New Medical Economics
GESTIÓN SANITARIA - EXPERIENCIA DEL PACIENTE
Nº241 • 15 de NOVIEMBRE 2026

Espacios que cuidan: lecciones aprendidas



Gestión:
¿Qué salud queremos liderar?

Entrevista:
José Manuel Baltar Trabazo, presidente de ASPE

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Cidón, Juan
Presidente de HM Hospitales.

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

Alfonsel Jaén, Margarita
Directora del Observatorio de Sanidad de El Español e Invertia

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

Arroyo Arranz, Rocío
Presidenta de ASEBIO

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

Baltar Trabazo, José Manuel
Presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

Bando Casado, Honorio-Carlos
Académico de varias Reales Academias de España y miembro de la Junta Directiva de la AEF

Casaus Lara, Elena
Secretaria General de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)

Castro Reino, Óscar
Presidente del Consejo General de Dentistas

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

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
Experto en gestión sanitaria

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

Gallart Gaspart, Pablo
CEO del Grupo Ribera

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

Garrido López, Pilar
Presidenta de la FACME

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

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

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

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

Millán Rusillo, Teresa
Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Murillo Carrasco, Diego
Presidente honorario de la Fundación A.M.A.

Navarro Rubio, Mª Dolores
Directora del Área de Participación y Capacitación del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

Pardo Hernández, Alberto
Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

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

Pérez Raya, Florentino
Presidente del Consejo General de Enfermería

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

Polo García, José
Presidente de SEMERGEN

Poveda Andrés, José Luis
Gerente de la Agrupación Sanitaria Interdepartamental (ASI) Valencia Sur

Revilla Pedreira, Regina
Presidenta de la Fundación Carmen y Severo Ochoa

Rodríguez 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

Solís Vázquez de Prada, Armando
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

Somoza Gimeno, Asunción
Establish Market Implementation Astellas Pharma

Soto Bonel, José Francisco
Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

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

Vallès Navarro, Roser
Directora ejecutiva del sector sanitario del Vallès Oriental del Servicio Catalán de la Salud

Yermo Fuentes-Pila, Juan
Director General de Farmaindustria

PRESIDENTE EJECUTIVO
José Mª Martínez García

CONSEJERO TÉCNICO
Luis Rosado Bretón

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

REDACTORA JEFE
Carmen Mª Tornero Fernández
redaccion@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 606 16 26 72

REDACCIÓN Y DISEÑO
Jesús González Bonilla
jesus@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 629 940 354

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO
Carlos Baños Hurtado
carlos@newmedicaleconomics.es
Teléfono: 603 97 72 62

PUBLICIDAD
publicidad@newmedicaleconomics.es

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

COLABORADORES EXPERTOS

POLÍTICAS SANITARIAS



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



Dilenny Camacho Diplán,
Directora Fundadora Gestionando Salud.



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



Mª Dolores de la Cruz Fresneda,
Psicóloga sanitaria y jurídica. Consultora Organizaciones y Empleo.



Alberto de Rosa Torner, experto en gestión sanitaria.



Rosalía Fernández Vázquez, Doctora en Medicina. Master Gestión y Dirección de Instituciones Sanitarias. Analista de Inteligencia, Seguridad y Defensa, Internacional y Geopolítico.



Eduardo García-Toledano Mayoral,
Consejo Asesor Salud Pública OMS.



Clara Grau Corral,
Jefa de Unidad de Participación Ciudadana del Hospital Campus Vall d'Hebron.



José María Juárez Arias, Doctor en Derecho y Economía.



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



José Manuel Martínez Sesmero, Farmacéutico de Hospital. Gestor Sanitario



Ana Rodríguez Cala, PhD, experta en calidad asistencial, responsabilitat social corporativa y Agenda 2030. Presidenta de l'Associació Sostenibilitat, Educació i Salut (ASES).



Rita Rodríguez Fernández,
Enfermera del Servicio Galego de Saúde.



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



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



Mayte Segura Sanz, Directora de Comunicación de la Fundación IDIS.



Natacha Suárez Rodríguez,
Veterinaria clínica. One Health, salud pública y gestión sanitaria y vocal del Colegio Oficial de la Profesión Veterinaria de Las Palmas.



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



Nora Vázquez Martínez,
Jurista y Sanitaria.



Yolanda Vidal Benito,
Directora asistencial de la Gerencia del Área de Salud de Coria - SES

EXPERIENCIA DEL PACIENTE



José Luis Baquero Úbeda,
Responsable del área de Responsabilidad Social Corporativa, RRII y Acceso en OAFI.



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



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



Mercedes Maderuelo Labrador, Periodista experta en salud y tercer sector.



Joan Carles March Cerdà, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.



Pilar Martínez Gimeno, Patrono de la Fundación Humans, presidenta de honor de Diabetes Madrid y paciente experta en varias plataformas.



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



Irene Sánchez Díaz, Consultora de Experiencia de Paciente y Diseño de Servicios para grupos y organizaciones sanitarias.

GESTIÓN ENFERMERA



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



Carmen Ferrer Arnedo, Enfermera. Líder del grupo "Enfermeras por la salud rural", miembro del Grupo 40+Iniciativa Enfermera y presidenta de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS).



Rosa María Piñeiro Albero,
CEO y presidenta de ADeNfermero (Asociación de Cuidados Personalizados de Precisión).

Mar Rocha Martínez, Directora y Adjunta a la Presidencia del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.



Pedro Soriano Martín,
Enfermero. Director del Máster de salud digital en la UEM. Director del Área de Relaciones Públicas y Portavocía del CODEM.



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

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



Gonzalo Baquero Sanz, Médico, divulgador y Medical Lead en Uphill Health.



Jaime del Barrio Seoane, Senior Advisor de Healthcare & Life Sciences en EY. Presidente del Consejo Asesor de la Asociación Salud Digital.



David Castro González, Director Corporativo de I+D+i en Miranza.



José Ignacio Nieto García, Exconsejero de Salud y Servicios Sociales de La Rioja.



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



Verónica Pilotti de Siracusa, Regional Manager Catalunya, Baleares, Levante, Portugal and Canary en Masimo.



Paula Rubio Mayo, Ingeniera de datos en el Servicio de Ingeniería y Análisis de Datos del Hospital Universitario 12 de Octubre.



MARKETING Y COMUNICACIÓN SANITARIA

Carolina Egea Merlos, CEO de Synuptic – Sinergias en Salud.



Susana Fernández Olleros, Periodista sanitaria y vicepresidenta de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS).



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 jurídica en el sector sanitario y experta en transparencia y buen gobierno.



Carlos Lázaro Madrid,
Abogado colegiado 7258 del Real e Ilustre Colegio de Abogados de Zaragoza y coordinador de actividades del Área joven de la Fundación Manuel Giménez Abad



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



Gonzalo Martínez Guijarro,
Site Contract Specialist en Syneos Health.



GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

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



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



Jaime Puente y C.,
Level C. advisor y executive coach.



POLÍTICAS DE CALIDAD

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



Sabías que los medicamentos no son coleccionables, ¿verdad?

Verdad. Mejor llévalos al Punto SIGRE.
Buen punto.



Revisa tu botiquín cada 6 o 12 meses y lleva al **Punto SIGRE** de la farmacia:

· Cajas de medicamentos y prospectos.
· Medicamentos caducados o que ya no necesites.
· Envases vacíos o con restos de medicamentos.

SIGRE
Medicamento y Medio Ambiente

UNA INICIATIVA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
EN COLABORACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN Y LAS FARMACIAS

Mas información
www.sigre.es

SUMARIO

7 En profundidad

Desaprovechamiento del talento: un retiro prematuro e injustificado

La trampa del dato: 0,5 médicos presentes por cada 1.000 habitantes en el SNS

El debate sobre la vivienda no puede olvidar a las personas mayores

La IA no tiene organigrama: por qué la reputación de una organización sanitaria ante la inteligencia artificial es una cuestión de gobierno, no de comunicación

20 Gestión enfermera

Transformaciones para el avance del emprendimiento enfermero desde el modelo de Donabedian

A las enfermeras también hay que ofrecerles un futuro

26 Gestión

29-N: 'EL' punto de inflexión para que el SNS prospere

¿Qué salud queremos liderar?

33 Entrevista

José Manuel Baltar Trabazo, presidente de ASPE

41 El Termómetro

Del avance en innovación al valor para el paciente

43 Nuestros encuentros con expertos

La Comunidad Valenciana apuesta por la coordinación, la medicina de precisión y la equidad para avanzar en la atención oncológica

50 El efecto Venturi

La decisión médica: el origen de la seguridad y la eficiencia sanitaria, también de la inteligencia artificial

54 En profundidad

Agua mineral. El alimento que no debemos olvidar

Lo primero que miro de una clínica es su agenda

60 En portada

Espacios que cuidan: lecciones aprendidas de Antoni Gaudí

64 Nuestros encuentros con expertos

La oncología de precisión avanza hacia tratamientos cada vez más individualizados

La medicina de precisión abre nuevas oportunidades para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras

78 Salud digital

Salud digital en Europa

IA agéntica en investigación sanitaria (II): las personas detrás de los datos

86 Marketing y comunicación sanitaria

Congreso ANIS 2026: encuentro imprescindible de los periodistas de salud

88 Divulgación y Ciencia

La diversidad sexual y de género, un reto para la atención sanitaria desde el respeto y la evidencia científica

92 Gestión enfermera

El círculo del cuidado humanizado: cuidar también es una decisión económica

¿Y si dejamos de imaginar a la enfermera solo al pie de la cama?

100 Experiencia del paciente

Vigilancia activa, secuelas y comunicación en el cáncer de próstata

Queremos que el paciente se sienta cuidado. Pero ¿estamos permitiendo que nuestros profesionales cuiden?

106 Derecho sanitario

Las profesiones sanitarias, un problema sin resolver

108 One Health

Lo que el agua nos cuenta

111 Noticias

115 Artículos más leídos del mes

116 Economía

118 Sanidad autonómica

121 Biblioteca



Desaprovechamiento del talento: un retiro prematuro e injustificado

Carlos Camps Herrero

En muchas sociedades occidentales, incluida España, se observa una preocupante tendencia a marginar a intelectuales, médicos, profesores y otros profesionales altamente cualificados una vez alcanzada cierta edad. A pesar de haber acumulado décadas de experiencia, conocimiento y habilidades, muchos son empujados a un retiro prematuro, lo que no solo afecta a su realización personal, sino que también priva a la sociedad de un recurso humano invaluable.

Nos enfrentamos a una doble pérdida en el sistema público español. Por un lado, formamos a profesionales de altísimo nivel en sectores de alta exigencia, pero muchos de ellos se ven obligados a emigrar debido a la falta de oportunidades para especializarse o, en caso de lograrlo, por las precarias condiciones laborales. Por otro lado, desaprovechamos el talento acumulado durante décadas por expertos que han sido referentes en sus campos y que, de manera abrupta, parecen quedar relegados al olvido.

En España, los profesionales de alto nivel suelen ser jubilados conforme a normativas establecidas, sin considerar su capacidad real para seguir aportando. Si bien algunos pueden continuar investigando en instituciones como el Instituto Carlos III, el CNIO o el CNIC, donde figuras como Mariano Barbacid y Valentín Fuster permanecen activas más allá de los 70 años, estos casos son excepcionales. En el ámbito académico, los catedráticos suelen ser jubilados sin una estructura clara que les permita seguir contribuyendo significativamente. Aunque algunas universidades ofrecen la posibilidad de continuar con labores docentes, en muchos casos su papel se reduce a un título honorífico sin un verdadero aprovechamiento de su conocimiento.

El problema radica en la gran cantidad de científicos y clínicos que se pierden en el camino, con proyectos interrumpidos y sin continuidad en la formación de nuevas generaciones. En el ámbito médico, especialistas con una trayectoria de varias décadas y un profundo conocimiento de su especialidad deben



abandonar la práctica activa, a pesar de su capacidad para seguir formando profesionales o colaborando en nuevos proyectos de investigación.

A diferencia de España, países como Estados Unidos, Alemania, Japón, Francia y Reino Unido han implementado modelos en los que los profesionales mayores continúan siendo parte activa del ecosistema del conocimiento. Universidades como Harvard, MIT o Stanford han desarrollado programas para que los profesores eméritos sigan impartiendo clases, participando en comités de investigación o asesorando a jóvenes docentes. En el sector sanitario, iniciativas como el "*senior physician program*" permiten a médicos jubilados seguir participando en la atención médica sin la presión de jornadas extenuantes. Alemania, Japón y Francia han creado modelos similares en el ámbito académico y hospitalario, aprovechando la experiencia de sus expertos senior.

El desaprovechamiento del talento sénior en España tiene consecuencias negativas en distintos ámbitos. La investigación pierde continuidad y perspectiva histórica; los sistemas de salud y educación se ven afectados por la falta de mentores que guíen a las nuevas generaciones, y la pérdida de conocimiento acumulado representa un perjuicio económico y social. Existen numerosos ejemplos de científicos españoles que han seguido aportando más allá de su jubilación oficial, como Santiago Ramón y Cajal, Gregorio Marañón, Severo Ochoa, Francisco Grande Covián, Josep Trueta, Joan Rodés Teixidor, Eduardo Ortiz de Landázuri y Luis Rojas Marcos, entre muchos otros.

Para revertir esta situación en España, es fundamental que hospitales y universidades faciliten la continuidad de los eméritos y docentes en diversas áreas, tales como la mentoría y formación de jóvenes especialistas, el asesoramiento en investigación, la consultoría en gestión hospitalaria y la divulgación científica. Además, deben implementarse programas de reinserción laboral que permitan la reincorporación flexible de estos profesionales a la actividad académica, investigadora o asistencial, fomentando el trabajo intergeneracional y asegurando la transmisión de conocimientos.

Es justo decir que algunas comunidades autónomas permiten ser eméritos, de manera temporal por 5 años, a un muy selecto grupo de médicos del sistema de salud y asignarles un proyecto científico o asistencial, tras un proceso de selección muy ajustado, lo que puede ser un modelo a imitar. Lamentablemente estas situaciones son muy excepcionales y en cualquier caso son temporales.

> “El desaprovechamiento del talento sénior en España tiene consecuencias negativas en distintos ámbitos”

España debe aprender de otros países e implementar soluciones que permitan aprovechar la experiencia de sus profesionales sénior. Establecer un colectivo de expertos senior podría ser una herramienta clave para revisar estos aspectos a nivel nacional. Evitar el desperdicio de talento por un retiro burocráticamente impuesto es una tarea urgente que requiere acción inmediata. No podemos permitirnos el lujo de prescindir de la sabiduría y experiencia de quienes han dedicado su vida a construir el conocimiento y la innovación.

Médico y catedrático por la Universidad de Valencia

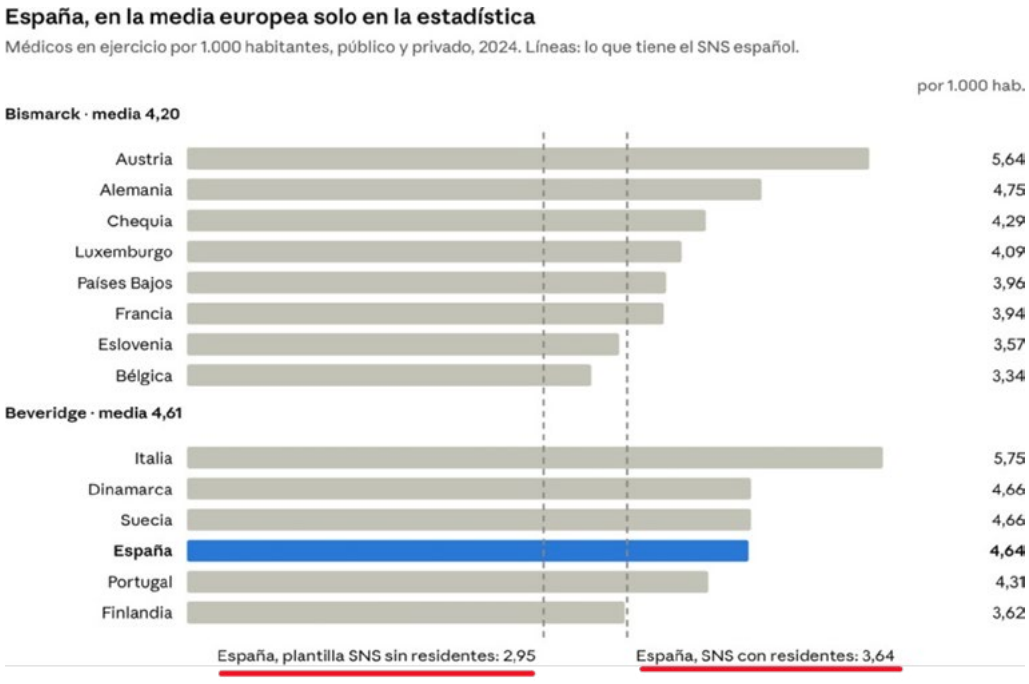


La trampa del dato: 0,5 médicos presentes por cada 1.000 habitantes en el SNS

Sheila Justo Sánchez

España presume de tener 4,64 médicos por cada 1.000 habitantes, pero el SNS está colapsado.

Cada vez que alguien denuncia la falta de médicos, aparece la misma respuesta: "España está por encima de la media europea en médicos por habitante". Según Eurostat, en 2024 teníamos 4,64 médicos en ejercicio por 1.000 habitantes, por delante de Francia, Bélgica o los Países Bajos. Sin embargo, existe una gran diferencia entre el puesto que ocupa España y lo que viven a diario médicos y pacientes. Ese número no describe la consulta de primaria desbordada, la guardia de 24 horas, las esperas interminables de los pacientes ni el quirófano que no abre por falta de anestesistas.



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (médicos en ejercicio, 2024; España, estimación). Líneas: Ministerio de Sanidad, RRHH del SNS 2024, e INE.

La cifra que importa es cuántos médicos tiene el paciente del sistema público cuando los necesita.

Bismarck y Beveridge: dónde está España

Primera trampa: la estadística suma lo público y lo privado.

La comparabilidad de los datos varía según el modelo de gestión sanitaria de cada país. El indicador europeo cuenta a todos los médicos que atienden pacientes, trabajen en la sanidad pública o en la privada.

En Alemania o Francia, modelos de seguros sociales (Bismarck), la mayoría de los médicos privados están concertados con el seguro obligatorio: el 89% de los alemanes está en ese seguro, y más del 99% de los médicos autónomos franceses cobran de la Assurance Maladie. Allí, contar a todos los médicos es contar, en la práctica, a quienes atienden al asegurado público. Para el paciente de la sanidad pública alemana, el dato de Eurostat sí se acerca a la realidad: 4,75 médicos por cada 1.000 habitantes.

En España, con un Sistema Nacional de Salud (Beveridge), la sanidad privada funciona en buena medida como una red paralela. Casi 13 millones de personas pagan un seguro privado además de sus impuestos, y el médico que solo trabaja para una aseguradora no atiende la lista de espera pública. Hay excepciones, como los conciertos, MUFACE o los médicos que compatibilizan ambas actividades, pero no cambian el fondo. Por eso, comparar los 4,64 médicos por 1.000 habitantes de España con los de Alemania o Francia es comparar cosas distintas. Según el último informe de Recursos Humanos del SNS, publicado por el Ministerio de Sanidad en diciembre de 2025, en 2024 España tenía 212.201 médicos en labores asistenciales, entre sanidad pública y privada. De ellos, 176.918 trabajaban en el Sistema Nacional de Salud. Para el paciente de la sanidad pública española, la cifra que cuenta es la de los médicos del SNS: 3,64 por cada 1.000 habitantes.

Segunda trampa: los residentes cuentan, pero no son plantilla

Los 176.918 médicos del SNS incluyen 33.378 especialistas en formación, casi uno de cada cinco (18,9%).

Los residentes trabajan, y mucho. Pasan consulta, hacen guardias y sostienen buena parte de la actividad nocturna. Sin embargo, son médicos en formación, con contrato temporal y sin plaza estructural, que además generan trabajo añadido: su supervisión obligatoria corre a cargo de los médicos de plantilla.

Si contamos solo los médicos de plantilla, sin los residentes, el número de médicos del sistema público pasa a ser 2,95 médicos por cada 1.000 habitantes.

Tercera trampa: un médico no está 24 horas, 365 días

Las estadísticas cuentan personas, pero un hospital o un Servicio de Urgencias se mide en horas cubiertas. Para tener un solo puesto de médico ocupado las 24 horas, todo el año, hacen falta casi seis médicos con jornada ordinaria, una vez descontados descansos, vacaciones y festivos. Como no los hay, el sistema cubre el hueco con guardias: la jornada complementaria que regula el Estatuto Marco es la herramienta que estira la escasa plantilla para dar cobertura las 24 horas, los 365 días del año.

Qué se cuenta	Médicos	Por 1.000 hab.
Médicos en ejercicio, público y privado (Eurostat)	227.000	4,64
Médicos en labores asistenciales, público y privado (Ministerio)	212.201	**4,36**
Médicos del SNS, con residentes	176.918	**3,64**
Plantilla del SNS, sin residentes	143.540	**2,95**



La sanidad pública funciona porque los médicos trabajan muy por encima de la jornada, en una situación que lleva a muchos médicos a superar las 48 horas semanales y a encadenar turnos de 24 horas. Ese es el coste oculto de la estadística. Repartida entre todas las horas del año, la plantilla real da unos 0,51 médicos presentes en el SNS por cada 1.000 habitantes.

Así, el titular de los 4,64 médicos por 1.000 habitantes se convierte, en la práctica, en un déficit real de plantilla que se traduce en colapso y sobrecarga.

La demanda y las listas de espera: lo que la estadística no cuenta

Las consecuencias se ven en las listas de espera. El SNS cerró 2025 con 853.509 pacientes esperando una operación, máximo histórico. La espera media para operarse fue de 121 días, y el 21,6% llevaba más de seis meses en lista. Para la primera consulta hospitalaria, la espera media era de 102 días.

Y la demanda no deja de crecer. En 2025 la Atención Primaria registró 219,1 millones de consultas de medicina de familia, 14,9 millones más que el año anterior, y 27,3 millones de pediatría.

La espera del paciente es la consecuencia aritmética de pedir a 2,95 médicos de plantilla por cada 1.000 habitantes, de los que solo 0,5 están presentes en cada momento, el trabajo que la estadística atribuye a 4,64.

El diagnóstico

Mientras el debate se quede en los 4,64 por 1.000, no se entenderá la sobrecarga de los médicos y el

descontento de los pacientes. España tiene un problema de médicos estables en la sanidad pública, presentes cuando el paciente los necesita.

Es necesario, por tanto, un diagnóstico acertado para ofrecer soluciones:

1. Medir lo que importa. Publicar cada año los médicos estables del SNS por 1.000 habitantes, separando residentes, y las horas de presencia médica por servicio.

2. Dimensionar plantillas para 24 horas, 365 días. Cada puesto que debe estar siempre cubierto necesita casi seis médicos de plantilla, no uno y un calendario de guardias.

3. Mejorar las condiciones laborales. Formamos más residentes que nunca, pero sin estabilidad, una jornada razonable y reconocimiento, muchos se irán a la privada o al extranjero. El SNS se ha convertido en una de las opciones laborales menos atractivas.

4. El Estatuto Médico. Cogobernanza. Quien conoce el día a día de una urgencia o una consulta debe participar en la planificación de recursos humanos.

Los números no mienten, pero se pueden elegir. Es hora de elegir los que describen la realidad del paciente y del médico.

Nota metodológica

- Población: 48.619.695 habitantes a 1 de enero de 2024 (INE). Todas las tasas españolas se calculan con la población de 2024, el año de los últimos datos de Eurostat. La población no deja de crecer: a 1 de enero de 2026 ya somos 49,6 millones de residentes, un millón más. Con la misma plantilla, el SNS tendría hoy 2,90 médicos estables por cada 1.000 habitantes.

- Comparativa europea: médicos en ejercicio (*practising*) por 1.000 habitantes, Eurostat, año 2024. Incluye sector público y privado y, en casi todos los países, a los residentes. El dato de España es una estimación de Eurostat.

