiene que desplazarse muchos kilómetros", subrayó Isabel Biescas. En este aspecto, Tránsito Salvador señaló la edad de estos pacientes, "son adultos mayores, pacientes con comorbilidades o pacientes con dificultades para la movilidad".

José Javier Marco echa en falta, junto a más especialistas, un programa de hospitalización a domicilio. En este sentido la jefa del Servicio de Farmacia del Miguel Servet piensa que "la administración, aunque sea un fármaco de dispensación hospitalaria, puede hacerse en domicilio con una estructura determinada", y por su parte, la jefa de Servicio de Farmacia del Lozano Blesa indicó que habría que trabajar este asunto para "no correr ningún tipo de riesgo".

Por su experiencia, Ana Cristina Bandrés cree con la planificación desde atención primaria se pueden solucionar estos problemas, "con una ruta y una colaboración todo es posible, es una cuestión de coordinación y de mejorar los circuitos".

Papel de la enfermería en el abordaje de pacientes con LMA

"El papel de enfermería en el paciente con leucemia mieloide aguda es fundamental durante todo el proceso", afirmó Isabel Biescas, y continuó: "nuestra labor de enfermería no solamente va a consistir en la administración de citostáticos, hemoderivados o manejo de vías centrales, que son cuidados muy específicos de oncohematología, sino que me gustaría destacar la importancia de la comunicación con el paciente y del soporte emocional que le vamos a ofrecer durante todo el proceso. El paciente con leucemia ingresa con un gran impacto emocional y aquí enfermería juega un papel muy importante a la hora de informar, explicar y ofrecer ese apoyo emocional, tanto al paciente como a la familia. Mantenemos esa comunicación con el paciente y con la familia durante todo el proceso". La enfermera experta en esta área también indicó que a enfermería le ayuda, por ejemplo, "a detectar lo antes posible complicaciones que surgen como fiebre, hemorragias…".

Desde el punto de vista farmacéutico, contó Tránsito Salvador ya trabajan al unísono con el personal médico y con el personal de enfermería. La jefa de Servicio de Farmacia del Lozano Blesa también destacó la labor que realiza el farmacéutico en las consultas de atención farmacéutica o en el Hospital de Día al contemplar al paciente desde todas las dimensiones, facilitando la medicación, pero teniendo en cuenta

Ramón Boria y José María Martínez presidiendo la mesa de debate.

su estado emocional, social y familiar. “En este contexto revisamos todo el plan farmacoterapéutico del paciente para que entienda muy bien su tratamiento y lo cumpla adecuadamente”, apuntó.

En este sentido, Mª Reyes Abad puso el foco en la seguridad de todo el proceso y del paciente desde los servicios de Farmacia, ya que “los tratamientos que se manejan son complejos y todos los profesionales velamos por su seguridad”.

Con respecto a la existencia de Unidad Gestora de Casos, todos los profesionales coincidieron en que no existe en Aragón para esta patología. Pilar Delgado, Mayte Olave y José Javier Marco señalaron que se iniciaron proyectos en esta línea, pero que no han continuado en el tiempo.

Telemedicina y seguimiento en pacientes con LMA

“Más que telemedicina se aplica la teléfono-medicina”, señaló Pilar Delgado. “Las herramientas digitales acercan al paciente al profesional sanitario, en Aragón, está ahora en desarrollo la telemedicina a través de la videollamada”, dijo Tránsito Salvador. Por su parte, José Javier Marco tampoco le ve mucha utilidad, considera que es más importante la integración de los especialistas con atención primaria.

Ramón Boria apuntó que la historia clínica electrónica en Aragón está unificada, “todos los hospitales pueden tener conocimiento de todas las pruebas y prescripciones del paciente”.

Medición, seguimiento y evaluación de resultados en pacientes con LMA

“La mortalidad en este tipo de pacientes ha disminuido”, contó Ramón Boria. Pilar Delgado, lo corroboró, “ha mejorado mucho la esperanza de vida, pero no medimos los resultados”. Por su parte Mayte Olave contó que actualmente hay una tasa de supervivencia actual del 30% global.

Y Ana Cristina, matizó, “no se están midiendo resultados de una forma sistemática, en ninguna comunidad. Los clínicos son los que tienen que introducir los datos en los sistemas de la forma más ágil y que luego se puedan explotar y, sobre todo, sin que sea una sobrecarga, a eso es a lo que tenemos que llegar”.

Con respecto a la adherencia terapéutica, Tránsito Salvador la considera muy importante, “hay que hacer ver que es imprescindible que el paciente sea adherente al tratamiento, que entienda su tratamiento es decisivo para que el tratamiento se cumpla adecuadamente. El seguimiento se hace por parte de hematología, pero los pacientes son muy seguidos por parte de Farmacia, ya que en la consulta con el paciente reforzamos la información que tiene que ver su plan terapéutico completo”.

Particularidades de los tratamientos en pacientes con LMA

Mª Reyes Abad explicó que en función del fármaco que estemos usando va a haber distintas particularidades. “El tratamiento intensificado tiene unos

De izda. a dcha.: Ana Cristina Bandrés, Mayte Olave e Isabel Biescas durante la jornada.

problemas de toxicidad importante, los nuevos tratamientos dirigidos específicamente han supuesto un beneficio para el paciente y a su calidad de vida. Si algo hace muy bien el Servicio de Farmacia es asegurar la calidad de todo aquello que se está elaborando", detalló la experta.

Por su parte, Mayte Olave, distinguió entre el paciente que requiere un tratamiento intensivo y que tiene que estar ingresado y los nuevos fármacos orales o combinados, en los que el paciente puede estar fuera de casa, pero tiene que estar muy cerca del hospital. "Aunque sean tratamientos orales tienen mucha complejidad, además son fármacos que interaccionan muchísimo. Necesitamos muchísimo al farmacéutico. Llevan efectivamente a la vez catéteres y tienen complicaciones. Y aquí entran las enfermeras, puede entrar primaria cuando el catéter hay que manejarlo o en una cura".

Cuellos de botella en recursos asistenciales

Para José Javier Marco, el cuello de botella más destacable referente a esta patología es el trasplante, "tenemos un retardo considerable en trasplantes, es prioritario que al hospital de referencia y al otro hospital se les dote de los medios adecuados, sobre todo para hacer alotrasplante".

Por su parte, Isabel Biescas considera que la figura del psicooncólogo es fundamental, "estos pacientes necesitan ese apoyo psicológico para adaptarse a su nueva situación de la enfermedad". La experta también cree necesario el refuerzo de la formación del personal.

