

Optimizando la atención sanitaria mediante la Inteligencia Artificial



Políticas sanitarias:

La salud como política de gobierno

Entrevista:

María Martín Díez, Consejera de
Salud y Políticas Sociales de La Rioja

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos

Alfonso Jaén, Margarita

Directora del Observatorio de Sanidad de El Español e Invertia

Álvarez Novoa, Iria

Government Affairs and Market Access Director de Astellas Pharma

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

Crespo de la Cruz, Pablo

Secretario General de FENIN

Cruz Martos, Encarnación

Directora General de BIOSIM

De Lorenzo y Montero, Ricardo

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

De Rosa Torner, Alberto

Director Ejecutivo Europeo Grupo Sanitario Ribera

Domínguez-Gil González, Beatriz

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Franco Fernández-Conde, Antonio

CEO Luzán 5 Health Consulting

García Giménez, Víctor

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

Garrido López, Pilar

Presidenta de la FACME

Gilaberte, Yolanda

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

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

Lorenzo Garmendia, Andoni

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Martínez Solana, María Yolanda

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

Millán Rusillo, Teresa

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego

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

Navarro Rubio, Mª Dolores

Directora de Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

Peña López, Carmen

Immediate 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 M^a Martínez García

DIRECTOR

Luis Rosado Bretón

DIRECTORA DE OPERACIONES

Paloma Tamayo Prada

paloma@newmedicaleconomics.es

Teléfono: 630 127 443

REDACTORA JEFE

Carmen M^a Tornero Fernández

redaccion@newmedicaleconomics.es

Teléfono: 606 16 26 72

REDACCIÓN Y DISEÑO

Jesús González Bonilla

jesus@newmedicaleconomics.es

Teléfono: 629 940 354

JEFA DE PRODUCTO

Dilenny Camacho Diplán

dilenny@newmedicaleconomics.es

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

EDITA

HEALTH ECONOMICS, S.L.

ISSN: 2386-7434

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN SANITARIA

Dilenny Camacho Diplán,
Directora Fundadora Gestionando Salud



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



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



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



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,
Enfermera del Servicio Galego de Saúde.



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



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



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



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



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



Nora Vázquez Martínez,
Jurista y Sanitaria



EXPERIENCIA DEL PACIENTE

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



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



Andoni Lorenzo Garmendia,
Presidente de Foro Español de Pacientes.



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



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



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

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



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



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



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



Juan Carlos Santamaría González,
Director de Comunicación de Inthealth (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).



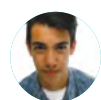
Ofelia De Lorenzo y Aparici,
Presidenta de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS).



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 TALENTO HUMANO

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



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.





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

- 6 Políticas sanitarias**
La salud como política de gobierno
- 9 Enfermería**
Llevar obras de arte a los hospitales:
¿decoración o cuidado emocional?
- 15 Salud digital**
Salud vs. privacidad: ¿Quién manda aquí?
- 17 Experiencia del paciente**
La experiencia del paciente emerge como
valor fundamental y estratégico
- 21 Gestión**
Gestión sanitaria y nuevas tecnologías
- 24 Nuestros encuentros con expertos**
Planes estratégicos para el tratamiento
integral de las enfermedades neurológicas
- 28 En profundidad**
El poder de la unidad
Diagnóstico precoz y prevención. Una me-
dida a nuestro alcance
El uso de las TIC en el ámbito de las enfer-
medades crónicas: breve repaso a través
de la psicooncología
La guerra: un caldo de cultivo para las en-
fermedades
- 41 One health**
¿Qué es One Health?
- 45 Entrevista**
María Martín Díez, Consejera de Salud y
Políticas Sociales de La Rioja
- 49 En portada**
Optimizando la atención sanitaria median-
te la Inteligencia Artificial
- 57 Noticias**
- 65 Nombramientos**
- 67 Lo más visto en las redes**
- 68 Economía**
- 71 Sanidad autonómica**
- 74 Biblioteca**



POLÍTICAS SANITARIAS



La salud como política de gobierno

Boi Ruiz García

Desde las instancias responsables de salud de las diferentes administraciones sanitarias se postula reiteradamente por la presencia de la salud en todas las políticas. La OMS lo promueve en sus documentos *Health in all Policyes* y el más reciente, *One Health*.

Satisfacer el derecho a la protección de la salud no es una responsabilidad únicamente de las autoridades sanitarias. De todos es bien sabido que la salud de las personas depende de muchos factores de influencia ligados a las políticas y a sus resultados allí

donde nacemos, vivimos y envejecemos. Le hemos llamado “código postal” por analogía con otro de los determinantes de la salud como es el código genético. No obstante, cuando se habla de problemas de salud, se acostumbra a poner un mayor acento en aquello que atañe a la atención sanitaria, cuando esta solo contribuye en un 20%.

Según el *Population Health Institute* de la Universidad de Wisconsin, el 80% de los determinantes de la salud no dependen del sistema sanitario. Van desde el medio ambiente, a las conductas relacionadas con



la salud, pasando por los factores socioeconómicos. Ello debería suponer que la salud ha de estar más allá de la responsabilidad de un único Ministerio o Consejería.

Vamos a ver algunos ejemplos simples de la relación, en la vida diaria de las personas, con las políticas existentes que pueden afectar a su salud y que no son competencia de las autoridades sanitarias.

Empecemos por tener acceso a una vivienda donde vivir y que esta reúna las condiciones de salubridad nos va a marcar el inicio del recorrido que vamos a hacer. De ello va a depender cómo regulemos la protección social de acceso a la vivienda, por un lado, y las licencias de habitabilidad, por otro.

A la condición de vida de la vivienda le añadiremos la de una alimentación segura y accesible con la que iniciar el día, todo ello acompañado de unos buenos hábitos.

Vamos después a desplazarnos para ir al trabajo, a la escuela o recibir alguna atención. Las políticas de movilidad van a redundar en nuestra forma física y en la salud medioambiental. Cuando hablamos de políticas de seguridad vial y su impacto en las muertes evitables intervienen no solo las medidas establecidas por las autoridades de tráfico, sino también las establecidas para la fabricación de automóviles como la obligación de dotarlos de airbag o los requisitos que debe cumplir un casco para motoristas. Y no digamos los aspectos ligados a la protección medioambiental exigibles a la motorización de los vehículos.

Si somos población escolar, las políticas educativas que tengan en cuenta el fomento aplicado de los hábitos saludables serán contribuyentes a una buena salud de los niños y los jóvenes. Como también lo es el fomento de la lectura y el acceso a la cultura en general y a la actividad física en particular. Abrir los patios de las escuelas los fines de semana a los niños de los barrios donde estas se encuentran, como se hace en alguna comunidad autónoma, y disponer de amplios espacios verdes o de rutas peatonales saludables son políticas que han de ser eficaces para

“

Satisfacer el derecho a la protección de la salud no es una responsabilidad únicamente de las autoridades sanitarias

”

combatir el sedentarismo. También van a contribuir las políticas de conciliación laboral.

Disponer de empleo es también una política de salud condicionada a las políticas económicas y la contribución de estas, junto a las de educación, a los determinantes socioeconómicos.

Si somos tributarios de una prestación social huelga decir que su accesibilidad y eficacia van a paliar los efectos de la enfermedad o bien van a evitarla.

Tenemos que decir, no obstante, que muchas de las políticas impulsadas por las administraciones incluyen, si no en su justificación, sí en sus consecuencias, referencias a sus efectos sobre la salud. Pero aún falta evaluar el impacto esperado de esas políticas sobre la salud de forma agregada, como gobierno y haciéndolas públicas con sus oportunos indicadores para legitimar el discurso de “Salud en todas las políticas”. En algunas comunidades autónomas se han establecido mecanismos de actuación de sus gobiernos para la identificación, seguimiento y abordaje de los determinantes de la salud en sus políticas públi-



cas, que vienen a suponer un “test salud” de esas políticas. La coordinación de esas actuaciones interdepartamentales recae en las consejerías de salud.

Notamos a faltar, no obstante, una instancia transversal en los gobiernos, del Estado y autonómicos, responsables de la agregación de las políticas y de la evaluación del efecto sistémico sobre la salud que muchas de ellas tienen. Para la futura Agencia de Salud Pública puede ser una oportunidad.

Sería aconsejable que esa evaluación estuviera incorporada, desde el inicio, en los marcos normativos que sustentan las políticas. Del mismo modo que muchos acuerdos de gobierno deben ir acompañados de una memoria económica, podríamos acompañarlos también de una memoria del impacto esperado en salud y de cómo y cuándo. Algunas experiencias se han dado ya en nuestro país.

Los indicadores de impacto en salud de todas las políticas, como elemento indispensable de la evaluación, deben sustentarse en la oportuna información. Para ello se requiere un esfuerzo importante, para establecer unos ámbitos comunes entre todos los ministerios o todas las consejerías en el caso de los gobiernos autonómicos. Así mismo, cabe establecer la métrica adecuada en cada caso, los mecanismos

de recogida, almacenaje y difusión de la información todo ello atendiendo a valorar la complejidad que supone lo que estamos diciendo.

En algunas comunidades autónomas se han establecido mecanismos de actuación de sus gobiernos para la identificación, seguimiento y abordaje de los determinantes de la salud en sus políticas públicas, lo que viene a suponer un “test salud” de esas políticas. La coordinación de esas actuaciones interdepartamentales recae en las consejerías de salud.

Las políticas de vivienda, urbanismo, consumo y alimentación, movilidad, empleo ocio y cultura, escuela y enseñanza, protección social y cuidado de los mayores, son tan políticas de salud como la vacunación. Aceptado muy ampliamente lo dicho, seguramente ganaríamos en eficiencia y eficacia con un abordaje de las actuaciones más agregado, más sistémico y más de gobierno. Salud en todas las políticas es una buena intención que debe alcanzar una buena materialización explicable por actuaciones, pero también por resultados.

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



Llevar obras de arte a los hospitales: ¿decoración o cuidado emocional?

Carmen Ferrer Arnedo

Estamos en el mes de marzo, en la 43 edición de ARCO, la Feria de Arte Contemporáneo que se acaba de celebrar en Madrid, donde artistas, galeristas, coleccionistas se reúnen y comparten su pasión por el arte.

Aprovechando esta excusa, quiero dedicar el artículo de este mes a la relación del arte y la salud y me gustaría poner en valor, como hoy en día, más que nunca, la idea de bienestar, de salud, se enriquece más cuando somos capaces de trabajar de una manera interdisciplinar. Por ello, me gustaría compartir mi experiencia con los lectores de esta sección para demostrar, que a veces, simplemente se trata de querer sumar y de tener objetivos comunes para hacer realidad otra manera de llegar a alcanzar estrategias de bienestar desde enfoques holísticos. Lo podemos conseguir cuando diseñamos proyectos de atención a la salud donde también trabajamos con otras disciplinas que no son estrictamente sanitarias.

Me gustaría compartir mi experiencia sobre cómo la llegada de las obras de arte a los hospitales puede generar un impacto en lo que nos ocupa, es decir, en mejorar la salud de los pacientes y su bienestar durante el ingreso.

Ver cómo existe un componente más para el exitoso del abordaje de los problemas relacionados con la salud y este componente puede ser el arte en sus diferentes formatos.

Hoy es una realidad, que de la mano de los planes de humanización y a través de la Responsabilidad Social Corporativa, el arte se está desplegando en los centros hospitalarios. Lo que sucede es que no siempre se interpreta o aprovecha con el mismo objetivo.

La pregunta es: ¿se trata de decoración de lujo, algo ornamental o tiene también un componente de atención integral y de cuidado emocional?

Es preciso responder a esta pregunta afirmando que se puede utilizar el arte en beneficio de los pacientes, que puede estar en consonancia con la línea del cuidado emocional. Que puede resultar un camino interesante que ayuda a generar bienestar, por todo ello, parece que debería de ser considerado como un valor por parte de los gestores de las organizaciones sanitarias.

Durante el año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó el primer estudio a gran escala sobre los lazos existentes entre arte, salud y bienestar. Se analizaron más de 900 publicaciones científicas de todo el mundo y se llegó a la conclusión de que el arte es capaz de ofrecer una nueva dimensión añadida a la mejora de la salud. Entre otros beneficios se reveló que el arte ayuda tanto a los profesionales como a los pacientes y sus familiares.

Parece que impacta en algunos parámetros como para bajar la tensión, y ayuda ante situaciones de estrés o problemas como la ansiedad.

También se ha observado que reduce la necesidad de utilizar analgésicos y hace que las estancias de los pacientes sean más breves.

En lo que se refiere a los profesionales, también les impacta generando un clima de optimismo. Parece que ayuda en la mejora la comunicación entre pacientes y personal sanitario.

En general, los hallazgos del estudio muestran que el arte puede impactar potencialmente tanto en la salud física como mental de las personas y permite mejorar la experiencia hospitalaria que siempre resulta traumática.

Es por eso, que la OMS hace un llamamiento a gobiernos y autoridades a aplicar políticas que mejoren la colaboración entre el sector sanitario y artístico.

Se trata de realizar una promoción de la participación en este tipo de actividades ya sea de manera activa como pasiva.

Existen distintas categorías que deberíamos de tener en cuenta a la hora de diseñar un proyecto de arte y salud para los centros sanitarios:

- La línea de artes escénicas (p. ej., actividades relacionadas con la música, danza, teatro, canto o cine).
- La línea de artes visuales, diseño y artesanía (p. ej., manualidades, diseño, pintura, fotografía o escultura).
- La línea de la literatura (p. ej., escribir, leer o participar en encuentros literarios).
- La línea de la cultura (p. ej., ir a museos, galerías, exposiciones de arte, conciertos, teatro o festivales culturales).
- La promoción de arte en línea, en formatos digitales y electrónicos (p. ej., animaciones, realización de películas y diseños por ordenador).

Según Fancourt y Finn, los autores del informe de la OMS (2019), las actividades artísticas pueden considerarse intervenciones complejas o multimodales que combinan múltiples componentes. Las actividades artísticas pueden involucrar un desarrollo estético, imagi-

“

El arte puede impactar tanto en la salud física como mental de las personas y permite mejorar la experiencia hospitalaria

”

nación, activación sensorial, evocación de emociones y estimulación cognitiva.

Dependiendo de su naturaleza, una actividad artística también puede involucrar interacción social, actividad física, comprensión de temas de salud y de cuidado de la salud.

Un editorial de *The Lancet*, en relación con esta revisión, destacaba también el papel de las artes en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades.

Así, explicaba, las representaciones positivas de enfermedades mentales en películas, en series de televisión o en representaciones teatrales pueden reducir el estigma y las actitudes negativas frente a estos enfermos, al tiempo que aumentan la comprensión de la enfermedad.

Dentro de este marco de trabajo, la OMS también ha publicado el informe final que se basa en la conferencia “Enfermedades no transmisibles, prevención y control: aprender de las artes” celebrada en Budapest en diciembre de 2022. En dicha conferencia se reunió a una serie de expertos para compartir distintas experiencias sobre el valor de las intervenciones artísticas para la promoción de la salud, centrándose especialmente en



Oso Gominola de dEmo.

la incorporación de herramientas artísticas para la prevención y control de enfermedades no transmisibles en la Región Europea de la OMS.

De una manera más modesta, en un espectro de micro gestión, traigo a este espacio nuestra experiencia, para poner en valor y visibilidad a los pequeños proyectos, basados en la evidencia disponible, que traen grandes consecuencias para nuestros entornos y nuestros pacientes. Este tipo de proyectos son capaces de promover el compromiso en el hacer cotidiano, y tiene gran valor por lo que, recomiendo de nuevo, dar visibilidad a estas pequeñas iniciativas, porque solo así se construyen y se asientan los grandes cambios en nuestras organizaciones.

El Hospital Central de Cruz Roja de Madrid, es un hospital de apoyo de la red pública del sistema madrileño de salud, que a raíz de esta publicación de la OMS diseñó un proyecto de “Arte y salud”, con el que poco a poco hemos ido trabajando desde la Comisión de Humanización del centro que tengo el honor de presidir.

En primer lugar, analizamos la situación:

- El hospital no realizaba ninguna actividad artística y no tenía ninguna colaboración en esta línea, más allá de traer en Navidad algún grupo de músicos a cantar a los pacientes del Hospital de Día.

- El espacio era minimalista, pocas paredes libres y nada de color. Un hospital tradicional de paredes blancas y sin papeles en las paredes.
- Disponía de algunos espacios desaprovechados y que podrían ser aprovechables para este fin: incorporar elementos de distracción, tal y como estaban planteados en el Plan de Humanización, con dedicación a los pacientes desde un enfoque más holísticos.
- Resistencia al cambio por parte de algún grupo de profesionales, considerando una frivolidad cualquier iniciativa artística.

Con estas barreras y oportunidades, se diseñó un plan para desarrollar en cinco años, utilizando la categorización de la OMS y se seleccionaron actividades sencillas y alcanzables para las diferentes líneas:

- Línea de artes visuales: Creación del mural de bienvenida y la sala de confort. Obra diseñada y creada por los profesionales del centro, aficionados a la pintura que, bajo la dirección técnica de Antonio Álvarez un enfermero del hospital, pintor y con la colaboración de cuarenta profesionales y tres voluntarios senior, expertos en creación y restauración, crearon la obra “Muro Abierto” en la sala de confort.

- Línea artes escénicas: La sala de confort como “sala de palomitas y videoteca”. Y también la creación de un Coro del Hospital para la participación de los profesionales.
- Línea de arte literatura: Creación de la biblioteca de pacientes para promoción de la lectura y audio libro. Realización de sesiones de lectura de poesía en grupo. También la sala de confort, se convierte una sala para contemplar el color, generar activación cognitiva, hacer sala de lectura y auditorio de lectura de poesía.
- Línea de cultura: Creación de la galería de arte al aire libre. En primer lugar, se realizó el etiquetado de árboles mediante la señalización de cada uno de los que forma el jardín pizarras, nombrando las diferentes especies de árboles como si fuesen las obras de arte permanentes del hospital y una vez realizado esto se realizó la invitación a escultores consagrados que lideran las exposiciones temporales.

En esta última línea, la que hemos denominado línea de promoción de la cultura y se crea en 2021 en alianza con la Fundación [H]ARTE, para gestionar las exposiciones temporales de arte escultórico. El objetivo es traer a la galería de arte al aire libre obras de arte, de artistas reconocidos que prestan sus obras al hospital, de manera temporal para que los pacientes, sus visitantes y sus familias disfruten de sus obras.

El objetivo es que los pacientes al contemplar las obras, sean capaces de disfrutar de una activación sensorial, desarrollar evocación de la emoción, una estimulación cognitiva y nos permitan en un espacio del hospital, desarrollar una Interacción social estimulada desde el programa “ningún paciente solo”, dado que cuando hacer buen tiempo, los pacientes salen a la galería que es el jardín, con los profesionales del Servicio de Atención al Paciente y contemplando las esculturas, también generan emociones o se comentan las sensaciones, promoviéndose la interacción social.

Desde la Fundación [H]ARTE, se generaron sinergias con los centros sanitarios porque, se quisieron hacer eco también de ese llamamiento de la OMS acercando arte de calidad a hospitales y centros sanitarios. Ellos, trabajan en diferentes hospitales españoles, or-

ganizando exposiciones y actividades de arteterapia para pacientes y sanitarios.

Para la Fundación [H]ARTE, el informe de la OMS proporciona una revisión exhaustiva de los beneficios para la salud que van desde el valor del compromiso estético, de la participación de la imaginación a la interacción con entornos sanitarios del mundo del arte.

En nuestro caso, la alianza entre la Fundación Arte [H]ARTE y el Hospital Central de Cruz Roja de Madrid, ha tenido como fruto tres exposiciones temporales, de tres escultores que generosamente nos han cedido sus obras para el disfrute de los pacientes y que, sin duda, han supuesto un impacto en la mejora del enfoque holístico y de los objetivos terapéuticos para pacientes y para el bienestar de los profesionales.

Los escultores han sido:

- dEmo: El primer escultor que nos prestó su obra fue Eladio de Mora-Granados, dEmo, nacido en Mora (Toledo). Sus esculturas suelen ir situadas a las puertas y en el exterior de museos tanto en España como internacionalmente. Sus obras se caracterizan por el color y la repetición, ya que suele realizar varias copias en distintos colores de la misma pieza. dEmo nos prestó sus 8 Osos Gominola que trajeron al hospital una explosión de color. Nos permitió trabajar recordando el sabor de la infancia, de la inocencia. Lo importante que es el color para generar calor humano, cuando se fueron, se habían convertido en un elemento más del centro. Nos trajeron ilusión y luz.
- Federico Echevarría: Fue nuestro segundo artista. Y es que, como él suele decir, “de raza le viene al galgo”, porque Federico viene de una larga familia de artistas. Artista polifacético: arquitecto, pintor y escultor. Otro estilo, otro enfoque. Sus obras atractivas en madera y metal son aparentemente simples, sencillas y en realidad, como se dice de él, fruto de una compleja alquimia. Su exposición la denominó “Encuentros” porque sus piezas deberían de ser miradas y contempladas desde diferentes ángulos, enfoques y prismas. Nos hacían pensar en su significado en el porqué de sus texturas. Creó una nueva relación entre el espacio, forma y materia en la naturaleza. Nos prestó 8 piezas y, además, nos dio dos sesiones para mostrar cómo contemplar su obra.