- SNS: 176.918 médicos en 2024, de los que 33.378 son especialistas en formación (cifra de 2023 en el desglose del informe ministerial). Los 143.540 restantes se reparten entre primaria, hospitales y urgencias 112/061, sin residentes.

- Clasificación Bismarck/Beveridge: por la financiación predominante (cotizaciones a seguros frente a impuestos). Grecia, Irlanda y algunos países del Este tienen modelos mixtos y se han dejado fuera.

- Consultas por médico de primaria: consultas de 2025 entre plantilla de 2024 y 219 días laborables; es una media orientativa.

Bibliografía

1. Eurostat, Healthcare personnel statistics – physicians (2026) y base de datos hlth_rs_prs2

2. Ministerio de Sanidad, nota sobre el informe de Recursos Humanos del SNS 2024 y monográfico de Recursos Humanos 2024

3. INE, Censo anual de población 2024

4. INE, Estadística Continua de Población, 1 de enero de 2026

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gestora sanitaria.



El debate sobre la vivienda no puede olvidar a las personas mayores

Rodrigo Castelblanque López

Con una mirada larga: personas mayores y contexto habitacional, otras miradas.

Quisiera compartir estas líneas al margen de las corrientes de opinión más cortoplacistas, electorales o impulsadas por grupos de interés que, en ocasiones, utilizan una realidad compleja para defender intereses particulares.

Escribo después de que este asunto haya ocupado encuentros, manifestaciones y numerosos minutos en televisión. Conviene recordar que la situación se sustenta en una decisión judicial amparada por un marco jurídico que emana de un Estado constitucional y de sus responsables legislativos.

He visto a miles de personas reivindicar su derecho a una vivienda: un precio justo, una normativa que mejore sus derechos frente a los del arrendador, viviendas públicas en mejores condiciones o, incluso, la expropiación de viviendas de unos para dárselas





> La prioridad médica debe prevalecer siempre; organizar mejor no significa operar primero lo más sencillo

a otros. Son visiones distintas, con soluciones complejas.

Reconozco la gravedad del problema del acceso a la vivienda y la legitimidad de muchas reivindicaciones. Pero el debate no puede dejar fuera a quienes envejecen solos, con dependencia o esperando una plaza residencial.

Echo en falta otras miradas y otros reclamos de derechos: los de las personas mayores que construyeron esta sociedad con su trabajo, su ejemplo, sus cotizaciones y sus impuestos.

Es necesario hablar de la soledad no deseada, del acceso a plazas residenciales y de alternativas que protejan a quienes ayer construyeron el presente que hoy habitamos. Todo ello repercute en su salud física y mental, y el sistema acabará afrontando sus consecuencias.

¿Dónde están los gritos, las pancartas y los minutos en los medios para las personas que sembraron nuestra sociedad actual? ¿Qué propuestas y exigencias se han planteado para ellas?

No están acampadas. Algunas esperan una plaza residencial; otras intentan gestionar su día a día; y muchas necesitan más programas, recursos y apoyos de las administraciones.

No se trata de enfrentar derechos, sino de ampliar la mirada: una sociedad que envejece necesita respuestas también para sus mayores.

No perdamos la perspectiva.

Director Gerente de Hermanas Hospitalarias Valencia



La IA no tiene organigrama: por qué la reputación de una organización sanitaria ante la inteligencia artificial es una cuestión de gobierno, no de comunicación

Ricardo Rosende Barneto

Atención integral. Medicina personalizada. Centro de referencia. Enfoque multidisciplinar. Son los atributos con los que hoy se define el valor de una organización sanitaria privada, y sobre los que se construyen sus decisiones de crecimiento.

Muchas de esas organizaciones exhiben acreditaciones que certifican algo valioso: que los procesos existen, que se cumplen y que la seguridad del paciente está garantizada. Certifican el suelo. Pero el valor con el que una organización se presenta ante la sociedad no está en el suelo, sino en lo que promete por encima de él, el techo. Y el techo, en la mayoría de los casos, no lo audita nadie.

El ejemplo que lo hace evidente

Hay un segmento donde esta distancia resulta especialmente visible: las clínicas de longevidad. Ni el sistema MIR ni los sistemas de salud de nuestro entorno reconocen una especialidad con ese nombre, y el concepto carece de acreditación formal. Bajo la misma etiqueta conviven una consulta de medicina preventiva, una unidad hospitalaria, un centro con diagnóstico avanzado y una estancia que combina atención sanitaria y hotelería. Algunas de esas organizaciones han construido un modelo integral real; otras han adoptado el nombre de un segmento en crecimiento.

Pero la longevidad no es el problema. Es el caso extremo de algo que ocurre en cualquier organización que declara un posicionamiento: el suelo está regulado, el techo es una promesa autoimpuesta.

Donde no hay estándar externo, el diseño es el estándar

Es tentador leer la ausencia de un estándar externo como un vacío regulatorio que algún día resolverá otro. Es una lectura cómoda y equivocada. Cuando nadie fija desde fuera lo que significa un compromiso, la única garantía posible es la que la organización construye desde dentro. La falta de estándar no traslada la responsabilidad al regulador: la deposita entera en el diseño de cada organización.

Conviene no confundir esto con la gestión de calidad. Calidad verifica que los procesos se cumplen. La pregunta aquí es anterior: si esos procesos están diseñados para cumplir lo que la organización promete. Un centro puede superar todas sus auditorías y, aun así, no estar construido para ofrecer la atención



integral que anuncia. Son dos preguntas distintas, y solo la primera tiene responsable.

Una promesa a la sociedad, no al mercado

En la mayoría de sectores, el posicionamiento es una propuesta comercial. En sanidad es algo más: un compromiso con la sociedad y personas que toman decisiones sobre su salud a partir de lo que la organización dice ser. Quien elige un centro por su enfoque integral no compra un servicio; confía en que la organización funciona como afirma.

Por eso cumplir ese compromiso no es tarea de un departamento. Exige que toda la organización esté alineada hacia ella: el consejo que decide el crecimiento, la dirección médica que define los protocolos, los profesionales que atienden, quien organiza las agendas y quien recibe al paciente por teléfono.

Alinear no es comunicar mejor la misión ni repetirla en cada reunión. Una organización se alinea con lo que su diseño premia, no con lo que su discurso declara. Si lo que se anuncia es seguimiento integral y los incentivos premian el volumen de primeras visitas, ganan los incentivos. Si la promesa es coordinación entre especialidades y nadie tiene asignado el tiempo ni el método para coordinar, la coordinación depende de quien decida hacerla por su cuenta. El alineamiento real está en los procesos, en los criterios con los que se decide, en lo que se mide y en lo que se recompensa.

El primer auditor está dentro

Hay un juez que llega antes que el paciente y antes que el mercado. Los primeros en saber si una promesa es cierta son quienes tienen que cumplirla.

Un profesional que trabaja en una organización que anuncia atención integral sabe, desde su primera semana, si dispone de los medios, el tiempo y la coordinación para ofrecerla. Cuando no es así, ocurre algo que no recoge ninguna encuesta de clima: la promesa externa se convierte en una exigencia interna sin respaldo. Se le pide que cumpla con su esfuerzo lo que la organización no ha diseñado para que sea posible.

Las consecuencias son conocidas, aunque rara vez se conectan con su causa. Los mejores profesionales, precisamente los que más se identifican con el proyecto, son los primeros en percibir la distancia y los primeros en marcharse. Y cuando se van, se llevan algo más que su talento: se llevan la parte del compromiso que solo ellos sostenían. En un mercado donde el talento sanitario es cada vez más escaso, la coherencia entre lo que se promete fuera y lo que se

permite hacer dentro no es una cuestión de cultura. Es una ventaja competitiva para retenerlo.

El paciente sí audita

Si nadie certifica desde fuera lo que la organización promete, hay alguien que lo verifica cada día: el paciente. Su experiencia es la única auditoría real de lo que la organización promete. La cuestión es si la organización la está escuchando para eso.

La mayoría mide la experiencia del paciente con preguntas genéricas: satisfacción, trato, tiempos de espera, disposición a recomendar. Son indicadores útiles, pero responden a otra pregunta. Una organización que promete atención integral puede obtener una satisfacción excelente sin que ningún paciente haya percibido integración alguna, porque nadie se lo ha preguntado. Medir si el paciente está satisfecho no es lo mismo que medir si se ha cumplido lo que se le prometió.

Validar la experiencia frente a la propia promesa, y no frente a un estándar genérico, es la forma más directa de cerrar esa distancia. Convierte lo que la organización dice ser en algo que puede comprobar, corregir y sostener. Y obliga a una disciplina incómoda pero necesaria: definir la promesa con la suficiente precisión como para que el paciente pueda confirmarla o desmentirla.

El terreno que nadie gobierna

En la mayoría de las organizaciones, el posicionamiento lo decide la estrategia, la proyecta la comunicación y la ejecuta la operación. Cada una responde de su parte. Pero hay una pregunta que no figura en las responsabilidades de ninguna dirección: si lo que se promete y lo que la organización es capaz de entregar coinciden. Esa distancia no tiene dueño, y por eso crece en silencio. No suele crecer por mala fe, sino porque cada área hace bien su trabajo por separado y nadie gobierna el sistema que las integra.

Por qué es una cuestión de consejo

El momento en que esta distancia se vuelve más peligrosa es también el más habitual en la sanidad privada actual: el reposicionamiento. Una adquisición, la entrada de un fondo, una nueva unidad, un salto hacia un segmento de mayor margen. El plan de negocio evalúa el mercado al que se apunta, las instalaciones, la cartera de servicios y el equipo. Rara vez evalúa si la organización está diseñada para cumplir el nuevo compromiso.

Ahí el posicionamiento se contabiliza como un activo cuando, sin un sistema que lo sostenga, es un pasivo diferido. Y cada vez difiere menos. Los profesionales lo perciben primero; los pacientes lo comparan y lo comparten después; y los sistemas de inteligencia artificial que hoy median una parte creciente de las decisiones de búsqueda cruzan lo que una organización dice de sí misma con la evidencia disponible sobre ella. La distancia entre lo declarado y lo verificable, que antes tardaba años en aflorar, hoy puede hacerse visible en meses.

Tres preguntas antes de prometer

Para un comité de dirección o un consejo, la cuestión no es si su posicionamiento es atractivo, sino si es gobernable:

Si preguntáramos a nuestros pacientes no si están satisfechos, sino si hemos cumplido lo que les prometimos, ¿qué responderían?

¿Quién en nuestra organización es responsable de que lo que prometemos y lo que somos capaces de entregar coincidan, y con qué método lo hace posible?

Cuando aprobamos un crecimiento o un reposicionamiento, ¿evaluamos el diseño que debe sostener la nueva promesa o solo el mercado al que apunta?

Ninguna tiene una respuesta cómoda. Pero en un sector donde la promesa se hace a personas que confían su salud, y la cumplen personas que necesitan creer en ella, el techo no puede quedar sin gobierno. Si no lo gobierna la organización, lo gobernará el día en que alguien compruebe la diferencia. Y casi siempre, el primero en comprobarla trabaja dentro.

Ingeniero en Organización Industrial y Executive MBA

YA SE CONOCE A LOS GANADORES DE LOS

PREMIOS 2026 NEW MEDICAL ECONOMICS

Tras el recuento de votos del Consejo Editorial y los lectores de New Medical Economics, los premiados son:

1. **Mejor artículo publicado en NME 2026**
   - ***"La medicina en la sociedad del cansancio: sanar en la era del rendimiento"*, de Iñaki Alegría Coll**
2. **Hospital público con mejor gestión**
   - Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
   - Hospital Universitario de Cáceres
   - Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles – Madrid)
3. **Hospital privado con mejor gestión**
   - Hospital Universitario IMQ Zorrotzaurre (Bilbao)
   - HLA Clínica Montpellier (Zaragoza)
4. **Mejor política de RSC, calidad y gobernanza**
   - Área del corazón. Un modelo consolidado y exportable en asistencia, innovación, investigación y formación para la atención a la salud cardiovascular – Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo
   - Marco de reconocimiento de Responsabilidad Social Sociosanitaria - Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
5. **Mejor campaña de divulgación sociosanitaria**
   - El semáforo del dolor - Campaña comunitaria de educación en salud sobre dolor persistente (2024–2025) — Escuela Cántabra de Salud
   - "Perder el miedo a la bata blanca". Adaptación del entorno hospitalario para personas con discapacidad intelectual y TEA - Hospital Universitario Vithas Madrid Aravaca
6. **Promoción de la investigación y la innovación**
   - Estrategia integral de fomento de la investigación y la innovación sanitaria – Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana
   - Fundación SEMERGEN y la Agencia de Investigación de SEMERGEN
7. **Mejor labor de humanización sanitaria**
   - "Innovación, humanización y equidad en la asistencia rural". Hospital de Día Domiciliario para pacientes oncohematológicos (HDD) - Zona territorial de Cangas del Narcea en el Área de Salud II Centro-Suroccidente del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

8. Solidaridad profesional

- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ceuta

9. Mejor proyecto en IA y salud digital 2026

- "AIRGENIOUS™". De la atención reactiva a la atención predictiva en terapias respiratorias domiciliarias - Linde Médica España
- "MarIA". Innovación en gestión del talento sanitario - Grupo sanitario Ribera

10. Mejor iniciativa de transformación asistencial

- Cuando los datos salvan vidas: diagnóstico precoz de enfermedades raras respiratorias – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid)
- Promudol: Programa de transformación del modelo asistencial del dolor - Hospital Universitario Infanta Cristina (Parla, Madrid)

11. Mejores prácticas en la experiencia del paciente

- "Banco de voz para los pacientes de ELA" – Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
- "Prescripción digital: píldoras informativas" – Hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca)

12. Buenas prácticas en Atención Primaria

- Programa de Salud 7000 pasos x – Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha
- Proyecto RENACE: Atención Primaria como motor de la longevidad saludable - Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

13. Mejor desarrollo de competencias en Enfermería

- Comité de Cuidados de Enfermería de la Comunidad Valenciana

14. Comunidad Autónoma más innovadora

- La Rioja

15. Comunidad Autónoma con mejor proyecto de transformación digital

- Comunidad de Madrid - Consejería de Digitalización

16. Mejor entidad sanitaria

- Fundación Josep Carreras
- Unión Catalana de Hospitales (UCH)

17. Liderazgo femenino en gestión

- Dña. Rita Tristancho Ajamil
- Dña. Patricia López Bayo

18. Mejor trayectoria profesional sanitaria

- D. Antonio Burgueño Carbonell
- D. César Gómez Derch

19. Mejor personalidad sanitaria del año

- D. Ángel Carracedo Álvarez
- Dña. Carmen Ayuso García



Transformaciones para el avance del emprendimiento enfermero desde el modelo de Donabedian

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Recientemente, el Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM) celebró la I Jornada de 'Enfermería emergente y nuevos espacios de desarrollo profesional', que resultó un foro idóneo para compartir, debatir y dibujar esa nueva enfermería que aparece más allá de los ámbitos de desarrollo profesional habitual de las enfermeras.

En el diálogo de inicio se plantearon cuestiones como cuáles serían los cambios que necesita hacer la propia profesión para atreverse a salir de los espacios tradicionales, generar nuevas soluciones de cuidado y crear sus propias empresas.

Como invitada en esta tertulia y para el abordaje de cuáles serían estos cambios, mi mente me llevó a uno de nuestros clásicos, a Avedis Donabedian y su propuesta para la evaluación de la calidad a través de criterios de estructura, el proceso y el resultado. Y no porque él planteara este modelo para el emprendimiento, sino porque estas tres perspectivas creo que nos ayudan a pensar qué necesitamos cambiar para avanzar.



Necesitamos cambios de estructura, que exigen fundamentar cada iniciativa en un sólido y profundo conocimiento disciplinar y profesional. Mantener la esencia de la ciencia del cuidado garantiza aportar una mirada genuinamente enfermera, verdaderamente diferenciadora, desechando el mero replicar de otras disciplinas. Además, y como parte de la estructura necesaria para expandir el emprendimiento enfermero, resulta indispensable incorporar esta temática en el currículo académico de los estudiantes como una asignatura más y capacitar al alumnado en materias clave como la economía, el marketing, la comunicación o la gestión empresarial. A esto debe sumarse la evolución de nuestra propia cultura profesional, entendiendo el ejercicio libre como opción plenamente legítima y valiosa dentro del desarrollo de las enfermeras.

Los cambios de proceso nos llevan a hacer un viraje radical de 1800 en lo que es la realidad sociosanitaria, que se percibe como un nicho de problemas, quejas, necesidades, demandas, que podemos pasar a convertirlo en oportunidades para el emprendimiento y desarrollo profesional de las enfermeras, dando respuesta a los ciudadanos, aportando soluciones y servicios de valor y haciendo ese "emprender por deber". Y esto exige empezar por trabajar bien en el análisis de la necesidad o el problema identificado sin dejarse llevar únicamente por el impulso inmediato de querer montar una empresa o diseñar una solución tecnológica.

De igual forma, como cambio necesario de proceso está el trabajo y la colaboración interdisciplinar, totalmente necesario, preservando siempre la dirección y el liderazgo enfermero sobre los cuidados.

Y, por último, los cambios en resultados necesitan la redefinición del modo de evaluación del éxito de las iniciativas, superando las métricas basadas únicamente en el número de empresas creadas por enfermeras o reconocimientos recibidos y centrar el análisis en resultados de valor. El valor aportado a las personas, evaluando aspectos como la mejora de su autonomía, de su experiencia o la accesibilidad a los recursos o cuidados que necesitan en cada momento. Otro punto de evaluación sería la sostenibilidad económica y operativa del proyecto, asegurando servicios de calidad con remuneraciones adecuadas. Y también sería objeto de evaluación, el desarrollo profesional alcanzado, la apertura de espacios reales de decisión o el liderazgo enfermero.

"Necesitamos cambios de estructura, que exigen fundamentar cada iniciativa en un sólido y profundo conocimiento disciplinar y profesional"

Nos encontramos en un momento de enorme impulso para la enfermería. El dinamismo, la iniciativa y la visión proactiva de las enfermeras están marcando tendencia y adelantando posiciones en la transformación de la oferta de servicios en salud.

Desde estas líneas, expresar mi agradecimiento a Daniel Baldó, director del Área de Innovación y Transformación Cultural del CODEM; a Mar Rocha, directora adjunta a la Presidencia del CODEM y a todas las personas del Colegio que hicieron posible esta jornada, por invitarme a participar y disfrutar de un día grande para la profesión.

Directora de Enferconsultty y secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

blancafl@enferconsultty.es

Organiza:

HUCA+ · ISPA Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias · FINBA Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias

JORNADA

Medicina Personalizada de Precisión - SESPA 2026

Fecha: **20 de noviembre del 2026** Horario: de **10:00h a 13:00h** Lugar: **Salón de Actos - HUCA**

10:00 – 10:10 h. Bienvenida institucional

- **Miguel J. Rodríguez Gómez**, gerente del Área de Salud II Centro-Suroccidente
- **Paloma Tamayo Prada**, directora de operaciones de New Medical Economics

10:10 h – 11:30 h. 1ª Mesa redonda: "Una visión médica de la implantación de la Medicina Personalizada de Precisión en Asturias"

Moderador: **Ramón Rodríguez González**, director de Atención Hospitalaria del Área de Salud II Centro-Suroccidente

- **Daniel Al Kassam Martínez**, jefe del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)
- **María Victoria Álvarez Martínez**, jefa del Servicio de Genética/Genómica del HUCA
- **Carlota Argüello Martín,** responsable de la Consulta de Enfermedades Minoritarias del HUCA
- **Nicolás Díaz Varela**, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario San Agustín (HUSA)
- **Emilio Esteban González,** jefe del Servicio de Oncología Médica del HUCA
- **Paz Rodríguez Mondelo,** enfermera gestora de casos del Servicio de Neurología del HUCA

11:30 – 12:45 h. 2ª Mesa redonda: "Avanzando en un Plan de Medicina Personalizada de Precisión en Asturias"

Moderador: **Ángel Bernardo Gutiérrez**, subdirector de Atención Sanitaria y Evaluación del Área de Salud II Centro-Suroccidente

- **Leticia Gómez de Segura Iriarte**, jefa de la Unidad de Farmacia de Salud de los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
- **María Luisa Pérez Otero**, subdirectora médica del HUCA – Unidad de Enfermedades Raras
- **Lidia Rodríguez García**, directora general de Planificación Sanitaria de la Consejería de Salud del Principado de Asturias
- **Óscar Veiras del Río**, director de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

12:45 – 13:00 h. Clausura institucional

Rut Palacio González, directora de Atención Sanitaria y Evaluación del Área de Salud II Centro-Suroccidente

13:00 h. Despedida y cierre

Paloma Tamayo Prada, directora de operaciones de New Medical Economics

Finalizada la Jornada se ofrecerá un cóctel

INSCRIPCIÓN GRATUITA

#MPPSESPA

Colabora:

Principado de Asturias · Consejería de Salud · Servicio de Salud del Principado de Asturias · ME

Solicitada acreditación a la Comisión de Acreditación de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias el día 24 de septiembre de 2026

Patrocina:

Alianza

AMGEN · AstraZeneca · BeOne · Daiichi-Sankyo | AstraZeneca

Alianza

illumina · Lilly · MSD · MSD · AstraZeneca · Roche · werfen



A las enfermeras también hay que ofrecerles un futuro

Mar Rocha Martínez

¿Qué futuro profesional ofrece el sistema sanitario a una enfermera que quiere crecer? La respuesta debería formar parte de cualquier estrategia para conservar talento. Sin embargo, seguimos hablando mucho de cuántas profesionales necesitamos y bastante menos de qué posibilidades se les ofrecen para desarrollar sus capacidades. La estabilidad importa, pero también importan la autonomía, el reconocimiento, las condiciones laborales y la posibilidad de construir una trayectoria que no se agote en ocupar un puesto.

Las I Jornadas de Enfermería Emergente y Nuevos Espacios de Desarrollo Profesional del CODEM han permitido poner esta cuestión sobre la mesa, donde se han escuchado experiencias de enfermeras en la industria, la tecnología, la gestión, la docencia, la práctica avanzada y el emprendimiento. Trayectorias que amplían las opciones de las próximas generaciones y plantean una pregunta a las organizaciones sanitarias: ¿están preparadas para reconocer todo el valor que puede aportar el conocimiento enfermero?

La expresión 'enfermería emergente' merece una reflexión, ya que muchas de las capacidades que ahora ganan visibilidad llevan tiempo formando parte de nuestra disciplina. Comprender necesidades, anticipar riesgos, coordinar recursos, evaluar intervenciones y acompañar decisiones son competencias que pueden aportar valor en distintos entornos. Lo que está cambiando, y por lo que ahora se habla de ello, es el reconocimiento de su utilidad fuera de los espacios donde tradicionalmente se ha situado a las enfermeras.

Todavía encontramos resistencias y persisten expectativas sobre el lugar que debe ocupar una profesional y sobre las responsabilidades a las que puede aspirar. Esas expectativas también aparecen dentro de la propia Enfermería, cuando se cuestiona la identidad profesional de quien trabaja en una empresa, dirige un proyecto o decide emprender. Y esa mirada empobrece nuestras posibilidades y dificulta que reconozcamos a quienes están abriendo caminos.

La identidad enfermera se sostiene en un cuerpo de conocimientos, unas competencias y una responsabilidad ética. Y es ese conocimiento el que puede contribuir al diseño de una tecnología, a la organización de un servicio o a la creación de una empresa de cuidados. Su valor dependerá de la calidad del trabajo y de los resultados que consiga. Para desarrollar cada función hace falta preparación específica, experiencia y capacidad para asumir sus responsabilidades; pero la titulación de

origen constituye solamente el punto de partida de ese recorrido.

Esta ampliación profesional tiene una consecuencia que interesa especialmente a quienes gestionan organizaciones sanitarias: una enfermera con alternativas puede elegir. Puesto que puede comparar proyectos, condiciones, posibilidades de desarrollo y reconocimiento. Cuando esa capacidad de elección se extiende, la relación entre las organizaciones y el talento cambia. Para atraer y conservar profesionales hay que ofrecer motivos suficientes para quedarse.