"Los aragoneses se merecen que ese diagnóstico genético tan necesario pudiera hacerse aquí. Y lo mismo para las opciones terapéuticas como el trasplante no emparentado o las opciones de ensayos clínicos", expuso Mayte Olave. Por tanto, para ella, el principal cuello de botella es "poder facilitar de alguna manera que todo lo que se pueda implementar en la Comunidad Autónoma se haga y lo que no se pueda, facilitarle al aragonés, todo ese acceso y ese soporte que necesita, incluido el económico".

En la misma línea, Ramón Boria también opina que la genómica a nivel de hematología tiene que ser una prioridad. Desde el punto de vista de Pilar Delgado sería ideal disponer del diagnóstico molecular rápido y pronto, y en Aragón. Además, la jefa del Servicio de Hematología del Miguel Servet cree que "habría que ofrecer un tratamiento integral de la leucemia aguda desde el diagnóstico hasta la última modalidad de trasplante para que los pacientes y familiares no se tengan que desplazar".

Para finalizar, con los cuellos de botella del Servicio de Farmacia, Mª Reyes Abad habló sobre las infraestructuras con relación a la elaboración de medicamentos, "en el caso concreto del Servet es un problema muy importante, son estructuras que datan del año 82 y no han tenido ninguna modificación". Tránsito Salvador pidió "el poder automatizar los servicios de farmacia para que los farmacéuticos puedan dedicarse a lo que mejor saben hacer que es la farmacia clínica cerca del médico, de enfermería y del paciente".

Club Marketing Mediterráneo

New Medical Economics
Gestión Sanitaria - Experiencia del Paciente

Colabora: ribera

Conversaciones de Marketing sobre

“Marketing Sanitario”

SAVE THE DATE!

FECHA: miércoles, 7 de febrero de 2024

HORARIO: 9.30h - 11.30h

LUGAR: Valencia

*Más información en el próximo número de enero 2024

La ruta asistencial de los pacientes con enfermedades neurológicas, a debate en Andalucía

De izda. a dcha.: Santiago Sandoval, Francisco Padilla, Lucía de Flores, José María Martínez, Miguel Ángel Moya, Joan Carles March y José Antonio Ortega.

Las enfermedades neurológicas afectan a más de 7 millones de personas en nuestro país, lo que supone que impactan a un 16% de la población, y además se encuentran entre las principales causas de discapacidad o mortalidad. Según datos de la Sociedad Española de Neurología. Enfermedades neurológicas como el ictus, las demencias, las cefaleas, la epilepsia, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, por citar algunas de ellas, lideran los rankings de incidencia, mortalidad y/o discapacidad en España. El ictus, por ejemplo, es la segunda causa de mortalidad en España (la primera en las mujeres); 9 de las 15 enfermedades más frecuentes entre las personas que tienen reconocida una discapacidad en España son neurológicas (ictus, Alzheimer, Parkinson, ELA,..); y la migraña, además, es según la OMS la segunda enfermedad (después de las caries) más frecuente de la humanidad.

Por este motivo y con el objetivo de debatir y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los pacientes con enfermedades neurológicas, para conocer sus necesidades no cubiertas y poder definir nuevas rutas asistenciales que se adapten a los intereses y beneficio de todos, New Medical Economics en colaboración con Biogen, Lundbeck y la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía ha celebrado el grupo de trabajo y debate “Ruta asistencial de los pacientes con enfermedades neurológicas”, centrado en Andalucía.

El encuentro contó con la participación de: Lucía de Flores García Trujillo, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Regional Universitario de Málaga; Joan Carles March Cerdá, codirector

de la Escuela de Pacientes de la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía; Miguel Ángel Moya Molina, director médico del Hospital Puerta del Mar de Cádiz; José Antonio Ortega Domínguez, director gerente del Hospital Regional Universitario de Málaga; Francisco Padilla Parrado, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga); y Santiago Sandoval Fernández del Castillo, FEA del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla). José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics fue el encargado de moderar la jornada.

Planes de salud para las enfermedades neurológicas

La primera cuestión que el moderador puso sobre la mesa fue sobre la existencia de planes de salud para los pacientes con enfermedades neurológicas en Andalucía. Ante esta pregunta, Joan Carles March comentó que no hay un plan único, "hay planes específicos ligados a enfermedades, como el plan de cefaleas, Alzheimer, el plan de atención sociosanitaria en esclerosis múltiple o uno relacionado con la ELA". Para el codirector de la Escuela de Pacientes la clave es que diferentes enfermedades requieren diferentes abordajes "y en Andalucía se ha planteado desde esa diversidad de enfermedades, diversidad de opciones terapéuticas y diversidad de rutas asistenciales para poder abordarlo".

En la misma línea, Miguel Ángel Moya considera que un plan de enfermedades neurológicas como tal es "muy ambicioso y difícil de coordinar". Para el experto la mejor opción es centrar los planes en patologías concretas porque la neurología es una especialidad muy amplia. Además, Moya indicó que en estos momentos ya hay una iniciativa para elaborar el plan de enfermedades neurodegenerativas, "que va a englobar demencias, ELA y enfermedad de Parkinson".

En el Hospital Universitario Regional de Málaga se está aplicando el plan de la ELA, "una unidad multidisciplinar en el que los especialistas pivotan alrededor de la accesibilidad del paciente con una relación bastante importante a través de la enfermera de enlace comunitaria y hospitalaria", afirmó José Antonio Ortega. El director gerente de este Hospital señaló que lo importante es que existe un plan en cada centro hospitalario.

Lucía de Flores corroboró el comentario anterior, "el Hospital Regional de Málaga es pionero en esta unidad interdisciplinar. Funciona muy bien y puede ser ejemplo para otras enfermedades". La experta también subrayó que Andalucía también es pionera en el Plan Integral de Cefalea, "ya se ha puesto en marcha y estamos colaborando con otros hospitales para integrarlo". Todos estos planes, según comentó José Antonio Ortega, están englobados en el Plan de Humanización del Servicio Andaluz de Salud.

Siguiendo con este asunto, José María Martínez preguntó a los expertos sobre el papel de los servicios centrales antes, durante y después de la generación de la ruta asistencial y si otras direcciones generales de la Consejería también intervienen en estos planes.

El director médico del Hospital Puerta del Mar de Cádiz señaló que los servicios centrales son clave para la coordinación, "si no, podemos caer en que cada hospital de cada provincia desarrolle su circuito en base a sus características geográficas. La Dirección General de Asistencia Sanitaria tiene que coordinar y marcar las guías a seguir y luego hacer adaptaciones locales de estos planes".

Por su parte, Joan Carles March contó que los planes vienen marcados por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y por la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía. "La Consejería planifica plantea nuevos retos y nuevas líneas de trabajo. Los panes marcan aspectos de novedades terapéuticas que hay que implantar, aspectos de coordinación que hay que desarrollar, aspectos de trabajo conjunto de diferentes profesionales, de atención primaria y hospitalaria que hay que tener en cuenta, y cosas en las cuales hay que poner énfasis, porque de hecho todas las especialidades avanzan en la mejora

Expertos debatiendo sobre la "Ruta asistencial de los pacientes con enfermedades neurológicas".

y en el abordaje de las diferentes enfermedades y de alguna forma los planes hay que adaptarlos al momento, a la situación, a la realidad de los diferentes contextos y eso es algo que cada actualización del plan tiene que tener en cuenta".