Artistas realizando su obra de arte en el Hospital.

- Juan Garaizabal, actualmente está en nuestra galería. Estudió dibujo en IB 67, en Madrid, y realiza estudios superiores en CESEM, Reims, Francia. En su etapa actual, trabaja entre Berlín y Madrid en la intervención conceptual sobre espacios públicos. Es un artista conceptual, escultor y grabador. Es conocido internacionalmente por sus esculturas públicas monumentales. Su proyecto personal “Memorias Urbanas” (*Urban Memories*) recupera con estructuras escultóricas y luz, elementos arquitectónicos desaparecidos, llenando vacíos urbanos históricamente significativos. Realiza con sus manos buena parte de sus obras, empleando técnicas de forja de hierro y acero, iluminación, carpintería, albañilería. Vino a nuestro hospital y montó sus esculturas soldándolas pieza a pieza, decidiendo qué y cómo colocarlas para que nos emocionaran más y ahí están. Nos ha montado 5 piezas de hierro, cemento, ladrillo y terrazo, emociona sin duda contemplar esta magnífica obra, llena de fuerza, con ventanas que reflejan nuestro interior y un caballo para transportarnos a donde queramos llegar.

No hay duda de que este proyecto no deja a nadie indiferente, puede gustarnos más unas piezas u otras, pero todas nos permiten pensar, mirar en nuestro interior, emocionarnos, comentar lo que nos parecen, hacerlas

nuestras o disfrutar de un paseo contemplando qué es aquello que el artista nos transmite y nos regala con su creación.

Aprovecho para agradecer a la Fundación [H]ARTE su generosidad y a todas las personas que colaboran con ella, los artistas, sus marchantes, a sus patrocinadores, a los voluntarios, a los patronos de la Fundación y por supuesto, a los escultores, en nuestro caso, que crean y nos entregan su pasión y su emoción para que seamos capaces de abrir una ventana al bienestar, al permitirnos utilizar estas herramientas como elemento de cuidado emocional, de intervención terapéutica y así, nos ayudan a no perder el enfoque holístico de la atención sanitaria y de cuidado integral para salud.

Recomiendo a los gestores que faciliten a la Comisión de Humanización de su centro, el que pongan en valor esta recomendación de la OMS, que utilicen el arte para generar bienestar, todos podemos aprender y beneficiarnos del conocimiento de las demás disciplinas.

Bibliografía

- Elena Guardiola; Josep-eBaños. ¿Y SI PRESCRIBIMOS ARTE? EL PAPEL DEL ARTE EN LA MEJORA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR. Rev. Med. Cine. 2020; 16(3), 149-153 Ediciones Universidad de Salamanca / J. Med. Mov., 2020; 16 (3), 149-153
- <https://es.euronews.com/2019/11/11/las-auto-ridades-sanitarias-advierten-que-el-arte-beneficia-seriamente-su-salud>
- <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/ii-plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2022-2025>
- <https://fundacionharte.org/>

Jefe del Servicio de Información y Atención al Paciente. Presidenta de la Comisión de Humanización del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid.
crmnferrer@gmail.com

JUNTOS para estar mejor MEJOR para estar juntos

Siempre hemos estado muy cerca de ti. A partir de ahora, vamos a estar juntos.

Porque la salud no está solo dentro de un hospital y aunque estemos para ti las 24 horas del día, nos alegrará saber que las puedes dedicar a lo que tengas planeado.

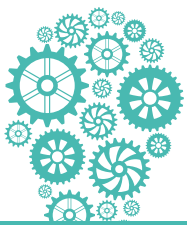
Creemos en una medicina estando siempre a tu lado.

Y eso es mucho más que estar conectados, eso es estar juntos.

 **quirónsalud**
La salud persona a persona



Descubre más



Salud vs. privacidad: ¿Quién manda aquí?

Lorena Pérez Campillo

El derecho a proteger los datos de las personas está establecido en el artículo 18.4 de la Constitución Española, y también se considera un "derecho humano" según la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Por lo tanto, debemos tener en cuenta cómo las soluciones tecnológicas de localización afectan a los derechos y libertades fundamentales de las personas, incluso en la investigación científica.

Pero en el contexto de la pandemia, la respuesta fue clara: no se debían tratar los datos personales de salud, ya que son considerados datos especiales. Sin embargo, hubo y sigue habiendo excepciones aplicables en situaciones de crisis sanitarias, como la provocada por la COVID-19. En esos casos, se permitió y autorizó el tratamiento de los datos de salud para combatir y controlar la pandemia en beneficio de la comunidad.

¿Debemos considerar los datos como un "bien común" o "bien público"? ¿Se pueden utilizar los datos de salud para prevenir y combatir una epidemia o pandemia? ¿Tiene algún propósito discriminatorio? O, por el contrario, ¿se alinea con el valor constitucional fundamental de garantizar la vida, la salud y la dignidad humana?

Era evidente la necesidad de investigar sobre la COVID-19 y utilizar los datos de salud como un recurso compartido, sin ignorar la importancia de los datos masivos como base de los sistemas de salud en todo el mundo.



Quizás se pudo haber pensado en algo como en un "lugar seguro" (o almacén) para guardar información personal, donde se diera la oportunidad a los usuarios de contribuir al bienestar de todos. Podría haberse tratado de un enfoque descentralizado en el que cada persona gestionara sus propios datos personales, todo en beneficio de una sociedad desarrollada y saludable.

La mejor opción sería un "modelo responsable" que tuviera en cuenta tanto a la comunidad de investigadores y la industria, como a los propios ciudadanos. En lugar de promover un enfoque punitivo de responsabilidad, se debería optar por un concepto de responsabilidad como el "deber de ayudar a los demás".

El uso de datos de ubicación para la investigación debe contar con suficientes garantías para proteger los derechos de las personas. Además, se necesita flexibilidad y racionalidad para no obstaculizar la labor de investigación en salud pública, incluyendo la investigación epidemiológica.

Las generaciones futuras podrían beneficiarse enormemente de la investigación, el desarrollo de métodos, modelos y la evaluación de respuestas tanto a la pandemia como a otras enfermedades en el futuro, lo cual es de un valor incalculable.

En este sentido, el Comité de Bioética de España apoyó un enfoque utilitario destacando la importancia de ser solidarios como miembros de una comunidad. Es decir, que todos debemos pensar en el bienestar colectivo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos también habla de esto, diciendo que cada persona tiene responsabilidades hacia la comunidad, ya que solo a través de ella podemos desarrollarnos plenamente.

Para equilibrar el deber de cuidar a todos y respetar nuestros derechos, es necesario asegurarnos de tener suficientes garantías de protección. Esto es para evitar que, bajo este enfoque, los derechos individuales sean fácilmente ignorados en beneficio de todos.

“

El uso de datos de ubicación para la investigación debe contar con suficientes garantías para proteger los derechos de las personas

”

Por eso, los gobiernos deben considerar algunas cuestiones éticas muy importantes antes de implementar aplicaciones móviles de rastreo de contactos para la ciudadanía. Por ejemplo, si realmente necesitamos esta herramienta para salvar vidas, si existen otras opciones, si es efectiva, si es voluntaria, si necesitamos dar nuestro consentimiento, si se pueden borrar nuestros datos y si se utiliza de manera justa y accesible para todos.

Es esencial tomar en cuenta estos aspectos para proteger nuestros derechos y asegurarnos de que estas aplicaciones se utilicen de manera responsable y para el beneficio de todos.

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



EXPERIENCIA DEL PACIENTE



La experiencia del paciente emerge como valor fundamental y estratégico

Carlos Bezos Daleske

El V Congreso de Experiencia de Paciente ha mostrado que la experiencia del paciente emerge como un valor fundamental tanto para los pacientes como para las organizaciones sanitarias, con un claro impacto aplicado. Aunque en pocas instituciones se ha convertido en un valor estratégico, la mayoría está en proceso de adopción y requiere apoyo metodológico y un cambio cultural.

El V Congreso de Experiencia de Paciente se llevó a cabo el 22 de febrero de 2024 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, quien también ha sido co-organizador del congreso. Este evento es ya una referencia en España en el campo de la experiencia del paciente, reuniendo a profesionales de la salud, investigadores, pacientes y cuidadores para compartir conocimientos y experiencias relacionadas con la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

Este año, el Congreso de Experiencia del Paciente, que el Instituto para la Experiencia del Paciente lleva organizando desde 2016, ha sido testigo de la destacada participación de renombrados profesionales internacionales, como Juan Pablo Brito, de la Clínica Mayo en Estados Unidos y Paul Van der Nat, gerente del Sant Antonius Ziekenhuis en los Países Bajos.

Asistieron 320 personas, de las cuales el 78,6% pertenecía al mundo hospitalario, 10,9% fueron pacien-

tes y el resto laboratorios o empresas de tecnología sanitaria. Hubo una lista de espera de 60 personas y a día de hoy siguen llegando correos preguntando por los vídeos de las ponencias.

Una comunidad profesional en experiencia de paciente

Más allá de las cifras, del más que positivo *feedback* tanto directo como en encuesta por la calidad y organización del congreso, el éxito del mismo demuestra que en España se ha creado una comunidad de profesionales de la experiencia del paciente, que está trabajando en hospitales, laboratorios, asociaciones de pacientes y empresas de tecnología sanitaria. Y esa comunidad profesional existe porque las entidades del sistema sanitario han comprendido el valor que aporta la experiencia de paciente tanto a los propios pacientes beneficiarios como para las organizaciones.

De hecho, en el Hospital Vall d'Hebron se aprecia claramente el enfoque estratégico que tiene, tanto en diseño e implementación, en participación ciudadana como en decisiones compartidas, así como un despliegue importante de PROMS y PREMS. Otros hospitales donde se ha apreciado un enfoque estratégico han sido Sant Joan de Deu -quizá uno de los pioneros en España- el Hospital de Santa Marina en



Bilbao o la apuesta decidida de la Fundación Jiménez Díaz con PROM y PREM en hematología.

Ese valor práctico se ha visto claramente en ponencias presentadas en el congreso, que fue escenario de diversas mesas redondas donde se abordaron temas clave como la aplicación práctica de la experiencia del paciente. En una de ellas se habló de la participación del paciente en la arquitectura y el diseño sanitario para mejorar su usabilidad. Se presentaron casos tan interesantes como la UVI pediátrica de La Paz, el modelo de diseño participativo en el Hospital Infantil Sant Joan de Deu o el nuevo edificio de consulta ambulatoria del hospital Vall d'Hebron. Claramente, la participación de pacientes tiene un impacto positivo en el diseño, como también hemos descrito en esta columna varias veces.

Experiencia de paciente e innovación

Expertos de instituciones sanitarias, entidades de pacientes, así como pacientes expertos han debatido sobre la importancia de la innovación y tecnología para establecer un *feedback* continuo con los pacientes. En esta mesa moderada por Elisenda de la Torre, presidenta de la Lliga Reumatològica Catalana, Paul van der Nat, gerente Sant Antonius Ziekenhuis

de Países Bajos, explicó cómo el modelo de sanidad basada en el valor Porter no deja de ser un ideal inspirador, por lo que para desarrollar un sistema real de sanidad basada en valor se asociaron siete hospitales en su país.

PROM, PREM, SROI y decisiones compartidas

Las decisiones compartidas fueron el foco central de discusión en una mesa redonda donde se resaltó la importancia de ofrecer una atención centrada en el paciente para mejorar la adherencia al tratamiento, así como ofrecer una atención basada en sus valores y preferencias. En este sentido, Juan Pablo Brito, director médico del Centro de Toma de Decisiones Compartidas de la Clínica Mayo en Estados Unidos, mostró cómo las decisiones compartidas tienen respuesta terapéutica significativa

Relacionados con las decisiones compartidas están los PROM y PREM, ya que son una de las bases para trabajar con los pacientes. Por un lado, una de las mesas más interesantes fue la medición de la experiencia del paciente a través de herramientas como PREM's, PROM's y SROI para mejorar resultados en salud fue abordada en otra mesa moderada por Emmanuel Giménez del hospital Vall d'Hebron. Allí se vio



que no todo el monte es orégano y que el exceso de cuestionarios puede provocar un efecto indeseado.

Por último, se analizó la implicación tanto de pacientes como profesionales en la mejora de los procesos asistenciales a través del proyecto ExpaDerm, del que ya se ha hablado en esta columna, con las mejoras tanto en salud para los pacientes como en resultados para los hospitales. Pacientes y profesionales de los hospitales de Bellvitge, Germans Trias i Pujol y La Paz debatieron los efectos positivos, pero también las dificultades en la implantación.

Conclusiones del congreso

Como se dijo a la entrada de este artículo, el *feedback* del V Congreso de Experiencia de Paciente ha sido abrumadoramente positivo, pero también hubo

algunas críticas. Quizá la más interesante fue que había un sesgo hospitalario, siendo que la experiencia de paciente tiene más ámbitos de aplicación.

Como conclusiones, el congreso mostró que:

- La experiencia de paciente tiene un valor aplicado muy claro tanto para pacientes como para organizaciones sanitarias.
- En algunas -pocas aún- instituciones empieza a ser un valor estratégico.
- La mayoría de las organizaciones está empezando y necesita apoyo metodológico y en cambio cultural.
- Los sistemas informáticos son barreras importantes en el desarrollo de PROM y PREM.
- Algunas organizaciones se lanzan a PROM y PREM sin tener procesos de experiencia de paciente sistematizados.
- Entidades no hospitalarias como empresas de tecnología y laboratorios también están iniciando el camino desde el discurso de *patient centricity* a acciones concretas.
- Las asociaciones de pacientes pueden aprovechar mejor esta tendencia y convertirse en co-participantes.
- Si bien algunas de estas entidades tienen estrategias, aún no es un factor estratégico como los es en sus centrales en Suecia, Suiza o Gran Bretaña.
- Al hilo de esta evolución hay un número creciente de hospitales que necesita formación en experiencia de paciente.

Todos estos son temas, junto a la crítica sobre sesgo hospitalario, que el comité científico del próximo congreso debe abordar. Ya hay tres candidaturas para 2025.

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

A Propósito de la Dermatitis Atópica: **El Viaje del Paciente** Encuentro de expertos



OBJETIVO

Analizar y trabajar sobre el modelo asistencial y la estrategia dirigida a los enfermos con dermatitis atópica, contando con la participación de todos los profesionales implicados en el ámbito hospitalario.

PARTICIPANTES

Mariano Vicente Ara Martín, jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

M^a Victoria Villaverde Royo, subdirectora médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Tránsito Salvador Gómez, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Elisa Barriendos Ambroj, enfermera del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

M^a del Pilar Fortes Soto, senior medical advisor en Dermatología-Specialty Care de Pfizer Spain

Jeremías Guerrero Aguilar, paciente afectado con dermatitis atópica

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

Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

#DermatitisAtópicaNME

Organiza:



Patrocina:





Gestión sanitaria y nuevas tecnologías

Francisco Javier Valbuena Ruiz

Hace apenas unos días que ha finalizado la edición del *Mobile World Congress 2024* (MWC24), un gran éxito, según indican los medios de comunicación. He participado varios días de este evento de dimensión mundial que sin ningún género de duda ha de llevarnos a alguna reflexión en el ámbito de la gestión sanitaria.

Algunos datos fruto exclusivamente de la observación participante: caminaba por los centenares de pasillos cuando escuché una voz que se alzaba de forma insistente: ¡Necesitamos mujeres! ¡Que vengan mujeres para salir en la foto! Era una fotografía de representantes del ámbito de la innovación en los principales hospitales presentes en el congre-

so y que de forma casi exclusiva eran varones. Sin duda, quien demandaba la presencia de mujeres estaba preocupado por la imagen que se trasladaría al público en las redes sociales. El primer dato que tengo que traer a colación es que en el MWC24 había una presencia femenina que no llegaría al 30%. Es un dato como para reflexionar, no porque en la alta dirección sanitaria estemos mucho mejor, que de hecho solamente un 12% de la alta dirección sanitaria está ocupada por mujeres en un sector con un 70% de presencia femenina... esto ya no es para reflexionar, es directamente un escándalo.

Sin ninguna duda, el idioma vehicular del MWC24 es el inglés, y la multiculturalidad es abrumadora, si bien hay que incidir en el segundo dato que quisiera



aportar: menos del 2% de presencia de representantes del África subsahariana. Lo cual nos debe hacer caer en la cuenta de que, cuando hablamos de revolución tecnológica, de innovación tecnológica, etc., estamos hablando de incrementar la brecha digital sustancialmente con el 17% de la población mundial, aproximadamente 1.200 millones de personas. Que, si lo traducimos al ámbito de la gestión sanitaria, la traslación de la innovación tecnológica en salud en estos territorios es cuasi nula. Evidentemente esto choca frontalmente con las decenas, por no decir centenares de advertencias que desde la OMS nos están lanzando en relación con la inminencia de nuevas pandemias que afectarán a todo el planeta por igual, por lo que una vez más, el punto más débil de la actividad asistencial se convierte en nuestro punto más fuerte, como referencia. Esto significa que, o tomamos decisiones sanitarias que contemplan la garantía de la salud para todas y todos, o estamos abocados a desastres tras desastres, que evidentemente se saldarán en vidas humanas.

Seguimos con datos, 20.000 metros cuadrados han albergado a más de 900 *startups* en el 4YFN (4 *Years From Now*) en su décima edición como parte importante del MWC24. Una auténtica colmena de conocimiento e ideas al servicio de las nuevas tecnologías y entre todas ellas, un elevado número dedicadas a la innovación en el ámbito de la salud. Sin ninguna duda, una oportunidad para el desarrollo de la prestación sanitaria a la que pocos gestores sanitarios dedican tiempo, tarea puesta en las profesionales manos de las y los responsables de innovación de los grandes centros hospitalarios, pero con poco calado entre los gestores y principales responsables de la prestación sanitaria en los territorios. Muchísimas *startups* haciendo lo mismo o cosas muy parecidas, cada una tratando de destacar sobre su competencia directa, que muchas veces prácticamente son gemelas. Aunque si les preguntas a ellos, la diferencia entre las competidoras te dirá que es abismal; desde un punto de vista operativo, la diferencia suele estar en matices. Los tecnólogos viven en su mundo, como los gestores sanitarios vivimos en el nuestro, y pocas veces confluyen, pocas veces se comparten esos

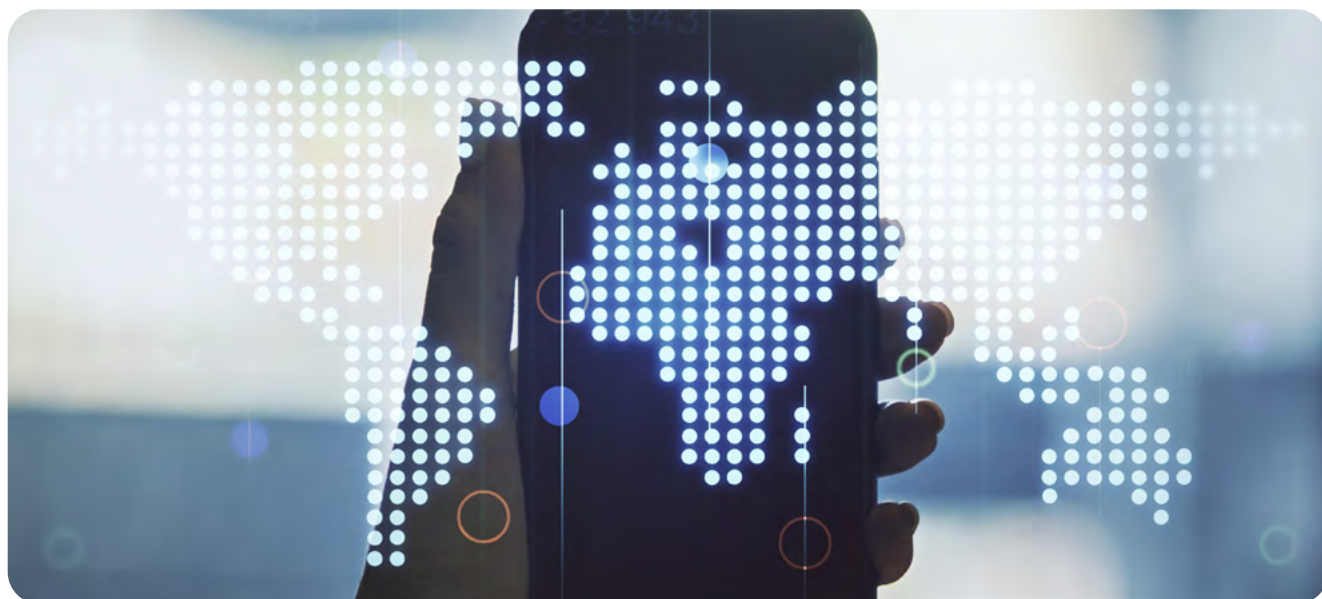
“

Los tecnólogos
viven en su mundo,
como los gestores
sanitarios vivimos en
el nuestro, y pocas
veces confluyen

”

mundos para que las creaciones de las mentes inconformistas se ajusten a las necesidades reales de la gestión.