Sería un error convertir esta reflexión en una invitación a abandonar la asistencia. El trabajo clínico necesita trayectorias atractivas por su propio valor, y una enfermera debería poder crecer atendiendo a las personas, profundizar en su conocimiento, investigar, ejercer con autonomía y recibir reconocimiento por ello. Si la promoción se vincula casi exclusivamente a dejar la asistencia, la organización está limitando el desarrollo del talento clínico que necesita.

Por eso, la respuesta a la expansión profesional debe incluir itinerarios clínicos, docentes, investigadores y directivos con oportunidades reales. También requiere revisar cómo se distribuyen las responsabilidades y qué margen existe para proponer mejoras. Las políticas de retención pierden credibilidad cuando piden compromiso mientras mantienen barreras que impiden ejercer las capacidades adquiridas.

La gobernanza forma también parte de este debate. Las decisiones sobre presupuestos, plantillas, tecnología y modelos asistenciales determinan qué cuidados podrán recibir las personas. Por tanto, la perspectiva enfermera debe incorporarse al momento en que se definen esas prioridades. Conocemos las dificultades que encuentran los pacientes para cuidarse, la carga que asumen las familias y los problemas de continuidad entre servicios. Ese conocimiento tiene utilidad estratégica si encuentra espacio y capacidad efectiva de influencia.

> “Para atraer y conservar profesionales hay que ofrecer motivos suficientes para quedarse”

Asumir esa influencia exige formación en gestión económica, dirección, negociación y evaluación de resultados. Exige, además, procesos de selección que valoren las competencias necesarias para cada responsabilidad. La reivindicación profesional gana fuerza cuando se acompaña de preparación y de propuestas capaces de mejorar las organizaciones.

El emprendimiento también merece una mirada exigente. Crear una empresa implica valorar la viabilidad económica, buscar financiación, asumir obligaciones y comprobar que la solución responde a una necesidad. La experiencia clínica ayuda a identificar problemas, pero necesita complementarse con otras capacidades para convertir una idea en un servicio sostenible. Los colegios profesionales podemos facilitar orientación, recursos y conexiones que permitan tomar decisiones informadas.

Además, necesitamos favorecer la circulación del conocimiento. La experiencia adquirida en una empresa tecnológica, en consultoría o en un proyecto propio puede enriquecer posteriormente la gestión



sanitaria y la práctica clínica. Para aprovecharla, habrá que reconocer esos recorridos y facilitar la colaboración entre ámbitos. Las trayectorias diversas pueden aportar soluciones a problemas que las organizaciones llevan años intentando resolver.

El desarrollo de la profesión enfermera debe medirse también por las oportunidades que deja disponibles para quienes vienen detrás. Que algunas enfermeras alcancen posiciones antes inaccesibles tiene un valor enorme; convertir esos recorridos en posibilidades reconocibles y accesibles supone una responsabilidad colectiva.

A las organizaciones sanitarias les corresponde preguntarse qué futuro ofrecen. A las enfermeras, prepararnos para asumir nuevas responsabilidades y apoyar a quienes exploran otros caminos. Y a los colegios profesionales, acompañar ese crecimiento con recursos y una visión amplia de la profesión. El talento necesita condiciones para desarrollarse. Ofrecerlas será decisivo para quienes quieran contar con él.

Directora adjunta a la Presidencia del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

mar.rocha@codem.es



29-N: 'EL' punto de inflexión para que el SNS prospere

José María Juárez Arias

Las elecciones generales previstas para el próximo 29 de noviembre tienen que ser entendidas como 'LA' oportunidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) para revertir la dinámica negativa experimentada en los últimos años.

Nuestra sanidad lleva tiempo involucionando en materia de Ordenación Profesional -las huelgas frente a la propuesta de renovación del Estatuto Marco son una muestra representativa de ello[1]-, en términos de acceso a las innovaciones terapéuticas -superando los 500 días de demora media[2]-, atendiendo a la insatisfacción de los ciudadanos -creciente y reconocida hasta por el sesgado Centro de Investigaciones Sociológicas[3]-, en inestabilidad institucional -seis cambios e ocho años al frente del Ministerio de Sanidad-, en uso partidista -por ejemplo, contra la iniciativa privada[4] o el manoseo del Consejo Interterritorial[5]-…

Lo hecho y lo dejado de hacer en las últimas legislaturas -compromisos adquiridos e incumplidos como la actualización de los Presupuestos Generales del Estado[6], de la ley medicamento[7], del referido Estatuto Marco[8], de la ley de ordenación de las profesiones sanitarias[9]…- han situado al SNS en una de las situaciones más críticas de su existencia y estos comicios han de ser interpretados como 'EL' punto de inflexión -un antes y un después- para alterar esta realidad y retomar la senda de la excelencia asistencial y la sostenibilidad económica.

Cambio forzoso

Con independencia de los resultados electorales que se produzcan y de los pactos que tengan que suscribirse para gobernar hasta 2030, es precisa una deconstrucción de la forma en la que se planifica y se gestiona desde La Moncloa y el Ministerio de Sanidad; un cambio forzoso para consolidar y desarrollar el SNS como piedra angular de nuestro Estado del Bienestar.

Este cambio ha de sustentarse en el espíritu de diálogo, de consenso y sinergia sobre el que se impulsaron la Ley General de Sanidad en [19]86[10] o las leyes de Cohesión y Calidad[11], y Ordenación de las Profesiones Sanitarias[12] en 2003.

Es seguramente un cambio no exento de coste político por las resistencias esperables en el sector a los cambios estructurales y organizativos profundos que se requieren, pero se trata de una reforma a todas luces ineludible por mucho esfuerzo que suponga si pretendemos que nuestro SNS avance cuanto menos al mismo ritmo que nuestras necesidades en salud crecen en cantidad y en complejidad.

Hechos en menos de cien días

Así pues, las insuficiencias presentes del SNS han de ser traducidas en prioridades para el próximo ministro.

Son las preferencias que detallé en el artículo publicado el pasado mes de junio -lo escrito: financiación suficiente/adaptable a la realidad cambiante, progresos tangibles en recursos humanos, avances reales en autonomía estratégica y acceso a innovaciones, en Atención Primaria, en inteligencia artificial…[13]- y han de ser abordadas con más presteza y diligencia que nunca, siendo conscientes de que los cien días de gracia para los nuevos gobiernos popularizados por Franklin D. Roosevelt en el siglo XX[14] han sido sobrepasados por la era de la inmediatez en la que estamos.

Teniendo más que claros los diagnósticos, es momento de hechos, con todos los recursos que sean necesarios, con evaluación y medición de resultados, con rendición de cuentas… con un Pacto de Estado que sirva, como también planteé en artículos anteriores, de brújula táctica y operativa[15].

La sanidad ha sido uno de los mayores fiascos del último Gobierno y ha de hacerse todo cuanto sea necesario para que sea, por el contrario, el mayor de los éxitos del próximo Ejecutivo.

Bibliografía

1. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. "El Comité de Huelga establece su calendario de movilizaciones hasta las elecciones del 29 de noviembre" [13 de octubre de 2026]
2. Farmaindustria. "El tiempo de acceso a los nuevos medicamentos baja a 537 días, aunque sigue lejos del máximo de 180 establecidos por la Directiva europea" [19 de mayo de 2026]
3. Centro de Investigaciones Sociológicas. Avance de resultados del Barómetro de Octubre de 2026 [14 de octubre de 2026]
4. Ministerio de Sanidad. El Consejo de Ministros aprueba el Anteproyecto de Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud [10 de febrero de 2026]
5. Calvo, E. El PP planta a Mónica García y la acusa de usar el interterritorial políticamente. ABC [13 de octubre de 2026]
6. Rodríguez, I. El Gobierno lleva cuatro años sin presentar los Presupuestos e incumple, otra vez, el plazo establecido por la Constitución. Antena 3.com [30 de septiembre de 2026]
7. Felipe, M. Estas son las leyes que decaen con el adelanto electoral: desde las aulas a las redes sociales. Antena 3.com [6 de octubre de 2026]
8. De Miguel, H. Los médicos aplazan la huelga indefinida prevista para finales de octubre por el adelanto electoral. La Razón. [7 de octubre de 2026]
9. Unión General de Trabajadores. Los sindicatos exigen que el adelanto electoral no frene los avances para los técnicos sanitarios. [7 de octubre de 2026]
10. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [29 de abril de 1986]
11. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [29 de mayo de 2003]
12. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [22 de noviembre de 2003]
13. Juárez, J. M. Prioridades del próximo ministro de Sanidad. New Medical Economics. [30 de junio de 2026]
14. Del Vado, M. ¿Por qué son importantes los primeros 100 días de gobierno de un presidente en EEUU? Cadena SER [28 de abril de 2017]
15. Op. Cit. (13)

Doctor en Derecho y Economía

josem.juarezarias@gmail.com


TEATRO REAL
CERCA DE TI
¿Estás preparado para vivir en el país más longevo del mundo?
BIENVEJECER
Cuidarse hoy para vivir mejor mañana
bienvejecer.es
asisa
mejor así



¿Qué salud queremos liderar?

Francisco Javier Valbuena Ruiz

Para muchos el concepto de salud está muy vinculado al negocio, al legítimo desarrollo económico de una actividad profesional, empresarial o institucional. Nos podemos rasgar más o menos las vestiduras, pero lo cierto es que la vinculación con la actividad económica es un elemento de gran importancia en las instituciones sanitarias.

No hay que pensar más que en el número de empleos que genera. En no pocas localidades del Estado, el hospital es el principal empleador del municipio.

Nuestra actividad es intensiva en conocimiento, en personas; pero también lo es en tecnología, en energía, en infraestructuras… y así un largo etcétera. Las retribuciones ajustadas al nivel de cualificación y responsabilidad también son legítimas y necesarias.

Por consiguiente, no se puede decir que la actividad sanitaria es ajena a la actividad económica. Tendemos a poner nuestro foco en la entidad que gestiona el entorno asistencial, pero además de esta dicotomía típica de privado (sea con o sin ánimo de lucro) y público; deberíamos tener en cuenta los miles de millones de euros que giran alrededor de la actividad asistencial. La dimensión económica del sector resulta especialmente visible en la industria farmacéutica, cuyas grandes compañías han registrado márgenes de beneficio considerablemente superiores a los de otras grandes empresas.

El dinero y la prestación sanitaria van de la mano, pero ¿sucede lo mismo con la salud? Hace apenas unas semanas he tenido la inmensa suerte de analizar en profundidad de forma colectiva con un considerable número de profesionales sanitarios su personal visión del concepto de salud, y los resultados han sido apasionantes.

Lejos de las definiciones formales de la OMS o de otros organismos nacionales e internacionales, la salud entendida como ausencia de patología ha sido considerada muy minoritariamente y los profesionales tienen una visión holística y amplia del concepto de salud. Han situado la salud en el terreno del florecimiento humano, de la experiencia vital positiva. Lo cual nos sitúa en un plano existencial, un terreno que no suele estar visibilizado en los indicadores clínicos. El reconocimiento y la participación significativa se hicieron un hueco importante para los profesionales, puesto que valoraban la salud como “sentirse visto y sentirse útil”. Te veo y te reconozco, te otorgo toda significación y la dignidad consustancial del ser.

Salud medioambiental

Por parte de algunos colegas se postuló que la salud no emerge aislada en el individuo, sino de la interacción entre persona, comunidad, sistemas de cuidado, condiciones de vida y entorno natural.

Debo señalar que resultó especialmente significativa la escasa presencia de elementos que vincu-

lasen la salud con el medio natural, con la calidad del aire o con la dimensión ambiental. Esto nos sitúa en una falta importante de penetración de la salud medioambiental, *One Health* y la salud planetaria en los profesionales, que tienen su foco en otras tareas e intereses científicos.

Si en un futuro próximo cada vez más gestores sanitarios y decisores políticos tienen claro que las Áreas Integradas de Salud son el presente y futuro de nuestro sistema sanitario, hay que advertir que, las mismas, se enfrentarán a una visión autorreferencial de la salud, con pocas vinculaciones con el entorno, lo cual dificulta conceptualmente su implantación práctica. Si bien la dimensión social, adquiere una importante dimensión cuando hablamos de prestación sanitaria; por contra, la dimensión sistémica y ecosistémica resulta extremadamente débil.

Sistémica

La dimensión sistémica de la salud brotó de forma explícita al vincularla al equilibrio dinámico entre la persona y su entorno social, familiar y emocional. No constituye una condición estática ni exige la ausencia de conflictos: expresa la posibilidad de afrontar las tensiones de la existencia, preservar la autonomía y mantener vínculos significativos. Desde esta perspectiva, el bienestar no es exclusivamente individual, sino también relacional. De nuevo la idea de reconocerse, sentirse visto y con capacidad de aportar en las relaciones entre personas, la capacidad de reflejarse en el otro, en la humanidad próxima.

La calidad de las relaciones familiares, el reconocimiento social, la seguridad afectiva y la disponibilidad de apoyo participan en la construcción de ese equilibrio. Sentirse escuchado, valorado y acompañado proporciona recursos para afrontar la incertidumbre y la adversidad. Por el contrario, la soledad no deseada, la violencia, la discriminación o los conflictos persistentes pueden erosionar el bienestar y comprometer profundamente la salud.

Este enfoque no debe confundirse con una exigencia de adaptación pasiva. Estar sano no significa aceptar relaciones dañinas ni responder satisfactoriamente a cualquier demanda del entorno. El equilibrio requiere también establecer límites, expresar necesidades y

> “Cuidar la salud implica atender tanto al sufrimiento personal como a los contextos que lo generan o intensifican”

disponer de condiciones que permitan desarrollar la propia vida con dignidad.

En consecuencia, cuidar la salud implica atender tanto al sufrimiento personal como a los contextos que lo generan o intensifican. La intervención sanitaria debe incorporar los vínculos, los apoyos y las circunstancias cotidianas de cada persona.

La soledad no deseada es pues un elemento clave en la mejora de la salud poblacional, y las estrategias de salud deben contemplar en todo momento la intervención en esta materia.

Derecho

La salud como derecho es un elemento que se debatió intensamente, el hecho de que los profesionales de la salud identifiquen la misma como un derecho, además de denotar una conciencia cívica importante, genera unas consecuencias asistenciales de gran calado. Porque identificamos a nuestros pacientes, no como tales, sino como sujetos de derecho. La principal implicación jurídica de este reconocimiento es que la protección de la salud deja de ser una decisión meramente discrecional del poder público y

sus prestatarios o provisores, y se convierte en una obligación sometida a normas, controles y responsabilidades. La persona es titular de un derecho, no simplemente destinataria de una política o beneficiaria de una ayuda o asistencia.

Este reconocimiento de la salud como derecho configura esta obligación cuyo fundamento reside en la dignidad inherente a toda persona. No supone garantizar la ausencia de enfermedad, sino asegurar las condiciones que permitan alcanzar el máximo nivel posible de salud. Su realización exige superar una concepción asistencialista: las personas no son beneficiarias de una concesión discrecional, sino titulares de derechos frente a instituciones responsables de garantizarlos.

Desde esta perspectiva, la equidad constituye un criterio de justicia distributiva. Mientras la igualdad formal reconoce idéntica titularidad de derechos, la equidad exige responder a necesidades desiguales mediante recursos y actuaciones diferenciados, como bien sabemos. Garantizar el derecho a la salud implica, por tanto, identificar y reducir desigualdades asociadas a la posición socioeconómica, el género, el territorio, la discapacidad o la pertenencia cultural, por evitables e injustas. La universalidad del derecho requiere de especial atención para quienes experimentan mayores vulnerabilidades.

Las consecuencias prácticas de este planteamiento afectan a la arquitectura del sistema sanitario. Exigen financiación equitativa, protección frente al empobrecimiento derivado de la atención, distribución territorial de profesionales y servicios, y acceso oportuno a prestaciones de calidad. Asimismo, obligan a remover obstáculos administrativos, económicos, físicos y culturales. La existencia nominal de cobertura no acredita, por sí sola, la efectividad del derecho cuando persisten barreras que impiden utilizar los servicios o recibir atención adecuada.

Su alcance trasciende, además, la asistencia sanitaria. Las políticas de vivienda (tan de moda en estos momentos), alimentación, educación, empleo y protección ambiental inciden en las oportunidades de vivir saludablemente; por ello, la responsabilidad pública requiere una actuación intersectorial coherente con los determinantes sociales de la salud.



Finalmente, esta percepción de la salud como un derecho, demanda participación ciudadana, transparencia, evaluación de resultados desagregados y mecanismos de exigibilidad. La legitimidad del sistema no depende únicamente de su eficiencia agregada, sino de su capacidad para reducir desventajas injustas y garantizar efectivamente el derecho reconocido a todas las personas.

Identidad

Hace unos meses en un trabajo realizado con comunidades indígenas amazónicas, identificaban con sumaria claridad que la pérdida de identidad cultural les estaba generando graves problemas de salud. Lo que no me imaginaba es que profesionales de la salud europeos, me señalarían también la identidad como un elemento importante para la salud de las personas, como parte de la propia definición de salud desde su perspectiva. Y es que un territorio no es únicamente una demarcación administrativa donde distribuir recursos sanitarios: es una trama de vínculos, memorias, lenguas y formas de comprender la vida. Su identidad constituye una dimensión relevante para pensar la salud, porque cuidar a una población

exige conocer aquello que sus integrantes reconocen como propio.

Pero cuando hablamos de identidad, no nos referimos solamente a demarcaciones geográficas, hablamos de la pérdida en la transmisión de saberes, el debilitamiento de las organizaciones sociales de los territorios o desdibujar sutilmente la participación protagonista de los actores reales de la prestación sanitaria, los habitantes de un territorio. Fíjense que he escrito actores y no destinatarios o receptores.

¿Puede considerarse atención centrada en las personas un sistema que conoce sus diagnósticos, pero desconoce sus pertenencias? ¿Qué pierde una organización cuando trata el territorio exclusivamente como un mapa de población, distancias y frecuentación?

Desde la gestión deberíamos incorporar esa dimensión identitaria al diseño asistencial: escuchar cómo cada comunidad interpreta el cuidado, identificar sus redes de apoyo y comprender el significado que atribuye a sus instituciones sanitarias. Una lengua, una asociación vecinal o una práctica comunitaria no deberían aparecer únicamente como elementos de contexto, sino como interlocutores potenciales para construir respuestas pertinentes.

Esto no significa idealizar las tradiciones, atribuir identidades homogéneas a poblaciones diversas ni sustituir la evidencia científica por la costumbre. Significa combinar estándares clínicos comunes con sensibilidad territorial, evitando que la necesaria normalización de procesos se convierta en uniformización de las personas.

Para el directivo de la salud, la cuestión estratégica debería ser: además de gestionar recursos, ¿estamos fortaleciendo la capacidad de la comunidad para reconocerse, participar y cuidar? La identidad territorial puede proponerse, así, como una dimensión de la calidad: no porque todo lo propio sea saludable, sino porque ninguna atención debería exigir dejar de ser quien se es.

Al comienzo de mi artículo lanzaba una pregunta que creo deberíamos tratar de responder: “El dinero y la prestación sanitaria van de la mano, ¿sucede lo mismo con la salud?”

El factor económico y la prestación sanitaria van de la mano porque atender requiere profesionales, infraestructuras, tecnología y organización. Eso si, la relación entre dinero y salud es mucho más compleja: los recursos son necesarios, aunque no suficientes. El concepto de Salud también se construye en la seguridad de un hogar, en la posibilidad de ejercer nuestros derechos, en los vínculos que nos sostienen y en una comunidad que nos reconoce. Por eso, el desafío no consiste únicamente en financiar más actividad asistencial, sino en orientar los recursos hacia aquello que permite vivir con dignidad. La pregunta decisiva no es cuánto dinero mueve la sanidad, sino cuánta salud somos capaces de cuidar y construir con el mismo.

Sin ánimo de querer poner puertas al viento, y un viento que sopla vivaz y fresco en estos tiempos, me atrevo a conjugar las conversaciones, comentarios y formas de decir SALUD para estos más de 100 líderes con los que tratamos de dialogar sobre lo significa para ellos en conjunto: “La salud es una experiencia subjetiva, dinámica y multidimensional de bienestar y plenitud, que incluye dimensiones físicas, mentales, emocionales, sociales y espirituales. Se expresa en la capacidad de vivir con sentido, mantener vínculos, participar, sentirse útil, ejercer autonomía con los apoyos necesarios y relacionarse equilibradamente con el entorno; es, además, un derecho y una condición esencial para una vida digna”.

El horizonte de la gestión sanitaria no es solo añadir años a la vida, sino hacer posible que cada persona los viva en plenitud, con vínculos y con la certeza de que su existencia importa.

Presidente de la Fundación Pondera. Gestor sanitario

jvalbuena@valbuena.org

ENTREVISTA

José Manuel Baltar Trabazo, presidente de ASPE

“El futuro de nuestro sistema sanitario pasa por sumar capacidades y trabajar juntos para ofrecer mejores resultados a los pacientes”



José Manuel Baltar Trabazo, presidente de ASPE.

En esta entrevista con New Medical Economics, José Manuel Baltar Trabazo, aborda los principales retos de la sanidad española, la necesidad de superar el debate ideológico sobre la colaboración público-privada, el futuro de los profesionales sanitarios y el papel de la innovación tecnológica. Su horizonte es claro: avanzar hacia un sistema sanitario integrado en el que la colaboración entre todos los agentes se traduzca en mejores resultados para los ciudadanos.

Acaba de asumir la presidencia de ASPE hace seis meses, en un momento de transformación del sistema sanitario. ¿Qué balance hace de estos primeros meses al frente de la patronal?

El balance es positivo. Estos primeros seis meses han sido, sobre todo, un periodo importante de escucha activa y de recuperación de las relaciones institucionales. Hemos querido recuperar y potenciar la interlocución que ASPE ha mantenido tradicionalmente con los distintos agentes del sector.

La sanidad española tiene una organización territorial descentralizada y, por tanto, resulta fundamental mantener un contacto directo con cada una de las comunidades autónomas, que es donde se toman muchas de las decisiones que determinan la asistencia sanitaria.

Estamos trabajando especialmente en esa dirección, pero también en reforzar nuestra interlocución y colaboración con las organizaciones colegiales del ámbito sociosanitario y con los principales agentes del sector, como las patronales, UNESPA, MUFACE, la industria tecnológica sanitaria, representada por Fenin, o la industria farmacéutica, a través de Farmaindustria, entre otros.

También queremos potenciar de nuevo la Comisión de Sanidad de la CEOE y recuperar un trabajo conjunto que permita poner en valor todo lo que la iniciativa privada aporta al sector salud.

Su llegada abre una nueva etapa en ASPE. ¿Qué quiere cambiar o reforzar respecto a la anterior?

Hablaría más de reforzar que de cambiar. Queremos dar continuidad a una línea de trabajo que ya estaba en marcha y potenciar las distintas comisiones operativas de la organización para que sigan creciendo y ofreciendo resultados. Estamos trabajando, entre otros ámbitos, en recursos humanos, universidades, formación, captación y fidelización de profesionales, etcétera.

Sin embargo, hay un aspecto al que quiero dar especial importancia: recuperar la voz de los ciudadanos y de los pacientes. Ellos son nuestro principal motivo de existencia. Son quienes nos eligen.

Me gustaría contribuir a que el paciente recupere el control de toda su información sanitaria, que sea realmente dueño de ella y pueda trasladarla de un ámbito asistencial a otro con independencia de dónde decida ser atendido. En definitiva, queremos contribuir a recuperar la libertad de elección del paciente.

La colaboración público-privada constituye una de las principales líneas de trabajo de ASPE. ¿Qué modelo considera necesario para afrontar la actual presión asistencial?

Nosotros entendemos la colaboración público-privada como una herramienta al servicio de los ciudadanos, nunca como un fin en sí misma. Por eso nos cuesta comprender la crispación y la tendencia a convertir cualquier debate sobre esta cuestión en una discusión ideológica, cuando todos deberíamos estar trabajando para satisfacer las necesidades de los ciudadanos.