Para Francisco Padilla las líneas generales que se puedan plantear en los planes o rutas asistenciales están muy bien, "después hay que llevarlo a la particularidad de cada provincia y de cada centro, y cada centro hacemos las cosas un poco de forma diferente según hemos ido aprendiendo a hacerlas. La generalidad y todos los planes que se puedan organizar desde arriba, creo que previamente debería tener nuestro conocimiento o quizás fuéramos los consejeros para ver cómo organizarlo y aplicarlo mejor a cada uno de las de los centros hospitalarios, que después son los que lo van a llevar a operatividad".

En la misma línea, Santiago Sandoval reivindicó que también se cuente con los farmacéuticos de hospital a la hora de elaborar estos planes de salud y rutas asistenciales, "lo importante es trabajar entre los grupos que van a coincidir con el paciente".

Innovaciones terapéuticas y formación con AP

El siguiente punto que se puso de manifiesto fue las novedades terapéuticas en el tratamiento de las enfermedades neurológicas. "Con respecto a la innovación terapéutica, en el caso de la cefalea, en concreto de la migraña, ha habido un cambio del paradigma en el tratamiento. El problema de las enfermedades neurológicas es que hasta ahora eran muy huérfanas de tratamiento. Necesita una interrelación de los diferentes estamentos y en este caso la atención primaria es fundamental", indicó Lucía de Flores.

La Escuela de Pacientes a una de las cosas a las que se dedica principalmente es a la formación, "un elemento fundamental es intentar que desde Atención Primaria hagan un diagnóstico más temprano con un tratamiento más adecuado, en colaboración con los servicios de farmacia, los servicios de neurología, eso es un elemento básico y prioritario", manifestó Joan Carles March.

Por su parte, Miguel Ángel Moya comentó que el valor añadido que da una ruta asistencial en el manejo de una patología de este tipo es que "marca

los pasos necesarios a seguir. Desde Atención Primaria te obligan a ponerte en alerta para derivar a atención especializada, qué actos hacer en la atención especializada y cómo luego establecer un seguimiento de patologías crónicas que son la inmensa mayoría de las patologías neurológicas".

¿Cómo afecta una ruta asistencial a la sostenibilidad del sistema?

Esta fue la siguiente cuestión en la que puso el foco el moderador del encuentro. El director gerente del Hospital Regional de Málaga reseñó que todos los profesionales "tenemos que trabajar con protocolos, con un procedimiento con flujos perfectamente delimitados y mejorando los tiempos de respuesta que tenemos de los pacientes".

Para Miguel Ángel Moya, la sostenibilidad del sistema en el caso de las enfermedades neurológicas pasa "por tener una atención primaria muy potente que sea capaz de detectar y que sea luego capaz de hacer un seguimiento proactivo y que solamente tenga que llegar al especialista aquello que se le escape de sus competencias. Esa Atención Primaria potente, con una coordinación muy buena con hospitalaria, creo que es clave para la sostenibilidad".

"Hay que mejorar la coordinación, es un elemento fundamental y hay que establecer mecanismos. La clave es cómo establecemos el mecanismo para que la relación entre un especialista de primaria y un especialista del hospital, en este caso en neurología, tengan el flujo adecuado para poder poner en común pacientes concretos", afirmó Joan Carles March.

Según Francisco Padilla, "la relación entre la primaria y la terciaria no es fácil, pero por las condiciones en las que se encuentra no podemos pedirle mucha coordinación, hay una primaria que está al borde del colapso".

Por su parte, Santiago Sandoval, enfatizó en la creación de protocolos conjuntos incluyendo a Atención Primaria, "supone un esfuerzo extra al principio, pero después lo facilita todo mucho". Sandoval también indicó que la farmacia del hospital es clave en el "viaje del paciente" y en el control del tratamiento de esclerosis múltiple, pero "en el caso de la migraña también habría que tener en cuenta a las oficinas de farmacia a la hora de prevenir: en el control de la adherencia de los tratamiento profilácticos y para evitar cuadros por sobredosificación de analgésicos".

En este sentido, Lucía de Flores indicó que hay un programa sobre la conciliación de la prescripción, en la que están todos los profesionales obligados, "la conciliación es muy importante, mucha gente tiene cosas prescritas que no están tomando". Otro tema que destacó la experta fue la educación sanitaria a la población, "fundamental para que el paciente sea conocedor de todo lo que reamente puede encontrar en el sistema sanitario".

Las listas de espera y la falta de tiempo en sus consultas de los profesionales sanitarios fue otra cuestión a tratar en este grupo de trabajo y debate. "También faltan neurólogos en los hospitales comarcales, solo existen en Algeciras y en Ronda", detalló Francisco Padilla. José Antonio Ortega está convencido que las listas de espera en neurología van a disminuir, "se va a trabajar con atención primaria y vamos a trabajar de manera mucho más coordinada a través de las nuevas tecnologías como telemedicina, vamos a hacer un cambio importante".

Papel de la enfermería en pacientes con enfermedades neurológicas

"El papel de la enfermería en pacientes con enfermedades neurológicas es fundamental", manifestó Lucía de Flores. Sin embargo, no se cuentan con enfermeras especializadas en este ámbito. Ante este comentario, Joan Carles March comentó que la formación enfermeras de práctica avanzada es una línea de trabajo muy importante que debe favorecer que cuestiones de este tipo no sean cosas que tenga que hacer el especialista o neurólogo en este caso. "Es muy importante que haya más especialistas en enfermería para poder ayudar a que el proceso sea más fácil y que se pueda conseguir una mejora", analizó el experto.

One Health: retos sanitarios presentes y futuros

De izda. a dcha.: Ignacio López Puech, Antonio López Navas, Jonathan González García, Lucy Abella Vázquez, Cristóbal del Rosario-Quintana, José María Martínez García, Antonia Pérez Pérez, Rita Tristancho Ajamil, Paloma García de Carlos y Rafael Gil Orozco.

A comienzos del año 2000 se introdujo el concepto de una sola salud, una sola salud en inglés *One Health*, para poner nombre a algo que ya se sabía desde hace más de un siglo. La salud humana y la salud animal son interdependientes y están vinculadas a los ecosistemas en los cuales coexisten. Más específicamente, el concepto de *One Health* se define como los esfuerzos de colaboración de múltiples disciplinas personal médico, veterinario e investigador, que trabajan local, nacional y globalmente para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente. La importancia de este concepto en los últimos años viene dada por los cambios que se han producido en las interacciones entre todos estos agentes, entre personas, animales, plantas y evidentemente, en nuestro entorno.