En el dintel de la puerta de entrada un mensaje claro: *Mavericks, welcome home!* Con énfasis en el carácter de los y las creadoras de soluciones a problemas, sin conexión muchas veces con los auténticos problemas o necesidades. Más de 900 empresas, lo cual nos hace pensar en más de 2.000 personas vinculadas a las mismas, una cantidad de talento abrumador, focalizadas en la resolución de problemas tecnológicos vinculados a la salud. Me pregunto si están llamados a esta línea de acción por el deseo de satisfacer la imperiosa necesidad de equidad en la prestación sanitaria, o la mejora en el acceso a la misma de millones de personas; o exclusivamente es el potencial económico, unido a la identificación de grandes necesidades de mejora en la eficiencia, lo que motiva que, tantísimos ce-



rebros se dediquen a intentar solventar problemas acuciantes en la gestión sanitaria.

Lo que sí tengo claro es que un alineamiento real de tanto conocimiento con las necesidades y problemas en gestión, deberían dar como resultado muchísimos buenos productos que, implementados mejorarían sustancialmente nuestras vidas, la experiencia de paciente y la eficiencia económica de los sistemas. Pero esta hipótesis dista mucho de la realidad. También se podía ver la 4YFN como un zoco, un lugar con una entropía magnética de oferta, con una demanda muy sesgada por tecnólogos y no por usuarios de dicha oferta...de nuevo un entorno endogámico.

Soy consciente de las tremendas reticencias que los gestores de la salud tienen a abandonar sus castillos, sus despachos, para acercarse al barro, al territorio donde no están cómodos porque no son los que ejercen el control, son, somos neófitos; el mundo tecnológico. Pero es apremiante que salgamos de nuestros espacios de confort para adentrarnos en nuevos territorios que efectivamente nos aporten aire fresco en forma de *startups* a nuestros modelos anquilosados y faltos de agilidad. Sería maravilloso reunir la presencia de organizaciones como la Sociedad Española de Directivos de la Salud y la Societat Catalana de Gestió Sanitaria en la MWC25, pero con presencia de directivos, de

responsables asistenciales. Quizás con el apoyo de sus áreas de innovación, pero para que les hagan de “traductores” en el contexto de la salud digital, no para que sean los únicos interlocutores con las miles de mentes frescas pensantes que están tratando de aportar luz a la rígida gestión sanitaria.

Últimos datos, el MWC24 superó ampliamente las expectativas y ha reunido a más de 100.000 asistentes. Con una protagonista indiscutible, la inteligencia artificial. Me pregunto cómo avanzarán los reguladores, los legisladores en esta materia. La gestión empresarial y la gestión sanitaria se están viendo abocadas a cambios importantísimos para los que deberíamos comenzar a prepararnos. No se pueden poner puertas al viento y el viento viene soplando con fuerza, podemos ubicarnos a barlovento o por el contrario perdernos en la empecinada lucha contra una realidad que nos supera.

La reunión de *startups* hemos visto que se denomina *4 Years From Now*, como me señalaba un buen amigo en el MWC24, habría que pensar en sustituir el “years” por “days”. El futuro es ahora, ¡vamos a ello!

Presidente de la Fundación Pondera. Gestor sanitario

jvalbuena@valbuena.org



Planes estratégicos para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas



De izda. a dcha.: Pablo Serrano Balazote, subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS); Silvia Fernández Calderón, directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia de Salud de Castilla y León (SACYL); Ramón Boria Avellanas, director general de Asistencia Sanitaria y Planificación del Departamento de Sanidad de Aragón; y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

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 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 ha celebrado el grupo de trabajo y debate titulado “Planes estratégicos para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas”.

El encuentro contó con la participación de: Silvia Fernández Calderón, directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia de Salud de Castilla y León (SACYL); Ramón Boria Avellanas, director general de Asistencia Sanitaria y Planificación del Departamento de Sanidad de Aragón; y Pablo Serrano Balazote, subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS). José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics fue el encargado de moderar la jornada.

Para comenzar, Martínez García dio paso a cada uno de los ponentes para que realizaran una presentación

sobre el plan que sigue su comunidad con respecto al tratamiento integral de las enfermedades neurológicas.

Asimismo, Silvia Fernández Calderón indicó que Castilla y León no cuenta específicamente con una estrategia integral dirigida específicamente a las enfermedades neurológicas. Sin embargo, afirmó que trabajan en este tipo de enfermedades por su alta prevalencia, “hacemos un abordaje tradicional a través de redes asistenciales de referencia. Hemos hecho un desarrollo de la cartera de servicios, implementando los servicios fundamentalmente de neurología y aumentando el número de plazas acreditadas MIR para la formación de neurólogos”.

Para algunas enfermedades específicas como el ictus, Parkinson, demencia o ELA, en Castilla y León se han desarrollado planes a través de las estrategias de cronicidad, “trabajando en la mejora de la equidad y en el acceso al tratamiento farmacológico”. La directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia de Salud de Castilla y León afirmó que, en cualquiera de estas enfermedades por su cronicidad, “es fundamental el desarrollo de la cartera sociosanitaria, es muy importante la disponibilidad de recursos y la adecuación de los domicilios de los hogares”. En Castilla y León también están trabajando en una estrategia de medicina personalizada y de precisión intentan abordar el diagnóstico genético y el desarrollo de la cartera de genómica.

Por su parte, Ramón Boria Avellanas destacó que los directores de asistencia sanitaria intentan regular el acceso a las prestaciones sanitarias y que “ese acceso se haga en términos de equidad, de calidad y de manera sostenible, y más cuando se habla de enfermedades neurológicas”. En una comunidad como la suya, en la que forma parte de la España vaciada y en la que existen grandes desequilibrios demográficos, “se hace aún más necesaria la equidad”.

El director general de Asistencia Sanitaria y Planificación del Departamento de Sanidad de Aragón también señaló que el enfoque de las enfermedades neurológicas ha cambiado, “es hacia a la persona más que a la enfermedad, y ahí es donde tenemos que ir”. Además, contó los grandes logros que se han conseguido en Aragón con respecto a algunas enfermedades neurológicas, como es el Código Ictus, implantado desde

hace 12 años, la Unidad de Neuromuscular, que atiende a unos 1200 pacientes al año, la mayoría con ELA, o el CSUR de esclerosis múltiple en el Hospital Miguel Servet, en los que “intentamos integrar, de forma multidisciplinar, diferentes especialidades”.

En su turno de intervención, Pablo Serrano Balazote explicó que el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander) cuenta con unidades de referencia en enfermedades neurológicas, las cuales “hay que seguir fortaleciendo y desarrollando para que sigan siendo excelentes”. El segundo punto que trató fue los desafíos en el diagnóstico: organizativos y sociales, “hay que llevar a cabo una estrategia de transformación del modelo asistencial para afrontarlos”. También indicó que hay un importante desafío de accesibilidad y equidad, así como en los cuidados a la discapacidad crónica, “tanto en la transición de la fase aguda como en la larga estancia”.

Para afrontar todos estos retos, Serrano Balazote considera que hay que realizar una monitorización constante de lo que se está haciendo, “quizá ahora mismo es el reto más importante para estos cuatro próximos años y combinarlo con el liderazgo clínico en donde los cambios organizativos se han promovido por los profesionales y los podamos llevar a la práctica con el apoyo de la mesogestión”. Como sus antecesores, el subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) destacó de Cantabria la Unidad de ICTUS o el CSUR de ataxias.

Colaboración entre comunidades autónomas para el tratamiento de las enfermedades neurológicas, adherencia e innovación terapéutica

Con respecto a la colaboración y solidaridad entre las diferentes comunidades autónomas para el tratamiento de los pacientes con enfermedades neurológicas, Ramón Boria señaló de nuevo a los CSURs, financiados a través de los fondos interautonómicos, “son tratamientos que pueden oscilar en algunos casos hasta 400.000 € por año y paciente”.

En este sentido, Silvia Fernández explicó la función de la Comisión Interministerial de Precios, dependiente del Ministerio de Sanidad, que “aprueba aquellos medicamentos que acceden a la financiación del Sistema Nacional de Salud. Es un mecanismo de garantía de



Participantes durante el debate 'Planes Estratégicos para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas'.

equidad”. Castilla y León cuenta con una comisión específica, CAFCYL, que es la Comisión Asesora en Farmacoterapia de esta comunidad, “con todos los criterios y con toda la evidencia científica, se trabaja dentro de las indicaciones de dicho medicamento. Intentamos es que cualquier persona, en este caso de mi ámbito regional, pueda acceder en las mismas condiciones sin limitación. Una vez que está aprobada la financiación es un medicamento que se tiene que administrar”, afirmó Fernández Calderón.

Para Pablo Balazote, las innovaciones terapéuticas también van a cambiar la ruta asistencial del paciente con enfermedad neurológica, “va a cambiar la forma organizativa, pero nada de eso va a cambiar esencialmente el modelo de prestación si no viene aparejado de una medición de resultados. De hecho, va a ser una de las limitaciones para seguir introduciendo innovación, porque es difícil justificar socialmente cualquier introducción con el coste que tiene sino sabemos responder desde la asistencia sanitaria cuál es el retorno en el beneficio de la salud que trae en su conjunto, la intervención con la que estábamos basal o la que se propone como alternativa innovadora”.

En cuanto a la adherencia terapéutica, el subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) señaló que en España hay dificultades para llegar con intervenciones eficaces a mejorarla, “tenemos que pensar en el apoyo del entorno más cercano o

con una red más amplia como las oficinas de farmacia. Hay que pensar en una mayor implicación del paciente”.

“El papel de la atención primaria y la enfermería es muy importante en pacientes que padecen enfermedades neurológicas”, contó Boria. El experto señaló que sobre todo en el diagnóstico precoz, en el conocimiento de herramientas terapéuticas y diagnósticas, y en la adherencia terapéutica.

El infradiagnóstico y la automedicación puede tener consecuencias graves en este tipo de enfermedades, sin embargo, “depende del tipo de patología”, manifestó Silvia Fernández Calderón. “El infradiagnóstico lo que nos hace es no evitar la enfermedad y nos obliga a asumir en el futuro la carga de la enfermedad con los costes asociados tanto en el tratamiento del paciente agudo como después en la discapacidad y en las consecuencias”, dijo la directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia de Salud de Castilla y León.

Medición de resultados en salud

El siguiente punto que se puso sobre la mesa fue la medición de resultados en salud. Ante esta cuestión, Ramón Boria quiso dar valor a los PREM, “es muy importante la información que nos facilitan los pacientes y en muchas ocasiones no estamos conectados completamente con esa realidad”.

Según Silvia Fernández, “hay que ver también cómo somos capaces de medir la actuación en términos de supervivencia, no tanto de satisfacción y también de posterior discapacidad, es decir, en todo lo que son patologías tiempo dependientes es muy importante que la red asistencial sea eficiente para dar el mejor tratamiento en el menor tiempo posible. Llegar hasta el último recurso necesario para curar y después también recuperar y rehabilitar”, detalló la experta. “El poder parar y evaluar va a ser fundamental para garantizar el que podamos llegar a todo”, añadió.

Para Pablo Serrano, la medición en resultados en salud es fundamental, “tenemos que ver la evaluación de calidad de vida y si la aprobación de la eficacia del fármaco se va

a trasladar a la vida, a la clínica en la práctica cotidiana”. En cuanto a nuevas tecnologías e inteligencia artificial en este tema, el subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) se mostró prudente en la fijación de expectativas sobre la capacidad que tienen los modelos predictivos. Sin embargo, considera que todas las organizaciones tienen algunas iniciativas en el laboratorio y en vías de implementación para ir aprendiendo en cómo se hace la implementación de estas nuevas tecnologías”.

“¿Hay recursos para para todo esto?”, cuestionó José María Martínez. En palabras del director general de Asistencia Sanitaria y Planificación del Departamento de Sanidad de Aragón “los recursos son limitados y finitos, pero en las enfermedades neurológicas nadie se puede quedar atrás”. Boria abogó por hacer el esfuerzo de utilizar los recursos adecuadamente y adaptarse a las necesidades, “el paciente va a estar por encima de todo, en todo lugar”.

En la misma línea, Silvia Fernández defendió los modelos de unidades de referencia nacionales porque “nos permiten hacer inversiones localizadas y después concentrar la experiencia clínica. Debemos tener la capacidad de seguir desarrollando mecanismos que puedan compensar, por supuesto, la financiación de unos y otros, porque el dinero sale siempre del mismo sitio”, apuntó la directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia de Salud de Castilla y León.

Sensibilización social hacia las enfermedades neurológicas

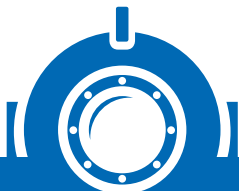
Para Ramón Boria el estigma de las enfermedades siempre está y en las enfermedades neurológicas también, sobre todo en el ámbito cultural, “tenemos que cambiarlo y hacer un enfoque basado en la persona en el paciente, por encima de la enfermedad. Para ello, hay que colaborar con las asociaciones de pacientes, el estigma sigue estando presente en nuestra sociedad y los prejuicios que se establecen en la sociedad los seguimos teniendo presentes”, detalló Boria Avellanas.

Por su parte, Silvia Fernández cree que socialmente ha habido un cambio en el estigma de las enfermedades, “todos los modelos de paciente activo, de paciente educado o paciente autorresponsable también van orientados a la desestigmatización de la enfermedad globalmente”. La representante de Castilla y León también cree que hay que apoyarse en las asociaciones de pacientes porque “cualquier recurso es válido para poder hacer una mejora en esa atención centrada en el paciente”.

En su experiencia, Pablo Serrano manifestó que la dificultad, a veces, con respecto a las asociaciones de pacientes es “tener una interlocución homogénea. La dificultad está en entender que al ser pacientes no es solo un elemento reivindicativo, sino que el paciente también se compromete en algún elemento del diseño de la prestación asistencial o incluso lleva parte de papel en la prestación asistencial”. “El papel actual de los representantes de las asociaciones es como de interlocución sociopolítica a nivel de consejería”, apuntó Serrano Balazote.

“Todas las autonomías estamos trabajando en modelos de salud comunitaria que promuevan la participación ciudadana a través de diferentes herramientas y las asociaciones de pacientes en todas esas escuelas de salud que hemos incorporado a nuestras estructuras tienen un papel muy importante”, argumentó Silvia Fernández Calderón.

Tras el debate, todos los asistentes, tanto de manera presencial como por streaming tuvieron la oportunidad de preguntar sus inquietudes al panel de expertos de este encuentro.



El poder de la unidad

Andoni Lorenzo Garmendia

Esta semana, lanzamos un comunicado del *European Patients' Forum* (Foro Europeo del Paciente) en el que, al igual que estamos haciendo en España, reclamamos la participación de los pacientes en las decisiones sobre la atención sanitaria.

Es curioso, sorprendente, o no sé cómo calificarlo, pero es notable que, en Europa, compuesta por países modernos y avanzados, estemos aun reclamando esto.

Pero, por encima de esta declaración, quiero centrarme en las palabras de Anca Toma, la directora ejecutiva del *European Patients' Forum* que señalaba: "El poder de la unidad en la toma de decisiones en salud no es solo una obligación moral, sino un imperativo estratégico".

Al leer esta frase, no puedo dejar de pensar en la situación actual en España. Con unas listas de espera de más de seis millones de pacientes, una atención primaria en una situación crítica, una población cada vez más envejecida y una esperanza de vida cada vez mayor. Esta situación nos obligará a definir estrategias para poder hacer sostenible el sistema y poder ofrecer la asistencia sociosanitaria necesaria a la ciudadanía. Aspectos críticos, en este sentido, son el aumento de la cronicidad en España, con una prevalencia de un 54%, la dificultad de acceso a los medi-

camentos innovadores o la falta de personal sanitario, en el que existe actualmente una competencia entre comunidades por captar médicos y enfermeras.

Por no mencionar el ambiente político tan crispado que, indudablemente, también afecta a la toma de decisiones estratégicas en sanidad en España.

Todo esto que menciono, sumado a otros muchos temas, hace más necesario que nunca un trabajo en equipo y un posicionamiento común sobre estos asuntos capitales para los pacientes y ciudadanía.

Y es aquí donde yo, como presidente del Foro Español de Pacientes, tengo reflexiones que hacer.



La unidad y el posicionamiento común, efectivamente, no son una obligación moral sino un imperativo estratégico.

Primero, hago un llamamiento a los pacientes para que se asocien y vean las ventajas que supondrá en sus vidas el estar cerca de personas que tienen sus mismas inquietudes y problemas y que juntos hacen que sus socios y resto de pacientes de su patología están acompañados desde el diagnóstico y durante su vida. Los pacientes, juntos desde sus asociaciones, pueden conseguir incrementar la calidad de vida de todo su colectivo. En estos momentos es de gran importancia que los pacientes participen cada vez más en todos los niveles (micro, meso y macro) y las asociaciones son generadores de estos pacientes expertos que con su voluntariado se forman y participan.

Un segundo llamamiento lo hago a las asociaciones para que se unan a las federaciones y a agrupaciones de asociaciones de pacientes y familiares de pacientes. Son clave estas uniones para una mayor defensa del paciente de una misma patología.

A su vez, estas deberían de unirse a las organizaciones de organizaciones de pacientes.

A su vez, y en este sentido, las dos grandes organizaciones de pacientes tenemos una asignatura pendiente, que entiendo yo, con unas excelentes relaciones como hay, y que debemos abordar.

La unidad de acción, la visibilidad frente a todos los agentes sanitarios, tanto públicos como privados, de este frente común.

Las organizaciones de pacientes estamos acostumbradas a grandes retos y dificultades, pero, a pesar de todo, siempre estamos ahí, superando todas las adversidades y trabajando de forma incansable por los pacientes.

Si las asociaciones de pacientes somos capaces de hacer frente a todo tipo de retos y problemas, ¿cómo es posible que sigamos así?

Es más necesario que nunca un posicionamiento común y el trabajo conjunto en los grandes temas de la sanidad de las dos grandes organizaciones.

“

La unidad es
imprescindible y por
encima de los pacientes
no debe haber ningún
otro interés

”

Y ahora vuelvo a retomar las palabras de la directora del foro europeo: "El poder de la unidad no es una obligación moral, es un imperativo estratégico".

Me podría ahorrar muchos comentarios, o supongo que críticas, pero es que coincido con la frase: la unidad es imprescindible y por encima de los pacientes no debe haber ningún otro interés.

Ojalá estas palabras sinceras, constructivas y, por qué no, de esperanza de cambio lleguen a las organizaciones de pacientes y poco a poco consigamos esta unidad. Una unidad que no está reñida con la independencia y las diferencias de cada organización, pero más necesaria que nunca, como así nos lo recuerdan desde Europa.

Espero, confío y deseo que, entre todos, lo consigamos.

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

alorenzo@forodepacientes.org

One Health: retos sanitarios presentes y futuros

Grupo de Trabajo y Debate



Objetivo

‘Fomentar la colaboración de las múltiples disciplinas (profesionales sanitarios, investigadores, administración, etc.) que trabajan para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente, así como dar a conocer a toda la sociedad la estrategia *One Health* y la necesidad de su colaboración y apoyo para ser capaces de encontrar las soluciones posibles para estar mejor preparados para hacer frente a los importantes retos sanitarios presentes y futuros’

Bienvenida

El futuro de la salud pública: cooperación y multidisciplinariedad (5’)

Laura Ruiz López, directora general de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla – La Mancha

Mesa de trabajo y debate: One Health a debate

Estrategias para el control de las resistencias a los antimicrobianos: PRAN y CLM salud humana (90’)

Andrea García Caballero, farmacéutica titular del Estado – Evaluación clínica de antiinfecciosos y Unidad de Coordinación del PRAN en la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios)

Jesús García Guerrero, jefe de la Sección de Medicina Preventiva en el Hospital de Albacete y presidente de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Preventiva y Salud Pública

Alicia Lázaró López, coordinadora del PROA del Hospital Universitario de Guadalajara

Marta Regodón Domínguez, facultativa especialista del Área de Microbiología en el Hospital Universitario de Toledo

M^a Carmen Román Ortiz, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, responsable del Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha

Clausura

Óscar Talavera Encinas, director general de Hospitales del SESCOAM

Agradecimientos y cierre

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

INSCRIPCIÓN GRATUITA

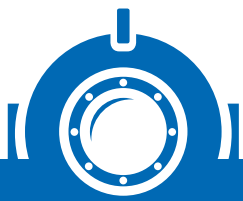
Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Organiza:



Colabora:





Diagnóstico precoz y prevención. Una medida a nuestro alcance

José Luis Baquero Úbeda

OTROS AUTORES: *Josep Vergés Milano; Nina Martínez Fernández; Sheng Jie Lin; Alejandro Baquero Zazo, Daniel Baquero Zazo y Sara Hernandez Ortega.*

La esperanza de vida al nacer y a los 65 años ha aumentado significativamente en España; y, de hecho, las personas de 65 vivirán un promedio de 24 años más. No obstante, el 60% de las personas mayores de esta edad sufren al menos una enfermedad crónica, lo que significa que la mayoría de las personas de edad avanzada, son pacientes, siendo las patologías osteoarticulares muy comunes en esta población, destacando la artrosis, la osteoporosis y la sarcopenia; acompañadas de diferentes comorbilidades.

Las tres cursan inicialmente de forma silente y a pesar de ser predecibles en muchos casos, en base a los factores de riesgo; es frecuente que sean diagnosticadas en estadios avanzados e incluso con deterioros irreversibles; lo que resulta dramático, pues el retraso en su identificación y demora en la instauración de un tratamiento, son los principales escollos para ralentizar su evolución y evitar complicaciones; y es que, aunque son crónicas y “no se curan”, hay mucho que se puede hacer.