Defendemos todos los modelos de colaboración público-privada, porque cada territorio tiene unas necesidades y unas circunstancias diferentes. Una comunidad autónoma que no tenga capacidad de inversión y quiera construir un hospital apoyándose en la iniciativa privada puede hacerlo mediante un modelo de concesión. Otra que tenga un exceso de demanda, listas de espera elevadas o problemas de accesibilidad puede recurrir a nosotros mediante conciertos o acuerdos puntuales.

Lo importante es aprovechar las capacidades de cada ámbito. Estamos convencidos de que la suma de las virtudes de los sectores público y privado puede multiplicar los resultados para el paciente.

También es necesario dotar a los gestores públicos de herramientas que les permitan gestionar mejor. La sanidad no puede funcionar con las mismas rigideces que otros ámbitos de la Administración. Es un sector que evoluciona tecnológicamente a gran velocidad y cuyos profesionales necesitan una actualización constante.

Me gustaría que dejáramos de utilizar la sanidad como arma arrojadiza en el debate político. Cuando se cuestionan o revierten proyectos únicamente por rivalidad política, pueden terminar desmontándose

iniciativas que están funcionando. Eso perjudica al sistema y, sobre todo, a los ciudadanos.

Las listas de espera, el envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad están tensionando el sistema sanitario. ¿Qué papel puede asumir la sanidad privada ante estos desafíos?

Creo que una de nuestras principales aportaciones puede estar en ayudar a difuminar las fronteras que tradicionalmente han separado los distintos ámbitos asistenciales.

Ante el envejecimiento y la cronicidad, cada vez resulta más importante integrar la atención sanitaria y sociosanitaria. Debemos entender la atención sanitaria desde una perspectiva amplia, que incluya la atención primaria, la especializada sociosanitaria, la prevención y la continuidad asistencial.

La sanidad privada puede contribuir especialmente a desarrollar esa continuidad: acompañar al paciente desde la prevención y el cuidado a lo largo del tiempo, intensificando la atención a medida que sus necesidades evolucionan.

Existen comunidades autónomas que están avanzando en esta dirección, incluso mediante iniciativas que vinculan la historia clínica sanitaria con la historia social. Galicia es un ejemplo de este tipo de planteamientos.

Debemos eliminar las fronteras artificiales que hemos ido creando entre la atención primaria, la especializada, la prevención y el ámbito sociosanitario. El paciente necesita una atención continuada y coordinada, no encontrarse con estructuras que funcionan de manera aislada.

Uno de los ejes de su mandato es reforzar el papel de los profesionales. ¿Cuáles son las principales preocupaciones en este ámbito y qué puede hacer ASPE para abordarlas?

Nuestra principal preocupación es ser capaces de captar talento, retenerlo, fidelizarlo y potenciarlo. Queremos que los profesionales se sientan realizados en nuestro entorno y encuentren motivos para desarrollar su carrera en él.



José Manuel Baltar Trabazo y José María Martínez García.

Los asociados de ASPE ya están realizando una importante labor formativa. Actualmente se forman más de 500 médicos residentes (MIR) en el ámbito privado, y podríamos formar a muchos más si existiera un mayor apoyo financiero. Las plazas de formación especializada en este ámbito no están financiadas públicamente, por lo que son nuestros asociados quienes asumen directamente su coste.

También defendemos la libertad de ejercicio profesional. Es importante dejar claro que no puede haber conflictos de intereses ni situaciones en las que un profesional utilice un ámbito asistencial para resolver problemas generados en otro. Pero, una vez establecidas esas garantías, no entendemos que impide que un profesional pueda ejercer libremente tanto en el ámbito público como en el privado.

Y cuando hablamos de profesionales no nos referimos exclusivamente a los médicos. También hablamos de enfermería y de todas las profesiones sanitarias, incluidas muchas nuevas especialidades y perfiles que están surgiendo y que seguirán desarrollándose.

La realidad avanza muchas veces por delante de lo que los ministerios son capaces de diseñar. Tenemos que favorecer el crecimiento competencial de todos los estamentos profesionales. Si conseguimos que los profesionales estén satisfechos, se sientan valorados y puedan desarrollar plenamente sus capacidades, estaremos creando también las condiciones para ofrecer una mejor atención a los pacientes.

Ha mencionado la importancia de potenciar las competencias de los profesionales. En esta línea, ASPE está impulsando el Proyecto Avance. ¿En qué consiste esta iniciativa y qué objetivos persigue?

El Proyecto Avance responde a nuestra convicción de que el futuro de la sanidad pasa necesariamente por que todas las profesiones sanitarias puedan crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades. Queremos impulsar un modelo en el que cada profesional pueda ampliar sus competencias, asumir aquellas funciones para las que está preparado y aportar el máximo valor al paciente.

Es un proyecto muy ilusionante, aunque también complejo, porque afecta a cuestiones competenciales que requieren diálogo y consenso entre los distintos estamentos profesionales. Por eso estamos abiertos a la participación de los Consejos Generales de Colegios Profesionales, los sindicatos y todas aquellas organizaciones que puedan contribuir a su desarrollo. Queremos que sea una iniciativa transparente y compartida por todos.

Ya tenemos una primera línea de trabajo cerrada y una segunda muy avanzada. De hecho, algunos de los planteamientos que estamos desarrollando han coincidido con iniciativas que han surgido posteriormente en el ámbito profesional, lo que confirma que estamos trabajando en una dirección necesaria.

En un contexto de dificultades para captar y retener talento, déficits de determinadas especialidades y nuevas necesidades asistenciales, tenemos que explorar otras formas de organizar el trabajo. Esto implica también aprovechar la tecnología para liberar a los profesionales de tareas que no aportan valor y permitirles dedicar más tiempo a los pacientes.

El objetivo no es que una profesión pierda competencias en beneficio de otra, sino todo lo contrario: que cada estamento pueda desarrollar plenamente su potencial, recuperar el orgullo de su profesión y concentrarse en aquello que realmente aporta valor asistencial. Estamos convencidos de que unos profesionales satisfechos, reconocidos y con capacidad para desarrollarse son una garantía de una mejor atención al paciente.

La innovación tecnológica está transformando la asistencia sanitaria. ¿Dónde identifica las principales oportunidades y qué barreras considera necesario superar?

Una de las principales barreras que estamos intentando superar en el ámbito privado es la interoperabilidad de la información sanitaria. Llevamos mucho tiempo diciendo que los datos sanitarios pertenecen al paciente, pero, en la práctica, muchas veces los maneja todo el mundo menos el propio paciente.

Hay dos cuestiones especialmente importantes: la libertad de elección y la posibilidad de que la información sanitaria acompañe al ciudadano allí donde decida ser atendido.

No tiene sentido que, teniendo dificultades para acceder a determinadas pruebas diagnósticas, un paciente tenga que repetirlas porque se las han realizado en otro centro y no se reconoce o no se puede consultar la información anterior. Es un disparate desde el punto de vista económico, pero también desde el asistencial.

La tecnología debe servir, además, para reforzar el papel del profesional. Tenemos que ayudarle a recuperar tiempo para atender al paciente y no simplemente para atender a más personas. Se trata de que pueda mirar al paciente a los ojos, escucharle y ofrecerle una atención personalizada, en lugar de dedicar buena parte de su jornada a elaborar informes

y realizar tareas administrativas que no aportan valor a esa relación.

Aunque pueda sonar un poco anticuado, yo hablaría de volver al fonendo, entendiendo esa expresión como recuperar el trato personalizado entre el profesional y el paciente.

Por otra parte, queremos que los avances tecnológicos lleguen también a las pequeñas organizaciones sanitarias. En ASPE conviven grandes grupos empresariales con muchas pequeñas empresas y profesionales que no disponen de la misma capacidad de inversión, investigación o desarrollo.

Nos gustaría poder facilitarles tecnologías que ya hayan sido evaluadas y consensuadas, ayudándoles a incorporarlas a sus estructuras. De esta manera, podrán beneficiarse de avances que, de otro modo, resultarían mucho más difíciles de asumir individualmente.

En los últimos meses se ha intensificado el debate sobre distintas iniciativas legislativas que afectan a la sanidad privada. ¿Qué marco regulatorio necesita el sector para poder invertir, innovar y mantener su capacidad asistencial?

Como cualquier sector, necesitamos estabilidad regulatoria. Es fundamental contar con un marco normativo estable que permita a las organizaciones planificar sus inversiones, desarrollar proyectos e incorporar innovación con seguridad.

Pero hay una cuestión que considero todavía más importante: necesitamos desideologizar la sanidad. No podemos convertir en enemigos a quienes, en realidad, tenemos que colaborar para que los ciudadanos reciban la mejor asistencia posible.

La sanidad se ha utilizado tradicionalmente como arma arrojadiza en el debate político y, en ocasiones, hemos visto cómo se cuestionaban proyectos que estaban ofreciendo resultados por razones de rivalidad política.

Creo que debemos superar esa dinámica. Hay iniciativas y modelos que han funcionado y que no deberían desmontarse simplemente porque cambie el signo político de un Gobierno o porque se quiera utilizar la sanidad como argumento electoral.

También considero importante respetar la capacidad de decisión de los ciudadanos. No podemos partir de la idea de que alguien sabe mejor que ellos lo que necesitan en todos los ámbitos. Del médico espero que me diga qué tengo y cómo va a tratarme; pero, a partir de ahí, considero que el ciudadano debe poder decidir sobre muchas otras cuestiones relacionadas con su atención.

En este debate también se confunden conceptos. Externalizar no es privatizar. Creo que es importante distinguir las diferentes fórmulas de organización y gestión y analizar qué aportan realmente al sistema y a los pacientes.

Para terminar, cuando concluya su mandato, ¿qué le gustaría haber cambiado en la sanidad privada española y en su relación con el Sistema Nacional de Salud?

Me gustaría que hubiéramos conseguido algo que venimos defendiendo durante toda esta conversación: que el sistema sanitario funcione realmente como uno solo.

Creo que los ámbitos público y privado somos muy complementarios. Si somos capaces de aprovechar las fortalezas de cada uno y trabajar conjuntamente, los resultados para los pacientes y los ciudadanos serán necesariamente mejores.

Estoy convencido de que la interoperabilidad de la información sanitaria va a contribuir a ese cambio. Cuando los ciudadanos puedan disponer de sus datos y moverse libremente por los distintos ámbitos asistenciales, empezarán también a exigir resultados, independientemente de dónde reciban la atención.

Nuestro objetivo es avanzar hacia un sistema sanitario que funcione de manera coordinada, en el que todos los agentes trabajemos conjuntamente, sumando nuestras capacidades y esfuerzos en torno a un objetivo común: ofrecer la mejor atención posible a los pacientes y mejorar los resultados en salud para el conjunto de la ciudadanía.

CURSO DE AUTOFORMACIÓN

Medicina Personalizada y de Precisión

PROGRAMA - PARTE I

I. Introducción a la Biología Molecular y su aplicación a la salud

Modera: **Jorge Pombo Otero**, facultativo del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

- Introducción a la biología molecular. **Beatriz Sobrino Rey**, responsable de la Unidad de Secuenciación Masiva de la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica
- Aplicaciones en la clínica. **Carmen Ayuso García**, directora del Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD) y jefe de Servicio de Genética del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

II. Técnicas en diagnóstico molecular: aplicaciones clínicas

Modera: **Javier Gómez Román**, jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) y catedrático de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria

- Técnicas de diagnóstico molecular en muestras sólidas y líquidas. **Joan Anton Puig Butillé**, jefe del Área Operativa CORE de Biología Molecular del Hospital Clínic de Barcelona
- Oportunidad de la aplicación de Next generation sequencing en rutina. **Ihab Abdulkader Nallib**, jefe de la Sección de Patología Molecular del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) y profesor asociado de Anatomía Patológica de la Universidad de Santiago de Compostela (USC)

III. Marco ético y legal de la medicina personalizada y de precisión

- Medicina personalizada y de precisión. Desde la perspectiva ética. **Lluís Montoliu José**, investigador científico del CSIC, vicedirector del Centro Nacional de Biotecnología (CNB) y miembro del Comité Español de Ética de la Investigación (CEEI)
- Medicina personalizada y de precisión. Desde la perspectiva legal. **Pilar Nicolás Jiménez**, coordinadora de la Cátedra de Derecho y Genoma Humano de la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco

IV. Manejo de datos genómicos e inteligencia artificial. Aplicabilidad a la medicina personalizada

Modera: **Begoña Graña Suárez**, jefa de Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (CHUP)

- Introducción. **María Vergara Pinilla**, representante de Relaciones Institucionales de Illumina de España
- Claves en la manejo y reutilización de datos genómicos para una medicina personalizada y de precisión. **Joaquín Dopazo Blázquez**, director de la Plataforma BioAIData en el BarcelonaBeta Brain Research Center (BBRC)
- Inteligencia artificial y datos genómicos. **María José Carreira Nouche**, catedrática de Ciencia de la Computación e Inteligencia Artificial e investigadora vinculada del CiTIUS (Centro Singular de Investigación en Tecnologías Inteligentes de la Universidade de Santiago de Compostela – USC) y secretaria académica de la Cátedra USC-Plexus de IA aplicada a la Medicina Personalizada de Precisión (CAMELIA)

ACCESO AL PROGRAMA FORMATIVO

ACCESO SHARE - PARTE I

Organiza:

XUNTA DE GALICIA

Patrocina:

AMGEN · Daiichi-Sankyo | AstraZeneca · GSK · illumina · Lilly · Pfizer · Takeda

CURSO DE AUTOFORMACIÓN

Medicina Personalizada y de Precisión

PROGRAMA - PARTE II

V. Iniciación a las nuevas terapias: terapias avanzadas y terapias dirigidas

Moderadora: **Martina Lema Oreiro**, Servicio de Gestión de Prestación Farmacéutica de la Subdirección General de Farmacia – Servizo Galego de Saúde (SERGAS)

- Introducción. **Fernando Valpuesta España**, Country Head Oncology - Takeda Spain
- Bases de las Terapias avanzadas. **Mariona Baliu-Piqué**, directora técnica del Fabricante de Terapias Avanzadas del Banco de Sang i Teixits de Catalunya
- Innovación en Terapias dirigidas. **Beatriz Bernárdez Ferrán**, Unidad de Farmacia Oncológica del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)

VI. Avances en Oncología de precisión I: Investigación e Innovación

Moderador: **Luis Paz-Ares**, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid)

- Introducción. **María Perelló Serra**, directora de Acceso a Mercado de Daiichi Sankyo Oncología
- Oncología de precisión, ¿dónde estamos? **Ernest Nadal Alforja**, director de Investigación e Innovación del Instituto Catalán de Oncología (ICO)
- Oncología de precisión, ¿a dónde vamos? **Luis León Mateos**, jefe de la Sección de Investigación del Servicio Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)

VII. Avances en Oncología de precisión II - Casos de éxito

Moderadora: **Carmen Penín Corderi**, jefa del Servicio de Anatomía Patológica del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO)

- Introducción. **Sergio Ostalé**, Oncology & Hematology Business Unit Head de GSK
- Casos de éxito en cáncer de mama. **M. Lidia Vázquez Tuñas**, especialista del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)
- Casos de éxito en cáncer ginecológico. **María Quindós Varela**, especialista del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

VIII. Innovación en terapias avanzadas y sus aplicaciones clínicas

Moderadora: **África González Fernández**, catedrática de Inmunología del Centro de Investigación en Nanomateriais e Biomedicina (CINBIO) de la Universidad de Vigo

- Introducción. **José Alonso Rodríguez**, líder de la Unidad de Oncología de Pfizer España
- Presente y futuro de las terapias avanzadas. **Manel Juan Otero**, jefe del Servicio de Inmunología en Hospital Clínic de Barcelona
- La transformación de la hematología con la incorporación de las terapias avanzadas. **Marta Sonia González Pérez**, adjunta del Servicio de Hematología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)

ACCESO AL PROGRAMA FORMATIVO

ACCESO SHARE - PARTE II

Organiza:

XUNTA DE GALICIA

Patrocina:

AMGEN · Daiichi-Sankyo | AstraZeneca · GSK · illumina · Lilly · Pfizer · Takeda

CURSO DE AUTOFORMACIÓN

Medicina Personalizada y de Precisión

PROGRAMA - PARTE III

IX. Farmacogenética y Farmacogenómica. Aplicabilidad en la práctica clínica

Moderador: **Ángel Facio Villanueva**, gerente del Área Sanitaria de Santiago

- Experiencia de un programa de farmacogenética. **Adrián Llerena Ruiz**, director del Instituto Universitario de Investigación Biosanitaria de Extremadura
- La farmacogenética en el Servico Galego de Saúde. **Olalla Maroñas Amigo**, investigadora con labor asistencial en la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica

X. Avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades raras desde la perspectiva de la medicina personalizada y de precisión

Moderadora: **Mª Luz Couce Pico**, directora científica del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS)

- Introducción. **Miquel Balcells Alegre**, director médico de Amgen Iberia
- Iniciativas para la equidad en enfermedades raras: IMPaCT Genómica y Red Únicas. **Encarna Guillén Navarro**, jefa del Área de Genética y directora estratégica de Únicas SJD del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona
- Aplicación de la genómica en enfermedades raras. **Fernando Santos Simarro**, presidente de la Sociedad Española de Genética Clínica y Dismorfología (SEGCD). Pediatra y genetista clínico del Hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca)
- Caso de éxito en lipodistrofias. **David Araujo Vilar**, catedrático de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela (USC)

XI. Comunicación clínica y asesoramiento genético centrados en el paciente

Moderadora: **Paula López Vázquez**, coordinadora de la Oficina Técnica de Oncología de Precisión de la Subdirección Xeral de Integración Asistencial e Innovación

- La experiencia del paciente ante la información genética. Impacto emocional, expectativas y barreras de comprensión. **Francisco Pais López**, Miembro de la Asociación Española Contra el Cáncer en Santiago de Compostela
- Información genética relevante: qué comunicar y cuándo. **Ana Vega Gliemmo**, genetista adjunta de la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica y jefa del grupo de Investigación Genética en cáncer y enfermedades raras del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela
- Comunicación de resultados genéticos complejos. Resultados inciertos, pronóstico y apoyos a la comunicación. **Begoña Campos Balea**, jefa de la Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) y coordinadora asistencial del proyecto EU sobre certificación de Centros Integrales de Cáncer

ACCESO AL PROGRAMA FORMATIVO

ACCESO SHARE - PARTE III

Organiza:

XUNTA DE GALICIA

Patrocina:

AMGEN · Daiichi-Sankyo | AstraZeneca · GSK · illumina · Lilly · Pfizer · Takeda



Del avance en innovación al valor para el paciente

Mayte Segura Sanz

La innovación es uno de los grandes motores de transformación de la sociedad y, especialmente, del sector sanitario. Hasta ahora, nunca habíamos contado con tantas posibilidades para mejorar la prevención, el diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento de las enfermedades. Los avances científicos, la inteligencia artificial, la tecnología sanitaria y la economía del dato abren una ventana de oportunidades para avanzar hacia una medicina más precisa, personalizada y eficiente.

Sabemos, además, que la innovación solo alcanza sentido cuando se traduce en beneficios reales para las personas. Este es, probablemente, uno de los grandes retos que afronta nuestro sistema sanitario. No basta con investigar, desarrollar nuevas tecnologías o disponer de herramientas cada vez más sofisticadas. Es imprescindible conseguir que esos avances se incorporen a la práctica clínica, lleguen a los profesionales y, sobre todo, estén al alcance de los pacientes.



Como añadidura, entre el conocimiento científico y su aplicación asistencial existe un recorrido que debemos ser capaces de acortar. Para conseguirlo, la colaboración entre los diferentes agentes del ecosistema sanitario resulta esencial. Hospitales, industria farmacéutica, empresas de tecnología sanitaria, investigadores, administraciones y profesionales comparten un objetivo común: mejorar la salud de la población. Y ese objetivo exige superar visiones fragmentadas, identificar necesidades asistenciales concretas y desarrollar proyectos compartidos, con resultados medibles y capacidad de generar valor.

El sector sanitario privado tiene mucho que aportar a esta transformación. Su capacidad asistencial, sus infraestructuras, su dotación tecnológica y su experiencia en la incorporación de innovaciones lo convierten en un actor imprescindible para impulsar nuevos modelos de atención.

Así pues, desde la Fundación IDIS se ha comenzado un nuevo proyecto sectorial de "Acceso a la innovación y valor para el paciente", en el que, a través de grupos de trabajo, sus miembros buscan impulsar un nuevo ecosistema que agilice y facilite la llegada de la innovación a las personas. Su objetivo central es avanzar hacia el cuidado basado en valor, primando los resultados que importan al paciente y utilizando los recursos para mejorar las decisiones asistenciales.

En este nuevo escenario, los datos de salud adquieren un protagonismo extraordinario. La capacidad de generar, compartir y analizar información de calidad es determinante para mejorar las decisiones clínicas, impulsar la investigación y optimizar los recursos disponibles.

La inteligencia artificial constituye otro de los grandes catalizadores de este cambio. Sus aplicaciones en diagnóstico, apoyo a la decisión clínica, investigación o gestión de procesos ofrecen posibilidades enormes. Para que su implementación tenga utilidad, necesitamos gobernanza, formación, evaluación continua y una cultura organizativa capaz de integrar la innovación en el trabajo cotidiano de los profesionales.

> "La innovación solo alcanza sentido cuando se traduce en beneficios reales para las personas"

Y, por encima de todo, necesitamos situar al paciente en el centro de las decisiones. Una atención verdaderamente orientada al valor debe considerar no solo los resultados clínicos, sino también la experiencia de las personas, su calidad de vida y la sostenibilidad de los recursos.

El futuro más cercano del sector salud implica un cambio de paradigma que exige visión compartida, colaboración y compromiso, para convertir cada paso de la innovación en más salud, mejor atención y mayor calidad de vida para las personas.

Directora de Comunicación de la Fundación IDIS
msegura@fundacionidis.com

La Comunidad Valenciana apuesta por la coordinación, la medicina de precisión y la equidad para avanzar en la atención oncológica



Marciano Gómez Gómez, conseller de Sanidad de la Generalitat Valenciana y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

New Medical Economics celebró el 2 de noviembre, en la sede del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF), el encuentro de expertos "Estrategias oncológicas: presente y futuro", una jornada centrada en analizar los retos de la prevención, el diagnóstico precoz, la innovación y la atención integral a las personas con cáncer en la Comunidad Valenciana. La cita reunió a responsables de la Conselleria de Sanidad, especialistas hospitalarios y profesionales de distintos ámbitos asistenciales para debatir cómo avanzar hacia un modelo más coordinado, equitativo y centrado en el paciente. La jornada contó con el patrocinio de Amgen, Astellas, AstraZeneca, la Alianza Daiichi-Sankyo–AstraZeneca y MSD.

El encuentro fue inaugurado por José María Martínez, presidente de New Medical Economics, quien destacó la necesidad de analizar cómo avanzar desde la situación actual hacia la excelencia en la atención oncológica. "Hoy queremos analizar y debatir cómo pasar de la situación actual a la excelencia en el proceso asistencial de los pacientes oncológicos", señaló.

Por su parte, Sergio Marco Peiró, presidente del MICOF, dio la bienvenida a los asistentes y puso el foco en la dimensión humana de la enfermedad. "Por encima de todo, hablamos de personas, de pacientes y familias que necesitan respuestas, información fiable y una atención sanitaria coordinada", afirmó. También reivindicó la contribución de los farmacéuticos desde los distintos ámbitos profesionales y el valor

AMGEN astellas AstraZeneca Daiichi-Sankyo | AstraZeneca MSD

de la colaboración entre farmacia hospitalaria y comunitaria para acercar determinados tratamientos a los pacientes y evitar desplazamientos innecesarios.