Para fomentar la colaboración de las múltiples disciplinas, personal médico, veterinario, investigador y administración que trabajan para lograr esta salud óptima para la persona, los animales y nuestro medio ambiente, y dar a conocer a toda la sociedad la estrategia actual y la necesidad de su colaboración y apoyo, y ser capaz de encontrar las soluciones posibles para estar mejor preparados y hacer frente a estos retos es por lo que New Medical Economics, en colaboración con Pfizer, el Servicio Canario de Salud y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha llevado a cabo el Grupo de Trabajo y Debate '*One Health*: retos sanitarios presentes y futuros'.

El Salón de Actos del Hospital Universitario Materno Infantil (Las Palmas de Gran Canaria) acogió este encuentro en el que participaron ponentes de primer

Bienvenida institucional del encuentro. De izda. a dcha.: Rita Tristancho Ajamil, directora general del Paciente y Cronicidad del SCS; José María Martínez García, presidente de New Medical Economics y Antonia Pérez Pérez, directora general de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud (SCS).

nivel como: Antonia Pérez Pérez, directora general de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud (SCS); Lucy Abella Vázquez, facultativo especialista en Medicina Interna (Infectología); Paloma García de Carlos, responsable autonómico de la Estrategia de Seguridad del Paciente y del PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos); Rafael Gil Orozco, facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública; Antonio López Navas, jefe de la Unidad de Apoyo a Dirección de la AEMPS y Coordinador de Salud Humana del PRAN; Jonathan González García, coordinador científico del Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) de las Islas Canarias; Ignacio López Puech, jefe del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación del SCS; Cristóbal del Rosario-Quintana, facultativo especialista en Microbiología y Parasitología; y José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics. Rita Tristancho Ajamil, directora general del Paciente y Cronicidad del Servicio Canario de Salud fue la encargada de moderar la jornada.

El futuro de la salud pública: cooperación y multidisciplinariedad

Tras la bienvenida de José María Martínez García, presidente de New Medical Economics, Antonia Pérez Pérez, directora general de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud (SCS) fue la encargada de introducir e inaugurar este encuentro poniendo el foco en el compromiso del Servicio Canario de la Salud en la visibilización y abordaje multidisciplinar que supone la lucha contra lo que se ha venido a llamar epidemia silenciosa de la resistencia antimicrobiana. "En 2020, este tipo de bacterias resistentes a los antibióticos estaba causando 700.000 muertes al año, unas 33.000 en Europa y según estimaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, unas 4000 en nuestro país, en España, el triple de las que provocan los accidentes de tráfico. Las predicciones hablaban de que en el 2050 el número de muertos alcanzaría 10 millones en todo el mundo. Para hacernos una idea, el cáncer actualmente mata a unos 8 millones de personas al año, pero los expertos auguran que al ritmo actual se llegará a esa cifra una década antes de lo que se esperaba de 2050", afirmó Pérez.

Principales desafíos para la implementación del PRAN y acciones prioritarias

La moderadora del encuentro, Rita Tristancho, planteó la primera cuestión al grupo de expertos: "¿cuáles son los principales desafíos para la implementación de las acciones que consideramos prioritarias en este PRAN?".

"El principal desafío que tenía el PRAN es que fuera un abordaje *One Health*. Las prioridades del Plan Nacional son las mismas que tiene Europa y son las mismas que tiene la Organización Mundial de la Salud", afirmó Antonio López. Es un hecho que en la parte de sanidad animal se ha logrado una reducción muy significativa de las ventas de antibióticos. En el sector de la salud humana, a pesar de que también se han hecho esfuerzos importantes y hemos reducido su uso, esta reducción no es tan significativa", añadió López.

Hasta la fecha, España registra hoy una disminución del consumo de antibióticos del 17% en salud humana y del 69,5% en sanidad animal. Lo que sitúa a España como el país con mayor reducción de consumo de antibióticos veterinarios y el tercero en salud humana a nivel europeo.

Uno de los principales retos consiste en consolidar el uso prudente de los antibióticos a nivel europeo,

Expertos debatiendo durante el grupo de trabajo y debate "One Health: retos sanitarios presentes y futuros".

mundial y nacional mediante la implementación de los PROA y seguir trabajando la implementación de los programas de prevención en general, de seguridad del paciente, higiene de manos y vacunación.

En palabras de Paloma García de Carlos, responsable autonómico de la Estrategia de Seguridad del Paciente y PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos), en las Islas Canarias, se precisa de una "remodelación y un cambio en la cultura de las organizaciones. La parte más asistencial lleva implícita una tarea de prevención importante que supone pasar por una cultura de higiene de manos y racionalización en el uso de dispositivos invasivos".

Principales retos y necesidades en el abordaje de la RAM

En cuanto a los principales retos y necesidades en el abordaje de las resistencias a los antimicrobianos (RAM), Ignacio López Puech, jefe de Servicio del Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación del SCS señaló que se debe dar un paso adelante en la comunidad canaria en cuanto a la formación que se está desarrollando en los hospitales y avanzar hacia unos indicadores más correctos de las resistencias y del buen uso de los antibióticos. "Es imprescindible para la Atención Primaria ser capaces de unir los diagnósticos que se recogen en la historia clínica con la prescripción que se hacen en receta médica. Es uno de los proyectos que tiene priorizados la Dirección General de Programas asistenciales para este año 2024", afirmó López Puech.

Con respecto a la colaboración entre los diferentes actores implicados, Lucy Abella Vázquez, especialista en Medicina Interna, explicó que para fomentar la comunicación y la relación entre los agentes implicados: los gobiernos, ministerios, especialistas, facultativos, veterinarios, farmacéuticos, odontólogos, médicos de centros sociosanitarios, lo principal es comunicación, formación y concienciación. "En el hospital detectamos que faltan conocimientos sobre antibióticos ya que son fármacos con especiales dianas terapéuticas. Son de los más coste-eficaces y se prescriben con una ligereza muy habitual ya que nos sentimos seguros poniendo un antibiótico, aun cuando tenemos la incertidumbre de que sea un proceso infeccioso", señaló Abella. "La manera de abordarlo es comunicarnos, tener objetivos comunes y fomentar el PROA en atención primaria", sentenció.

"¿Tenemos falta de nuevos antibióticos? ¿Qué papel juegan las universidades y los propios hospitales, además de la industria?", cuestionó Rita Tristancho. Para Antonio López Navas, en la actualidad existen múltiples moléculas en investigación en las fases iniciales. "El problema es que dar el salto a las fases posteriores es muy complejo. Por lo que la administración podría apoyar a hacer esa transición de esa investigación del nivel universidad a nivel hospitalario o de una pequeña empresa, a las grandes compañías, que son las que tienen la capacidad porque desarrollar un antibiótico nuevo supone un gran coste monetario y de logística", afirmó.