Son muy prevalentes y afectan a las mujeres 2-3 veces más que a los hombres. El prototipo, es una mujer de edad avanzada, que vive sola muchas veces y es pensionista en la mayoría de los casos, con una limitada capacidad financiera.

La artrosis no solo acompaña a la edad y género, también a ciertas actividades como el deporte de alta y duradera intensidad, siendo la enfermedad crónica más prevalente entre ex-deportistas de alto rendimiento; y ciertas situaciones como la obesidad, entre otras. Aun así, la media de espera para ser diagnosticada un paciente con artrosis es de 3 años; y aunque en España hay diagnosticadas más de 7 millones de personas, se pueden observar lesiones subclínicas en las articulaciones del doble de esta cifra. Una vez progresa la afectación articular, es frecuente la causa de dolor crónico invalidante.

Más de 3,5 millones de personas han sido diagnosticadas en España de osteoporosis, pero muchas más padecen osteopenia, una etapa previa a la osteoporosis, siendo importante saber, que cerca de la mitad de las personas que sufren una fractura por fragilidad, presentan una densidad mineral ósea que corresponde a osteopenia. El 65% de las fracturas por fragilidad no estaban diagnosticadas todavía y de hecho, en España se produce 1 fractura

por fragilidad cada 2 minutos. Es una situación grave, que cursa con dolor a partir de este momento y puede incluso desembocar en la muerte (20-30% en el primer año tras fractura en pacientes de edad avanzada) y solo el 40% de las personas recupera su calidad de vida original.

La sarcopenia suele asociarse con la inactividad y también con el envejecimiento, ya que a partir de los 40-50 años, la masa muscular disminuye aproximadamente un 1% - 2% al año (más rápido en personas sedentarias). El 25% de las personas mayores de 70 años y el 50% de las personas mayores de 80 años, la sufren, lo que lleva también a cierta discapacidad, debilidad y un mayor riesgo de caídas, así como un aumento de la carga sobre las articulaciones y el riesgo de desarrollar otras patologías articulares.

La falta de tiempo es un tema recurrente en la sociedad actual, unido a que muchas personas afectadas no son capaces de asociar los síntomas a la enfermedad de manera que van posponiendo su visita al médico; lo que se une a la carga asistencial de estos y a la lista de espera que, en suma, hace que se retrase el diagnóstico y puedan producirse antes, daños irreparables.

El diagnóstico precoz y la prevención están a nuestro alcance si se aplicara proactivamente el *screening* de la población, en base a la edad y los factores de riesgo, permitiría hacerse un diagnóstico precoz y personalizar su abordaje, variando hábitos y empleando tanto terapias farmacológicas como no farmacológicas y nutricionales.

No obstante, parecen ser patologías con poco glamour, pues a pesar del alto número de afectadas/os, recibimos una escasa atención, tanto asistencial como a nivel de I+D, nos hace disponer de un reducido arsenal terapéutico y recibirlo tarde en muchos casos.

El cuidado de nuestra estructura osteoarticular debe empezar con la prevención, educando desde edades tempranas para tener una buena alimentación e hidratación, en cuanto a calidad y cantidad. Además,

“

La artrosis no solo acompaña a la edad y género, también a ciertas actividades como el deporte de alta y duradera intensidad

”

es importante mantener hábitos saludables como evitar el sedentarismo, recibir el sol directo de forma controlada, dejar de fumar, practicar ejercicio con moderación, fortalecer la musculatura y hacer lo posible por evitar riesgo de caídas, entre otras prioridades. Además, ante los factores de riesgo de la artrosis, se hace necesaria la condroprotección terapéutica, que frena o ralentiza el desgaste articular, con los llamados fármacos modificadores de síntomas de acción lenta (*symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis* - SYSADOA) como el condroitin sulfato, el sulfato de glucosamina.

Una vez establecidas, las enfermedades osteoarticulares limitan la capacidad del paciente para realizar actividades incluso cotidianas, lo que puede afectar su independencia, calidad de vida, actividad laboral, etc. El dolor crónico, la discapacidad física y la necesidad de tratamiento continuo pueden generar estrés emocional y social en los pacientes,



así como también impactar en sus relaciones personales y profesionales. Además, estas condiciones pueden aumentar el riesgo de depresión y ansiedad, lo que complica aún más la gestión integral de la salud de los pacientes.

Por todo ello, podemos concluir que se trata de enfermedades graves, muy prevalentes en especial entre las mujeres, que no solo ponen en peligro al paciente, sino que afectan severamente su calidad de vida y cuyo diagnóstico es frecuentemente tardío y consiguientemente también su abordaje.

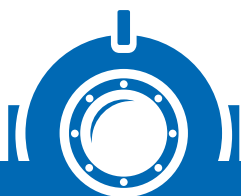
La calidad de vida de los pacientes con enfermedades osteoarticulares está estrechamente relacionada con el manejo efectivo de los síntomas, el acceso a tratamientos adecuados, el apoyo emocional y social, así como la rehabilitación y ejercicio físico adaptado. Un enfoque multidisciplinar que incluya médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, podólogos, psicólogos y terapeutas ocupacio-

nales, entre otros, es fundamental para que sea posible el diagnóstico precoz y la prevención; base de los específicos programas puestos en marcha por la Fundación Internacional de patología Osteoarticular (OAFI), como *OAFI children*, *OAFI woman*, *OAFI veterans*, *OAFI with you*, *OAFI space*, etc.

Si estás interesado en saber más sobre salud articular o necesitas nuestra ayuda como organización de pacientes, estamos a tu disposición en OAFI (Osteoarthritis Foundation International) <https://www.oafifoundation.com/>, con sede en Barcelona, c/ Tuset, 19 · 3º 2ª; teléfono: 931 594 015 y correo electrónico: info@oafifoundation.com.

Coordinador de Responsabilidad Social
Corporativa de la Osteoarthritis Foundation
International (OAFI)

rsc@oafifoundation.com



El uso de las TIC en el ámbito de las enfermedades crónicas: breve repaso a través de la psicooncología

Zara Casañ García

En los últimos años, las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) han cambiado nuestro *modus vivendi* en muchos aspectos.

¿Quién nos iba a decir de qué manera iba a cambiar nuestra forma de comunicarnos con el resto del mundo, incluso con nosotros mismos, a través de estas nuevas tecnologías? Nadie lo podía imaginar.

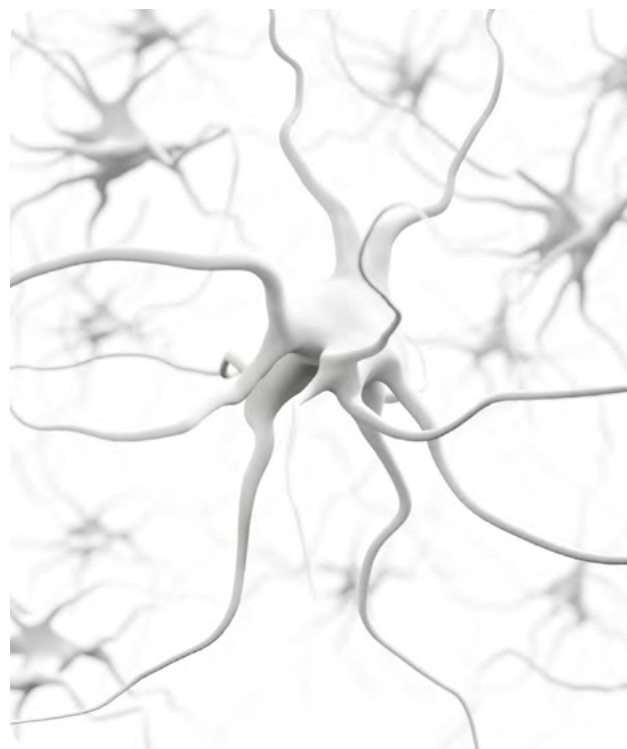
En el ámbito de la psicología y de la salud es evidente que las TIC han dado un giro inesperado al modo tradicional en que tratábamos nuestras dolencias, físicas o psicológicas, aunque años atrás ya lo hizo el “asociacionismo”, y hoy día, son innumerables las asociaciones, federaciones, fundaciones, en torno a diversas patologías, síndromes, etc., pero en este artículo me gustaría que reflexionásemos en la manera en lo que lo han hecho y seguirán haciéndolo estas NNTT, ya que dada la realidad en la que estamos inmersos, estamos en un punto de no retorno. Sobre todo, me estoy refiriendo al ámbito de las “comunidades virtuales”.

¿Es posible el foro como terapia?

El foro como herramienta terapéutica, partiendo de un modelo biopsicosocial y englobando los conceptos

propios de salud 3.0, psicología 3.0, y más en concreto dentro del ámbito de la psicooncología.

¿Qué recursos reales tenemos como ciudadanos, pacientes, familiares y profesionales en materia de cáncer y su afrontamiento a través de las TIC disponibles?



Las nuevas TIC pueden complementar la labor asistencial de los centros sanitarios y los profesionales de la salud, además, favorece el hecho que los pacientes estén mejor informados y adopten un rol más activo y autónomo frente a su enfermedad.

¿Qué entendemos cómo foro? “Un grupo de personas que comparte una preocupación, un conjunto de problemas o un interés común acerca de un tema, y que profundizan su conocimiento y pericia en esta área a través de una interacción continuada”, Barry Wellman, sociólogo.

Es decir, un espacio de participación virtual, pero a la vez real, acerca de una temática concreta y en base a unas mínimas reglas y elementos que lo definen: objetivo, identidad, recompensa/reconocimiento, normas, medio, jerarquía y compromiso.

¿Qué entendemos como terapia? Terapia (θεραπεία) = Tratar, servir, a modo de canal, de medio ¿Para qué? Para sanar.

Esto que tradicionalmente lo realizaron los chamanes, los curanderos y más tarde los médicos de la mano de la tecnología de cada época, ahora, llegados a este siglo, ¿podemos plantear una terapia, un servir médico y psicológico a través de nuestras nuevas tecnologías de la información y de la comunicación?

¿Nos identificamos socialmente con las comunidades virtuales/foros en los que nos registramos, en este caso en el ámbito de la salud 3.0?, ¿Si es así de qué manera?, ¿es posible esta influencia terapéutica?, ¿cómo?

En el siglo XXI han aparecido nuevas TIC y también nuevas enfermedades que los profesionales tratan de paliar.

En el caso del cáncer, la incertidumbre sobre su origen y su creciente incidencia hacen que sea una dolencia temida, generando cuadros de depresión y ansiedad.

Los estudios al respecto determinan que el afecto y el soporte social son variables que correlacionan de forma negativa con la depresión (Robles, Morales, Jiménez y Morales, 2009). Es decir, a mayores redes de apoyo, menor índice de prevalencia de cuadros ansiosos.

“

La participación en entornos virtuales de apoyo se muestra positiva para los pacientes oncológicos y puede tener efectos terapéuticos

”

En los últimos años, las comunidades virtuales de apoyo (CVdA) han experimentado un fuerte crecimiento. Un estudio de Suriá y Beléndez encontró 913 foros y 249 grupos de apoyo para 20 enfermedades distintas.

Es en estas CVdA surge la empatía, la comunicación y el apoyo emocional (Sullivan 2003). Todas estas características positivas cumplen una función terapéutica.

Son muchos los estudios realizados en este sentido y los resultados obtenidos son que la participación en los foros de apoyo incrementa ligeramente el bienestar psicológico subjetivo.

Al analizar la encuesta que realizamos en consulta sobre esta cuestión, observamos que los pacientes oncológicos que participan en los foros de las comunidades virtuales experimentan un desahogo, sintiéndose apoyados por el resto de los usuarios, incluidos los profesionales, y más desde que comenzó la pandemia



de la COVID-19, donde muchas personas se han podido sentir más solas, bien porque no pueden ver tanto a sus seres queridos o porque no pueden acudir a actividades habituales de sus asociaciones como venían haciéndolo con anterioridad.

En el caso de los pacientes oncológicos que utilizan los foros en los entornos virtuales tienen una mejor puntuación en las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida que los pacientes que no utilizan esta herramienta.

Si bien la participación en los foros no sustituye el concepto de terapia, tal y como lo conocemos hoy día, sí tiene efectos terapéuticos en la medida en que los usuarios crean una red de apoyo virtual que complementa su sistema de apoyo.

La resolución de dudas por parte de profesionales o el desahogo son herramientas que hacen que los niveles de estrés y ansiedad disminuyan, y, por tanto, aumenten el bienestar subjetivo.

Podemos concluir que, la participación en entornos virtuales de apoyo se muestra positiva para los pacientes oncológicos y puede tener efectos terapéuticos en tanto se utilice como red de apoyo.

En un futuro nada lejano, posible y probablemente seguiremos el hilo del artículo, no solo hablando de los diferentes entornos virtuales sino además de cómo la Inteligencia Artificial ha llegado para quedarse en la mejora de la calidad de vida y el bienestar psicológico de nuestros pacientes y usuarios.

Bibliografía

- Areste Vilanova, V. (2004) Introducción a la psicooncología. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 11(5), 229-237
- Hovland, C.I., Janis, I. L., & Kelley, H. H. (1953). Communication and persuasion; psychological studies of opinion change
- Mate, J., Sirgo, A., Mateo, D., Bayes, R., Bernaus, M., Casas, C., ... & Viel, S. (2009). Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. Psicooncología, 6(2), 507-518
- Robles, R., Morales, M., Jimenez, L.M., Morales, J. (2009). Depresión en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. Psicooncología, 6(1), 191-201
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081
- Ryff, C. D. y Keyes, C. (1995) The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 719-727
- Suria, R. y Beléndez, M. (2011) Grupos de apoyo virtuales dedicados a problemas de salud: estudio de su representatividad. Anales de la psicología 27 (1) 210-220

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

zarapsicologia@gmail.com

One Health: retos sanitarios presentes y futuros

Grupo de Trabajo y Debate



Objetivo

‘Fomentar la colaboración de las múltiples disciplinas (profesionales sanitarios, veterinarios, investigadores, Administración, etc.) que trabajan para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente, así como dar a conocer a toda la sociedad la estrategia One Health y la necesidad de su colaboración y apoyo para ser capaces de encontrar las soluciones posibles para estar mejor preparados para hacer frente a los importantes retos sanitarios presentes y futuros’

Bienvenida institucional

Marciano Gómez Gómez, conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Jaime Giner Martínez, presidente del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

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

Introducción

Ruth Usó Talamantes, directora general de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Mesa de trabajo y debate: One Health a debate

Estrategias para el control de las resistencias a los antimicrobianos compaginando con los objetivos de sostenibilidad ambiental

M^a del Mar Canós Cerdà, subdirectora general de Seguridad Alimentaria, Laboratorios de Salud Pública y Sanidad Ambiental de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Elena Gras Colomer, directora general de Farmacia de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Esperanza Merino de Lucas, coordinadora científico-técnica PROA del PRAN en la Comunidad Valenciana

David Navarro Ortega, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Clínico de Valencia

Hermann Schwarz, secretario de la Plataforma One Health en representación del Consejo General de Colegios de Médicos de España

Ruth Usó Talamantes, directora general de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana

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

Clausura

Francisco José Ponce Lorenzo, secretario autonómico de Sanidad de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana

SAVE THE DATE

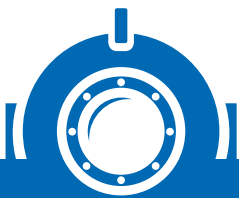
Información: secretariatecnica@newmedicaleconomics.es

Organiza:



Colaboración institucional:





La guerra: un caldo de cultivo para las enfermedades

Nora Vázquez Martínez

La guerra no es solo un espectáculo dantesco de explosiones ensordecedoras y metrópoli en ruinas. Es una plaga que se extiende más allá del campo de batalla, envenenando la vida cotidiana con un arma silenciosa pero letal: la enfermedad. En los países asolados por la barbarie, el acceso a la salud se convierte en un lujo inalcanzable. Hospitales derruidos por misiles se erigen como monumentos a la crueldad, y el personal sanitario, esos héroes anónimos, se ven obligados a ejercer su noble oficio bajo la constante amenaza de

la violencia. Los medicamentos, vitales para combatir males comunes, se transforman en bienes tan escasos como la esperanza.

Y es en medio de esta desolación donde las enfermedades transmisibles, como el fantasma del cólera danzando por las calles sin agua potable, festejan un macabro banquete. El tifus, con su abrazo febril, encuentra terreno fértil en el hacinamiento forzoso de los refugios. La malaria, ese zumbido constante que roba el aliento, prolifera en aguas estancadas y



entornos sin fumigación. La desnutrición, compañera inseparable del conflicto, debilita a la población, convirtiéndola en presa fácil de cualquier microbio oportunista.

Pero la guerra no solo castiga con enfermedades físicas. Su crueldad se ensaña también con la salud mental. El estrés postraumático, ese fantasma invisible que acecha a soldados y civiles por igual, deja tras de sí una estela de insomnio, ansiedad y depresión. Las mujeres y los niños, ya de por sí vulnerables, se ven especialmente castigados. Las niñas son víctimas de la violencia sexual, una tragedia que las expone a enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Las consecuencias de la guerra sobre la salud pública son, además, de largo alcance. El sistema sanitario, diezmado por la violencia, tarda años en recuperarse. Una generación entera, marcada por la exposición a la guerra en su niñez, puede sufrir las secuelas físicas y mentales a lo largo de su vida.

La guerra no deja de ser una crisis humanitaria de dimensiones colosales. Es una plaga que deja tras de sí un rastro de muerte, enfermedades y un profundo deterioro social. La comunidad internacional debe actuar con urgencia, no solo para detener los conflictos armados sino también para garantizar el acceso a la atención médica en las zonas de guerra. Deben crearse corredores humanitarios para llevar medicinas y a personal sanitario cualificado.

Necesitamos recordar que la guerra no solo arrebató vidas en el campo de batalla, sino que condena a la muerte a miles de personas por la simple falta de una aspirina, un antibiótico o un poco de agua limpia. La guerra es el enemigo de la salud pública, y luchar por la salud de las poblaciones afectadas por los conflictos es, en sí mismo, un acto de resistencia contra la barbarie.

La guerra en Ucrania:

- Hospitales destruidos: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 400 hospitales han sido dañados o destruidos desde el inicio de la guerra en Ucrania. Esto ha provocado una

“

La guerra no deja de ser una crisis humanitaria de dimensiones colosales. Es una plaga que deja tras de sí un rastro de muerte, enfermedades y un profundo deterioro social

”

grave escasez de camas de hospital, suministros médicos y personal sanitario.

- Enfermedades transmisibles: El hacinamiento en los refugios y la falta de agua potable y saneamiento han aumentado el riesgo de enfermedades transmisibles como el cólera, el tifus y la malaria.
- Salud mental: Se estima que un tercio de la población ucraniana está sufriendo de problemas de salud mental como ansiedad, depresión y estrés postraumático.
- Niños y mujeres: Las niñas y mujeres son especialmente vulnerables a la violencia sexual en el contexto de la guerra. Esto las expone a un mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.



La guerra en Gaza:

- Crisis humanitaria: Desde octubre de 2023 más de 30,000 personas han muerto por la guerra en Gaza. De esta cifra, el 70% eran mujeres y niñas. Los bombardeos constantes han destruido el 75% de los edificios en Gaza.
- Enfermedades: Gaza muere de sed y se expanden enfermedades como la hepatitis. Beben agua contaminada y afecta especialmente a los niños menos de cinco años, que sufren diarrea. Hay más de 150.000 casos notificados de infección en vías respiratorias.

- La ofensiva contra Gaza continúa y evoluciona rápidamente, con lo que habrá que esperar para examinar los datos de esta catástrofe humanitaria de dimensiones colosales.
- ONGs como OPEN ARMS hacen posible que la situación de malnutrición y sed incesante deje de ser tan elevada gracias a los esfuerzos y el espíritu tan noble que les caracteriza, abriendo un corredor humanitario marítimo ¡gracias de corazón!

La guerra en Yemen:

- Crisis humanitaria: Yemen es considerada la peor crisis humanitaria del mundo. La guerra ha provocado una hambruna generalizada y un colapso del sistema sanitario.
- Cólera: En 2017, Yemen experimentó el mayor brote de cólera de la historia moderna, con más de un millón de casos.
- Desnutrición: Más de la mitad de la población de Yemen está desnutrida, lo que la hace más susceptible a las enfermedades.
- Niños: Se estima que 2,3 millones de niños yemeníes sufren de desnutrición aguda grave.

La guerra en Siria:

- Sistema sanitario devastado: La guerra en Siria ha devastado el sistema sanitario del país. Más de la mitad de los hospitales han sido dañados o destruidos.
- Escasez de medicamentos: Hay una grave escasez de medicamentos esenciales en Siria, lo que dificulta el tratamiento de enfermedades comunes.
- Refugiados: Millones de sirios han sido desplazados por la guerra, lo que ha dificultado el acceso a la atención médica.

Jurista y sanitaria
noravazq@ucm.es



ONE HEALTH



¿Qué es *One Health*?

Delia Saleno

En los últimos dos-tres años cada vez se habla más de un “nuevo” concepto llamado *One Health* o “una sola salud”, pero sin que generalmente se entienda a qué se refiere y para qué sirve. Igual, un pequeño repaso histórico nos ayudará entenderlo un poco mejor. De dónde viene, su evolución y cómo se debería abordar en el presente.