La oncología avanza hacia una atención más personalizada y coordinada

La primera exposición corrió a cargo de Carlos Camps Herrero, coordinador de la Estrategia del Cáncer y Medicina de Precisión en Oncología de la Comunidad Valenciana. Su intervención permitió repasar la transformación que ha experimentado la oncología en las últimas décadas y los cambios organizativos que exige la incorporación de la medicina personalizada.

Camps explicó que el conocimiento de la biología tumoral ha modificado la forma de entender y tratar el cáncer. “No sabíamos que no era una enfermedad solo del órgano, sino que era una enfermedad sistémica y además molecular”, recordó al referirse a la evolución de la especialidad. La identificación de las características moleculares e inmunológicas de cada tumor ha permitido avanzar desde tratamientos más generales hacia abordajes individualizados, adaptados a las particularidades de cada paciente.

Este cambio también obliga a revisar la organización asistencial. Para Camps, la concentración de capacidades diagnósticas y terapéuticas, junto con la cooperación entre hospitales, resulta esencial para que la innovación no dependa del lugar donde viva el paciente. En este sentido, defendió una respuesta planificada y compartida ante una enfermedad que supone un importante impacto sanitario, social y económico.

El coordinador de la estrategia autonómica repasó algunos de los ejes de trabajo: prevención, cribados, oncología de precisión, equidad en el acceso, atención a los largos supervivientes, trabajo en red, cuidados paliativos, medición de resultados, sostenibilidad, innovación, inteligencia artificial e investigación. También recordó la importancia de los circuitos rápidos oncológicos y de que el acceso desde Atención Primaria al hospital se produzca en plazos inferiores a siete días.



Sergio Marco Peiró, presidente del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF) y José María Martínez García, presidente de New Medical Economics.

Inteligencia artificial: eficiencia, supervisión y responsabilidad

La segunda ponencia fue impartida por Emilio Vivancos Rubio, responsable de la Oficina Autonómica de Aplicación de la Inteligencia Artificial en la Salud de la Conselleria de Sanidad. Su intervención se centró en las posibilidades de la inteligencia artificial en prevención, diagnóstico, tratamiento y organización sanitaria, pero también en las cautelas necesarias para su implantación.

Vivancos subrayó que no existe una única inteligencia artificial, sino diferentes modelos con capacidades y riesgos específicos. Por ello, defendió que cada aplicación debe evaluarse atendiendo a su finalidad y al contexto sanitario en el que vaya a utilizarse. La IA puede analizar grandes cantidades de información, identificar patrones y complementar las capacidades de los profesionales, pero no debe plantearse necesariamente como un sustituto de su criterio.



Participantes de la 1ª Mesa de trabajo y debate. 'Estrategias Sanitarias Oncológicas: Presente y Futuro'.

Como ejemplo de aplicación práctica, expuso el uso de inteligencia artificial en el programa de cribado de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana. Según explicó, el sistema había analizado más de 800.000 mamografías desde su implantación y funciona como apoyo al radiólogo, sin sustituir la revisión humana. La herramienta permite identificar casos evidentes y reducir lecturas adicionales, lo que ha contribuido a disminuir hasta un 90% las segundas lecturas en determinados supuestos y a agilizar la comunicación de resultados.

El ponente insistió, no obstante, en que la eficiencia no puede lograrse a costa de la seguridad o la equidad. La herramienta debe ser transparente, estar validada y someterse a una monitorización continua. Además, defendió que la supervisión humana debe mantenerse en todas las decisiones clínicas. "La IA está aquí, se va a utilizar. Luego lo que nos tenemos que empezar a preguntar o asegurar es que el uso que hagamos de esa IA sea seguro, ético y responsable", concluyó.

Medicina de precisión: del diagnóstico a la equidad en el acceso

La primera mesa, titulada "Estrategia sanitaria oncológica: presente y futuro", estuvo moderada por José María Martínez y contó con la participación de Carlos Camps Herrero; Juan Eduardo Megías Vericat, responsable de la Oficina Autonómica de Medicina Predictiva, Personalizada y Terapias Avanzadas de la Comunidad Valenciana; y Ana Isabel Teijelo Deiros, directora general de Atención Hospitalaria de la Conselleria de Sanidad.

Uno de los principales asuntos abordados fue el paso de la planificación estratégica a su aplicación práctica en los departamentos sanitarios. Teijelo explicó que la Comunidad Valenciana parte de una trayectoria asistencial sólida, pero que el objetivo actual es unificar criterios y procedimientos para que la atención sea homogénea en todo el territorio. Entre las actuaciones destacó la armonización de los circuitos rápidos oncológicos y la mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

La directora general también hizo referencia a la atención integral, que debe abarcar desde la prevención y el diagnóstico precoz hasta el seguimiento de los largos supervivientes. En este último ámbito, señaló la importancia de incorporar la atención psi-

cooncológica y de contemplar las necesidades de salud mental durante el proceso. “Lo que estamos haciendo ahora es unificar todos los criterios”, resumió.

Por su parte, Camps insistió en que el trabajo en red exige un cambio cultural en la organización sanitaria. Los centros deben dejar de funcionar como estructuras aisladas y compartir capacidades, conocimiento y recursos. “Llevamos 50 años trabajando como islas y ahora de repente tenemos que trabajar dentro de un territorio y ser mutuamente generosos”, afirmó. A su juicio, no se trata únicamente de disponer de recursos, sino también de establecer mecanismos de cooperación y asumir responsabilidades compartidas para garantizar el acceso a la innovación.

El especialista destacó el papel de los nodos de diagnóstico molecular y de las unidades de referencia en la organización de la oncología de precisión. En la Comunidad Valenciana se ha articulado una red de seis nodos consolidados —uno en Castellón, tres en Valencia y dos en Alicante—, concebidos para prestar servicio a otros centros de su entorno. Camps señaló que, en el primer año de funcionamiento, más de 6.000 casos habían pasado por estas unidades y recordó que una proporción relevante de los nuevos diagnósticos oncológicos requiere estudios moleculares.

Juan Eduardo Megías Vericat profundizó en el funcionamiento de esta red y en los próximos pasos para mejorar su capacidad. Explicó que disponer de una prueba diagnóstica no es suficiente si sus resultados no llegan a tiempo para orientar las decisiones terapéuticas. “Lo importante es que llegue al paciente y que llegue en tiempo y forma”, afirmó.

Entre los proyectos mencionó el desarrollo de GenVAL, una plataforma genómica en red que permitirá mejorar la trazabilidad de las muestras, conocer los tiempos de respuesta, automatizar procesos y disponer de información integrada. La herramienta facilitará también la evaluación de la actividad de los nodos y la identificación de posibles cuellos de botella. Megías señaló que el reto no se limita a ampliar la disponibilidad de pruebas, sino que incluye garantizar su calidad, mejorar la interpretación de los resultados y avanzar hacia nuevas aplicaciones, como la biopsia líquida y el seguimiento de la enfermedad mínima residual.

La mesa abordó asimismo la necesidad de medir los resultados de la estrategia. Teijelo apuntó que los indicadores fundamentales deben estar relacionados con la supervivencia, la calidad de vida, la experiencia del paciente y el acceso equitativo al diagnóstico y los tratamientos. Megías añadió la importancia de evaluar la calidad de las técnicas y de los procesos diagnósticos. Para Camps, junto a los resultados finales, es necesario disponer de indicadores intermedios que permitan comprobar si la organización y la gestión están avanzando en la dirección adecuada.

Los tres participantes coincidieron en que el principal objetivo es que la medicina de precisión y los avances diagnósticos lleguen a todos los pacientes. Camps lo sintetizó en una idea que atravesó buena parte del debate: “Trabajar coordinadamente es la única manera. Necesitamos acercar la innovación a todos los pacientes, no a unos pacientes sí y otros no”.

Un proceso asistencial centrado en las necesidades del paciente

La segunda mesa titulada “Proceso asistencial de los pacientes con cáncer”, estuvo moderada por Silvia Eleno Carretero, subdirectora médica del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Participaron Amparo Burgos San José, farmacéutica hospitalaria y responsable de la Unidad de Farmacia Oncohematológica del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Dr. Balmis; Marcos Calvo Martínez, psicólogo y coordinador de la cartera de servicios de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) de Valencia; Isabel Chirivella González, jefa clínica del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia; y Alfredo Sánchez Hernández, jefe del Servicio de Oncología Médica del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

El debate puso el foco en el recorrido completo del paciente, desde la sospecha inicial y el diagnóstico hasta el tratamiento, el seguimiento y la etapa posterior a la enfermedad. Los participantes coincidieron en que los avances terapéuticos deben acompañarse de circuitos ágiles, protocolos compartidos, equipos



Participantes de la 2ª Mesa de trabajo y debate. 'Proceso Asistencial de los Pacientes con Cáncer'.

multidisciplinares y una atención que tenga en cuenta las necesidades clínicas, psicológicas y sociales.

Alfredo Sánchez Hernández valoró positivamente la evolución de la oncología, tanto por la investigación como por la incorporación de nuevos tratamientos y protocolos. Sin embargo, señaló que persisten desafíos relacionados con la equidad, la rapidez de los circuitos y la continuidad asistencial. "Los retos fundamentales también se han comentado en la mesa anterior: alcanzar la equidad, mejorar los circuitos rápidos oncológicos y abordar lo que es la continuidad asistencial del paciente", afirmó.

Sánchez Hernández advirtió de que el acompañamiento no debe terminar cuando concluye el tratamiento oncológico. La atención a los largos supervivientes requiere coordinación con Atención Primaria y otros profesionales, especialmente para abordar secuelas, necesidades sociales y familiares o posibles efectos tardíos. También reivindicó el papel de los comités multidisciplinares, la enfermería oncológica y el tiempo necesario para que los profesionales puedan estudiar los casos y tomar decisiones compartidas. En su opinión, la formación continua y las reuniones clínicas deben formar parte de la organización ordinaria del trabajo, y no depender únicamente del esfuerzo añadido de los profesionales.

Isabel Chirivella González incidió en la necesidad de desplegar de forma efectiva los planes y protocolos en todos los hospitales y de contar con indicadores que permitan evaluar su aplicación. "Yo creo que lo que falta es desarrollarlo y desde luego que todos los protocolos lleguen a todos los hospitales y todos los hospitales tengamos indicadores", señaló.

La oncóloga también abordó la importancia de que los circuitos rápidos se utilicen adecuadamente y permitan identificar con agilidad a los pacientes con sospecha fundada de cáncer. Además, defendió que la excelencia asistencial debe incorporar desde el principio aspectos como la nutrición, el ejercicio físico y la rehabilitación. Recordó que estas intervenciones pueden contribuir a mejorar la calidad de vida, reducir efectos secundarios y favorecer la recuperación de los pacientes durante y después de los tratamientos.

Desde la perspectiva farmacéutica, Amparo Burgos San José explicó que el aumento de la supervivencia y la incorporación continua de nuevos medicamentos

hacen que cada vez haya más pacientes y tratamientos de mayor complejidad. Esto exige prestar especial atención a las prescripciones, las interacciones y la seguridad de los procesos. También reclamó mejorar la información que reciben los pacientes, especialmente aquellos que acuden al hospital de día y que, en ocasiones, no disponen de documentación escrita y concreta sobre el tratamiento que van a recibir.

Burgos puso el acento en la necesidad de contar con sistemas de ayuda que hagan más segura la preparación de los medicamentos y eviten que la seguridad dependa exclusivamente de la actuación individual. "El error nunca es de la persona, el error es del sistema", señaló al defender que los servicios de farmacia dispongan de herramientas y procedimientos adecuados.

La farmacéutica también planteó la importancia de reforzar la telefarmacia y la dispensación colaborativa para que determinados medicamentos puedan recogerse en centros de salud o farmacias comunitarias, evitando desplazamientos al hospital. Asimismo, apuntó a la posibilidad de ampliar la atención domiciliaria en determinados tratamientos. Entre las cuestiones pendientes mencionó el tiempo que transcurre desde la autorización de un medicamento hasta su financiación y disponibilidad efectiva para los pacientes.

Marcos Calvo Martínez defendió una atención que incorpore de forma activa la dimensión psicológica y social de la enfermedad. Destacó la importancia de detectar pronto las necesidades emocionales para evitar que los problemas se agraven y requieran intervenciones más complejas. Como ejemplo, propuso aprovechar las herramientas digitales para monitorizar el malestar emocional de los pacientes y trasladar esa información a las consultas de referencia.

El psicólogo también llamó la atención sobre las necesidades de los largos supervivientes, especialmente en aspectos como la reincorporación laboral y la recuperación de la vida cotidiana. A su juicio, la coordinación entre profesionales sanitarios, psicólogos y trabajadores sociales resulta esencial para acompañar adecuadamente esta etapa. Además, reivindicó la participación activa de las personas con cáncer en el cuidado de su salud, mediante el ejercicio físico, la preparación de las consultas y una mejor gestión de la información. "Los pacientes tienen un papel activo y pueden cambiar un problema de esta envergadura", afirmó.

La innovación debe traducirse en mejoras reales para la ciudadanía

La clausura corrió a cargo de Marciano Gómez Gómez, conseller de Sanidad de la Generalitat Valenciana, quien repasó las principales líneas de actuación de la estrategia autonómica contra el cáncer y los proyectos previstos para reforzar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Entre las iniciativas mencionadas figuró el Plan Estratégico del Cáncer de la Comunidad Valenciana 2026-2030, junto con el impulso de los programas de cribado, el diagnóstico molecular y la incorporación de nuevas tecnologías. El conseller destacó el aumento de la actividad del programa de cribado de cáncer de mama y los proyectos destinados a ampliar las capacidades diagnósticas y terapéuticas de la comunidad.

También se refirió al desarrollo de infraestructuras para tratamientos avanzados, entre ellas el proyecto de protonterapia, impulsado con la colaboración de la Fundación Amancio Ortega y la Generalitat Valenciana, así como a la apuesta por la producción de radiofármacos y el fortalecimiento de la medicina de precisión.

Gómez insistió en que la innovación solo tiene sentido cuando se traduce en beneficios concretos para las personas y llega a todos los ciudadanos en condiciones de equidad y seguridad. "La innovación tiene que ser algo tangible. La innovación tiene que llegar al ciudadano, tiene que ser equitativa y segura", afirmó.

La jornada concluyó con una reflexión compartida por los participantes: el futuro de la atención oncológica no depende únicamente de disponer de nuevos tratamientos, tecnologías o herramientas diagnósticas. También exige una organización capaz de hacerlos llegar a tiempo, en igualdad de condiciones y con continuidad a lo largo de todo el proceso asistencial. El trabajo en red, la coordinación entre niveles, la participación de los pacientes y la evaluación de resultados se perfilan, así como elementos fundamentales para avanzar hacia una atención oncológica de mayor calidad.



REIG JOFRE

TRADITION OF INNOVATION

Compartiendo experiencia, creando futuro.

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

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

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

PHARMACEUTICAL TECHNOLOGIES
Antibióticos
Inyectables estériles y liofilizados

SPECIALTY PHARMACARE
Dermatología
Osteoarticular

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

reigjofre.com/es

Cotiza en el mercado de valores RJF.MC



La decisión médica: el origen de la seguridad y la eficiencia sanitaria, también de la inteligencia artificial

Antonio Burgueño Jerez

Diariamente se toman millones de decisiones clínicas que determinan la atención que reciben los pacientes, los recursos necesarios y el gasto sanitario asociado. Sin embargo, mientras dedicamos grandes esfuerzos a planificar recursos, gestionar la demanda y medir la actividad asistencial, hemos prestado mucha menos atención a conocer y analizar cómo se toman las decisiones que originan buena parte de esa actividad.

Conocemos cuántas consultas realizamos, cuántas pruebas diagnósticas solicitamos o cuántos pacientes derivamos. Pero ¿sabemos por qué se adoptaron esas decisiones? ¿En qué medida fueron adecuadas? ¿Qué información se utilizó y qué alternativas se consideraron?

Planificar la actividad sanitaria a partir de la demanda y la actividad histórica, sin analizar suficientemente las decisiones que las generan, supone asumir implícitamente que responden a necesidades adecuadamente identificadas. Y no siempre disponemos de elementos para afirmarlo.

La necesaria revisión sistemática de las decisiones clínicas y sus resultados

La decisión clínica constituye uno de los principales determinantes de la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la eficiencia del sistema sanitario. Sin embargo, su análisis y revisión sistemática no ocupan necesariamente un lugar equivalente al que concedemos a la medición de la actividad y los resultados.

Decidir en medicina no es trivial. La complejidad de la atención se explica por la magnitud del conocimiento disponible, la continua innovación diagnóstica y terapéutica y, fundamentalmente, por la incertidumbre inherente a la práctica clínica. Las pruebas diagnósticas son imperfectas y los tratamientos presentan beneficios y riesgos que no siempre pueden anticiparse para cada paciente.

Además, las decisiones se adoptan con un conocimiento necesariamente limitado, condicionado por la experiencia profesional, las características del paciente y las circunstancias organizativas, culturales y sociales del entorno asistencial. Y no corresponden exclusivamente al médico: el conjunto del equipo asistencial participa en decisiones que requieren coordinación y criterios compartidos.

El proceso comienza mucho antes de solicitar una prueba o establecer un tratamiento. Comienza al escuchar al paciente, identificar qué información necesitamos, formular las preguntas pertinentes, observar, explorar y considerar las posibles alternativas diagnósticas.

Como remarcaba el profesor José Casas Sánchez, catedrático de Patología General del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, no se trata de realizar un examen completo, sino un examen cabal. Una distinción que conserva toda su vigencia: la calidad de la exploración no reside en su extensión, sino en su capacidad para obtener la información pertinente que permita fundamentar adecuadamente una decisión clínica.

La experiencia clínica resulta imprescindible, pero también puede convertirse en un arma de doble filo. Los patrones aprendidos y las rutinas facilitan el trabajo, aunque pueden conducir a omisiones o simplificaciones, especialmente en situaciones de elevada presión asistencial. Por ello, necesitamos conocer cómo se decide, revisar la adecuación de las decisiones e identificar oportunidades de mejora. No para fiscalizar individualmente a los profesionales, sino para desarrollar, con su participación, criterios compartidos, mecanismos de aprendizaje y herramientas que apoyen su razonamiento.

La aplicación de métodos estructurados de análisis de decisiones puede contribuir a gestionar la incertidumbre, valorar alternativas y considerar las probabilidades, consecuencias y beneficios esperados de cada opción. No se trata de sustituir el juicio clínico, sino de reforzarlo con información y criterios que faciliten decisiones mejor fundamentadas.

Y aquí aparece la inteligencia artificial

En nuestro anterior artículo publicado en *New Medical Economics*, «Decidir en medicina no es trivial: por qué la inteligencia artificial debe adaptarse al contexto clínico real», defendíamos que su verdadera revolución no dependerá tanto de su capacidad de procesamiento como de su capacidad para adaptarse al contexto clínico, al juicio profesional y a la incertidumbre de la medicina real.

Pero esa reflexión nos conduce a una cuestión previa: ¿Cómo pretendemos que la inteligencia artificial ayude a decidir mejor si no conocemos suficientemente cómo se está decidiendo, qué condiciona las decisiones y qué criterios deberían orientar su mejora?

> “La decisión médica está en el origen de la seguridad y la eficiencia sanitaria”

Los datos históricos nos muestran qué se hizo, pero no necesariamente si era lo que debía hacerse. Desarrollar herramientas a partir de decisiones anteriores sin evaluar su adecuación puede significar reproducir, e incluso perpetuar, errores, rutinas y prácticas mejorables.

Una herramienta verdaderamente útil no debería limitarse a proporcionar respuestas o recomendar diagnósticos y tratamientos. Debería ayudar a formular las preguntas adecuadas, identificar qué información falta, orientar una anamnesis pertinente, considerar alternativas diagnósticas, reconocer incertidumbres y contrastar las decisiones con la evidencia disponible.

Y debe reconocer que existen aspectos que corresponden necesariamente al profesional que está delante del paciente: la observación directa, la exploración física, la interpretación del contexto y la integración de información que no siempre aparece en los registros clínicos.

Esta reflexión tiene consecuencias que trascienden ampliamente la tecnología. Mejorar las decisiones clínicas puede evitar exploraciones innecesarias, reducir errores y favorecer una utilización más ade-



cuada de los recursos. Pero también puede justificar pruebas adicionales, derivaciones más tempranas o intervenciones que inicialmente incrementen la actividad. Porque la eficiencia no consiste simplemente en hacer menos, sino en proporcionar al paciente la atención que necesita, únicamente la que necesita y en el momento oportuno.

Sin eficiencia clínica no puede haber eficiencia sanitaria

Hemos dedicado décadas a medir y gestionar la actividad de nuestros sistemas sanitarios. Ahora aspiramos a incorporar tecnologías capaces de transformar profundamente la asistencia. Quizá haya llegado el momento de prestar mayor atención a las decisiones que originan esa actividad, comprender cómo se adoptan y desarrollar, con los propios profesionales, los instrumentos necesarios para mejorarlas. Y quizá debamos empezar por una mirada retrospectiva, analizando cómo se han tomado las decisiones clínicas, los procesos que las han sustentado y los resultados obtenidos. Porque difícilmente podremos mejorar nuestras decisiones futuras sin comprender y aprender de las que ya hemos tomado.

La decisión médica está en el origen de la seguridad y la eficiencia sanitaria. Y también debe estar en el origen de la inteligencia artificial que aspire a mejorarlas.

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

PROGRAMA

DORIA: una solución consolidada

Conectando Paciente, Atención Primaria, Gestión y Oftalmología.

Información

DIRECCIÓN: **Espacio Calado** (C. Ruavieja, 18, 26001 Logroño, La Rioja)

FECHA: Viernes **20 de noviembre** de 2026

Viernes, 20 de noviembre

18:00 h. | **Bienvenida y recepción**

18:30 h. – 20:30 h. | **Ponencias y mesa redonda**

18:20 h. – 18:25 h. | **Bienvenida y apertura**

Dr. José María Martínez, presidente de New Medical Economics.

18:25 h. – 18:30 h. | **Apertura institucional**

María Martín Díez de Baldeón, consejera de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja.

18:30 h. – 18:40 h. | **DORIA hoy: de la innovación a una solución consolidada**

Santiago Medrano, director comercial de Zink Medical.

18:40 h. – 18:50 h. | **DORIA en el Hospital de La Paz: impacto real en el circuito asistencial**

Dr. Félix Armadá-Maresca, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

18:50 h. – 19:00 h. | **DORIA en el Hospital de La Fe: tecnología al servicio de la práctica clínica**

Dra. Patricia Udaondo, especialista de retina del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

19:00 h. – 19:10 h. | **DORIA en el Hospital Puerta de Hierro**

Dr. José María Ruiz Moreno, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

19:10 h. – 19:20 h. | **DORIA en Calahorra: cómo ha impactado la puesta en marcha de DORIA en su servicio, datos de más de 6.000 pacientes**

Dra. Patricia Martín Rico, directora del Hospital de Calahorra (La Rioja).

19:20 h. – 19:30 h. | **DORIA como nexo entre Atención Primaria y Oftalmología**

Dr. Francisco Soriano, gerente del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General.

19:30 h. – 20:30 h. | **Mesa redonda.** Moderada por José María Martínez García.

Participantes:

Dr. del Río, jefe del Servicio de La Rioja.

Dr. Unamuno, enfoque de la Tele-Oftalmología.

Marta Alberquilla, enfoque TCD y experiencia del paciente.

Dr. Félix Armadá-Maresca, Dra. Patricia Martín Rico., Dra. Patricia Udaondo., Dr. José María Ruiz Moreno., Dr. Francisco Soriano.



Agua mineral. El alimento que no debemos olvidar

Juan Carlos Baquero Úbeda

Otros autores: José Luis Baquero Úbeda, Daniel Baquero Zazo y Josep Vergés Milano.

Importancia del agua en el organismo

El agua líquida es un compuesto que ha hecho posible el desarrollo y el mantenimiento de la vida en la Tierra. Sus propiedades físicas y químicas son únicas. Actúa como un disolvente universal. En el agua se disuelven, se mezclan y reaccionan las sustancias que hacen posible la existencia y el metabolismo celular.