Formación en el uso de antibióticos

"¿Consideráis necesario una mayor formación en el uso de antibióticos para los sanitarios que prescriben? ¿Qué criterios podrían ser útiles para optimizar la elección de antibióticos?", preguntó Rita Tristan-

cho. En palabras de Rafael Gil Orozco, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, la formación es imprescindible para todos los profesionales sanitarios. "Es necesario pese a ser un proceso costoso porque se observan deficiencias en algunas prescripciones. Los ciudadanos también tienen un papel muy importante y sería importante proporcionarles una educación sanitaria básica".

"En Canarias tenemos sistemas de alerta en atención primaria, hospital, el Servicio Canario de Salud. ¿Qué podéis decir de las pruebas rápidas para la identificación de microorganismos que permitan la optimización de los antibióticos en atención primaria y el sistema en la red de apoyo a hospitales basado en la integración de datos farmacológicos, microbiológicos, epidemiológicos, disponibilidad de datos de sensibilidad? ¿tenemos información suficiente?", cuestionó Rita Tristancho al grupo de expertos.

Para Jonathan González García, coordinador científico del Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) de las Islas Canarias, la monitorización del consumo antibiótico es un indicador fundamental dentro de los PROA y dentro del propio PRAN. "Nos dan muchísima información que nos permite, en primer lugar, detectar desviaciones o potenciales desviaciones en el consumo que podamos estar teniendo nuestra institución o una determinada unidad en concreto. También nos permite evaluar el impacto de las medidas que hemos tomado para corregir esa desviación", señaló.

Sensibilización y concienciación a la ciudadanía

"¿Cómo se puede sensibilizar y concienciar a la población sobre el consumo y el uso responsable de antibióticos? ¿Qué papel juega la adherencia terapéutica en la aparición de estas bacterias multirresistentes?", preguntó Rita Tristancho.

Lucy Abella Vázquez, especialista en Medicina Interna, afirmó que la adherencia es fundamental para prevenir el desarrollo de resistencias y recalcó que la adherencia no solo consiste en completar los días prescritos de antibióticos sino tomarlos el tiempo justo. "Todos recordamos las campañas que había anteriormente para la toma de los antibióticos, no solamente hasta que el paciente deje de tener síntomas sino hasta que le prescriba su médico. Eso es fundamental, porque si no lo tomamos de manera adecuada, no eliminamos por completo las bacterias y se pueden hacer más susceptibles a los antimicrobianos".

"¿Se hacen campañas suficientes de información o formación sobre el uso prudente de antibióticos dirigidas a la población general? ¿O se puede trabajar mejor esto?", preguntó Rita Tristancho.

Antonio López Navas considera que "necesitamos un cambio cultural profundo en el paciente y en el profesional sanitario. España y los países del Mediterráneo tenemos una desventaja enorme con otros países donde es impensable para un padre o una madre entrar en una consulta médica y exigir un antibiótico, no lo concibe y salir sin el antibiótico tampoco".

El papel de la prevención en el uso inadecuado de antibióticos

"En las estrategias para prevenir los contagios ¿Qué papel tiene la medicina preventiva? ¿qué contribución tienen los medios de comunicación en la cultura ciudadana sobre el uso inadecuado del antibiótico?", cuestionó Tristancho.

Rafael Gil Orozco explicó que la medicina preventiva es uno de los pilares fundamentales en la prevención de los contagios. "Nosotros nos regimos siempre por el control de infección, que es una de nuestras grandes áreas. Eso nos lleva a una vigilancia y a evitar esos mecanismos de transmisión de los multirresistentes, la higiene de manos que es fundamental y con mucho margen de mejora".

En cuanto a la contribución de los medios de comunicación, Gil Orozco afirmó que la información ha aumentado en gran medida en los últimos años. Sin embargo, la información que le debería llegar a la población debe ser clara y directa: "Lo más importante en educación sanitaria es realizarla desde el inicio ya que es más difícil formar a una persona adulta. Existe mucho margen de mejora en esa educación aunque antes debemos centrarnos en formar mejor a los sanitarios porque aún nos queda mucho por aprender", sentenció.

Para terminar, Rita Tristancho argumentó varias conclusiones extraídas del encuentro *One Health*, además de dar paso al público asistente para la formulación de varias preguntas dirigidas a los expertos.

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
	Miércoles, 8 de mayo		
11:30 - 12:00	Recepción y recogida de la documentación		
12:00 - 13:15	MESA 1 GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 1
13:15 - 14:30	MESA 2 CAMBIO ORGANIZATIVO	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 2
14:30 - 16:00	ALMUERZO		
16:00 - 17:15	ACTO OFICIAL APERTURA		
17:15 - 18:30	CONFERENCIA INAUGURAL		
	Jueves, 9 de mayo		
9:30 - 10:30	MESA 3 INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA SOSTENIBLE	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 3
10:30 - 11:30	MESA 4 EXPERIENCIAS Y RESULTADOS EN VALUE BASED HEALTH CARE	CONFERENCIA	TALLER/SIMPOSIO
11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		
12:00 - 13:15	MESA 5 CONSEJEROS	Comunicaciones orales 4	Defensa posters 1
13:15 - 14:30	MESA 6 ECONOMÍA CIRCULAR E IMPACTO MEDIOAMBIENTAL	CONFERENCIA	TALLER/SIMPOSIO
14:30 - 16:00	ALMUERZO		
16:00 - 17:15	MESA 7 PERSONAS: SOSTENIBILIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS	PROFESOR BAREA: desarrollo y evaluación de proyectos premiados	Comunicaciones orales 5
17:15 - 18:30	MESA 8 FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: ¿HACIA DÓNDE VAMOS?	PROFESOR BAREA: desarrollo y evaluación de proyectos premiados	Comunicaciones orales 6
	Viernes, 10 de mayo		
9:30 - 10:30	MESA 9 IMPACTO DE LAS TIC EN LA EFICIENCIA Y MODELOS APLICADOS DE IA	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 7
10:30 - 11:30	MESA 10 DIRECTORES GENERALES DE RECURSOS ECONÓMICOS: COSTES. MEDICIÓN POR PROCESOS Y ACTIVIDAD, NUEVOS INDICADORES	Comunicaciones orales 8	Defensa posters 2
11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		
12:00 - 13:15	CONFERENCIA	TALLER/SIMPOSIO	Comunicaciones orales 9
13:15 - 14:30	ENTREGA DE PREMIOS Y CIERRE DE LAS JORNADAS		

El personal de enfermería podrá prescribir ibuprofeno y paracetamol para la fiebre

El personal de enfermería podrá prescribir paracetamol e ibuprofeno para atajar los procesos febriles de sus pacientes. El Ministerio de Sanidad ha publicado recientemente en el Boletín Oficial del Estado (BOE) la guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos para la fiebre sujetos a prescripción médica por parte de los y las enfermeras.