A pesar de que desde la Antigua Grecia se habla de la importancia y el impacto para la salud de todos los factores que rodean al paciente, la medicina moderna se ha enfocado y ha destinado recursos casi en exclusiva hacia la patología física humana y, en consecuencia, en la especialización de su diagnóstico y en el desarrollo de tratamientos, cada vez más sofisticados y precisos. Esto ha sido un gran acierto para conseguir tratar cada vez más y mejor las patologías y conseguir una prolongación de la vida a través de una cronicidad controlada. Pero, se nos ha olvidado por completo la prevención y, sobre todo, la preservación de la salud.

Por esto, creo que deberíamos parar y recordar las palabras de Claude Bourgelat, el fundador de la primera escuela de medicina veterinaria, que en 1777 afirmaba: “Hemos comprobado la estrecha relación

que existe entre la máquina humana y la máquina animal; dicha relación es tal que la medicina humana y la medicina animal se instruirán y perfeccionarán mutuamente el día que, libres de un prejuicio ridículo y funesto, dejemos de pensar que nos rebajamos y envilecemos estudiando la naturaleza de los animales, como si esa naturaleza y la verdad no fuesen en todo momento y en todo lugar dignas de ser exploradas por cualquiera que sepa observar y pensar”.

Curiosamente, la aparición de la enseñanza reglada de la medicina veterinaria en 1762 y el posterior reparto de competencias políticas entre Sanidad y Agricultura ha sido el punto de partida del distanciamiento entre las dos vertientes de la medicina, considerándose de manera equivocada que “la Veterinaria” no tiene nada que aportar a la sanidad. Y el alejamiento es tal, que incluso en España se eliminó la palabra “medicina” o “médico” cuando se refieren a los veterinarios. Cosa que, en la mayoría de idiomas o en otros países hispanohablantes no ocurre.

Pero, este enfoque casi exclusivo hacia la medicina asistencial humana ha conducido a que hoy haya dos entornos casi estancos impidiendo el intercambio de experiencias, visiones, ideas y, en definitiva, la cola-

boración y la penetración de la innovación en prevención y predicción de las enfermedades.

En el principio del siglo XIX apareció el concepto de “patología comparada” introducido por el médico francés Pierre Rayer, que posteriormente permitió poner las bases modernas de la “biopatología comparada”. Y a finales del mismo siglo, Rudolf Virchow, médico patólogo alemán, acuñó el término “zoonosis” para definir una enfermedad infecciosa que se transmite entre humanos y animales, siendo considerado hoy el padre del concepto *One Health*, a pesar de que, por aquel entonces, lo llamaron “*One Medicine*”. Voy a citar también sus palabras porque desgraciadamente, se tienen muy poco en cuenta: “Entre la medicina humana y la medicina veterinaria no existen líneas divisorias, ni deben existir. El objeto es diferente, pero la experiencia obtenida constituye la base de toda la medicina”.

A pesar de muchos intentos de colaboración durante el siglo XX, el gran cambio en este concepto aparece en 2004 cuando la *Wild Conservation Society* publica la declaración de “Los doce principios de Manhattan”, donde se presenta un método holístico para prevenir las enfermedades epidémicas y epizooticas respetando los ecosistemas y buscando el beneficio para la salud humana, para los animales domésticos y para la biodiversidad del mundo entero. En esta declaración se acuña el término “*One World, One Health*” o “un mundo, una sola salud”.

Y este es el punto de inflexión en el término y concepto actual que, posteriormente se extendió mundialmente por la alianza formal de 2008 entre la OMS, FAO y OMSA, con el apoyo de UNICEF, UNSIC y del Banco Mundial, documento que en octubre de 2008 fue adoptado por más de 100 países en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático de Sham el Sheij. En este documento se acuñó el término “*One Health*” definitivamente, presentando una estrategia para aplicar el concepto a las enfermedades infecciosas emergente. Es digno de mencionar que, a esta alianza formal, también se sumó el año pasado el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

“

La participación en entornos virtuales de apoyo se muestra positiva para los pacientes oncológicos y puede tener efectos terapéuticos

”

En estos últimos 15 años ha habido mucha evolución de este término, apareciendo por el camino también el concepto “*One Welfare*” o “un solo bienestar” con la intención de llamar la atención sobre la salud mental y los problemas socioeconómicos que impactan en la salud, pero finalmente, a día de hoy se reconoce el *One Health* como un concepto integrador para todos los determinantes de la salud, considerandos *One Welfare* como parte de *One Health* por esta necesidad de un solo concepto holístico integrador que permita la colaboración interdisciplinar.

A pesar de que todavía hay mucho por hacer en la atención asistencial y que los retos del siglo XX no han sido por completo conseguidos (principalmente, universalidad y equidad en la medicina asistencial humana), la realidad se complica y no podemos obviar que el siglo XXI nos coloca ante unos enormes desafíos que deben ser abordados con urgencia.



La amalgama de retos climáticos, de contaminación, de alimentación, de la irrupción sin precedentes de las enfermedades emergentes y reemergentes (la inmensa mayoría zoonóticas), la gran movilidad internacional de personas, animales y mercancías, la adaptación de especies en nuevos territorios (muchos vectores o reservorios de enfermedad), la pérdida sin precedentes de la biodiversidad, un cambio demográfico importante y de prioridades sociales, la irrupción masiva de los animales de compañía en los hogares, la imperiosa necesidad de sostenibilidad en sanidad (económica, recursos humanos, emisiones, etc.) hace que la gestión de la sanidad y la definición de los “sanitario” y de la “medicina comunitaria” sea mucho más compleja, y, por lo tanto, necesita con urgencia diseñar y aplicar un nuevo modelo de gestión con una colaboración real interdisciplinaria entre la salud humana, salud animal y la salud medioambiental, cambiando la prioridad hacia la prevención de la patología y, sobre todo, en la preservación de la salud. Y esto va mucho más allá de la “colaboración interdisciplinaria” en antibiorresistencia y las enfermedades infecciosas o de un cuño en las jornadas.

Para el futuro sostenible de la sanidad es imprescindible que el concepto *One Health* sea implementado como la columna vertebral en la gestión y los procesos del sistema sanitario y que no se use solo como un adorno moderno para decorar una tarta precocinada en base a la receta del siglo XX.

Desgraciadamente, constato con tristeza que, a raíz de todo el sufrimiento del sistema sanitario, económico y social por una enfermedad zoonótica durante la pandemia de la COVID-19 no hemos aprendido lo suficiente para que *One Health* sea una prioridad en la gestión de la salud en todas sus facetas, vertientes y latitudes.

En cambio, veo un nuevo resurgimiento del “*My Health*”, traduciéndose equivocadamente en “una sola salud, la humana” ... y el resto sigue sin importar. No tenemos nada presente que los grandes cambios sociales a lo largo de la historia han sido producidos por pandemias zoonóticas. Y en este siglo ya hemos tenido ocho, todas zoonosis.

¿Cómo se puede entender que, en el contexto actual, con tantos desafíos, aparezca el termino salud global que trabaje solo la salud humana de manera transfronteriza y que no sea una continuación de aquel “*One World, One Health*”?

Sin la integración real de la salud animal y la salud medioambiental en la construcción de las políticas del sistema sanitario, en la innovación y en su gestión, este no será sostenible y se romperá ante tantos factores distorsionantes, que finalmente, conducirán a grandes tensiones en el sistema asistencial humano.

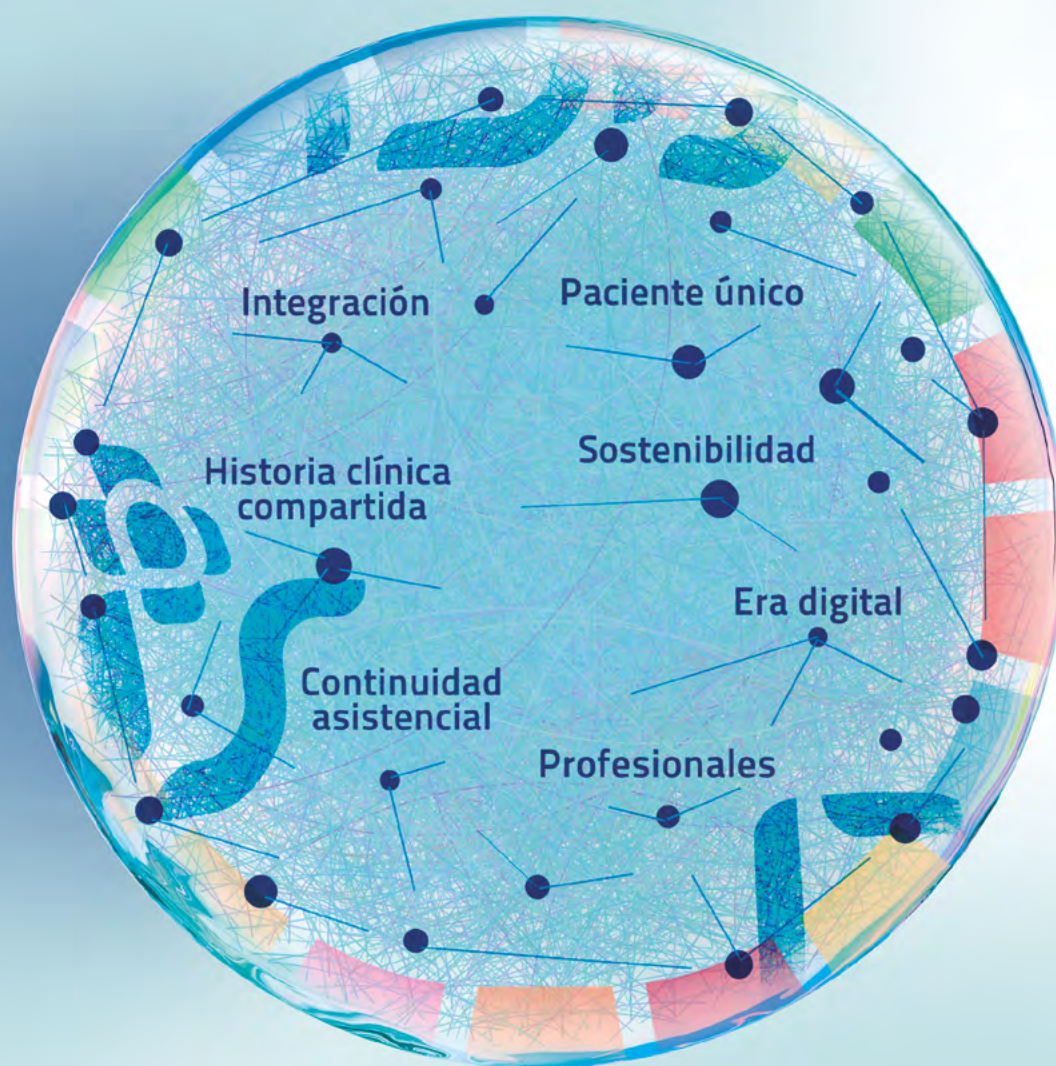
El concepto *One Health* ya no es solo una filosofía, ni un capricho, sino una imperiosa necesidad en la gestión para conseguir la sostenibilidad y la eficiencia de los recursos en todas las políticas.

Presidenta del Grupo de Trabajo *One Health* de
CEOE

delia@veterinarisondureta.es

Trabajamos cada día por el mejor sistema sanitario

#SanidadSomosTodos



ALIADOS CON LOS
OBJETIVOS DE
DESARROLLO
SOSTENIBLE 2030
"ODS"



fundacionidis.com



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



ENTREVISTA

María Martín Diez, Consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja

“El principal reto y objetivo es mejorar la salud de los riojanos”



María Martín Diez, Consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

María Martín ha tomado de nuevo las riendas de la sanidad en La Rioja. La que ya fuera consejera de salud entre 2015 y 2019 revalidó su cargo en julio del pasado año y durante esta legislatura quiere volver a reactivar lo que ya había conseguido. Para Martín Diez uno de los retos más importantes es la salud mental, seguido de la mejora de las listas de espera, lo que redundará en una mejor salud para los riojanos.

Desde julio del pasado año es de nuevo la consejera de Salud de La Rioja y ahora también de la cartera de Políticas Sociales, ¿qué balance puede hacernos de su gestión hasta el momento?

Estamos muy contentos, aquí lo importante son las personas de la que te rodeas y se ha formado un equipo que tiene mucha ilusión, con muy buenas ideas y además con muchas ganas de trabajar. Se trata de cumplir un programa, que es el que nuestro presidente anunció durante su campaña, y lo estamos ejecutando. Ya se han dado pasos muy importantes en salud mental, que para nosotros es prioridad en esta legislatura, en la aplicación de nuevas tecnologías y en la mejora de las listas de espera.

El hecho de que Salud y Servicios Sociales estén unidos en la misma Consejería tiene una gran oportunidad, como la mejora en la coordinación de todo lo sociosanitario. Se está desarrollando un proyecto que va a tener gran repercusión en las residencias de mayores, que es “Salud cura, Servicios Sociales cuida”, cada uno con su papel, para que las residencias se fortalezcan en lo que más necesitan, como en salud mental, geriatría y cuidados, con un equipo de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos... y con unidades del Servicio Riojano de Salud, es un proyecto muy bonito que va a tener repercusiones importantes.

¿Cuáles son los principales retos de la sanidad riojana?

El principal reto y objetivo es mejorar la salud de los riojanos. Para ello, hemos dado prioridad a la salud mental y emocional con planes de prevención, protección y promoción. El primer paso es en las escuelas y los colegios, de la mano de educación estamos haciendo un programa muy importante que va a tratar de evaluar para tener ese diagnóstico y esa foto de qué se necesita, porque ahora mismo vemos, en los datos de los adolescentes serios problemas como depresión, suicidios, baja autoestima, subida de violencia, agresividad.

El segundo reto es conseguir mejorar la calidad de la asistencia y la salud de los riojanos, que se realizará a través de la escuela de pacientes y de salud pública como política transversal del gobierno con todas las consejerías. También con nuestra Alianza por la Salud, que la vamos a retomar porque para mí es la mayor red de participación. En esta Alianza cabe todo

el mundo y no tiene nada que ver ni con ideologías ni con profesiones, se trata de que cada uno aporte su granito de arena a la mejora de la salud. Cuando fui consejera en la etapa anterior funcionó y ahora seguro que también, y con más motivo.

El caso de los profesionales es otra prioridad, hace 20 años que se lleva hablando de un cambio de modelo, pero no se dan los pasos para cambiarlo. Tenemos que poner de nuestro lado, hacer todo lo que podamos. El verdadero tapón es la falta de profesionales porque no se han repuesto las jubilaciones ni se han planificado las jubilaciones, además ahora se da mucha más asistencia de la que se daba cuando se estableció el número de plazas, la demanda es casi infinita por parte de la población, hay que revisar cuántos profesionales se necesitan y empezar a dar pasos urgentes.

La tecnología sanitaria tiene cada vez más fuerza, tanto en el ámbito de la investigación, como en el abordaje del paciente. ¿Qué acciones se están llevando a cabo desde la Consejería en este ámbito?

Estamos trabajando en muchas acciones con respecto a la tecnología sanitaria, es otra de las cosas que va a mejorar también la calidad de vida de los ciudadanos. Por ejemplo, contamos con diagnósticos automáticos en electrocardiograma, con ayuda al diagnóstico de la unidad de mama, con diagnóstico de interpretación automática de fracturas óseas, con el cribado de retinopatía diabética y también próximamente con el Command Center, que está dirigido sobre todo a gestión que aplica inteligencia artificial y no solo en procesos de gestión, sino también en clínica. Todo esto va a ser un antes y un después.

También contamos con la Fundación Rioja Salud, que es donde se encuentra el Centro de Investigación Biomédica, es nuestro buque insignia de la innovación sanitaria. Ahí hay un programa, que es el de los datos salvan vidas, tiene varios apartados y todo va dirigido a lo mismo, a esa captación de datos, para luego poder aplicarlo en una mejora de la gestión y en una mejora de la asistencia.

Para nosotros, es fundamental tanto las nuevas tecnologías como la inteligencia artificial. Y eso, por supuesto, compatibilizando y teniendo claro que aquí el que importa es el profesional, que es el que al final trabaja y se ayuda de esta herramienta.



María Martín Díez, Consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

¿Qué estrategias está siguiendo para combatir las listas de espera tanto quirúrgicas como en atención primaria en La Rioja?

En el caso de las quirúrgicas, hemos llevado a cabo un plan de choque, lo que hicimos fue analizar las especialidades donde estaban peor y donde llevaban más de un año esperando los pacientes, había muchos, cosa que no había pasado jamás. Nos sentamos con los servicios donde la lista de espera era muy alta para que nos dijese hasta dónde podían llegar ellos con actividad extraordinaria y hasta dónde se podía internalizar esa actividad. En el momento en que se vio hasta dónde estaba el límite, el resto lo gestionamos a través de conciertos, con colaboración público-privada.

¿Cómo afronta la falta de profesionales sanitarios?

En este sentido, lo importante es que actúe el Estado y el Ministerio, que es el que tiene la competencia. Nosotros, mientras tanto, hacemos lo que podemos, pero la verdadera responsabilidad es del Estado y del Ministerio. En la Interterritorial ya se han dado pasos, se lo hemos dicho todos los consejeros a la ministra, y nosotros estamos apoyando absolutamente los pasos que tenga que ir dando el Ministerio, apoyo absoluto pero urgente, prioritario y para ya.

¿Cómo van a aprovechar la inteligencia artificial en la sanidad riojana? ¿Van a formar a los profesionales sanitarios para ello? ¿Y a los pacientes?

En principio todo lo que está saliendo de inteligencia artificial, que es infinito, lo estamos aplicando con mucha prudencia y sobre lo que esté contrastado a la

clínica, pero sobre todo a la gestión, que yo creo que es donde se va a dar un verdadero empujón, donde se van a poder tener datos, donde se van a poder saber cada uno de los procesos y en qué situación están.

¿Tiene previstas nuevas inversiones en I+D+i? ¿Y en infraestructuras?

En La Rioja tenemos un proyecto muy importante, que es la ampliación del Complejo Hospitalario San Millán y San Pedro, dirigido sobre todo a cirugía mayor ambulatoria, el hospital es de 2007, todavía no tiene 20 años, pero todo crece y especialmente en consultas sí que se necesita otra salida. Como tenemos el centro de alta resolución, el CARPA, al lado, se va a hacer una ampliación con un nuevo edificio que va a estar dirigido a especialidades que apliquen la cirugía mayor ambulatoria, lo que va a repercutir en una mejora la calidad. Ya ha empezado la tramitación, ya tenemos el plan funcional, los contratos, los pliegos los queremos sacar durante este año y ya lo que tarden las obras, pero queremos ponerlo en funcionamiento en el 2027.

Como otro reto importante, la integración del Hospital de Calahorra en el Servicio Riojano de Salud, que va a propiciar una coordinación entre hospitales muy interesante.

También, entre otros proyectos, vamos a construir un nuevo centro de Atención Primaria, el de la zona básica de Alberite, vamos a ampliar el Centro de Salud de Calahorra e inaugurar el Centro de Salud de La Villanueva. Además, vamos a mejorar los centros y consultorios sociosanitarios, contamos con un plan de residencias y centros de día.

¿Se están llevando a cabo planes de humanización en los distintos hospitales riojanos? ¿Y en salud mental?

Contamos con la Cátedra de Humanización, que, junto con la Universidad de La Rioja y Janssen, se están dando pasos bastante importantes. Esto se inició en la legislatura anterior, hicieron una serie de jornadas en las que los servicios que se eligieron daban charlas, no solo a los estudiantes de enfermería, sino a profesionales. Y en esa línea vamos a seguir, y especialmente en esta legislatura, queremos dirigir humanización hacia la salud mental. Nos parece importantísimo incidir en esta especialidad, en la salud mental, para la lucha contra el estigma, es algo que se necesita mucho más que en otras especialidades. No va a ir solo dirigido hacia sanitarios o hacia estudiantes sanitarios, sino que lo vamos a abrir a policías, a fuerzas armadas, a todo el que interviene en una actuación cuando existen estos problemas.

De los cuatro centros de documentación de la UNESCO que existen en el mundo, el único español es en el Centro de Investigación Biomédica (CIBIC) y está en La Rioja. El CIBIC se dirige sobre todo a temas de ética y humanización. Ahí hay estudios muy importantes, hay tesis doctorales y luego además está relacionado con los otros tres centros y patrocinado por la UNESCO.

¿Qué hace la Consejería de Salud de La Rioja para la promoción de la salud y prevención de enfermedades? ¿Se cuenta con Escuelas de Pacientes?

Además de nuestra alianza por la salud, que como red de participación y de comunicación es un hito, cada vez se suma más gente y esto al final hace un efecto exponencial porque sí que se ven resultados. En nuestro caso, por un lado, a través de salud pública, que hace esfuerzos muy importantes dirigidos a educación, dirigidos a ayuntamientos y dirigidos a asociaciones de pacientes y no pacientes. Pero luego, tanto en primaria como en hospitalaria, existen las escuelas de pacientes que queremos potenciar, primero dirigido a crónicos, ya hay liderazgo por parte de las enfermedades más prevalentes como neurología, nefrología, neumología, cardiología, endocrinología y diabetes. Empezamos en aquella legislatura con cinco y la verdad es que estos cinco lí-

deres promovieron bastante temas muy importantes de autocuidado.