El agua forma parte de casi todos los fluidos corporales, como la sangre, sistema linfático, la saliva o el líquido intracelular, y también de los órganos. Por eso nuestro cuerpo es, sobre todo, agua (hasta un 75% en el recién nacido y en torno al 50% a partir de los 60 años, con valores algo menores en las mujeres). La proporción disminuye cuando se pierde masa muscular o aumenta la grasa corporal.

No todos los tejidos contienen la misma cantidad de agua. Los huesos tienen en torno a un 20-30%; el tejido graso de un 10-20%; los tendones y ligamentos un 55-70%; los músculos esqueléticos un 75-80%; y el cartílago articular un 65-80%. La rigidez la determina la matriz sólida (componentes como los minerales, colágeno, etc.) y su organización (entrecruzamientos, p.e.).

En el ámbito osteoarticular, el agua cumple funciones esenciales, manteniendo la estructura de las células y tejidos, transportando nutrientes y oxígeno, y eliminando los productos de desecho; sosteniendo el equilibrio electrolítico y las reacciones del metabolismo, e interviene también en la función nerviosa y en la contracción muscular, entre otras.

El organismo pierde agua de forma continua a través de la orina, el sudor, la respiración y las heces que, en un adulto sano, con temperatura y actividad



normales, ronda los 2-2,5 litros diarios, y aumentan mucho con el calor, el ejercicio o la fiebre. El agua es vital para la vida, no pudiendo sobrevivir una persona más de tres a cinco días sin beber.

La sensación de sed está regulada por el cerebro, principalmente por el hipotálamo, que detecta cambios en la concentración de sales y en el volumen de líquidos y activa el impulso de beber. Sin embargo, la sed aparece cuando el organismo ya empieza a necesitar líquidos. Sensación de sed que se atenúa con la edad, lo que aumenta el riesgo de deshidratación en las personas mayores. Por ello conviene beber de forma regular a lo largo del día, sin esperar a tener sed.

El agua como recurso nutricional

El agua no solo contribuye a hidratarnos y calma la sed, sino que nos aporta sales minerales (electrolitos) que el cuerpo necesita para funcionar correctamente. Su ingesta debe ser adecuada a lo largo del día, durante toda la vida.

Aunque el agua abunda en nuestro planeta, la mayor parte se encuentra en los océanos y es salada. Solo un 2,5% del agua es "dulce" (por su baja concentración en sales), y de ella, cerca de dos tercios está en forma de hielo en glaciares y casquetes polares. El resto se encuentra mayoritariamente en acuíferos subterráneos, y apenas un 0,3% del agua dulce corre por ríos y lagos; en conjunto, menos del 1% del agua del planeta es dulce y líquida, y no toda ella es potable. El agua potable es la apta para el consumo humano, sin sustancias peligrosas ni microorganismos patógenos.

A lo largo de la historia, el agua contaminada ha estado detrás de grandes epidemias, como las causadas por el cólera o la fiebre tifoidea. Según la OMS, 2.000 millones de personas beben agua contaminada por heces y corren el riesgo de contraer cólera, disentería, fiebre tifoidea y poliomielitis, causando más de 500.000 muertes por diarrea cada año; siendo la cloración uno de los principales hitos en la salud pública desde que en Jersey City (Estados Unidos) se implanto a partir de 1908 en el agua de abastecimiento.

> "En el agua mineral natural, los minerales se encuentran disueltos mayoritariamente en forma iónica, la misma forma en que el intestino los absorbe"

Un agua mineral natural no se fabrica. Se extrae de un acuífero subterráneo en un entorno controlado y protegido, llegando a nosotros embotellada con la misma composición con la que brotó, sin tratamientos que la alteren. Como el agua subterránea disuelve sales minerales del terreno donde se encuentra, la geología y composición del entorno es importante pues determinará su composición. Los suelos volcánicos pueden tener especial interés, porque actúan como un filtro natural. Un agua que tarda años en atravesar capas de roca a más de cien metros de profundidad, lejos de cultivos e industrias, llega de forma natural depurada y mineralizada al acuífero. Tanto su profundidad, como perímetro de protección y plan de vigilancia y control fisicoquímico y microbiológico, son las garantías que conviene buscar en un agua mineral de calidad.

Para el consumo diario, el perfil más equilibrado combina una mineralización débil con un buen aporte de

calcio y magnesio, además de un contenido moderado de bicarbonato y baja concentración en sodio.

En el agua, el calcio, el magnesio y el sodio están disueltos en forma de iones, siendo esta la forma en que el intestino los absorbe. De hecho, el calcio del agua es tan biodisponible como el de la leche. El agua mineral con calcio y magnesio es un complemento que contribuye al necesario aporte diario. El sodio, en cambio, conviene que sea bajo, siendo indicadas para personas con hipertensión, otras patologías o retención de líquidos, aguas con menos de 20 mg/l de sodio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) marca como límite diario de sodio los 2.000 mg (2g).

Para la autorización de su comercialización, se exige un estudio geológico e hidrogeológico con la ubicación exacta de la captación, debiendo acreditar suficientemente la procedencia de las aguas, la protección del acuífero frente a la contaminación; así como análisis fisicoquímicos, microbiológicos. Además, puede ser interesante un estudio radiológico, sabiendo que un agua de origen volcánico o basáltico tiene, en general, un perfil radiológico bajo en contraposición a la de origen granítico. Todo ello suma a la garantía de su calidad y seguridad.

Elegir un agua mineral natural de origen controlado, composición estable, que aporta minerales como el calcio y magnesio, pero baja concentración en sodio, es una decisión con un efecto que puede resultar muy favorable para la salud osteoarticular.

El agua como recurso alimenticio

El agua pura es incolora, inodora e insípida. Son los minerales los que dan a cada agua mineral sus cualidades organolépticas, como el aspecto, el sabor, la textura y la persistencia en boca; consecuencia de su origen y de su composición.

Como recurso gastronómico, el agua mineral se juzga por cómo se percibe. A la vista, debe ser transparente, sin turbidez ni sedimentos. Al olfato, no debe presentar olores extraños, ni a cloro ni a plástico. En boca, el equilibrio mineral define el sabor: el calcio y el bicarbonato le dan redondez, y un contenido bajo de sodio evita el regusto salado. La textura también cuenta: las aguas de mineralización débil resultan más ligeras que las muy mineralizadas. Un contenido moderado de bicarbonato ayuda además a amortiguar la acidez y deja una sensación ligera tras las comidas.

La temperatura también influye. Entre 8 y 12 °C se aprecia mejor su sabor, sin que los minerales se impongan, pero muy fría, el sabor se apaga. Es bien sabido que ligeramente caliente, como en las infusiones, resulta reconfortante y parece favorecer la motilidad digestiva.

En la mesa, el agua no debe competir con el plato, lo acompaña y limpia el paladar entre bocados. Por eso los grandes restaurantes cuidan su carta de aguas, y chefs, maîtres y sumilleres las valoran por su mineralización, su pH, su dureza y su persistencia en boca, igual que un vino. Las mejores aguas minerales ofrecen una entrada suave y un final limpio, sin regusto.

En las aguas con gas se suele preferir la burbuja fina y persistente, que acompaña bien aperitivos, frituras y platos grasos. Las aguas sin gas, especialmente las de mineralización débil, son las más versátiles al no interferir con los sabores delicados, como pescados, verduras o arroces, y respetan el vino en la mesa.

Osteoarthritis Foundation International (OAFI)

Desde OAFI seguimos trabajando para la prevención, el abordaje integral y la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren patologías osteoarticulares, así como en la promoción del I+D+i y el acceso. Si deseas información, puedes encontrarnos en c/ Tuset, 19, piso 3º, puerta 2ª, en Barcelona, contactar a través del teléfono 931 594 015 o del correo electrónico info@oafifoundation.com y visitar nuestra página web en www.oafifoundation.com.

Doctor Ingeniero de Minas, especialista en Hidrogeología. Asesor voluntario de la *Osteoarthritis Foundation International* (OAFI).

#CambioClimáticoNME

EVENTO PRESENCIAL

Salón de Actos del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)

Jornada

‘Cambio climático, enfermedades respiratorias y sostenibilidad del sistema sanitario’

24 Noviembre

11:00-14:00h

PROGRAMA

Moderador/dinamizador de la jornada: **José María Martínez García**, presidente ejecutivo de New Medical Economics

11:00 - 11:20 h. Inauguración institucional

Rosa M. Pérez, directora de los Servicios Territoriales de Salud en Lleida. Gerente Región Sanitaria Lleida del Sistema Catalán de Salud

Josep Manuel Pomar Reynés, director gerente del Institut Català de la Salut (ICS)

Oriol Yuguero Torres, gerente del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Gestión de Servicios Sanitarios

José María Martínez García, presidente ejecutivo de New Medical Economics

11:20 - 12:20 h. Conferencia inaugural

Presentación: **Ferran Barbé Illa**, jefe de Servicio de Neumología del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)

‘De invierno a verano: cómo el calentamiento global está cambiando la mortalidad por enfermedades respiratorias’

Xavier Basagaña Flores, Institute for Global Health (ISGlobal)

12:30 - 13:45 h. Mesa de debate y trabajo

‘Salud respiratoria y cambio climático: evidencias actuales y escenarios futuros ¿Estamos preparados para afrontar el impacto respiratorio del cambio climático?’

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

Javier Burgos Lozano, enfermero de Práctica Avanzada en UFOC del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

Jessica González Gutiérrez, facultativa especialista del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Arnau Vilanova

Ramón Herrera Solé, testimonio de paciente

Cecilia Llobet Pina, jefe de Sección del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Arnau Vilanova

Marta Trapero Bertran, profesora Titular Serra Hunter de la Universidad de Lleida y experta en economía la salud

13:45 -14:00 h. Clausura

Ana Rodríguez Cala, presidenta de la Associació Sostenibilitat, Educació i Salut (ASES)

Ferran Barbé Illa, jefe de Servicio de Neumología del Hospital Arnau de Vilanova (HUAV)

Inscripciones: tcalabria.lleida.ics@gencat.cat

Organiza:

Institut Català de la Salut

Hospital Universitari Arnau de Vilanova Lleida

Generalitat de Catalunya

ases associació sostenibilitat, educació i salut

FUCAP

ME

Patrocina:

AstraZeneca

VitalAire



Lo primero que miro de una clínica es su agenda

José María Díaz-Leante

Cuando llego a una clínica, lo primero que miro es la agenda. Da igual que los resultados económicos sean espectaculares o negativos: casi siempre hay algo claro que mejorar. Donde hay pocos pacientes, encuentro huecos demasiado amplios entre cita y cita. Donde hay muchos, agendas dobladas y hasta triplicadas, con dos y tres pacientes citados a la misma hora.

Pocas herramientas generan tantos conflictos. Cuánto dura una primera visita, cuántas revisiones caben en una hora, cuántos pacientes se operan en un módulo, quién decide meter una urgencia o bloquear huecos. Todas esas preguntas acaban en la misma: quién decide sobre el tiempo del médico.

El médico ve la agenda como parte de su trabajo clínico. Conoce a sus pacientes, sabe cuánto tarda en explicar un diagnóstico y qué consultas no conviene encadenar. La gerencia la ve como un recurso de toda la clínica, del que dependen los ingresos, las instalaciones y la coordinación con enfermería y con las pruebas. Y tarde o temprano alguien pregunta por qué, para la misma actividad, un médico necesita de media 45 minutos y otro más de hora y media. Al paciente, mientras tanto, solo le importa conseguir cita pronto y no esperar tres horas el día de la consulta.

La agenda sobre la agenda

Los problemas empiezan con decisiones que, por separado, tienen sentido. Un médico bloquea parte de



su agenda para no acumular retrasos y atender con la calidad necesaria. La demora para conseguir cita crece. La dirección empieza a añadir pacientes para cubrir las ausencias, y la sobre citación se convierte en costumbre: aparece una segunda agenda sobre la agenda. Se citan dos pacientes en el mismo hueco, no hay tiempo ni para ir al baño o tomar un café rápido y los retrasos se vuelven cotidianos. Recepción mete una urgencia sin saber su complejidad porque el paciente se ha presentado en la clínica. Y el médico, harto, rechaza cualquier cambio porque ha dejado de fiarse de quien le cita.

Una agenda sin huecos da una buena fotografía económica, pero basta una complicación, una conversación difícil o un paciente urgente para retrasar el resto de la jornada. Meter más pacientes tampoco la hace más productiva, porque el cuello de botella suele estar en otra parte: una prueba previa, un aparato que hay que reiniciar, una sala que no está libre o incluso una tarea administrativa que podría hacer otra persona.

Con las aseguradoras hay que mirar además cómo se factura y cómo se cobra. Muchos pacientes necesitan sumar pruebas complementarias a la consulta diagnóstica. Esa consulta completa no vale lo mismo ni ocupa el mismo tiempo que una visita rápida, y la agenda con más pacientes no siempre es la que más ingresa.

Repartir según lo que hace cada uno

En la mayoría de las clínicas encuentro lo mismo: a todos los médicos se les asignan más o menos los mismos tiempos para los mismos procesos. Unos acaban en hora y otros acumulan retrasos importantes como algo normal. En poco tiempo descubres que el perfil quirúrgico opera a más pacientes en un módulo estándar, pero se retrasa en consulta, y que al que prefiere la consulta le pasa lo contrario.

Entre médicos de la misma especialidad las diferencias son enormes. Uno atiende las primeras visitas en veinte minutos y otro necesita cuarenta. Uno reserva huecos para urgencias y otro las encaja al final de la jornada. Uno da cita en días y otro en meses. A veces lo explican el tipo de paciente o la experiencia; otras, hábitos acumulados o excepciones que nadie se ha atrevido a revisar. La dirección puede aceptar esas diferencias, pero tiene que entenderlas.

Imponer a todos la misma plantilla no lo arregla. Dos pacientes con el mismo motivo de consulta pueden necesitar tiempos muy distintos, y una agenda rígida castiga a quien atiende los casos complejos: le obliga a elegir entre retrasarse o atender deprisa.

Lo que me ha funcionado siempre ha sido hablar. He llegado a acuerdos entre profesionales en los que el que disfruta de la consulta diagnostica a todos los pacientes y el quirúrgico opera los de ambos. Se reparte el trabajo y los resultados según lo que cada uno hace mejor, con un porcentaje pactado para cada uno. El paciente también sale ganando: le atiende en consulta un médico que la disfruta y le opera otro que prefiere el quirófano.

Quién decide qué

En la consulta manda el médico. Qué necesita cada paciente, qué pruebas pedir o cuánto tiempo dedicar a explicar una mala noticia son decisiones suyas, y nadie en un despacho debería discutírselas. El acceso es otra cosa. Quién entra en la agenda, cuándo y con qué demora afecta a toda la clínica, y conocer mejor que nadie la propia consulta no exime de cumplir un horario ni de preocuparse por la lista de espera.

La dirección también tiene que hacer su parte. Si decide meter más pacientes, debe asumir los retrasos que eso provoca y no atribuírselos después al médico. Y para que acuerdos como el que he contado se planteen y funcionen, tiene que medir cuánto dura realmente cada tipo de visita, aceptar que dos médicos de la misma especialidad tengan agendas distintas y dejar claro cómo se reparten los resultados.

Por eso, cuando llego a una clínica, sigo mirando primero la agenda. En ella se ve si alguien ha decidido quién organiza cada cosa o si cada uno se ha quedado con la parte que ha podido.

Fundador de DILEMA SALUD



Espacios que cuidan: lecciones aprendidas de Antoni Gaudí

Ana Rodríguez Cala

La arquitectura tiene un impacto en nuestra salud y bienestar mucho mayor de lo que a menudo reconocemos. Los edificios donde vivimos, trabajamos o recibimos atención sanitaria no son simplemente estructuras físicas: son entornos que condicionan nuestras emociones, nuestras relaciones, nuestro descanso y nuestra calidad de vida. La iluminación, la ventilación, la temperatura, los materiales, el ruido y la existencia de naturaleza pueden beneficiar el bienestar y el confort de las personas.

Este año se ha conmemorado el año de Gaudí, uno de los arquitectos más importantes de nuestra era en su forma de entender la naturaleza. Esto nos invita a reflexionar sobre integrar estética, funcionalidad y bienestar en los espacios donde vivimos, particularmente en los que están destinados al cuidado de la salud.

En su obra, Gaudí establece vínculos entre la naturaleza, la salud y la arquitectura. A pesar de que realizó su trabajo mucho antes de tener evidencia científica sobre cómo los edificios saludables tienen un impacto en las personas, él no se limita a reproducir las formas naturales como elementos decorativos, sino que analiza sus estructuras, principios constructivos y geométricos para incluirlos en la construcción. Su interés por las formas naturales se manifiesta en troncos de árboles, superficies onduladas geométricas inspiradas en organismos vivos y soluciones estructurales que aprovechan las propiedades de los materiales. Esta forma de proyectar permite interpretar la arquitectura como un diálogo entre las necesidades de las personas y las condiciones del entorno.

No se trata de decir que Gaudí diseñara sus edificios con los criterios sanitarios actuales, sino de reconocer que su obra contiene principios que hoy podemos relacionar con la arquitectura bioclimática, el diseño centrado en las personas y la creación de espacios saludables.

Esta inspiración permite establecer tres importantes vínculos con la salud. El primero, es la importancia de asegurar unas condiciones ambientales adecuadas mediante la iluminación natural, la ventilación, la calidad del aire, el confort térmico y el control del ruido. El segundo, es el valor de estar en contacto con la naturaleza, lo cual puede ayudar a la recuperación del estrés y al bienestar psicológico. El tercero, se refiere a cómo el diseño arquitectónico puede promover la autonomía, la movilidad y las relaciones sociales. En hospitales, residencias y centros sociosanitarios, estas dimensiones se vuelven especialmente importantes porque el ambiente físico forma parte de la

Espacio patrocinado por: REIG JOFRE TRADITION OF INNOVATION

experiencia del paciente, de sus familiares y de los y las profesionales.

En la Basílica de la Sagrada Família, Gaudi desarrolla una de las expresiones más reconocibles de su inspiración natural. Las columnas ramificadas del interior evocan troncos que se dividen en ramas y distribuyen las cargas, generando la sensación de encontrarse en un bosque. La entrada de luz a través de las vidrieras produce variaciones cromáticas y ambientales que cambian a lo largo del día, creando un espacio de contemplación y recogimiento.

Desde la perspectiva de la salud, esta obra invita a reflexionar sobre dos aspectos fundamentales: el efecto de los espacios sobre nuestras emociones y la capacidad de la arquitectura para generar experiencias sensoriales significativas.

La Casa Milà, también conocida como La Pedrera, es un ejemplo interesante para analizar la relación entre arquitectura y salud en los espacios residenciales. Gaudí organizó el edificio alrededor de dos grandes patios interiores que favorecen la entrada de luz natural y la ventilación de las viviendas. Desde una perspectiva contemporánea, estos elementos permiten abordar cuestiones esenciales para la salud ambiental. La Pedrera nos recuerda que la calidad ambiental de una vivienda no depende exclusivamente de los materiales empleados o de su apariencia, sino que depende de cómo se organiza el edificio, cómo entra la luz, cómo circula el aire y cómo se relacionan las personas con el entorno. La iluminación natural contribuye a la percepción del espacio y participa en la regulación de los ritmos circadianos, relacionados con el sueño y la vigilia.

El Park Güell muestra otra dimensión de la relación entre la naturaleza y la arquitectura. Los senderos y áreas de encuentro invitan a explorar el entorno, observar el paisaje y socializar con otras personas. Esta idea facilita la conexión entre el diseño de los espacios, las actividades físicas, las interacciones sociales y el descanso. Los espacios verdes tendrían que ser vistos como parte fundamental de los ambientes saludables.

> “Cuidar a las personas también significa cuidar los lugares en los que vivimos, trabajamos, envejecemos y recibimos atención sanitaria”

Los centros de salud generan incertidumbre, miedo y pérdida de autonomía. La vivencia de pacientes y familiares se ve beneficiada cuando los espacios están iluminados y tienen conexión visual con el exterior. La belleza no sustituye a la seguridad del paciente ni la calidad asistencial, pero el entorno físico forma parte del cuidado y debe incorporarse en la salud para responder a las necesidades funcionales, ambientales, emocionales y sociales de las personas.

Además, podemos decir que la conexión entre arquitectura y naturaleza tiene un aspecto medioambiental. El consumo de energía, las emisiones, los materiales, la producción de desechos y la habilidad para adaptarse al cambio climático dependen de cómo se construyan y utilicen los edificios.

El trabajo de Gaudí invita a pensar acerca de la adecuación al medio ambiente, la eficacia estructural y



el entrelazamiento entre función y forma. No obstante, que un edificio esté inspirado por la naturaleza no asegura su sostenibilidad. Es imprescindible analizar la eficacia energética, los componentes utilizados, el consumo de agua, las emisiones y la habilidad para sostener condiciones saludables en circunstancias difíciles. Para asegurar la atención durante las olas de calor, los episodios de contaminación y otros peligros ambientales, este enfoque es especialmente relevante en los hospitales.

La enseñanza más importante de Gaudí es que la naturaleza nos inspira y motiva a crear espacios más humanos, sostenibles y sanos. Cuidar a las personas también significa cuidar los lugares en los que vivimos, trabajamos, envejecemos y recibimos atención sanitaria.

Aplicar estas enseñanzas en el sector salud significa disponer de luz natural, ventilación apropiada, comodidad y áreas que promuevan las relaciones humanas.

Hoy la obra de Gaudí es admirada globalmente y se ha consolidado no solo como un arquitecto, sino como un visionario, que logró armonizar la técnica constructiva con la estética de la naturaleza.

PhD, experta en calidad asistencial, responsabilitat social corporativa y Agenda 2030. Presidenta de l'Associació Sostenibilitat, Educació i Salut (ASES).

arcala@iconcologia.net

minds
a Health Service by Ribera

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

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

- Acompañamiento continuo de tu psicólogo
- Seguimiento semanal por chat
- Terapia psicológica:
  Videoconsultas + Audios + Técnicas guiadas

¿Quieres conocer más sobre Minds?

Escanea el QR o accede desde:
riberasalud.com/minds/



#SaludResponsable

La oncología de precisión avanza hacia tratamientos cada vez más individualizados



Participates del segundo webinar 'Oncología de precisión: ¿hacia dónde vamos?' del Programa formativo: Medicina Personalizada de Precisión - SESPA 2026.

La identificación de las alteraciones moleculares de los tumores está transformando el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Conocer mejor la biología de cada enfermedad permite seleccionar terapias dirigidas, anticipar resistencias y adaptar las decisiones clínicas a las características de cada paciente. Sin embargo, convertir estos avances en una realidad asistencial para todos exige superar importantes retos relacionados con el acceso a los biomarcadores, la disponibilidad de recursos, la interpretación de los resultados y la coordinación entre especialidades.

Con este objetivo, New Medical Economics, junto con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y la Consejería de Salud del Principado de Asturias, ha celebrado el segundo webinar del Programa Formativo: Medicina Personalizada de Precisión-SESPA 2026, titulado “Oncología de precisión: ¿hacia dónde vamos?”.

La iniciativa, organizada por el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), el Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA) y la Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA), busca promover la formación y el intercambio de conocimiento en torno a los avances científicos y tecnológicos que están transformando la práctica clínica.

El programa cuenta con el patrocinio de Amgen, AstraZeneca, BeOne, Alianza Daiichi Sankyo-AstraZeneca, Illumina, Lilly, Alianza MSD-AstraZeneca, Roche y Werfen.

La sesión reunió a especialistas en oncología molecular, anatomía patológica y hematología para analizar la evolución de la medicina oncológica, el papel de los biomarcadores en la selección de tratamientos y las dificultades que todavía existen para trasladar la innovación molecular a la práctica asistencial.

AMGEN AstraZeneca BeOne Alianza Daiichi-Sankyo | AstraZeneca
Alianza illumina Lilly MSD AstraZeneca Roche werfen

Una apuesta por la formación y la colaboración multidisciplinar

La sesión estuvo moderada por Carmen González del Rey Rodríguez, jefa del Servicio de Anatomía Patológica del HUCA, quien dio la bienvenida a los participantes y destacó la importancia de generar espacios de encuentro entre profesionales de distintas disciplinas para abordar los desafíos de la medicina personalizada de precisión.