La guía busca orientar las actuaciones del personal de enfermería en el tratamiento farmacológico de personas con fiebre, "uno de los síntomas más comúnmente abordados en el ámbito sanitario". Desde el sindicato de enfermería Satse han valorado de forma positiva la medida, al considerar que "constituye un nuevo avance para lograr el objetivo final de que todas las enfermeras tengan cobertura legal a la hora de indicar y utilizar medicamentos sujetos a prescripción médica de uso habitual".

En concreto, la guía establece un marco para el inicio de uso de ibuprofeno y paracetamol, así como para modificar, prorrogar, suspender o finalizar el tratamiento en aquellas poblaciones, adultas o pediátricas, con fiebre.

Esta es la sexta guía de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de los y las enfermeras. Previamente, el Ministerio de Sanidad había publicado guías para Enfermería en casos de heridas, diabetes tipo 1 y tipo 2, quemaduras, ostomías y sobre anticoagulantes orales.

Más de 10.000 farmacias adheridas a FarmaHelp ayudan a los pacientes a localizar medicamentos

Más de 10.000 farmacias de todas las provincias de España ya se han conectado a FarmaHelp, la herramienta de la organización farmacéutica colegial que permite al farmacéutico comunitario contactar con las farmacias de su entorno cuando un paciente necesita un medicamento y no dispone del mismo.

Esta aplicación casi duplicó las farmacias adheridas durante el año pasado, algo que permite que cada día más pacientes encuentren sus medicamentos gracias a su farmacéutico y a pesar de los problemas de suministro. Se trata de un ejemplo más de la digitalización de las farmacias, que permitió localizar casi 50.000 medicamentos en 2023.

Gracias a FarmaHelp, aplicación desarrollada para mejorar la prestación, los farmacéuticos pueden consultar a las farmacias de alrededor para conocer la disponibilidad de un medicamento, por necesidad del paciente o por algún tipo de incidencia en el suministro. El resto de farmacias participantes responden esta petición de forma voluntaria y, en caso de tener disponibilidad, ofrecen una solución facilitando al paciente el acceso a su tratamiento a través de la farmacia indicada.

El uso de esta solución digital gracias a que nuevas farmacias se van incorporando al sistema de manera desinteresada, lo que permite incrementar las posibilidades de éxito cuando un medicamento no está disponible.

Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Farmacéuticos, destaca "el crecimiento experimentado por FarmaHelp", un incremento que sobrepasó las expectativas y demostró "cómo la profesión aprovecha las posibilidades de la digitalización para ofrecer soluciones a los pacientes". Aguilar considera que esta herramienta colaborativa demuestra que "el único interés de los farmacéuticos es garantizar el acceso a los tratamientos".

Ribera crece con dos hospitales en Cascais y Valencia, un grupo de clínicas en Murcia y una policlínica en Torrevieja

Ribera sigue creciendo en número de centros sanitarios, servicios, tecnología e infraestructuras para el cuidado de la salud de los ciudadanos. En 2023, el grupo sanitario ha sumado a su red asistencial el Hospital de Cascais y el hospital Ribera IMSKE Valencia, así como el grupo de clínicas murciano Cardiosalus y la policlínica Ribera Ciudad Quesada, en el área de Torrevieja.

Con estas nuevas incorporaciones, son ya 13 los hospitales del grupo, que además cuenta con más de 40 policlínicas y gestiona más de medio centenar de centros de Atención Primaria. Además, tanto los tres hospitales de Galicia (Ribera Povisa, Ribera Polusa y Ribera Juan Cardona) como los tres de Murcia (Ribera hospital de Molina y los hospitales Ribera Virgen de la Caridad y Ribera Caravaca) han ampliado su cartera de servicios sanitarios para la población, el Hospital Universitario de Torrejón ha inaugurado una nueva planta de hospitalización psiquiátrica y, en el primer semestre del año se ha puesto a disposición del Gobierno el segundo hospital público privado en Kuwait, fruto del proyecto en el que ha colaborado Ribera con Dhaman corporation.

En esta misma línea de expansión y consolidación ha discurrido 2023 para la división de laboratorio del grupo, Ribera Lab, que en este periodo de tiempo ha asumido el diagnóstico biológico integral, es decir, todas las determinaciones y analíticas, de las áreas sanitarias de Vinalopó (Elche) y Torrejón (Madrid) donde gestiona los respectivos hospitales de referencia, y en el primer caso, también la Atención Primaria.

"La gestión global de la salud", lema de las XIII Jornadas Nacionales de SEDISA

"La tecnología ha pasado de ser un acelerador a liderar la transformación de la salud. De ser una herramienta, a capitalizar los retos de las organizaciones sanitarias. Tal es la velocidad del cambio que los directivos de la salud que no hayan situado estas tendencias en el centro de su modelo de gestión corren el riesgo de no poder acceder a los desafíos que están por venir", señala José Soto Bonel, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) durante la presentación de las XIII Jornadas Nacionales.

Estas jornadas, se celebrarán los próximos días 22, 23 y 24 de mayo de 2024 en el Palacio de Congre-

sos de Valencia bajo el lema la “Gestión global de la salud”. Durante las mismas, “analizaremos el impacto de los nuevos entornos que ya dibujan la Inteligencia Artificial, el blockchain o la computación cuántica. Además, nos centraremos en las personas focalizándonos en aquellos agentes que forman el nuevo ecosistema de la salud e impactan en la gestión global”, señala Francisco Dolz, presidente de las XIII Jornadas Nacionales de SEDISA y miembro de la Junta Directiva de SEDISA.

Estas Jornadas se celebrarán en el Palacio de Congresos de Valencia, una obra del arquitecto Norman Foster y galardonado como Mejor Palacio de Congresos del Mundo en 2018 y 2010. Destaca por realizar una gran apuesta por la sostenibilidad a través del Proyecto ODS, una iniciativa global que alcanza todos los ámbitos de actuación del edificio y centra sus esfuerzos en reforzar el compromiso medioambiental alineado con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. En ese sentido, desde SEDISA, “llevaremos a cabo unas Jornadas Nacionales completamente sostenibles, por ello, el catering estará basado en productos locales de temporada, además, facilitaremos el camino al Palacio de Congresos de Valencia a través de otros medios de transporte que reduzcan o no incrementen la huella de carbono, facilitando hoteles cercanos, desplazamientos en metro (hay una boca de metro cerca) y medios como bicicletas o medios propulsados por energía limpia”.