Otro hito muy importante es el trabajo con los colegios profesionales, en nuestro caso con farmacéuticos hacemos mucho en resistencia, antibióticos, en campañas de vacunación, en autocuidado, en uso racional del medicamento.

También contamos con un programa muy bonito que acabamos de poner en marcha con el Colegio de Psicólogos, Enfermería y Medicina, que va dedicado a la salud mental de los sanitarios, es un programa pionero que se hace en España, está financiado con fondos del Plan Nacional del Ministerio y la verdad es que lo han cogido con muchísimo entusiasmo. Acaba de empezar y creo que va a ser un éxito.

¿Qué opina sobre la colaboración público-privada en Sanidad?

Creemos profundamente en esta colaboración, lo que nunca se puede hacer es rechazar recursos, cuando en este momento lo que nosotros necesitamos es atender y dar asistencia. La Rioja es el ejemplo de cuando tú rechazas esos recursos como la calidad es mucho peor y ahí están los datos, pasar de ser los primeros en listas de espera a estar en la cola de listas de espera y la única diferencia fue la internalización de unos servicios sin haber tenido repuesto o sin haber planificado cómo se suplían esos recursos. Nosotros lo que hemos hecho es analizar hasta dónde llegamos, se internaliza y lo que no llegamos se externaliza. Y por supuesto, dar prioridad en lo que podamos hacer nosotros, pero también midiendo la eficiencia y la eficacia de los dos sistemas. Nosotros estamos gestionando dinero público y eso hay que, con toda la transparencia del mundo, ponerlo encima de la mesa y priorizar por encima de todo el dar asistencia al que la necesita.

¿Qué cambios se pueden abordar en sanidad desde una perspectiva *One Health*?

Muchísimo, el de la prevención, sobre todo de pandemias como la que hemos tenido, o de futuras pandemias o sobre todo en infecciosas o enfermedades, como en nuestro caso agricultores y ganaderos con tema de fitosanitarios y abonos y antibióticos. Dar un paso más en que la coordinación de la sanidad esté relacionada también con medio ambiente, con agricultura, con veterinaria es muy importante.



EN PORTADA



Transformando los cuidados 360: integración de la IA para optimizar la atención sanitaria

Rosa María Piñeiro Albero

Algunas conclusiones del III Symposium Nacional ADeNfermero: liderazgo, talento y género en femenino

La llegada de la Inteligencia Artificial (IA) al sector salud ha revolucionado a toda la población. Desde las formas de cómo los profesionales interconexiónamos con nuevas herramientas y vinculamos el conocimiento, hasta que las propias consejerías y gerencias adapten dichos algoritmos IA para lograr en sus procesos, entre todos sus beneficios hay un largo abismo de tiempo y de gestión.

El caso de las profesionales de enfermería que están adoptando la IA que complementa sus competencias de una manera nueva de la que no hay comparativa porque no hay registro alguno. Usando las herramientas, que creamos y que conocemos desde las necesidades de las personas que atendemos, siendo clave para simplificar nuestro trabajo y brindar para ambas partes experiencias de aprendizaje más enriquecedoras.

En este artículo me enfoco en analizar cómo la IA está transformando las competencias de enfermería: do-

cencia, investigación, gestión y asistencial. Brindando un apoyo hacia la transformación de los cuidados impulsando nuestra labor integral y holística de profundizar y guiar en un futuro más sano y brillante.

Nuestra amplia competencia: DOCENCIA

La competencia de docencia en enfermería implica la capacidad de los profesionales de enfermería para enseñar, guiar y apoyar el desarrollo de habilidades y conocimientos en pacientes y en la formación de otros profesionales de la salud. La integración de la IA y la digitalización en esta competencia puede ampliar y mejorar las estrategias de liderazgo de pacientes, que nos compete a enfermería liderar, acompañar, cuidar y mostrar de enseñanza y aprendizaje para que los pacientes puedan tomar mejores decisiones hacia la transformación de su salud. A continuación, se presentan algunas formas en que la IA y la digitalización pueden mejorar la competencia de docencia en enfermería:

1. Personalización del aprendizaje: La personalización implica que, en vez de ofrecer procesos estándar, cada persona, paciente o profesional recibe comu-

nificación y acceso a trámites y servicios en base a sus propias particularidades. Uno de los aspectos más emocionantes de la IA es su capacidad para personalizar el aprendizaje. La IA puede analizar el desempeño de los profesionales, identifica áreas de mejora y ofrece recursos y estrategias específicas para satisfacer las necesidades de sus pacientes. De esta manera, más amable y fiable adapta su enfoque y brinda una enseñanza más efectiva y significativa. La personalización es la clave del éxito para la detección y predicción de los avances que conlleva la pérdida de salud.

2. Tutoría personalizada: Podemos captar las fortalezas y debilidades y aplicarlas con un apoyo más efectivo y directo a cada paciente de manera individual o colectiva.
3. Reducción de carga administrativa: Enfermería con la promoción de la salud, la docencia sobre prevención del avance de la enfermedad, a menudo se enfrenta a una carga de trabajo abrumadora debido a tareas administrativas y burocráticas. La IA asume gestión de registros de manera automática y efectiva. Esto libera tiempo valioso que enfermería invierte en la planificación de planes de salud y la interacción con las personas de manera humana, sensible y amable, pudiendo dedicar íntegramente a realizar la labor comunitaria y colectiva que constituye su competencia de docencia.
4. Análisis de datos de aprendizaje: Con los algoritmos IA que desarrollamos en ADeNfermero, tanto en Salud Silver como en herramientas contra la Violencia de Género o nuevas herramientas más amigables, intuitivas y fáciles, analiza datos, variables y las enlaza para activar alarmas o pasar al siguiente nivel de cuidados y atención, dirigiéndose hacia la utilización y destino de recursos de manera más optima. Los profesionales de enfermería podemos utilizar estos *insights* para ajustar métodos de enseñanza y mejorar el aprendizaje de los pacientes.
5. Recursos docentes mejorados: La IA también está revolucionando la creación de recursos. Plataformas impulsadas por IA pueden ayudar a enfermería a diseñar materiales de aprendizaje atractivos y personalizados. Además, estas herramientas pueden mantenerse actualizadas con los últimos avances en su campo, asegurando que tengan acceso a contenido de alta calidad.
6. Plataformas de aprendizaje en línea: La digitalización nos permite compartir acceso a plataformas de aprendizaje, con materiales y recursos de estudio y de apoyo, fichas técnicas, multimedia, vídeos, audiovisuales, ejercicios, fichas nutricionales, firma de presencialidad, registro de entrada y justificante de estos algoritmos de promoción y control de su salud.



7. Simulaciones virtuales: Aprendizaje dirigido: los pacientes son conducidos a escenarios reales, donde pueden tener una experiencia inmersiva. Así, pueden practicar habilidades clínicas y tomar decisiones en un entorno seguro y controlado, lo que les permite ganar confianza y experiencia en su control de salud.
8. Apoyo en la evaluación del aprendizaje: La IA es una excelente aliada en la evaluación del progreso. Con la capacidad de analizar grandes cantidades de datos, puede proporcionar información detallada lo que permite identificar quienes necesitan apoyo adicional y desarrollar estrategias de enseñanza específicas.
9. Desarrollo profesional continuo: Las aplicaciones móviles basadas en IA pueden proporcionar acceso instantáneo a información y recursos de buena salud, así como herramientas de estudio y recordatorios. Esto facilita el aprendizaje en cualquier momento y lugar, permitiendo aprovechar al máximo su tiempo de estudio.

En resumen, la integración de la IA y la digitalización en la competencia de docencia en enfermería puede mejorar la calidad, accesibilidad y efectividad de la enseñanza y el aprendizaje de las 3P de los pacientes, profesionales y población. Al aprovechar estas tecnologías, los profesionales de enfermería pueden proporcionar una educación más personalizada, interactiva y centrada en la persona.

Nuestra avanzada competencia: INVESTIGACIÓN

El cambio hacia la transformación de los cuidados por la integración de IA y la digitalización es visible y palpable por la investigación que ofrecemos, con numerosas oportunidades para mejorar la atención de calidad a nuestros pacientes, la gestión consciente de nuestros planes de cuidados y la investigación que nos rige siempre con un propósito de liderazgo de servicio a las personas.

1. Análisis de datos avanzado: La IA puede procesar grandes volúmenes de datos de investigación de manera rápida y eficiente, identificando patrones, tendencias y relaciones complejas que pueden no ser evidentes para los investigadores humanos.

Esto permite a enfermería analizar datos a una escala más amplia y obtener *insights* más profundos de manera más eficiente.

2. Identificación de temas de investigación: Los algoritmos IA pueden analizar la literatura científica existente y las bases de datos de investigaciones para identificar temas de investigación emergentes, lagunas en el conocimiento y áreas donde se necesitan más estudios. Esto ayuda a los enfermeros a enfocar sus esfuerzos en áreas de investigación que tienen el potencial de tener un impacto significativo en la práctica clínica y en el cuidado hacia la colectividad.
3. Predicción de resultados y tendencias: La IA puede utilizar modelos predictivos para anticipar resultados de investigación y tendencias futuras en el campo de la enfermería. Las líneas que desarrollamos en ADeNfermero (salud mental, salud silver, prevención inmunitaria, igualdad y género) son los temas de actualidad con nuevos algoritmos para la mejora de calidad de vida y bienestar tanto de pacientes, profesionales y población. Esto ayuda a enfermería a planificar investigaciones futuras, identificar áreas de intervención y desarrollar estrategias para mejorar la calidad de la atención y los resultados del paciente. Pudiendo realizar predicciones de posibles situaciones de riesgo o potencialmente peligrosa a las que, por ende, hay que dedicar mayor cantidad de recursos.
4. Detección: Es capaz de detectar problemas de distinta índole más rápido que lo que estamos acostumbrados hasta este momento, en tiempo real. Para nuestros cuidados 360, la investigación con propósito hacia la transformación de los cuidados y detección precoz para la prevención aporta el valor que precisan dichos cuidados personalizados.

La competencia de investigación en enfermería implica la capacidad de los profesionales para diseñar, llevar a cabo y aplicar investigaciones que contribuyan al avance del conocimiento en el campo de la enfermería y la atención en salud. La integración de algoritmos IA y la digitalización en esta competencia puede potenciar la capacidad de enfermería para

realizar investigaciones significativas hacia la transformación el liderazgo de pacientes y en promoción de la salud para cambios de rutina que lleven al control de su enfermedad.

Solo con la competencia de investigación se genera praxis de excelencia, al aprovechar estas tecnologías de manera efectiva, los profesionales de enfermería pueden brindar una atención más personalizada, eficiente y basada en la evidencia, mejorando así los resultados para los pacientes y la comunidad en general.

En resumen, la integración de la IA y la digitalización en la competencia de investigación en enfermería puede mejorar la eficiencia, la precisión y el impacto de los estudios realizados con investigaciones más rigurosas, generar evidencia más sólida y contribuir de manera más significativa al avance del conocimiento en el campo de la enfermería y la atención de servicio a las personas.

Nuestra competencia más transformadora: GESTIÓN

La competencia de gestión en enfermería se refiere a la capacidad de los profesionales de enfermería para administrar eficazmente los recursos y coordinar las actividades para garantizar una atención de calidad. La integración IA y la digitalización en esta competencia puede ser de gran ayuda. Aquí hay algunas formas en que la IA y la digitalización pueden mejorar la competencia de gestión en enfermería:

Gestión consciente:

1. Optimización de recursos: Los algoritmos de IA pueden analizar datos operativos y de recursos para identificar áreas de mejora en la eficiencia y la utilización de recursos en entornos de cuidados. En la práctica, enfermería puede optimizar la asignación de personal, reducir los tiempos de espera y mejorar la gestión de camas en hospitales y centros de atención y la acción más representativa y justificada de nuestro valor como enfermeras y nuestros cuidados personalizados de precisión es reducir los costos operativos y mejorar la eficiencia general del sistema de salud.
2. Reducción de errores: La IA puede ayudar a identificar y prevenir errores mediante la detección



temprana de posibles riesgos y problemas. Los sistemas de IA pueden analizar datos de incidentes anteriores y patrones para desarrollar estrategias de prevención y mejorar la seguridad del paciente.

3. Planificación de personal: La IA analiza los patrones de demanda de atención y nos ayuda a prever necesidades futuras de personal. El uso para enfermería en planificar y programar adecuadamente el personal para garantizar una cobertura suficiente durante períodos de alta demanda, como las horas pico o temporadas de enfermedades. En la programación de turnos y horarios de trabajo, teniendo en cuenta las preferencias individuales de los profesionales de enfermería, como la disponibilidad de cuidado infantil o las responsabilidades familiares. Esto puede contribuir a una mejor conciliación entre el trabajo y la vida personal, promoviendo el bienestar y la satisfacción laboral.
4. Gestión de camas: Los algoritmos de IA pueden prever la demanda de camas en hospitales y cen-

tros de atención médica, lo que permite una gestión más eficiente de las admisiones y altas de pacientes. Esto ayuda a enfermería a evitar la congestión y el hacinamiento, optimizando el flujo de pacientes y mejorando la experiencia del paciente.

5. **Análisis de costos y eficiencia:** Los sistemas de IA pueden analizar los costos asociados con los procedimientos médicos, los suministros y otros aspectos de la atención de cuidados para identificar oportunidades de ahorro y mejorar la eficiencia. Esto permite a enfermería tomar decisiones informadas sobre la asignación de recursos y la optimización de procesos.
6. **Seguimiento de indicadores de desempeño:** La digitalización de los registros y los sistemas de gestión de datos permite a enfermería realizar un seguimiento de los indicadores clave de desempeño: tiempos de espera, la satisfacción del paciente y la calidad de la atención. Facilitando así, la identificación de áreas de mejora y la implementación de intervenciones para garantizar una atención de calidad.

Al aprovechar estas tecnologías, las direcciones de enfermería pueden tomar decisiones más informadas, optimizar los procesos y garantizar una atención de alta calidad para los pacientes.

Nuestra competencia más conocida: ASISTENCIAL en Primaria y Hospitalaria

La competencia asistencial en enfermería se refiere a la capacidad de los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados de alta calidad y centrados en el paciente. La digitalización en esta competencia puede ser de gran ayuda.

1. **Monitoreo continuo del paciente:** Los dispositivos conectados y los sensores inteligentes nos ayudan a recopilar datos sobre la condición de los pacientes, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los niveles de glucosa. En enfermería podemos utilizar esta información para realizar un seguimiento más preciso y personalizado del estado de salud de los pacientes.
2. **Asistencia en la toma de decisiones clínicas:** Los sistemas de apoyo a la decisión clínica basados

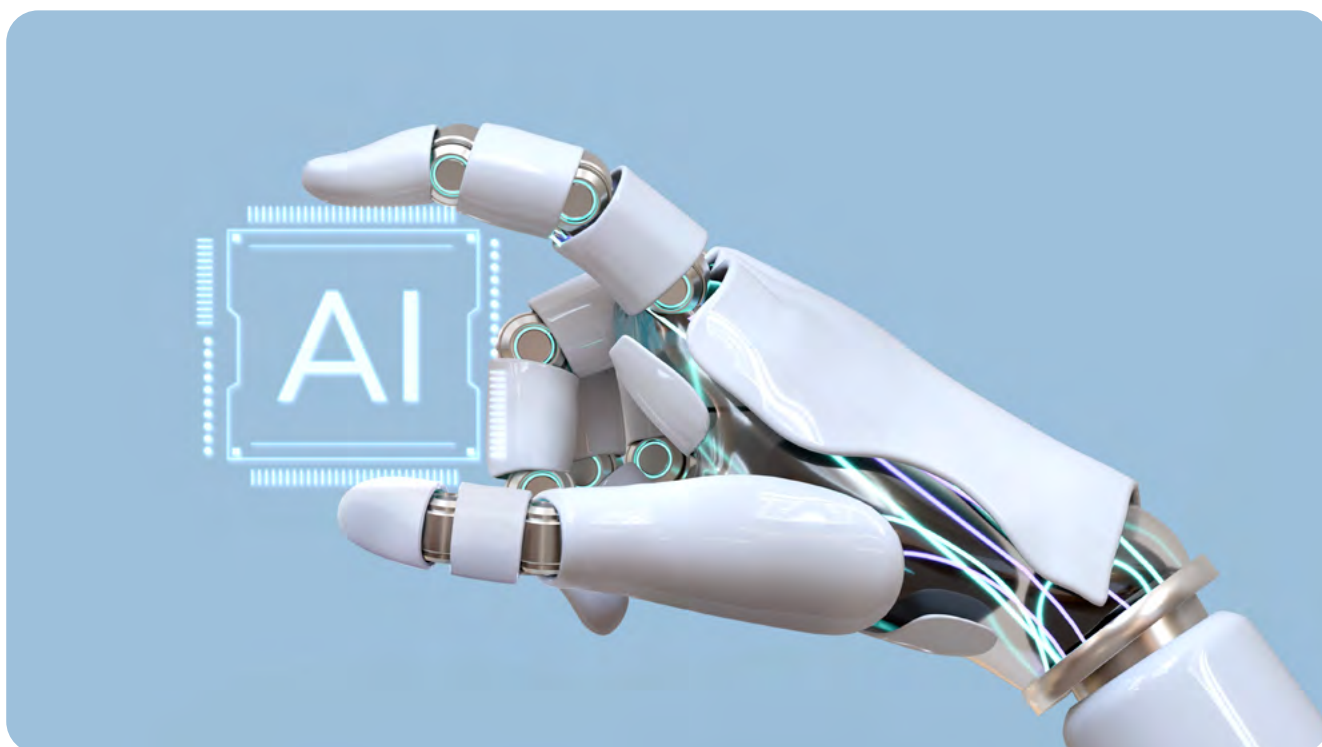
en IA pueden proporcionar recomendaciones a los enfermeros sobre el mejor curso de acción para el cuidado de un paciente en función de datos clínicos, historiales médicos y evidencia científica. Esto ayuda a los enfermeros a tomar decisiones informadas y basadas en la evidencia con pensamiento crítico, nos proporciona recomendaciones y orientación a los en la toma de decisiones difíciles. Estos sistemas pueden tener en cuenta múltiples variables clínicas y evidencia científica actualizada para ayudar a determinar el mejor curso de acción para cada paciente.

3. **Planificación de cuidados personalizados:** La IA puede analizar grandes cantidades de datos de pacientes para identificar patrones y tendencias en la salud de los individuos. Con esta información, enfermería desarrolla planes de cuidados personalizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada paciente, optimizando así los resultados del tratamiento.
4. **Gestión eficiente de recursos:** La digitalización de los registros de salud permite a enfermería acceder fácilmente a la información del paciente y coordinar mejor los cuidados. Además, la IA puede ayudar en la gestión de recursos asignando de manera óptima el personal y los equipos disponibles para garantizar una atención eficiente y oportuna.
5. **Prevenir errores:** Los sistemas de IA pueden ayudar a prevenir errores en la administración de medicamentos, en la interpretación de resultados de pruebas y en otras áreas críticas de la atención. Así, enfermería puede intervenir rápidamente para evitar consecuencias negativas para el paciente.

En resumen, en la competencia asistencial en enfermería puede mejorar significativamente la calidad y la eficiencia de los cuidados proporcionados. Aprovechando estas tecnologías y ofrecer una atención más personalizada, segura y efectiva, contribuimos así al bienestar y la recuperación de los pacientes.

Nuestra competencia transversal: PERSPECTIVA DE GÉNERO

La integración de IA con una perspectiva de género en el ámbito de la enfermería puede ser especialmente



beneficiosa. Resulta conocido, que investigadores y organismos internacionales muestren su preocupación creciente de los riesgos que la tecnología aumenta las desigualdades entre los hombres y mujeres. Siendo enfermería, una disciplina, ampliamente de género femenino, nos compete estar presentes en la toma de decisiones.

La IA está desarrollándose con el concepto de 'inteligencia' de pensamiento crítico, análisis, racionalidad objetiva dejando de lado en esta definición las inteligencias, emocional o empatía, comúnmente relacionadas a las mujeres y muy integradas en enfermería. Esto implica la revisión exhaustiva para que las nuevas herramientas faciliten y sean amigables para el cuidado tanto de pacientes como de los profesionales.

Detección de sesgos y desigualdades: La IA puede ayudar a identificar y mitigar sesgos de género en los procesos de selección, promoción y remuneración en el campo de la enfermería. Al analizar datos objetivos y realizar evaluaciones imparciales, la IA puede contribuir a garantizar la equidad de género en el lugar de trabajo y promover la igualdad de oportunidades para las profesionales de enfermería.

Los algoritmos pueden ahondar en las discriminaciones producidas por sesgos en los datos, sin ellos, no

se programan medidas correctoras con perspectiva de género. Estas medidas amablemente incluidas, ayudan a reflejar y disminuir las desigualdades. Si esto no se lleva a cabo, los algoritmos pueden perpetuar desigualdades, inequidades ya existentes y puede por su alta capacidad de análisis de datos acrecentar dicho riesgo.

Entre los problemas del uso de IA es la deshumanización debido a la creciente automatización de los procesos. Por ello, nuestro reto es crear IA que sea digna de confianza por parte de la población y por parte de los profesionales que la llevamos a cabo, se considera beneficio o negativa en la medida que se orienten, o no a la consecución del bienestar común y siempre sostenidas por los valores de justicia e igualdad.