El webinar contó con tres intervenciones. La primera estuvo a cargo de Milagros Balbín Felechosa, responsable del Laboratorio de Oncología Molecular del HUCA; la segunda, de Javier Gómez Román, jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y catedrático de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria; y la tercera, de Sara Alonso Álvarez, especialista en Hematología y Hemoterapia del Laboratorio de Hematología del HUCA.

Las ponencias abordaron diferentes perspectivas de la oncología de precisión, desde las bases moleculares del cáncer hasta su aplicación en el diagnóstico y seguimiento de los tumores sólidos y las enfermedades hematológicas.

Las bases moleculares de la oncología de precisión

La primera exposición corrió a cargo de Milagros Balbín Felechosa, quien realizó un recorrido por la evolución del conocimiento molecular del cáncer y las posibilidades que ofrece actualmente para desarrollar tratamientos individualizados.

La especialista comenzó planteando una cuestión fundamental: de dónde venimos y hacia dónde se dirige la oncología de precisión. Si hace años el objetivo principal era pasar del diagnóstico de una enfermedad a la elección de un tratamiento, actualmente la investigación aspira también a identificar la predisposición a desarrollar determinados tumores, mejorar su detección temprana y encontrar terapias adaptadas a las características biológicas de cada paciente.

En este recorrido, Balbín destacó la importancia de los estudios que han permitido comprender las capacidades funcionales de las células tumorales y los mecanismos que intervienen en el desarrollo del cáncer. El conocimiento de estas características ha facilitado la identificación de vulnerabilidades moleculares y el desarrollo de tratamientos dirigidos, entre los que sobresalen los inhibidores de quinasas y la inmunoterapia.

No obstante, advirtió de que la complejidad biológica de los tumores continúa limitando los resultados terapéuticos. La heterogeneidad tumoral, tanto entre pacientes como dentro de un mismo tumor, favorece la aparición de resistencias y explica por qué algunos pacientes no responden a determinados tratamientos.

Otro de los aspectos centrales de su intervención fue el papel de la investigación básica. La especialista recordó que muchos de los tratamientos que hoy forman parte de la práctica clínica tienen su origen en descubrimientos científicos realizados décadas atrás. Por ello, insistió en que la oncología de precisión debe ir acompañada de una apuesta continuada por la investigación y la biología molecular.

La secuenciación de los genomas tumorales ha permitido identificar mutaciones conductoras (drivers) y pasajeras, establecer nuevas clasificaciones moleculares y reconocer patrones específicos de alteraciones genéticas. Estas firmas mutacionales pueden ofrecer información sobre los mecanismos que han originado el tumor y, en determinados casos, ayudar a seleccionar tratamientos.

Como ejemplo, Balbín abordó la importancia de las alteraciones en la vía PI3K en pacientes con cáncer colorrectal. Explicó los resultados de un ensayo clínico que evaluó el posible beneficio de la aspirina como tratamiento adyuvante en función de las características moleculares del tumor. Los resultados mostraron una reducción de las recurrencias en pacientes con determinadas alteraciones de esta vía, mientras que no se observó el mismo beneficio en aquellos que no presentaban dichas mutaciones.

También analizó la evolución de las estrategias terapéuticas dirigidas contra KRAS, una alteración especialmente relevante en diferentes tipos de cáncer. Junto a los inhibidores ya desarrollados, destacó

nuevas aproximaciones experimentales, como los pegamentos moleculares y los degradadores de proteínas, que buscan bloquear la actividad de la proteína mutada o favorecer su eliminación.

En cuanto al futuro, defendió la necesidad de avanzar hacia una mayor equidad en el acceso a las pruebas genéticas y genómicas. Destacó la importancia de disponer de una cartera común de servicios que permita que todos los pacientes puedan acceder a los biomarcadores indicados para su enfermedad.

El cáncer de pulmón como ejemplo de la transformación de la medicina de precisión

La segunda ponencia estuvo protagonizada por Javier Gómez Román, quien centró su intervención en la evolución del diagnóstico molecular, utilizando el cáncer de pulmón como ejemplo de la transformación que ha experimentado la oncología en las últimas décadas.

El especialista recordó que, a principios de siglo, los pacientes con cáncer de pulmón avanzado contaban con opciones terapéuticas muy limitadas. Los tratamientos disponibles se basaban fundamentalmente en quimioterapia y la supervivencia media rondaba los ocho meses.

La incorporación progresiva de biomarcadores ha cambiado este escenario. El conocimiento de las alteraciones moleculares permite clasificar mejor los tumores e identificar pacientes que pueden beneficiarse de tratamientos específicos. Gómez Román destacó que esta evolución ha contribuido a mejorar notablemente la supervivencia y a conseguir pacientes que viven durante periodos prolongados con la enfermedad.

También recordó que no todos los avances dependen de tecnologías complejas como la secuenciación masiva. Técnicas más habituales, como la inmunohistoquímica para determinar la expresión de PD-L1, han permitido seleccionar pacientes candidatos a inmunoterapia y obtener resultados clínicos relevantes.

Sin embargo, el diagnóstico molecular presenta dificultades importantes, especialmente por las limitaciones que plantea la obtención de muestras tumorales. En el cáncer de pulmón, los procedimientos para conseguir tejido pueden ser invasivos y no siempre permiten disponer de material suficiente para realizar todas las determinaciones necesarias.

Otro de los aspectos destacados fue la evolución del propio tumor. El cáncer no permanece biológicamente estable, sino que puede desarrollar nuevas alteraciones a lo largo de su evolución y como consecuencia de los tratamientos recibidos. Esta heterogeneidad obliga a reconsiderar las decisiones terapéuticas cuando la enfermedad progresa.

Gómez Román también puso el foco en la dimensión organizativa de la medicina de precisión. Defendió que el diagnóstico molecular debe integrarse en los propios servicios hospitalarios, con profesionales especializados y circuitos asistenciales capaces de ofrecer resultados en tiempos adecuados. Los Servicios de Anatomía Patológica son esenciales en este aspecto ya que conocen las características de las muestras, poseen la información clínica y tienen la



capacidad de integrar toda esta información en algo útil para el enfermo en el tiempo adecuado

Como ejemplo, explicó la experiencia desarrollada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde la integración de la infraestructura molecular en el entorno hospitalario ha permitido mejorar la coordinación entre los profesionales y agilizar el diagnóstico.

El especialista destacó asimismo que los biomarcadores deben estar disponibles para todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia. Aunque reconoció los avances realizados en España durante los últimos años, advirtió de que todavía existen diferencias territoriales en el acceso a las pruebas y a los tratamientos asociados.

La calidad de los laboratorios, la acreditación de los profesionales, la formación y la financiación pública de las determinaciones moleculares son, a su juicio, elementos imprescindibles para evitar desigualdades.

La complejidad del diagnóstico molecular en hematología

La tercera intervención corrió a cargo de Sara Alonso Álvarez, especialista en Hematología y Hemoterapia del Laboratorio de Hematología del HUCA, quien abordó las particularidades del diagnóstico molecular en las enfermedades hematológicas.

Su exposición puso de manifiesto que la medicina de precisión en hematología requiere integrar diferentes técnicas diagnósticas y combinar los resultados genéticos con las características clínicas de cada paciente.

A diferencia de lo que sucede en otros ámbitos de la oncología, donde determinados paneles de biomarcadores pueden responder a preguntas terapéuticas concretas, en hematología la caracterización de algunas enfermedades exige una aproximación especialmente amplia. El cariotipo, la hibridación fluorescente in situ (FISH), la secuenciación masiva y otras técnicas siguen desempeñando un papel complementario.

La especialista presentó varios casos clínicos para ilustrar las dificultades de interpretación de los resultados moleculares y la importancia de relacionarlos con el fenotipo del paciente.

Uno de ellos fue el de un paciente con mielofibrosis que, durante la evolución de su enfermedad, presentó nuevas alteraciones genéticas. El estudio permitió identificar una mutación en CALR, además de otra variante cuya interpretación planteaba mayores dificultades. Este ejemplo puso de manifiesto que no todas las alteraciones detectadas tienen el mismo significado clínico y que algunas requieren un análisis adicional antes de establecer su relevancia.

Otro de los casos abordados permitió profundizar en las dificultades asociadas a las variantes de significado incierto y a la relación entre genotipo y fenotipo. La especialista explicó que una misma variante puede recibir interpretaciones diferentes dependiendo de la información clínica disponible y de las evidencias científicas existentes.

En este sentido, destacó que el diagnóstico molecular no puede limitarse a identificar alteraciones genéticas. Es necesario conocer las características clínicas del paciente, contrastar la información y, cuando existen discrepancias, favorecer el diálogo entre los profesionales y los laboratorios implicados.

La ponente también reflexionó sobre la necesidad de mantener una interpretación rigurosa de las pruebas, incluso en un contexto de creciente automatización. Aunque la inteligencia artificial puede facilitar determinadas tareas y agilizar la consulta de información, existen procedimientos, como la valoración del cariotipo, que siguen requiriendo una revisión especializada.

Su intervención puso de relieve que la medicina de precisión en hematología no consiste en sustituir las técnicas tradicionales por otras más avanzadas, sino en integrar todas las herramientas disponibles para conseguir una caracterización cada vez más completa de la enfermedad.

El reto de trasladar la innovación a la práctica asistencial

El debate posterior, moderado por Carmen González del Rey Rodríguez, permitió profundizar en algunos

de los principales desafíos que condicionan la implantación de la oncología de precisión.

Uno de los temas centrales fue la necesidad de garantizar un acceso equitativo a los biomarcadores. Los participantes coincidieron en que, aunque se han producido avances importantes, todavía existen diferencias entre centros y comunidades autónomas en cuanto a disponibilidad de tecnología, recursos humanos y capacidad diagnóstica.

También se abordó la importancia de disponer de muestras adecuadas y de establecer circuitos que permitan completar los estudios moleculares antes de tomar determinadas decisiones terapéuticas. La calidad del proceso, desde la obtención y conservación del tejido hasta la interpretación de los resultados, condiciona directamente la utilidad clínica de las pruebas.

Otro de los asuntos destacados fue la creación y consolidación de comités moleculares. Los participantes defendieron que estos espacios deben facilitar la comunicación entre oncólogos, patólogos, hematólogos, biólogos, bioinformáticos y otros especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Gómez Román compartió la experiencia de Valdecilla, donde la reorganización de las sesiones permitió integrar el comité molecular en la dinámica habitual del Servicio de Oncología. Esta adaptación facilitó la participación de los profesionales implicados y permitió incorporar las decisiones adoptadas a la historia clínica electrónica del paciente.

La inteligencia artificial también ocupó un lugar relevante en la conversación. Los especialistas reconocieron su potencial para agilizar la interpretación de grandes volúmenes de información y facilitar la búsqueda bibliográfica necesaria para valorar determinadas variantes genéticas. No obstante, insistieron en que estas herramientas deben complementar el conocimiento y el criterio de los profesionales.

La falta de personal especializado y de formación reglada en determinadas áreas de la biología molecular y la bioinformática constituye otro de los obstáculos identificados. Los participantes advirtieron de que buena parte del desarrollo actual depende todavía de iniciativas individuales y de la autoformación de los profesionales, una situación que dificulta la consolidación de equipos estables.

Por último, el debate abordó las posibilidades de avanzar hacia una medicina más predictiva y preventiva. La identificación de determinadas predisposiciones hereditarias puede ayudar a establecer estrategias de seguimiento y prevención, tanto para los pacientes como para sus familiares. Sin embargo, los especialistas recordaron que la mayor parte de los cánceres no tiene un origen hereditario y que los factores ambientales y los estilos de vida continúan desempeñando un papel fundamental.

Una oncología más individualizada, pero también más colaborativa

El segundo webinar del Programa Formativo: Medicina Personalizada de Precisión-SESPA 2026 puso de manifiesto que la oncología está experimentando una transformación profunda gracias al conocimiento molecular de los tumores.

La identificación de biomarcadores, la caracterización de las alteraciones genéticas y el desarrollo de nuevas terapias dirigidas permiten avanzar hacia tratamientos más individualizados, mejorar el seguimiento de la enfermedad y comprender mejor los mecanismos de resistencia.

Sin embargo, el progreso científico y tecnológico debe acompañarse de una transformación organizativa. La disponibilidad de pruebas diagnósticas, la calidad de las muestras, la formación de los profesionales, la financiación y la coordinación multidisciplinar son condiciones indispensables para que estos avances lleguen efectivamente a los pacientes.

El desafío no consiste únicamente en conocer cada vez mejor la biología del cáncer, sino en convertir ese conocimiento en decisiones clínicas adecuadas, oportunas y accesibles para todos.

La oncología de precisión representa, por tanto, una oportunidad para mejorar los resultados en salud, pero también una responsabilidad para los sistemas sanitarios: garantizar que la innovación no se limite a los centros con mayores recursos, sino que se incorpore de forma equitativa, sostenible y coordinada a la práctica asistencial.

La medicina de precisión abre nuevas oportunidades para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras



Participates del tercer webinar 'Medicina de precisión en enfermedades raras: el futuro ya está aquí' del Programa formativo: Medicina Personalizada de Precisión - SESPA 2026.

El conocimiento de las bases genéticas de las enfermedades raras está cambiando las posibilidades de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de miles de pacientes. La secuenciación genética, el cribado neonatal y el desarrollo de terapias génicas permiten identificar enfermedades antes de que aparezcan sus primeros síntomas y, en determinados casos, intervenir directamente sobre su causa molecular. Sin embargo, el acceso a estas innovaciones, su elevado coste y la necesidad de una atención multidisciplinar siguen siendo algunos de los grandes desafíos para los sistemas sanitarios.

Con el objetivo de analizar estos avances y sus implicaciones clínicas, New Medical Economics, junto con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y la Consejería de Salud del Principado de Asturias, ha celebrado el tercer webinar del Programa Formativo: Medicina Personalizada de Precisión-SESPA 2026, titulado “Medicina de precisión en enfermedades raras: el futuro ya está aquí”.

La iniciativa, organizada por el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), el Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA) y la Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA), busca promover la formación y el intercambio de conocimiento en torno a los avances científicos y tecnológicos que están transformando la práctica clínica.

El programa cuenta con el patrocinio de Amgen, AstraZeneca, BeOne, Alianza Daiichi Sankyo-AstraZeneca, Illumina, Lilly, Alianza MSD-AstraZeneca, Roche y Werfen.

La sesión reunió a especialistas de Neurología Pediátrica, Oftalmología y Otorrinolaringología para abor-

AMGEN AstraZeneca BeOne Alianza Daiichi-Sankyo | AstraZeneca
illumina Lilly Alianza MSD AstraZeneca Roche werfen

dar cómo la medicina personalizada de precisión está modificando el abordaje de distintas enfermedades poco frecuentes. A través de ejemplos de atrofia muscular espinal, distrofia muscular de Duchenne, distrofias hereditarias de la retina e hipoacusia genética, los participantes analizaron las posibilidades de las nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, así como los retos que plantea su incorporación a la asistencia sanitaria.

Las enfermedades raras, un escenario clave para la medicina de precisión

La sesión estuvo moderada por Germán Morís de la Tassa, jefe de Sección de Trastornos Neuromusculares del Servicio de Neurología del HUCA, quien recordó que existen más de 7.000 enfermedades raras descritas y que la mayoría tienen una base genética.

El moderador destacó que estas patologías presentan importantes dificultades diagnósticas y, en muchos casos, posibilidades terapéuticas todavía limitadas. Los pacientes pueden pasar años hasta obtener un diagnóstico definitivo, sometiéndose durante ese tiempo a numerosas pruebas y consultas con diferentes especialistas.

En este contexto, la medicina personalizada de precisión ofrece oportunidades especialmente relevantes: reducir los tiempos de diagnóstico, evitar pruebas innecesarias, mejorar la información pronóstica, seleccionar tratamientos dirigidos e identificar pacientes candidatos a ensayos clínicos.

Morís de la Tassa planteó una cuestión que sirvió de hilo conductor para el encuentro: el desafío ya no es determinar cuándo llegará la medicina de precisión a las enfermedades raras, sino cuánto tardará en incorporarse de forma generalizada a la práctica asistencial.

Terapia génica: de modificar la enfermedad a intervenir sobre su origen

La primera ponencia corrió a cargo de Ignacio Málaga Diéguez, especialista en Neurología Pediátrica del HUCA y coordinador del Proyecto Únicas, quien centró su intervención en la evolución de las terapias génicas y su aplicación en enfermedades neuromusculares, especialmente la atrofia muscular espinal (AME) y la distrofia muscular de Duchenne.

El especialista comenzó explicando los fundamentos de la terapia génica, una estrategia que permite introducir una copia funcional de un gen, silenciar aquellos que presentan una actividad inadecuada o, mediante técnicas de edición genética como CRISPR, corregir directamente determinadas alteraciones del material genético.

Aunque estas aproximaciones se encuentran en diferentes fases de desarrollo, Málaga destacó que la terapia génica ya es una realidad clínica en algunas enfermedades raras y está modificando de manera significativa su pronóstico.

Para explicar esta transformación, utilizó como ejemplo la atrofia muscular espinal, una enfermedad genética que afecta a las neuronas motoras de la médula espinal y provoca una pérdida progresiva de la fuerza muscular. En sus formas más graves, los pacientes pueden desarrollar importantes limitaciones motoras y respiratorias, con consecuencias muy graves durante los primeros años de vida.

La aparición de tratamientos específicos, entre ellos la terapia génica, ha cambiado radicalmente el panorama de esta enfermedad. El ponente destacó los resultados obtenidos con la introducción de una copia funcional del gen SMN1 mediante un vector viral, que permite recuperar la producción de la proteína necesaria para el funcionamiento de las neuronas motoras.

Uno de los aspectos más relevantes de su exposición fue la importancia del momento en el que se administra el tratamiento. Los resultados son considerablemente mejores cuando se interviene antes de que aparezcan los síntomas y se haya producido una pérdida importante de neuronas motoras.

Como ejemplo, presentó datos que muestran que los pacientes tratados de forma presintomática pueden alcanzar hitos motores que históricamente no conseguían los niños afectados por las formas más graves de la enfermedad. En este sentido, destacó que el

diagnóstico precoz puede marcar la diferencia entre una evolución muy desfavorable y un desarrollo motor mucho más cercano a la normalidad.

El especialista relacionó directamente estos resultados con la implantación de los programas de cribado neonatal. La posibilidad de detectar la enfermedad mediante la prueba del talón y confirmar posteriormente el diagnóstico genético permite iniciar el tratamiento en una fase en la que todavía existe un mayor potencial de recuperación funcional.

La segunda patología abordada fue la distrofia muscular de Duchenne, una enfermedad degenerativa vinculada a alteraciones del gen que codifica la distrofina. Su evolución provoca una pérdida progresiva de fuerza muscular y afecta también a la musculatura respiratoria y cardíaca.

Málaga explicó las dificultades que plantea el desarrollo de terapias génicas para esta enfermedad, especialmente por el gran tamaño del gen de la distrofina, que dificulta su introducción completa mediante los vectores disponibles.

El ponente hizo especial hincapié en que las terapias génicas no están exentas de riesgos. Entre las posibles complicaciones mencionó la hepatotoxicidad, las respuestas inmunológicas y determinados problemas vasculares. Por ello, resulta imprescindible realizar una evaluación previa de cada paciente y establecer un seguimiento clínico estrecho después de la administración del tratamiento.

También abordó uno de los aspectos más complejos de estas terapias: su elevado impacto económico. Los tratamientos génicos pueden alcanzar precios de varios millones de dólares, lo que plantea importantes interrogantes sobre su financiación y sostenibilidad.

No obstante, defendió que la evaluación económica debe contemplar también los beneficios a largo plazo, como la reducción de hospitalizaciones, tratamientos complementarios, complicaciones y necesidades asistenciales, además de la mejora en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Otro de los retos que identificó fue el desarrollo de tratamientos para enfermedades extremadamente poco frecuentes, en las que puede haber apenas unos pocos pacientes en todo el mundo. En estos casos, resulta muy difícil aplicar los modelos tradicionales de investigación clínica basados en grandes ensayos aleatorizados.

El especialista explicó que se están desarrollando nuevas aproximaciones regulatorias para facilitar la investigación de terapias individualizadas, siempre bajo criterios de seguridad y evidencia científica adaptados a las características de estas enfermedades.

Su intervención concluyó con una reflexión sobre el futuro de la terapia génica. La inversión en investigación está creciendo y las posibilidades tecnológicas se amplían, pero todavía es necesario conocer mejor la duración de sus efectos, sus posibles complicaciones a largo plazo y los criterios que permitan seleccionar a los pacientes que más pueden beneficiarse.

Las distrofias hereditarias de la retina: del diagnóstico molecular a la atención personalizada

La segunda ponencia estuvo a cargo de Lucía Alonso Menéndez, facultativa especialista del Servicio de Oftalmología e integrante de la Unidad de Distrofias Hereditarias de la Retina del HUCA.

Su intervención se centró en las distrofias hereditarias de la retina, un conjunto de enfermedades genéticas que provocan una degeneración progresiva de las estructuras responsables de la función visual y constituyen una de las principales causas de pérdida de visión en niños y adultos jóvenes.

La especialista explicó que estas enfermedades presentan una extraordinaria heterogeneidad genética y clínica. Dos pacientes con manifestaciones similares pueden tener alteraciones genéticas completamente diferentes y, a la inversa, una misma alteración genética puede producir cuadros clínicos distintos.

Esta complejidad hace que el diagnóstico basado exclusivamente en la exploración oftalmológica no siempre sea suficiente. Por ello, la incorporación de

los estudios genéticos permite identificar la causa molecular de la enfermedad y avanzar hacia un abordaje verdaderamente individualizado.

Alonso destacó que durante muchos años las posibilidades de intervención sobre estas patologías fueron limitadas. Era posible establecer un diagnóstico clínico, realizar un seguimiento y tratar determinadas complicaciones, pero no se disponía de tratamientos capaces de actuar directamente sobre su causa genética.

Este escenario ha comenzado a cambiar gracias a los avances en el diagnóstico molecular y al desarrollo de terapias dirigidas. Mencionó la existencia de una terapia génica aprobada para determinadas distrofias retinianas asociadas al gen RPE65, que ilustra cómo identificar la causa molecular puede convertirse en un requisito para acceder a un tratamiento específico.

Sin embargo, la especialista precisó que no todos los pacientes con una alteración en este gen pueden beneficiarse de dicha terapia actualmente. La indicación requiere confirmar una afectación en ambas copias del mismo y comprobar que la retina conserva suficientes células viables.

Esto refuerza la importancia del diagnóstico precoz y del seguimiento de los pacientes. Cuando la enfermedad está muy avanzada y se han perdido determinadas estructuras retinianas, las posibilidades de respuesta al tratamiento disminuyen considerablemente.

Durante su exposición, Alonso también presentó la experiencia de la Unidad de Distrofias Hereditarias de la Retina del HUCA, creada para mejorar la atención de estos pacientes mediante un circuito asistencial específico y multidisciplinar.

La unidad ha permitido organizar el proceso desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico molecular, el asesoramiento genético y el seguimiento. Esta estructura facilita la coordinación entre Oftalmología, Neurofisiología, el Laboratorio de Genética-Genómica y Genética Médica, con la colaboración de otros servicios y recursos de apoyo. La especialista presentó varios casos clínicos que ilustraron la utilidad del diagnóstico genético más allá de la identificación de la enfermedad.

Uno de ellos correspondía a una paciente con una distrofia retiniana hereditaria que deseaba conocer el riesgo de transmitir la enfermedad a su descendencia. La identificación de la causa molecular permitió establecer el patrón de herencia, derivarla a Genética Médica y realizar un estudio de su pareja para ofrecer un asesoramiento reproductivo individualizado.