Estas jornadas contarán con la colaboración de 70 sociedades científicas y entidades del sector de la salud y abordará “la evolución que la Gestión Sanitaria debe realizar en materia de talento en las Organizaciones, los recursos económicos precisos para el desarrollo estructural de un modelo de estas características y el desarrollo de la interoperabilidad y la disponibilidad y capacidad de explotación de datos de salud del paciente a través del uso de las nuevas tecnologías”, señala Francisco Dolz.

La revista

con toda la información

necesaria

para conocer el

mundo empresarial

SECTOR EJECUTIVO
Paseo de Santa María de la Cabeza, 42 ■ 1º ■ 28045 MADRID (España) ■ Tel. +34 91 539 28 50
www.sector-ejecutivo.com ■ sectorejecutivo@telefonica.net

NOMBRAMIENTOS

El Consejo de Ministros, a propuesta del Ministerio de Sanidad, ha hecho efectivos recientemente los nombramientos de **Pedro Gullón Tosio** como nuevo Director General de Salud Pública; **Belén González Callado**, como primera directora del recién creado Comisionado de Salud Mental; y a **Jacobo Fernández Álvarez** como Secretario General Técnico del Ministerio. Por su parte, la hasta ahora directora general de Salud Pública, **Pilar Aparicio Azcárraga**, ha sido designada como nueva responsable de la coordinación de estrategias de salud en la Subdirección de Salud Asistencial.

Por comunidades autónomas:

En Andalucía, **María Luisa del Moral Leal** ha sido nombrada nueva Viceconsejera de Salud; y **Valle García Sánchez** pasa a ser la Gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En Murcia, **Carlos Alberto Arenas Díaz**, ha sido nombrado Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. La directora gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) ha nombrado a otros dos altos cargos: **José Manuel Alcaraz Muñoz** es el nuevo Subdirector general de Tecnologías de la Información, mientras que **Beatriz Ríos Morata** pasa a ocupar la Subdirección General de Atención Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias 061.

Y en Aragón, **José Manuel Martínez Sesmero** ha sido nombrado Subdirector Médico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

Lo más visto en las redes

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

Juan Abarca Cidón
La famosa Ley de Pandemias

Alberto de Rosa
25 años en Ribera: el viaje de mi vida

COMSalud
Asociaciones de profesionales sanitarios promueven un código ético de la Inteligencia Artificial en Salud

Lucía Galán
Dermatitis atópica y salud mental

Ignacio Hernández Medrano
Cambiar la pregunta

Miguel Ángel Mañez
Lecciones de la pandemia para mejorar

Leticia Polignano
La profesional golondrina: volando de un empleo a otro

Asociación Española de Derecho Sanitario
Acuerdo provisional sobre las primeras normas del mundo para la Inteligencia Artificial

ECONOMÍA

España destina 8.267 millones de euros a licitaciones del sector sanitario

Las licitaciones destinadas a garantizar la operatividad del sector sanitario alcanzaron las 8.689 partidas en 2023, para las que se ha destinado 8.267 millones de euros en los tres primeros trimestres de año, según el informe 'Evolución y análisis del sector sanitario en la licitación pública', realizado por un equipo de especialistas en inteligencia comercial de DoubleTrade.

Esta cifra supone un incremento de un 35% frente al registrado en el mismo período del año pasado (6.126 millones de euros), a pesar de que el volumen de licitaciones se ha estabilizado y es muy similar al registrado en 2022 (8.817 concursos públicos).

Según revela el estudio, la mayor parte de la inversión en el sector sanitario se destina al suministro de equipo y material sanitario y de laboratorio, para lo cual se han convocado un total de 5.340 concursos con una inversión significativa de 4.666 millones de euros. Les siguen las partidas destinadas a servicios sanitarios y la adquisición de productos farmacéuticos, respectivamente.

El impulso presupuestal de la Administración se refleja en el incremento del 35% respecto al 2022 y supone la herramienta principal para nutrir a hospitales, farmacias y laboratorios de todos los medicamentos y material sanitario que precisan para ejercer su labor, pero también abre un amplio abanico de oportunidades de negocio para las empresas especializadas que logren hacerse con estas ofertas públicas.

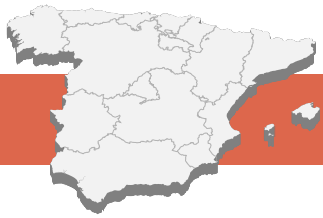
Poniendo el foco en la distribución de concursos por regiones, destacan Cataluña y Madrid, seguidas por Andalucía y la Comunidad Valenciana. Cataluña ha registrado un total de 1.490 licitaciones con una inversión de más de 2.752 millones de euros. Por su parte, Madrid ha registrado un total de 1.480 licitaciones y una inversión superior a los 785 millones de euros.

Almirall repatria un *holding* desde Países Bajos a España

Si bien la ruta entre España y Países Bajos está más transcurrida hacia el norte, también existen casos de empresas que deciden emprender el camino hacia el sur. Uno de estos casos es el de la farmacéutica Almirall, que ha optado por repatriar un *holding* que tenía radicado en Ámsterdam bajo el que colgaba parte del negocio internacional del grupo. En su lugar ha abierto una nueva sociedad en Barcelona tras la clausura de la sociedad neerlandesa.

Según consta en el Registro Mercantil de los Países Bajos, la compañía controlada por la familia Gallardo cerró a finales del año pasado la sociedad Almirall International BV, que poseía unos activos de 131,9 millones de euros por las participaciones poseídas de filiales de otros países. Seguidamente, constituyó en España la firma Almirall Holding Iberia, con un capital de 52,9 millones de euros.

De este modo, la farmacéutica catalana pasará a controlar desde España la parte del negocio internacional que pendía de Holanda –la titular final seguía siendo Almirall SA-, aunque no han cambiado las participaciones que poseía. Se trata de un cambio de estructura más que de negocio.



SANIDAD AUTONÓMICA

Tres hospitales públicos de Madrid acogerán laboratorios de referencia europea, únicos en España

Tres hospitales públicos de la Comunidad de Madrid albergarán laboratorios de referencia de la Unión Europea (EURL, por sus siglas en inglés), en una designación otorgada al consorcio gestionado por el Servicio Madrileño de Salud (Sermas), y según recoge el Reglamento de Ejecución 2023/2713 de la Comisión Europea, publicado recientemente en el Diario Oficial de la institución comunitaria.

Así, los centros sanitarios del Gregorio Marañón, La Paz y Ramón y Cajal, todos ellos emplazados en la capital, contarán con espacios especializados en los productos sanitarios que se utilizan para el diagnóstico in vitro. En concreto, aquellos destinados a la detección o cuantificación de marcadores de dos tipos de infecciones: las ocasionadas por los agentes bacterianos y por el herpes-virus. De esta manera, Madrid será la única región española que cuente con dichas instalaciones, de las que también disponen países como Suecia y Alemania.