La IA con una perspectiva de género puede desempeñar un papel importante en el apoyo y el cuidado de las profesionales de enfermería, ayudándoles a realizar sus tareas de manera más eficiente, promoviendo su bienestar y empoderamiento, y contribuyendo a la igualdad de género en el campo de la salud. Al aprovechar estas tecnologías de manera responsable y centrada en las necesidades de las profesionales de enfermería, podemos avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, equitativo y eficaz para todos.

Bibliografía

1. Paladino MS. Cuidado e inteligencia artificial: una reflexión necesaria. *Pers Bioet.* 2021; 25(2):e2528. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.2.8>
2. C. Ebell, R. Baeza-Yates, R. Benjamins, H. Cai, M. Coeckelbergh, T. Duarte, et al. Towards intellectual freedom in an AI Ethics Global Community *AI Ethics*, 1 (2021), pp. 131-138 doi:10.1007/s43681-021-0005.2-5
3. Garain, A. Basu, F. Giampaolo, J.D. Velasquez, R. Sarkar. Detection of COVID-19 from CT scan images: A spiking neural network-based approach. *Neural Comput Appl.*, 33 (2021), pp. 12591-12604 <http://dx.doi.org/10.1007/s00521-021-05910-1>
4. Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Predicted influences of artificial intelligence on the domains of nursing: Scoping review. *JMIR Nurs.* 2020;3(1):e23939. DOI: <https://doi.org/10.2196/23939>
5. Dihlac M, Mai V, Mörch C, Noiseau P, Voarino N. Pensar la inteligencia artificial responsable: una guía de deliberación. Disponible en: https://open-dialogueonai.com/wp-content/uploads/2020/07/ES_Delib
6. Khader N, Lashier A, Yoon SW. Pharmacy robotic dispensing and planogram analysis using association rule mining with prescription data. *Expert Syst Appl.* 2016; 57:296-310. DOI: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2019-0026>
7. O. Koteluk, A. Wartecki, S. Mazurek, I. Kołodziejczak, A. Mackiewicz. How Do Machines Learn? Artificial Intelligence as a New Era in Medicine. *J Pers Med.*, 11 (2021), pp. 32 <http://dx.doi.org/10.3390/jpm11010032>
8. Blechar L, Zalewska P. The role of robots in the improving work of nurses. *Nurs 21st century.* 2019;18:174-82. DOI: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2019-0026>
9. M. Guiñazú, V.H. Cortes, C.F. Ibañez, J. Velasquez. Employing online social networks in precision-medicine approach using information fusion predictive model to improve substance use surveillance: A lesson from twitter and marijuana consumption. *Inform Fusion.*, 55 (2020), pp. 150-163
10. Topaz M, Murga L, Gaddis KM, McDonald MV, Bar-Bachar O, Goldberg Y, et al. Mining fall-related information in clinical notes: Comparison of rule-based and novel word embedding-based machine learning approaches. *J Biomed Inform.* 2019;90:103103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103103>
11. Li Z, Moran P, Dong C, Shaw R, Hauser K. Development of a tele-nursing mobile manipulator for remote caregiving in quarantine areas. 2017 IEEE International Conference on Robotics and Automation (ICRA). 2017;3581-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2016.02.045>
12. J. Morley, C.C.V. Machado, C. Burr, J. Cowls, I. Joshi, M. Taddeo, et al. The ethics of AI in health care: A mapping review. *Soc Sci Med.*, 260 (2020), pp. 113172 <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113172>
13. Y. Xue, D. Klabjan, Y. Luo. Predicting ICU readmission using grouped physiological and medication trends. *Artif Intell Med.*, 95 (2019), pp. 27-37 <http://dx.doi.org/10.1016/j.artmed.2018.08.004>
14. X. Tao, J.D. Velásquez. Multi-source information fusion for smart health with artificial intelligence. *Inf Fusion.*, (2022), pp. 93-95 <http://dx.doi.org/10.1016/j.inffus.2022.03.010>
15. B. Lin, S. Wu. Digital Transformation in Personalized Medicine with Artificial Intelligence and the Internet of Medical Things. *OMICS.*, 26 (2022 Feb), pp. 77-81 <http://dx.doi.org/10.1089/omi.2021.0037>

CEO y presidenta de ADeNfermero (Asociación de Cuidados Personalizados de Precisión).

XVII JORNADAS DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD

8 al 10 mayo 2024

Auditorio Municipal
Ourense

Valor y sostenibilidad,
compromisos de futuro

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			



NOTICIAS

La innovación tecnológica, clave en la gestión de residuos derivados de la actividad sanitaria



De izda. a dcha.: Juan Carlos Antony, vicepresidente de la Fundación Tecnología y Salud; César Gómez Derch, director gerente del Hospital Clínico San Carlos; y Héctor Tejero, asesor de Salud y Cambio Climático en el Gabinete de la ministra de Sanidad.

La innovación tecnológica es clave en la gestión de los residuos generados por la actividad asistencial y para disminuir su huella en el medioambiente. Así ha quedado de manifiesto en la jornada “Aportación de la Tecnología Sanitaria a la sostenibilidad medioambiental”, organizada en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid por la Fundación Tecnología y Salud, de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, que ha reunido a representantes de la Administración, industria, gestores sanitarios y jefes de servicios hospitalarios para poner en común los avances y los retos en este ámbito.

El papel de la tecnología sanitaria en la sostenibilidad medioambiental, las implicaciones derivadas del Real Decreto 1055/2022 de envases y residuos de envases, el impacto de la práctica clínica en el medioambiente y aquellas iniciativas para reducirlo que son ya una realidad en los servicios de salud autonómicos han sido objeto de análisis en este encuentro. “Esta jornada muestra el compromiso del sector de tecnología sanitaria con el desarrollo de estrategias conjuntas para salvaguardar el medioambiente, al

tiempo que pone de relieve que todas las partes que estamos involucradas en la sostenibilidad debemos caminar juntas si queremos resultados eficientes en la reducción de la huella ecológica de nuestra actividad”, ha expresado el profesor Fernando Bandrés, presidente de la Fundación Tecnología y Salud.

La Administración ha estado representada en este encuentro por Héctor Tejero, asesor de salud y cambio climático en el gabinete de la ministra de Sanidad. “El cambio climático va a ser la principal amenaza a la salud global del siglo XXI, según la OMS. Al mismo tiempo, los sistemas sanitarios globales suponen casi un 5% de las emisiones mundiales. El Ministerio de Sanidad tiene un compromiso claro con impulsar un Sistema Nacional de Salud resiliente, adaptado y bajo en carbono. Para ello es necesario una colaboración entre empresas, profesionales y administraciones públicas para lograr una descarbonización rápida, ordenada y centrada en el paciente y en mejorar la salud pública”, ha expuesto el representante ministerial.

Por su parte, César Adolfo Gómez, gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha destacado que “en las instituciones sanitarias velamos por la integración de la tecnología en entornos sostenibles y respetuosos con el medio ambiente. En este sentido, el Hospital Clínico San Carlos ha incorporado la última tecnología en el diagnóstico, que permite una mayor eficiencia energética, en línea con nuestro compromiso de respeto y cuidado con el medio ambiente desde hace más de veinte años”.

De la concienciación a la acción

Es notorio que cada vez existe mayor concienciación para que todas las actividades del proceso asistencial tengan en cuenta la sostenibilidad del planeta y lograr así un modelo sanitario respetuoso con el medioambiente. Para asegurar este objetivo, los expertos han recalcado el papel que juegan los avances tecnológicos, de forma complementaria al aumento de estrategias integrales en los servicios de salud autonómicos.

Tal como ha quedado reflejado en las distintas intervenciones, cualquier actividad hospitalaria genera un impacto ambiental, como puede ser la derivada de las complicaciones o efectos adversos en los pacientes. En este sentido, en la jornada se ha remarcado la importancia de medir dicho impacto, —ya existen metodologías sobre las que avanzar—, y de la contribución de la tecnología para reducir la huella ecológica.

Por ejemplo, el laboratorio clínico es uno de los espacios con elevado consumo de agua y energía dentro de un hospital, lo que propicia un gran volumen de residuos. Por ello, herramientas a disposición de los gestores de hospitales y estos servicios como la guía “Laboratorios Clínicos Verdes y Sostenibles” de la *European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* (EFLM) suponen un avance hacia la sostenibilidad de la Medicina de Laboratorio. Los preceptos de esta guía están siendo progresivamente incorporados en los hospitales españoles.

Reflejo en los contratos públicos y experiencias autonómicas

En el ámbito legal, uno de los elementos que van a determinar a corto plazo las políticas en este campo

—tanto de centros sanitarios como de la industria— es el RD 1055/2022, que entrará en vigor el 1 de enero de 2025, y la propuesta de Reglamento europeo de envases y residuos de envases. El sector ya viene preparándose con antelación para aplicar las nuevas disposiciones y dar respuesta a todos los requerimientos de esta legislación.

Mientras, respecto al ámbito administrativo, los participantes en este encuentro han recalcado la importancia de seguir fomentando la inclusión de criterios de adjudicación relacionados con el impacto medioambiental en los contratos públicos de adquisición de tecnología sanitaria. Se trata de una tendencia al alza en las comunidades autónomas que supone un avance en cuanto a sostenibilidad y fomenta las medidas de respeto con el medioambiente en los hospitales.

Precisamente, en la jornada han sido compartidos casos de éxito de distintos servicios de salud autonómicos que confirman esta tendencia, como los de Cataluña, Galicia y Andalucía. Por ejemplo, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) ya trabaja en la incorporación de criterios medioambientales en las licitaciones de adquisición de tecnologías sanitarias, dentro de sus políticas para reducir la huella ecológica de la actividad sanitaria sobre el medioambiente.

También el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) dispone de una ‘Estrategia de Economía Circular’ que marcará su hoja de ruta en los próximos siete años y que contempla la incorporación de criterios medioambientales en estas licitaciones. Entre los objetivos concretos de la estrategia gallega se encuentran reducir en más de 46.500 toneladas anuales las emisiones de CO2 hasta 2030, es decir, el equivalente a plantar más de un millón de árboles. Otras medidas contempladas son la disminución de la generación de residuos y el uso de combustibles fósiles, la construcción de centros sanitarios con materiales sostenibles, el ecodiseño de los procesos asistenciales, el fomento de la investigación en I+D en este campo o la promoción del consumo responsable y sostenible entre pacientes, trabajadores o proveedores. Complementariamente, se prevén iniciativas para reducir las emisiones de gases a la atmósfera provocadas por el sistema de anestesia de las operaciones quirúrgicas.



El Consejo de Ministros aprueba tres acuerdos para la renovación del parque tecnológico

El Consejo de Ministros ha aprobado tres acuerdos marco para la adquisición centralizada, dentro del Plan AMAT-I (Plan de Acuerdos Marco de Equipos de Alta Tecnología Sanitaria del INGESA) y a través del INGESA, de equipos de arcos quirúrgicos, de equipos de radiología y de equipos de salas de radiología digital telecomandadas, por un valor total cercano a los 86 millones de euros.

Mediante el primer Acuerdo Marco, se van a adquirir equipos de arcos quirúrgicos, por un valor inicial de 37.281.500 euros (IVA excluido) en 24 meses, aunque teniendo en cuenta la posible prórroga de 12 meses, el valor estimado del Acuerdo Marco se sitúa en 49.460.000 euros.

Este Acuerdo supone la autorización de un expediente de contratación centralizada de productos sanitarios, equipos de arcos quirúrgicos de uso común en el SNS, en el que participan once comunidades autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Madrid, Valencia), los centros del INGESA en Ceuta y Melilla y organismos de la Administración del Estado.

Por otra parte, se adquirirán equipos portátiles de radiología por un valor inicial de 10.329.264 euros (IVA excluido), y teniendo en cuenta la posible prórroga de 12 meses, el valor estimado del Acuerdo Marco se sitúa en 13.949.181 euros.

En este segundo Acuerdo Marco participan diez comunidades autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid, Valencia), los centros del

INGESA en Ceuta y Melilla y organismos de la Administración del Estado.

El tercer Acuerdo Marco supone la autorización de un expediente de contratación centralizada de productos sanitarios, equipos de salas de radiología digital telecomandadas de uso común en el SNS, en el que participan diez comunidades autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Valencia) y los centros del INGESA en Ceuta y Melilla.

El valor previsto de las posibles adquisiciones de estos equipos en el periodo inicial de vigencia es de 16.697.100 euros (IVA excluido), y teniendo en cuenta la posible prórroga de 12 meses, el valor estimado del Acuerdo Marco se sitúa en 22.660.350 euros.





9 hospitales de Quirónsalud, en el top 50 de mejores hospitales de España según el ranking ‘World Best Hospitals 2024’ de la revista *Newsweek*

La revista *Newsweek* ha publicado la última edición de su ranking World’s Best Hospitals 2024, que destaca a 10 hospitales de Quirónsalud entre los mejores hospitales de España, nueve de ellos en el top 50.

Por un lado, el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz se sitúa un año más como uno de los 13 centros españoles incluidos en la clasificación general de los 250 mejores hospitales del mundo. Además, el informe incluye un ranking específico de los mejores centros por países. En el caso de España, la clasificación de 100 mejores hospitales del país incluye un total de 10 centros de la red asistencial de Quirónsalud: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (11º), Ruber Internacional (16º), Centro Médico Teknon (17º), Hospital Quirónsalud Barcelona (18º), Hospital Universitario Quirónsalud Madrid (25º), Hospital Universitari Dexeus (27º), Hospital Quirónsalud Málaga (33º), Hospital Universitari Sagrat Cor (37º), Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón (47º) y Hospital Universitario Rey Juan Carlos (60º).

Esta publicación, que destaca que pocas cosas hay más importantes que elegir el mejor hospital para cuidar de tu salud, basa sus resultados en encuestas de más de 85.000 médicos y datos de encuestas de satisfacción a pacientes. La clasificación también ha tenido en cuenta otras métricas sobre aspectos como la higiene y la relación médico-paciente, así como una encuesta de Statista sobre diferentes indicadores de salud.

De igual modo, en esta edición la revista *Newsweek* incorpora por segundo año consecutivo una clasificación de los mejores hospitales de Colombia, que incluye a tres de los centros que conforman la red asistencial de Quirónsalud en este país de América latina: Clínica Imbanaco (7º), Clínica Medellín (18º) y Clínica del Prado (34º).





A.M.A. y CBNK firman una alianza estratégica para potenciar la oferta de valor para profesionales sanitarios



Mateo Velasco y Diego Murillo durante la firma del acuerdo.

Con el afán de ofrecer más prestaciones a sus mutualistas y asegurados, A.M.A. ha suscrito un acuerdo estratégico con CBNK, uno de los principales grupos de banca especializada que trabaja con colectivos como el sanitario, cuya labor se considera fundamental para la sociedad y su progreso.

El acuerdo ha sido formalizado en la sede de A.M.A. en Madrid, entre el presidente de A.M.A. Grupo, Diego Murillo, y el presidente del Consejo de Administración de CBNK Banco de Colectivos, Mateo Velasco.

El acuerdo suscrito entre ambas entidades se fundamentará en dos ejes estratégicos: la prescripción comercial por parte de A.M.A. a CBNK y la incorporación de los seguros de A.M.A. al catálogo de productos que CBNK ofrece a sus clientes, personas físicas o jurídicas, profesionales del sector sanitario.

El presidente de A.M.A., Diego Murillo, ha valorado positivamente el acuerdo, ya que “permite ofrecer a los mutualistas una oferta de calidad, cercana y

totalmente personalizada de la mano de entidades como CBNK, que conocen bien la realidad y necesidades de los profesionales sanitarios”.

Por su parte, el presidente de CBNK, Mateo Velasco, ha resaltado que “con este acuerdo, generamos una propuesta de valor única para el colectivo sanitario, incrementando el abanico de productos y servicios que ofrecemos como banco especializado en colectivos profesionales esenciales”.

Con este acuerdo CBNK podrá ofertar a sus clientes, personas físicas o jurídicas profesionales del sector sanitario, los productos aseguradores de AMA. A través de su Operador Banca Seguros, CBNK mediará la actividad de distribución de seguros privados en el marco de un contrato de agencia de seguros vinculado.

Por último, A.M.A. y CBNK coinciden en apostar por crecer de la mano de entidades líderes que contribuyan a asegurar el progreso de los profesionales y colectivos como el sanitario, mediante propuestas de valor integrales, diferenciales y especializadas.



El uso y gestión del dato sanitario, esencial para el progreso de la investigación médica y la generación de conocimiento



Fotografía de la Jornada IDIS. De izda. a dcha.: Juan Abarca, Marta Villanueva, Federico de Montalvo, Jorge Pou, y Andoni Lorenzo.

La digitalización de la salud ofrece nuevas oportunidades para la mejora de la prevención y la asistencia sanitaria. La práctica clínica genera de forma diaria una ingente cantidad de información para conocer la incidencia, prevalencia y evolución de las enfermedades. En este marco, el futuro Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS) ayudará a dar un salto cualitativo en cuanto a cómo se prestan los servicios de atención sanitaria en toda Europa. Asimismo, permitirá que las personas puedan controlar sus datos sanitarios, tanto en su país como de forma transfronteriza y mejorará el uso de dichos datos con fines asistenciales (uso primario de los datos) y también para la investigación, la innovación y la elaboración de políticas sanitarias

(uso secundario). “Los datos sanitarios deberían ser considerados un bien muy preciado, ya que la gestión y el tratamiento de los mismos va a suponer una fuente de conocimiento ilimitado para poder avanzar en el diagnóstico, el tratamiento de muchísimas enfermedades de los pacientes y, por ende, en la supervivencia de muchas vidas. La tecnología y el cuidado de la salud son aliados imprescindibles y nos dirigimos hacia una compartición de datos clínicos que puede acelerar exponencialmente la obtención de resultados con aplicación en gestión e investigación, beneficiando la salud de los pacientes”: así lo ha señalado Juan Abarca, presidente del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS), en la apertura de la jornada

“Investigación y uso del dato sanitario” desarrollada en el marco del foro IDIálogoS, en el que se han abordado los retos que afectan directamente a la investigación e innovación en el uso secundario de datos sanitarios.

Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS y moderadora de la sesión, ha asegurado que “el uso de datos sanitarios primarios y secundarios emerge como una herramienta valiosa para reducir redundancias, optimizar procesos, generar innovación, mejorar la gestión de los propios sistemas sanitarios y asignar recursos de manera más inteligente. Por ello, durante la jornada se ha mostrado una aproximación al trabajo que se realiza desde la parte legislativa para cumplir con las exigencias del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, el papel que los profesionales pueden jugar para impulsar esta práctica, así como desde la perspectiva del paciente y de la industria”.

Cristina Avendaño, vicepresidenta de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME); Andoni Lorenzo, presidente del Foro Español de Pacientes; Federico de Montalvo, vicepresidente 2º de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS) y Jorge Pou, director de innovación y operaciones comerciales de GSK España, han constituido la mesa de debate en la que se han puesto sobre la mesa datos de interés en torno a la posibilidad de utilizar el potencial que ofrece el uso de los datos sanitarios en el ámbito de la investigación y el escenario que se plantea con el desarrollo de un Espacio Europeo de Datos Sanitarios en el que los datos sirvan no solo para tratar mejor ahora sino para ser mejor tratados en el futuro.

Durante el encuentro se ha destacado que el dato de salud es un concepto controvertido, ya que incluye muchas aristas como son la salud, el bienestar y la genética, encontrándonos además en momento crucial en el que nos estamos jugando, no solo mucha innovación sino, posiblemente, mucha salud. Por ese motivo, durante la sesión los expertos han señalado que cuando el paciente cede sus datos para un fin concreto y tales datos cobran interés para su uso secundario se debe valorar de forma

global y que, además, hay que tener el deber ético y legal de compartir nuestros datos sanitarios porque ayuda a evitar enfermedades; siempre, con garantías de un uso adecuado de los mismos. En este contexto, es necesario que la Unión Europea culmine la regulación en los próximos meses y que se refuercen los mecanismos para garantizar la calidad y utilidad de los datos sanitarios, pues es clave para generar confianza en el sistema por parte de los pacientes, titulares y usuarios de los datos, lo que será la clave del éxito del EEDS.

Asimismo, se hace necesario crear una cultura para asumir que los datos salvan vidas; por ello, se debe abogar por un modelo en el que se garantice siempre la compartición de los datos. En este ámbito se ha mencionado que sería importante un marco con participación de la sanidad pública y privada que permita que los datos de salud sean compartidos y puedan aprovecharse para este uso secundario, con las debidas garantías y ponderación entre el interés colectivo y el individual de la persona de la que proceden.

Por otro lado, se ha apostado por fomentar la pedagogía entre organizaciones de pacientes y también la ciudadanía para que los usuarios entiendan cuál es la situación en España, los recursos o los beneficios que supone ceder sus datos y el tratamiento de estos para mejorar su calidad de vida y responder a sus problemas de salud. Es decir, una pedagogía responsable conducirá a un mayor compromiso, capacitación y aumentará la confianza de los pacientes en los sistemas sanitarios. En este contexto, los profesionales indican que el uso secundario de datos sanitarios es esencial para el progreso de la investigación médica y la generación de conocimiento y, por tanto, para el interés general de los pacientes pues facilita a los investigadores el acceso a información clínica de otros pacientes anteriores, que es esencial para sus estudios. En este sentido, el sistema de garantías más importante es promover el uso adecuado de los datos y huir de restricciones para el uso de los datos de salud porque supondría una pérdida de oportunidad.

El informe interinstitucional destaca la importancia de reducir el uso de antibióticos

En los países en los que se ha reducido el consumo de antibióticos, tanto en animales como en seres humanos, se ha observado una menor incidencia de bacterias resistentes a los antibióticos. Así se recoge en el cuarto informe conjunto sobre el análisis integrado del consumo de agentes antimicrobianos y la aparición de resistencia a los antimicrobianos en bacterias procedentes de seres humanos y animales destinados a la producción de alimentos (JIACRA IV). Este informe es publicado por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

Adoptando el enfoque «Una sola salud», que reconoce el vínculo entre la salud de las personas y los animales, el informe presenta datos recopilados principalmente entre 2019 y 2021 sobre el consumo de antibióticos y la resistencia a los antimicrobianos en Europa.

Por primera vez como parte de este proyecto, las tres agencias analizaron las tendencias del consumo de antimicrobianos y la resistencia a los mismos en *Escherichia coli* (*E. coli*), tanto en seres humanos como en animales destinados a la producción de alimentos. También se analizó el modo en que estas tendencias cambiaron en los seres humanos y en los animales destinados a la producción de alimentos durante el período 2014-2021. Por ejemplo, durante este período, la administración de antibióticos a animales destinados a la producción de alimentos disminuyó un 44%.

Según el análisis realizado por las tres agencias, las bacterias de *E. coli* tanto en animales como en seres humanos son cada vez menos resistentes a los antibióticos a medida que se reduce el consumo global de antibióticos. Esto demuestra que las preocupantes tendencias de la resistencia a los antibióticos pueden invertirse con las acciones y políticas adecuadas.

«Para hacer frente a la amenaza para la salud pública que supone la resistencia a los antimicrobianos, es imprescindible redoblar los esfuerzos para reducir el consumo innecesario de antibióticos. Además, el refuerzo de los programas de inmunización y la mejora de las prácticas de prevención y control de infecciones en la población en general y los centros sanitarios son esenciales para reducir la necesidad de antibióticos», afirma Andrea Ammon, directora del ECDC.

En palabras de Bernhard Url, director ejecutivo de la EFSA, «la reducción en la administración de antibióticos en la producción ganadera da frutos: en la mayoría de los países que los redujeron, observamos una disminución correspondiente de los niveles de resistencia. Esto significa que los esfuerzos nacionales funcionan. También pone de relieve el compromiso de la UE con el enfoque "Una sola salud", que salvaguarda tanto la salud animal como la salud pública mundial».

«El acceso a datos fiables sobre el consumo de antibióticos y la resistencia de las personas y los animales marca una verdadera diferencia en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. A través de proyectos conjuntos como el JIACRA, los países europeos obtienen información valiosa sobre el impacto de las medidas que adoptan. Esto les permite tomar nuevas medidas para promover el uso prudente de los antibióticos», sostiene Emer Cooke, director ejecutivo de la EMA.

El informe también muestra que, en los seres humanos, el uso de grupos importantes de antibióticos — como los carbapenemos, las cefalosporinas de tercera y cuarta generación, y las quinolonas — se asocia con la resistencia a estos antibióticos en la *E. coli* de los seres humanos. Asimismo, el uso de quinolonas, polimixinas, aminopenicilinas y tetraciclinas en animales destinados a la producción de alimentos se asocia a la resistencia a estos antibióticos presentes en bacterias *E. coli* en dichos animales.

NOMBRAMIENTOS



Margarita Alfonsel Jaén, miembro de nuestro Consejo Editorial y ex secretaria general de Fenin, es la nueva directora del Observatorio de la Sanidad de EL ESPAÑOL e Invertia. En este cargo de nueva creación, tiene la función de impulsar, coordinar y ampliar las actividades de este órgano como foro permanente de diálogo entre los distintos agentes del sector sanitario y como plataforma de proyección de la sanidad en una sociedad democrática.



Por otro lado, el Consejo de Administración de A.M.A ha designado por unanimidad a **Raquel Murillo Solis**, directora general de la mutua, cargo que compartirá con José Luis Bahillo en su responsabilidad sobre las diferentes áreas de gestión que engloba la dirección general de A.M.A.



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



SECTOR EJEUTIVO

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

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



Lo más visto en las redes

- **Rodrigo Castelblanque**
Sanidad: Absentismo
- **Ignacio Hernández Medrano**
Barcos grandes y barcos pequeños
- **Lucía Galán**
Mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso
- **Pedro Soriano Martín**
150 segundos de actualidad sanitaria
- **Nacho Vallejo**
Liderazgo compasivo, un imperativo para el sistema sanitario
- **Asociación Española Contra el Cáncer**
¿Por qué el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de tener cáncer?
- **Fundación Signo**
Las leyes de Asimov y la inteligencia artificial

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.





Reig Jofre crece un 17% en ingresos y 15% en EBITDA a cierre de 2023

Reig Jofre alcanza 316 millones de euros de ventas, un 17% por encima a cierre de 2022. Año destacado en la División de *Specialty Pharmacare* y la progresiva utilización de la capacidad de la nueva planta de Barcelona. Se consigue también mejorar la rentabilidad, con un crecimiento del EBITDA del 15% hasta alcanzar 35 millones de euros frente a 30,4 millones de euros a cierre del ejercicio anterior.

La división de *Specialty Pharmacare*, centrada en el producto médico de receta consigue el mayor crecimiento en ingresos, un 31%. La división de mayor peso en ventas, *Pharmaceutical Technologies*, dedicada a productos inyectables y antibióticos, logra un crecimiento del 11%, seguido de la división de *Consumer Healthcare*, la división de productos de consumo, con la marca Forté Pharma, en el mercado francés, belga y español, y los productos OTC de Reig Jofre, que aporta el 10%.

La cifra de ventas se incrementa un 17% en comparación al año anterior.

La recuperación de la demanda de antibióticos, la utilización de la nueva capacidad de fabricación de la nueva planta de Barcelona, la expansión de las filiales en Polonia y Suecia, así como la buena progresión del negocio osteoarticular y el crecimiento de la marca Forté Pharma han propiciado el crecimiento

en ventas por encima del doble dígito en todas las áreas de negocio de la sociedad.

El margen bruto de Reig Jofre a cierre de 2023 se sitúa en 182,4 millones de euros, un incremento del 15% comparado con el año anterior. Este crecimiento es ligeramente inferior al crecimiento en ventas debido al incremento de los costes de materiales y materias primas, especialmente de los productos antibióticos.

Los gastos por retribuciones a empleados y los otros gastos de explotación, tomados en conjunto, han crecido en este año 2023 un 14% respecto al año anterior debido al incremento de la actividad de negocio.

La amortización del inmovilizado asciende a 23,1 millones de euros en 2023, lo que representa un crecimiento del 10% respecto a 2022.

En 2023 se registra un resultado financiero inferior al año anterior, con una reducción del 27% en esta magnitud debido principalmente a una mejora en los resultados obtenidos por las coberturas del riesgo del tipo de cambio.

La cuenta de resultados recoge asimismo un ingreso de 1 millón de euros por integración del 50% del beneficio obtenido por Syna Therapeutics, empresa participada por Reig Jofre, por el acuerdo de codesarrollo y licencia alcanzado para un producto biosimilar en desarrollo.

Grupo Ribera eleva su facturación hasta los 553 millones y reduce a 10 millones su beneficio

Gruppo Ribera incrementó su facturación un 0,6% en 2022 hasta los 553 millones de euros a pesar de ser el primer año completo sin la concesión de Torre Vieja. Así lo recogen las cuentas consolidadas depositadas en el Registro Mercantil, que muestran cómo los proyectos que sumó la compañía durante dicho año mantuvieron los números de la empresa. No obstante, sí se redujeron los beneficios, que pasaron de 35 a 10 millones. Unas cifras que se desprenden de los resultados negativos por enajenación y amortización de inmovilizado y que podría corresponderse a la entrega de las instalaciones del departamento.

La compañía liderada por Elisa Tarazona fue adquirida por la francesa Vivalto Santé ese mismo año, en el que también continuó con la suma de otros proyectos, una línea que mantiene desde que se acercara el fin de la primera de las concesiones, La Ribera, en 2018. En 2022, el grupo sumó tres nuevos proyectos de gestión: el complejo Virgen de la Caridad, en Murcia; el hospital de Cascais, en Portugal; y la participación para la puesta en marcha de los prime-

ros hospitales de gestión público-privada en Oriente Medio, en concreto en Kuwait.

En 2023, la compañía ha seguido con su fase de crecimiento, al adquirir a finales de año su primer hospital en la ciudad de València gracias a la compra del centro especializado en traumatología Imske. A día de hoy, el edificio está íntegramente dedicado al aparato locomotor, distribuido en 10 plantas y con 50 personas fijas en plantilla. No obstante, entre los planes del grupo estaba el ampliarlo a un hospital de servicios más generalistas. Ribera cuenta con diez hospitales en propiedad o gestionados, 71 centros de salud, una escuela universitaria de Enfermería y centro de estudios de Formación Profesional sanitaria, la firma tecnológica Futurs, la división de laboratorio Ribera Lab y la central de compras Ribera b2b. Fuera de España, además del hospital que se adjudicó en Portugal, tiene una participación mayoritaria en la empresa eslovaca Pro Diagnostic Group (PDG), líder en diagnóstico por imagen en su país, y participación en dos concesiones hospitalarias en Perú.



DKV alcanza el hito de los 1000 millones de euros de cartera

DKV ha alcanzado los 1000 millones de euros de cartera, un hito que el actual plan estratégico “Imagina (2021-2025)” había establecido para el año 2025.

El director general comercial de DKV, Pedro Orbe, subraya que esto confirma que la compañía es “una de las grandes del sector y de las que más crecen, por encima del mercado”.

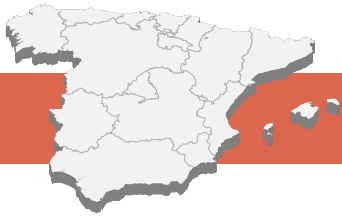
Entre los factores que han contribuido a este éxito, Pedro Orbe destaca la propuesta de valor y la calidad del servicio; una estrategia de multicanalidad acertada, basada en un gobierno exquisito de los posibles conflictos entre canales, y que convierte a DKV en referente en el sector; la capacidad de establecer alianzas, con alta flexibilidad y capacidad en la creación de modelos de experiencia de clientes y propuesta de valor conjuntas con socios de la relevancia de Banesto, RGA, Reale, , Sabadell, Zurich-Klinc, ING, etc.; una red de oficinas comerciales -120 actualmente- lideradas por empresarios que han apostado por DKV su proyecto profesional, representando su

marca, vendiendo sus productos y prestando servicio a sus clientes en las localidades donde están ubicadas; así como una red de 3.000 corredores y 130 empleados de DKV que trabajan día a día promocionando los productos de la compañía por todo el país.

El 11 de febrero de 1998, la compañía alemana DKV AG compró la aragonesa Previa. A lo largo de estos años se han ejecutado seis planes estratégicos, en los que la aseguradora ha experimentado en España un crecimiento totalmente sostenible y progresivo.

DKV ha pasado de 128 millones de euros en primas en 1998 a 876 millones en 2022, y se prevé que cierre 2024 con más de 1.000 millones en primas. De hecho, en los últimos 2 años y medio el crecimiento se ha acelerado notablemente, con 200 millones de incremento desde junio del 2021.

Asimismo, DKV ha conseguido alcanzar los 2 millones de clientes, casi quintuplicando los 416.000 que tenía en 1998. Cuenta con 41 sucursales, 50.897 puntos de servicio y 21 espacios de salud.



Cataluña dedica 6,5 millones para blindar la ciberseguridad de hospitales

La propuesta de Presupuestos 2024 prevé que el Departament de Salut destine este año 6,5 millones de euros para dar continuidad al modelo de protección desplegado en los hospitales para prevenir, ante potenciales riesgos y ciberataques, los 68 hospitales del Sistema de Salut de Catalunya (Siscat).

Lo hará a través de la Agència de Ciberseguretat de Catalunya, que recibirá la partida y la invertirá en garantizar la continuidad del modelo de protección desplegado en todos los centros hospitalarios. Así lo ha manifestado el conseller de Salut, Manel Balcells, este miércoles durante su intervención en la Jornada de Ciberseguretat i estratègia del sistema nacional de Salut, celebrada en el Espai Bital de l'Hospitalet de Llobregat, donde ha destacado la necesidad de proteger este sector esencial del país y garantizar

la asistencia sanitaria de la ciudadanía de Cataluña ante posible ciberamenazas.

En una línea similar, el secretario de Telecomunicaciones i Transformació Digital, Marc Realp, ha expuesto que es imprescindible el trabajo conjunto y la colaboración para garantizar la ciberprotección del país y su infraestructura esencial, como es el caso del modelo de ciberseguridad desplegado en el sistema de salud catalán.

El modelo de ciberseguridad de país que impulsa el Govern de Catalunya tiene como prioridad la protección de la infraestructura esencial y en concreto a los hospitales se ha desplegado en cuatro fases. En primer lugar, se hizo un análisis de la fortaleza de las arquitecturas y los sistemas de ciberseguridad de los centros sanitarios para obtener un diagnóstico.





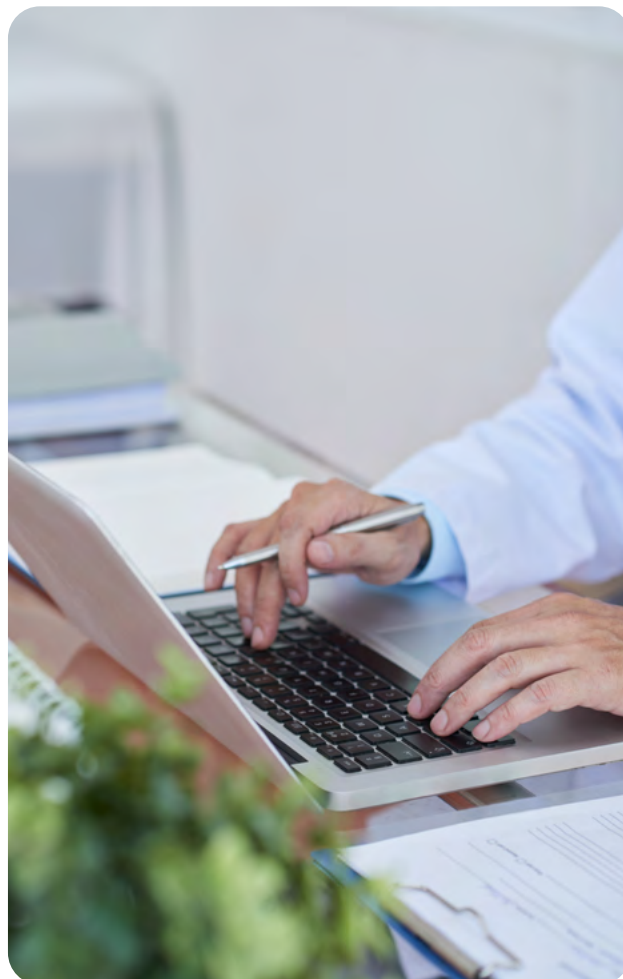
La receta electrónica vasca se estrena en Letonia

Cualquier persona residente en Euskadi podrá utilizar su receta electrónica, e-rezeta, en Letonia, o viceversa, para acceder a su historia clínica o recoger la medicación en oficinas de farmacia, tal y como ha informado recientemente el Departamento de Salud del País Vasco. Tras la pertinente autorización de la Comisión Europea (CE), Letonia se suma a Portugal, Croacia, Polonia, Finlandia, Estonia y República Checa, países en los que ya está operativa la receta electrónica vasca.

Euskadi continúa así desarrollando un papel "referente" en el despliegue de la interoperabilidad de la receta electrónica en la Unión Europea (UE), que está previsto extender a los 25 países miembros en el año 2025, según la nota de prensa publicada por el Ejecutivo vasco.

Este nuevo paso es una muestra más del trabajo de colaboración de las instancias europeas con Euskadi en un programa que, más allá de la innovación tecnológica, sirve y es necesario para mejorar la prestación farmacéutica y la asistencia sanitaria a la población en todo el ámbito de la UE, según han especificado desde el Departamento de Salud. Entre otras razones, han proseguido desde el área que lidera Gotzone Sagardui, "porque favorece un uso adecuado y racional del medicamento, agiliza el acceso a los fármacos, evita visitas a los centros sanitarios una vez prescritos los tratamientos, descarta la pérdida de recetas que se daban en el formato papel, y aumenta tanto la seguridad como la comodidad de la persona usuaria".

Por otra parte, la interoperabilidad de la receta electrónica entre diferentes comunidades autónomas, implantada en Euskadi en enero de 2018, permite acceder a la medicación en cualquier oficina de farmacia del Estado, presentando la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). Así, desde la fecha de su puesta en marcha, un total de 515.246 vascas y vascos han



retirado su medicación en farmacias de otras comunidades autónomas, con un total de 8.727.188 dispensaciones. Castilla y León, con 2.668.262 dispensaciones, ha sido la comunidad autónoma donde más se ha utilizado, seguida de Cantabria (1.544.042), Comunidad Valenciana (742.146), La Rioja (640.737) y Galicia (637.606).

La e-rezeta supone un plus de seguridad y comodidad para las personas usuarias, tal y como ha explicado Salud. De ahí que haya desplazado casi por completo a la receta en papel. De hecho, en 2023, el 99,5 por ciento de las recetas facturadas fueron electrónicas, ha concluido el Departamento de Sagardui.



Asturias urge una nueva financiación sanitaria que compense la cronicidad

Asturias ha puesto sobre la mesa la necesidad de adaptar el actual modelo de financiación autonómica a las particularidades que condicionan su inversión sanitaria, como la cronicidad de una de las poblaciones de mayor edad del panorama nacional. El presidente del Principado, Adrián Barbón, ha trasladado su fórmula para reformar el modelo de compensación económica a la vicepresidenta primera y ministra de Hacienda, María Jesús Montero, en una reunión a dos bandas. La cumbre ha tenido lugar en un momento marcado en el calendario precisamente para dar con un nuevo sistema que satisfaga las peticiones de todo el conjunto de las comunidades.

Entre las propuestas que el presidente asturiano ha hecho llegar a Moncloa figuran la de incluir nuevos

indicadores en el cálculo de la financiación autonómica que tenga en cuenta elementos como el envejecimiento de la población, la dispersión geográfica o la orografía propia de cada región. Unos factores que consideran fundamentales para sufragar servicios públicos como la sanidad. “No es lo mismo prestar asistencia sanitaria en Asturias, León o Galicia”, ha argumentado el dirigente socialista.

En ese sentido, Barbón le ha trasladado a Montero la necesidad de alcanzar un punto de encuentro en el que se tengan en cuenta los “intereses” de Asturias con el establecimiento de “elementos correctores” que compensen su situación particular. “Me preocupa muchísimo el panorama desde el punto de visto autonómico por las posiciones enconadas de la reforma de la financiación”, ha apostillado.



BIBLIOTECA



Cristina y Mamá. Y cómo “todavía” es la palabra talismán

Montse Almirall y Diana Orero

En el marco del Día Internacional de la Mujer, se ha presentado el cuento *Cristina y Mamá. Y cómo “todavía” es la palabra talismán*, una historia real basada en la experiencia de Montse Almirall, vicepresidenta de la Fundación Contigo contra el Cáncer de la Mujer, madre de tres niños y paciente de cáncer de mama metastásico.

El cuento está dirigido a todas las familias afectadas por el cáncer de mama, para que se vean reflejadas, acompañadas, entendidas y, sobre todo, visibilizadas.

En la presentación de esta obra, editada en beneficio de la Fundación Contigo contra el Cáncer de la Mujer y que cuenta con la colaboración de AstraZeneca y la coordinación del Observatorio de la Salud (OdS), se ha incidido en la importancia de educar y visibilizar no solo el cáncer de mama, el tumor femenino más frecuentemente diagnosticado, sino también en cómo hablar con los menores acerca de esta enfermedad, de la metástasis, y de todas aquellas situaciones que se afrontan en los entornos familiares de las mujeres con cáncer.

Cristina y mamá y cómo la palabra “todavía” es su talismán



Coautoras: Montse Almirall Guiti y Diana Orero Guiti
Ilustraciones: Sandra Aguilar Latorre

Filosofía para directivos: Filosofía para mejorar el liderazgo y la gestión empresarial

Rais Busom



¿Quieres llevar tus habilidades directivas al siguiente nivel? La filosofía se ha convertido en una herramienta imprescindible para los directivos. Las organizaciones suelen estar centradas en el poder y la eficiencia, pero estas son soluciones a corto plazo. Solo con el saber filosófico se consigue mirar al horizonte estratégico y complementar la eficiencia con la efectividad. *Filosofía para directivos* es una herramienta útil para que los líderes de organizaciones desarrollen habilidades y capacidades filosóficas ejecutivas, logren alcanzar su máxima potencia y ejerzan un liderazgo sabio y temperado. Además, la filosofía es fundamental para el mundo empresarial, ya que proporciona la visión estratégica, el razonamiento efectivo y el principio ético necesarios para lograr la efectividad en la gestión empresarial.





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