Este proceso de selección se debe a una convocatoria lanzada en 2022 por la UE, en la que los estados miembros presentaron sus candidaturas, antes del 31 de marzo del presente año. Tras la evaluación de un comité, se eligieron laboratorios de referencia europea en ocho campos sanitarios, de los que los hospitales madrileños destacaron en dos.

Las sociedades científicas apoyan en Castilla-La Mancha la categoría de Técnico Medio Sanitario en Farmacia

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) ha iniciado una ronda de contactos con las sociedades científicas y representantes de los colectivos para los que la última Mesa Sectorial de las instituciones sanitarias aprobó la creación de categorías de personal estatutario en el ámbito asistencial dentro del sistema sanitario público regional.

El primero de estos encuentros ha sido para abordar la puesta en marcha de la categoría de Técnico Medio Sanitario de Farmacia y en el mismo han estado presentes los directores generales de Recursos Humanos y Transformación y de Asistencia Sanitaria del Sescam, Iñigo Cortázar e Ibrahim Hernández, respectivamente, y la directora general de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia, Carmen Encinas.

Por parte de las sociedades científicas a la reunión han asistido la presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Cecilia Martínez Fernández Llamazares y el presidente de la Sociedad Española

de Farmacéuticos de Atención Primaria, José Manuel Paredero.

La última Mesa Sectorial del Sescam aprobó el borrador de proyecto de decreto de creación de seis de categorías de personal estatutario en el ámbito del Sescam, entre ellas la de Técnico/a Medio Sanitario en Farmacia, con el fin de dar respuesta a las necesidades asistenciales actuales y que requieren de profesionales con una específica cualificación académica y técnica.

A este respecto, tal y como han puesto de manifiesto los responsables del Sescam, en el área de farmacia es preciso contar con un equipo profesional debidamente formado que haga funcionar con mayores y más depurados criterios de calidad el engranaje que hoy en día constituye un Servicio de Farmacia y para cuya correcta gestión operativa es necesaria la incorporación de personal técnico con formación específica para realizar las funciones complementarias y de apoyo.

Por ello, y con el fin de ofrecer una atención farmacéutica universal, continua, integral y adecuada a la población, es necesario dotar a estos servicios de personal específicamente cualificado que desempeñe, con carácter general, los servicios complementarios y de apoyo de las funciones que desarrolla el personal facultativo farmacéutico.

Cáceres acogerá un centro público "pionero" para atender a personas con ELA

La Junta de Extremadura ha formalizado recientemente un convenio con el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 para crear en Cáceres un centro público especializado atención a personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El acuerdo, en el que se fija un presupuesto de 2 millones de euros para la construcción y el equipamiento de las instalaciones, en la residencia de mayores Cervantes, supone que la región sea “pionera en España y en la Unión Europea” en este sentido, según el Gobierno autonómico.

Se trata de uno de los dos primeros centros públicos especializados en ELA que se impulsan en España desde el Ejecutivo. La ministra de Sanidad, Mónica García, ha resaltado en su cuenta de X, antiguo Twitter, que "se ponen en marcha los dos primeros centros públicos de España especializados en ELA, un proyecto pionero de Ministerio de Derechos Sociales que ofrecerá atención especializada desde un enfoque social". También ha recordado que desde su departamento se trabaja en la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas “para promover la atención temprana y hacer un abordaje integral respetando la autonomía de los pacientes”.

García ha resaltado que el Plan Únicas para “mejorar el diagnóstico y la asistencia en 25 hospitales”, cuenta con una inversión de 70 millones de euros. Además, ha recordado que Sanidad ya ha repartido 50 millones a las comunidades autónomas “para mejorar la atención sanitaria a las personas con ELA y otras enfermedades raras, homogeneizar los programas de cribado neonatal e impulsar el tratamiento rehabilitador mediante exoesqueletos”.

BIBLIOTECA

Prevención de adicciones a través de la práctica deportiva

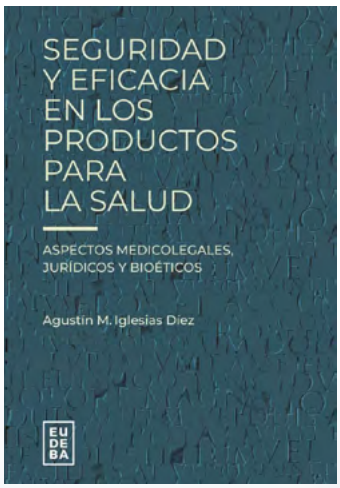
Fco. Javier Giménez, Manuel T. Abad y Estefanía Castillo (Coordinadores)

Cuando en cualquier entorno social surge el problema de las adicciones, las personas afectadas y las más allegadas, encuentran el mayor consuelo y apoyo en la información y en la formación. Sienten la necesidad de aprender y saber más sobre lo que ocurre y supone acercarnos más a ellos y también a la solución. Pero resulta fundamental encontrar información seria, veraz, coherente y, sobre todo, útil para enfrentar el problema.

La Unidad de Prevención Social (UPS) de la Diputación de Huelva se ha especializado en prestar asistencia técnica a los ayuntamientos desarrollando programas, materiales y actividades preventivas adaptadas a las diversas áreas municipales. Este manual pretende impulsar la prevención de adicciones mediante la actividad física y el deporte, y pone en manos de las entidades locales una herramienta que ayude a prevenir a través del servicio de deportes que presta a sus vecinos y vecinas. Trabajos como este son la mejor prueba de que la labor de investigación y la experiencia en este campo pueden convertirse en un instrumento esencial, pero, sobre todo, tremendamente útil.

Seguridad y eficacia en los productos para la salud

Agustín M. Iglesias Díez



Este estudio analiza la elaboración de construcciones valorativas que respaldan decisiones en la aprobación de productos para la salud humana en los Estados Unidos, la Unión Europea y la Argentina desde 1980 hasta hoy. Se examinan circunstancias y metodologías involucradas en este proceso que culmina en un acto jurídico de aprobación o rechazo. En la producción de información científico-técnica para decisiones administrativas intervienen profesionales de salud y disciplinas afines. Esta información es crucial para evaluar seguridad y eficacia y que se cumplan requisitos legales para autorizar comercialización. No obstante, la toma de decisiones no se limita a hechos observables. Incluye la valoración de riesgos, beneficios y consecuencias sociales y jurídicas, a veces influenciada por factores ideológicos que determinan la resolución oficial sobre la solicitud.

Newmedicaleconomics.es

New Medical Economics

La revista líder de gestión sanitaria

Revista NME

Canal Online

Comunidad

Premios NME

Eventos

Campañas institucionales

Suscripción gratuita

PARA MÁS INFORMACIÓN: **secretariatecnica@newmedicaleconomics.es**