Otro caso puso de manifiesto las limitaciones de los estudios genéticos. Se trataba de un paciente joven con retinosis pigmentaria y antecedentes familiares de la enfermedad cuyo estudio mediante exoma no permitió identificar la causa molecular.

La ponente recordó que un resultado genético negativo no significa necesariamente que la enfermedad no tenga un origen hereditario. Puede indicar que las técnicas disponibles o el conocimiento científico actual todavía no permiten identificar la alteración responsable.

En estos casos, resulta fundamental mantener el seguimiento, revisar la información clínica y valorar la posibilidad de ampliar los estudios cuando aparezcan nuevas evidencias científicas.

Alonso también subrayó que la medicina de precisión no termina con la obtención de un resultado genético. Es necesario explicar al paciente qué significa ese resultado, qué implicaciones tiene para su salud y qué aspectos todavía no pueden conocerse con certeza.

La especialista concluyó que el verdadero valor de estas herramientas reside en su integración dentro de un circuito asistencial que permita transformar la información molecular en decisiones clínicas útiles.

La hipoacusia hereditaria: del diagnóstico genético a las primeras terapias génicas

La tercera intervención corrió a cargo de María Costales Marcos, médico adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del HUCA, quien abordó las posibilida-

des de la medicina de precisión en la hipoacusia de origen genético.

La especialista explicó que la pérdida auditiva hereditaria constituye un ejemplo especialmente claro de la heterogeneidad genética, ya que existen más de 120 genes implicados y diferentes mecanismos capaces de provocar alteraciones de la audición.

El diagnóstico molecular permite identificar la causa de la pérdida auditiva, establecer el pronóstico, orientar el tratamiento y, en determinados casos, detectar otras manifestaciones clínicas asociadas a un síndrome genético.

Costales destacó que el estudio genético puede tener consecuencias directas sobre el manejo del paciente. En algunos casos permite anticipar la evolución de la enfermedad y adaptar las intervenciones; en otros, ayuda a evitar actuaciones que podrían acelerar el deterioro auditivo.

Uno de los ejemplos que presentó fue el de un paciente cuya alteración genética permitía prever una mayor sensibilidad al ruido. Conocer esta información resulta relevante para ajustar determinadas intervenciones, como la programación de los audífonos, y evitar una exposición sonora que pueda agravar la pérdida auditiva.

También expuso el caso de una paciente cuya hipoacusia aparentemente aislada permitió identificar, mediante un estudio genético, una alteración relacionada con un síndrome que podía asociar otras complicaciones, como problemas renales o alteraciones del metabolismo del calcio.

Este hallazgo permitió ampliar el seguimiento clínico y adoptar medidas preventivas que no se habrían planteado únicamente a partir de los síntomas auditivos.

La ponente explicó que el proceso diagnóstico debe organizarse en varias fases. Primero se realiza una valoración clínica y se determina si el paciente es candidato a un estudio genético. Posteriormente se solicita la prueba más adecuada y, una vez obtenidos los resultados, se lleva a cabo una consulta para explicar sus implicaciones tanto para el paciente como para sus familiares.

En el caso de los niños, el HUCA ha desarrollado un circuito que permite realizar un estudio inicial de determinados genes relacionados con las formas más frecuentes de hipoacusia hereditaria y ampliar posteriormente el análisis mediante secuenciación del exoma cuando el resultado no permite establecer un diagnóstico.



En los adultos, la experiencia acumulada llevó a modificar el procedimiento, ya que las alteraciones genéticas más habituales en la población infantil no explicaban una parte importante de las pérdidas auditivas de aparición tardía. Por ello, se optó por utilizar directamente estudios más amplios.

Uno de los aspectos más relevantes de su intervención fue el desarrollo de nuevas terapias génicas para la hipoacusia hereditaria.

Costales explicó que, hasta hace relativamente poco tiempo, el diagnóstico genético tenía fundamentalmente una utilidad diagnóstica y pronóstica. Sin embargo, los avances recientes han abierto la posibilidad de intervenir directamente sobre determinadas alteraciones.

La especialista utilizó como ejemplo las mutaciones en GJB2, responsables de una proporción importante de las hipoacusias hereditarias. En estos casos, las alteraciones afectan a la estructura de las células del oído interno desde etapas muy tempranas del desarrollo, lo que plantea dificultades adicionales para conseguir una recuperación funcional mediante terapia génica.

La intervención concluyó con una idea fundamental: todos los pacientes con hipoacusia deberían disponer de un diagnóstico etiológico que permita conocer el origen de su enfermedad y orientar de forma más adecuada su manejo clínico.

El diagnóstico precoz y la coordinación asistencial, claves para que la innovación llegue al paciente

El debate posterior, moderado por Germán Morís de la Tassa, permitió profundizar en las posibilidades reales de aplicación de estas innovaciones y en los principales obstáculos que todavía deben superarse.

Uno de los primeros asuntos abordados fue la importancia del diagnóstico precoz. Los participantes coincidieron en que, en muchas enfermedades raras, el momento en el que se identifica la alteración genética condiciona directamente las posibilidades terapéuticas.

En este sentido, Ignacio Málaga explicó la implantación del cribado genético neonatal en Asturias, que ha incorporado la detección de la atrofia muscular espinal y la inmunodeficiencia combinada grave.

El procedimiento parte de la conocida prueba del talón, mediante la cual se obtiene una muestra de sangre del recién nacido. Cuando aparece una posible alteración genética, se realiza una segunda prueba de confirmación y, una vez establecido el diagnóstico, se contacta con la familia para valorar la intervención terapéutica.

En el caso de la atrofia muscular espinal, el estudio permite confirmar la alteración del gen SMN1 y analizar el número de copias del gen SMN2, un dato que ayuda a orientar la gravedad del cuadro clínico y la elección del tratamiento.

El especialista defendió que, a medida que se desarrollen nuevas terapias génicas, los programas de cribado podrán incorporar progresivamente otras enfermedades tratables. El objetivo sería identificar las alteraciones antes de que produzcan daños irreversibles.

La conversación también abordó las posibilidades de ampliar la medicina de precisión hacia el diagnóstico preconcepcional, mediante el conocimiento de determinadas variantes genéticas en los futuros progenitores y su posible repercusión en la descendencia.

Otro de los temas centrales fue la necesidad de mantener un equilibrio entre las expectativas que generan las nuevas terapias y la información que se ofrece a las familias.

Los participantes coincidieron en que es importante transmitir los avances científicos sin generar falsas expectativas. La existencia de ensayos clínicos o de investigaciones prometedoras no significa que exista ya un tratamiento disponible para todos los pacientes.

María Costales puso como ejemplo la hipoacusia infantil y recordó que, aunque las terapias génicas abren nuevas posibilidades, no debe retrasarse la intervención mediante implante coclear cuando está indicada. La plasticidad cerebral durante los prime-

ros años de vida hace que actuar a tiempo sea fundamental para el desarrollo del lenguaje y la comunicación.

Málaga reconoció que la velocidad de los avances científicos está modificando progresivamente la manera de transmitir esperanza a las familias, aunque insistió en la necesidad de mantener la prudencia y explicar las incertidumbres que todavía existen.

La sostenibilidad económica de las terapias avanzadas fue otro de los grandes ejes del debate. Los participantes reflexionaron sobre cómo garantizar el acceso a tratamientos de elevado coste sin comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario.

La evaluación de los beneficios a largo plazo, la financiación, la negociación con las compañías farmacéuticas y la selección adecuada de los pacientes serán elementos fundamentales para afrontar este desafío.

Por último, se puso de relieve la importancia de la coordinación entre servicios, la disponibilidad de recursos humanos y materiales y la necesidad de garantizar que los pacientes puedan acceder a estas prestaciones independientemente de su lugar de residencia.

Lucía Alonso insistió en que la incorporación de la medicina de precisión requiere tiempo para estudiar cada caso, interpretar los resultados, revisar la bibliografía científica y mantener una comunicación fluida entre especialistas.

También destacó que los pacientes de zonas más alejadas de los centros de referencia deben poder beneficiarse de los mismos recursos diagnósticos y terapéuticos que quienes viven cerca de los grandes hospitales.

En este contexto, se puso en valor el papel de las unidades multidisciplinares de enfermedades raras y del Proyecto Únicas, que busca mejorar la atención de estos pacientes mediante una mayor coordinación entre profesionales y centros sanitarios.

El debate concluyó con una reflexión compartida: la medicina de precisión está evolucionando a una velocidad extraordinaria y obliga a transformar también la organización de los servicios sanitarios. La coordinación, la formación, los registros de pacientes y el trabajo conjunto entre especialidades serán indispensables para aprovechar las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

El futuro ya está aquí, pero debe llegar a todos los pacientes

El tercer webinar del Programa Formativo: Medicina Personalizada de Precisión-SESPA 2026 puso de manifiesto que las enfermedades raras constituyen uno de los ámbitos en los que la medicina personalizada de precisión puede generar un mayor impacto.

Las terapias génicas, la secuenciación genética y los programas de cribado neonatal están cambiando el abordaje de patologías que hasta hace pocos años contaban con escasas alternativas terapéuticas. La posibilidad de identificar la causa molecular de una enfermedad permite mejorar el diagnóstico, anticipar su evolución y, en determinados casos, intervenir directamente sobre su origen.

Sin embargo, los avances científicos no son suficientes por sí solos. Es necesario garantizar diagnósticos precoces, circuitos asistenciales bien definidos, equipos multidisciplinares, recursos especializados y mecanismos de financiación que permitan incorporar estas innovaciones de manera sostenible.

También resulta imprescindible acompañar a los pacientes y sus familias durante todo el proceso, ofreciendo información rigurosa, asesoramiento genético y expectativas realistas sobre las posibilidades terapéuticas.

La medicina de precisión representa una oportunidad para cambiar la historia natural de muchas enfermedades raras. El verdadero reto para el sistema sanitario será conseguir que ese futuro, que en algunos casos ya es una realidad, pueda llegar a todos los pacientes con independencia de su enfermedad, su edad o su lugar de residencia.

Organiza:

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut

Conselleria de Salut
Direcció General de Prestacions, Farmàcia i Consum

Servei de Salut
Hospital Universitari Son Espases

ESTRATÈGIES DE SALUT ILLES BALEARS

ME

Salón de actos
Hospital Universitario Son Espases

IV Jornada **del Plan Nacional Frente a la Resistencia a los Antibióticos de las Illes Balears (PRAN_CAIB)**

27
Noviembre
8:15h–15:00h

PROGRAMA

08:15-08:45 h **Recogida de documentación**

08:45-09:00 h **Bienvenida e inauguración de la jornada**

Manuela García Romero, Consejera de Salud de las Illes Balears
Cristina Granados Ulecia, Directora gerente del Hospital Universitario Son Espases
Leonor del Mar Periáñez Párraga y Antonio Oliver Palomo, Coordinadores del PRAN_CAIB
José María Martínez García, Presidente de New Medical Economics

MESA 1 PRAN 2025-2027

Modera: **José María Martínez García**, Presidente de New Medical Economics

09:00-09:45h **PRAN 2025-2027: De dónde venimos y hacia dónde vamos**

Antonio López Navas, Jefe de la Unidad de Apoyo a la Dirección de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Coordinador Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)

09:45-10:00h **Actualización PRAN CAIB**

Eusebi Castaño Riera, Jefe de Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Prestaciones, Farmacia y Consumo. Conselleria de Salut

10:00-10:30h **La gobernanza del dato como herramienta para la implementación del PRAN**

Daniel Miró Pettican, Jefe de Servicio del área de explotación del dato. Servicio de Salud Illes Balears

MESA 2 PROA: certificación, resultados y sostenibilidad I/II

Modera: **Leonor del Mar Periáñez Párraga**. Servicio de Farmacia Hospital Universitario Son Espases. Coordinadora del PRAN_CAIB

10:30-11:00h **Equipos PROA: situación actual y nuevos retos**

Estrella Rojo Molinero. FEA Microbiología Clínica Hospital Universitario Son Espases. Coordinadora Científico-Técnica PROA de las Islas Baleares

11:00-11:30h **Monitorización del consumo y calidad de prescripción de antibióticos**

Fernando Becerril Moreno, FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Can Misses. Ibiza

11:30-12:00h **Descanso café**

Colabora:

IdISBa

Patrocina:

ADVANZ PHARMA · Pfizer · SANDOZ

Organiza:

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut

Conselleria de Salut
Direcció General de Prestacions, Farmàcia i Consum

Servei de Salut
Hospital Universitari Son Espases

ESTRATÈGIES DE SALUT ILLES BALEARS

ME

MESA 2 PROA: certificación, resultados y sostenibilidad II/II

12:00-12:30h **Integración del código sepsis en los equipos PROA**

Antònia Socias Mir, FEA Medicina Intensiva Hospital Universitario Son Llàtzer

MESA 3 Vigilancia integrada de las resistencias antimicrobianas y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Modera: **Estrella Rojo Molinero**, FEA Microbiología Clínica Hospital Universitario Son Espases. Coordinadora Científico-Técnica PROA de las Illes Balears

12:30-13:00h **RedLabRA-Illes Balears: presente y futuro**

Antonio Oliver Palomo, Jefe de Servicio de Microbiología Clínica Hospital Universitario Son Espases. Coordinador del PRAN-CAIB

13:00-13:30h **Vigilancia de las IRAS. ENVIN y EPINE**

Juan Rodríguez García, Coordinador de Medicina Preventiva Hospital Universitario Son Espases
Antònia Socias Mir, FEA Medicina Intensiva Hospital Universitario Son Llàtzer

13:30-14:00h Notificación a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) de las IRAS y microorganismos multirresistentes

Sandra Echeverría Moragón, Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Salut

MESA 4 Investigación y coordinación

Modera: **Antonio Oliver Palomo**, Jefe de Servicio de Microbiología Clínica Hospital Universitario Son Espases. Coordinador del PRAN-CAIB

14:00-14:30h **La traslación de la investigación a la práctica asistencial: a propósito del caso del estudio SCOUT**

Alfonso Leiva Rus, Técnico de la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

14:00-15:00h **Respuesta One Health a la resistencia antimicrobiana**

Ramón García Janer, Jefe del Servicio de Vigilancia. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Salut

COMITÉ ORGANIZADOR

Estrella Rojo Molinero, Leonor del Mar Periáñez Párraga, María Jesús Martín Sánchez, Antonio Oliver Palomo, Eusebi J. Castaño Riera

INSCRIPCIONES

Las inscripciones se realizan exclusivamente a través de la página web http://planificaciosanitaria.caib.es
Persona de contacto: Sebastià Balle Mesquida serveideplanificaciosanitaria@dgpif.caib.es
Las plazas están limitadas al aforo de la sala.

Solicitada acreditación

Colabora:

IdISBa

Patrocina:

ADVANZ PHARMA · Pfizer · SANDOZ



Salud digital en Europa

José Ignacio Nieto García

Competencias, uso efectivo y barreras en ocho países

La expansión de la salud digital no depende solo de que existan historias clínicas electrónicas, recetas digitales o portales sanitarios. También exige que la ciudadanía tenga competencias suficientes, conozca los servicios, pueda utilizarlos y encuentre una respuesta asistencial efectiva. El análisis compara ocho países europeos mediante cinco indicadores: competencias digitales en la población de 16 a 74 años y entre las personas de 65 a 74 años, acceso a datos electrónicos de salud, búsqueda de información sanitaria en internet y necesidades médicas no atendidas.

Los datos armonizados muestran tres mensajes centrales. Primero, las competencias digitales generales son elevadas en varios países, pero caen de forma sustancial entre las personas de 65 a 74 años. Segundo, disponer de capacidades digitales no garantiza por sí solo el acceso real a los datos sanitarios electrónicos. Tercero, la digitalización tampoco elimina necesariamente las barreras asistenciales: Finlandia combina resultados digitales destacados con la mayor proporción observada de necesidades médicas no atendidas en 2025.

La salud digital debe evaluarse como una cadena que conecta las capacidades de la población, la disponibilidad de servicios, su uso efectivo y el acceso a la atención sanitaria. Un buen resultado en uno de estos eslabones no garantiza automáticamente buenos resultados en los demás.

Objeto y alcance

El propósito es comparar España, Francia, Italia, Países Bajos, Alemania, Suecia, Dinamarca y Finlandia mediante cinco indicadores de capacidades digitales, uso efectivo de servicios sanitarios digitales y barreras de acceso asistencial. Aunque se planteó inicialmente al Reino Unido no se le incluye porque las series disponibles no están armonizadas con las de estos ocho países.

Método y cautelas

El análisis utiliza datos públicos de Eurostat para los ocho países y toma, en cada indicador, el último año común disponible: 2025 para competencias digitales, búsqueda de información sanitaria y necesidades médicas no atendidas, y 2024 para acceso a datos electrónicos de salud. Las cifras son porcentajes de población y se comparan solo cuando comparten definición, grupo de edad y periodo de referencia. Los promedios que se citan son medias simples de los

ocho países —cada país pesa lo mismo, con independencia de su población— y sirven para describir diferencias, no para establecer relaciones causales. Las distintas poblaciones de referencia se señalan en las limitaciones.

Resultados

Una brecha generacional persistente

En los ocho países de la Unión Europea con datos armonizados, el promedio simple de población con competencias digitales al menos básicas es del 70,3%. Entre las personas de 65 a 74 años baja al 46,4%. La diferencia media es, por tanto, de 23,9 puntos.

Países Bajos registra la mayor proporción de competencias digitales tanto en la población de 16 a 74 años (83,6%) como en el grupo de 65 a 74 (68,5%). España alcanza el 66,5% y el 34,3%, respectivamente: una brecha de 32,2 puntos, la mayor del grupo. Italia presenta los niveles más bajos (54,3% y 27,4%).

El uso sanitario digital no reproduce exactamente el nivel de competencias

El acceso ciudadano a los datos electrónicos de salud presenta una dispersión muy superior. En 2024 oscila entre el 5,1% de Alemania y el 73,6% de Finlandia. Dinamarca alcanza el 61,5%; Países Bajos, España y Suecia se sitúan alrededor del 46%-48%; Francia e Italia permanecen cerca del 25%-27%. El promedio de los ocho países es del 41,5%.

Alemania constituye el contraste más claro: el 59,6% de su población tiene competencias digitales básicas o superiores, pero solo el 5,1% declaró haber accedido a sus datos electrónicos de salud. Esta distancia aconseja no interpretar las competencias como una medida indirecta del uso sanitario digital. La configuración de los portales, la disponibilidad efectiva de datos, la identificación electrónica, la comunicación institucional y los hábitos asistenciales también influyen.

Buscar información sanitaria está más extendido que acceder al registro clínico

La búsqueda de información sanitaria en internet es una conducta mucho más frecuente. El promedio simple alcanza el 69,4% en 2025. Finlandia (82,2%), Países Bajos (80,8%) y Dinamarca (76,6%) encabezan el grupo. España se sitúa en el 68,2%, por encima de Francia, Alemania e Italia.

La diferencia entre buscar información y acceder al propio registro muestra que ambos comportamientos no son intercambiables. El primero depende de un ecosistema abierto de contenidos; el segundo requiere servicios sanitarios digitales disponibles, identificación, interoperabilidad y confianza. Por ello conviene separar alfabetización digital, alfabetización en salud y utilización de servicios públicos digitales.

La digitalización no elimina las barreras asistenciales

El indicador de necesidades médicas no atendidas mide el porcentaje de personas de 16 años o más que declara haber necesitado una consulta o tratamiento médico durante los doce meses anteriores y no haberlo recibido por coste, distancia o lista de espera. No mide el uso de servicios digitales, sino una barrera efectiva de acceso a la atención; por eso permite comprobar si unos buenos resultados digitales coinciden o no con una atención disponible cuando se necesita. En 2025, el promedio simple de los ocho países es del 4,1%: Alemania y Países Bajos registran el 1,6%; España, el 2,3%; Dinamarca y Suecia, el 3,6%; Francia, el 4,2%; Italia, el 4,5%; y Finlandia, el 11,3%.

El resultado no identifica por sí solo cuál de las tres causas explica la barrera en cada país ni permite atribuirla a la digitalización. Sí muestra que el acceso asistencial depende de factores adicionales. Finlandia es el contraste más claro: encabeza el acceso a datos electrónicos de salud y la búsqueda de información sanitaria, pero presenta la mayor proporción de necesidades no atendidas. Las listas de espera, la capacidad del sistema y la distribución territorial de recursos pueden pesar más que el grado de digitalización.

La tabla permite identificar perfiles distintos, no una clasificación única. Países Bajos combina competencias elevadas, uso sanitario digital alto y baja necesi-

Resultados comparados

País	Competencias digitales (16-74 años)	Competencias digitales (65-74 años)	Acceso a datos electrónicos de salud	Búsqueda de información sanitaria en internet	Necesidades médicas no atendidas
España	66,5%	34,3%	46,2%	68,2%	2,3%
Francia	65,7%	41,9%	25,5%	59,8%	4,2%
Italia	54,3%	27,4%	26,9%	62,1%	4,5%
Países Bajos	83,6%	68,5%	47,8%	80,8%	1,6%
Alemania	59,6%	41,2%	5,1%	59,5%	1,6%
Suecia	70,0%	43,1%	45,7%	65,9%	3,6%
Dinamarca	81,5%	61,8%	61,5%	76,8%	3,8%
Finlandia	81,0%	53,0%	73,6%	82,2%	11,3%

Fuentes: Eurostat isoc_sk_dskl_i21 (2025), isoc_ci_ac_i (acceso HCE 2024; información sanitaria 2025) y hlth_silc_08 (2025). Valores en porcentaje.

dad no atendida. Dinamarca muestra una estructura similar, aunque con una barrera asistencial algo mayor. Finlandia lidera los indicadores digitales, pero su resultado de acceso asistencial obliga a una lectura más amplia. España ocupa una posición intermedia en uso y competencias generales, con una debilidad marcada entre las personas de 65 a 74 años.

Lectura para España

España presenta una base ciudadana razonablemente favorable: el 66,5% de la población dispone de competencias digitales básicas o superiores, el 68,2% busca información sanitaria en internet y el 46,2% ha accedido a sus datos electrónicos de salud. Además, la proporción de necesidades médicas no atendidas se sitúa en el 2,3%, una de las más bajas del grupo analizado.

En conjunto, estos resultados sugieren que España no se encuentra entre los países rezagados en salud digital. El uso de servicios y la interacción digital con el sistema sanitario muestran niveles comparables a los de varios países del norte de Europa y claramente superiores a los observados en algunos países con niveles similares de competencias digitales.

Sin embargo, la principal debilidad identificada es generacional. Solo el 34,3% de las personas de 65 a 74 años alcanza competencias digitales básicas o superiores. La brecha respecto a la población general, de 32,2 puntos porcentuales, es la mayor de los países analizados. Este dato resulta en especial relevante porque son precisamente los grupos de mayor edad quienes presentan una utilización más frecuente de los servicios sanitarios.

El análisis también permite una lectura comparativa de interés. A diferencia de Finlandia, donde unos resultados digitales sobresalientes conviven con una elevada proporción de necesidades médicas no atendidas, España combina niveles medios-altos de digitalización con un acceso asistencial relativamente favorable. Esto sugiere que, al menos con los indicadores disponibles, la expansión de los servicios digitales no se ha asociado a un deterioro observable del acceso a la atención cuando esta se necesita.

Desde la perspectiva de la política pública, la prioridad no parece ser tanto aumentar el número de servicios digitales disponibles como garantizar que puedan ser utilizados por toda la población. La accesibilidad, la formación, la asistencia multicanal, la representación autorizada de pacientes y el mantenimiento de alternativas presenciales seguirán siendo elementos esenciales para que la digitalización amplíe el acceso en lugar de crear nuevas barreras.

Limitaciones

- Los indicadores proceden de años distintos, principalmente 2024 y 2025.
- Los indicadores de utilización digital cubren población de 16 a 74 años, mientras que las necesidades no atendidas incluyen a personas de 16 años o más en hogares privados.
- El análisis es descriptivo y no permite atribuir causalidad entre digitalización, competencias y acceso sanitario.

Conclusiones

1. La salud digital es un fenómeno multidimensional.

Las competencias digitales, el acceso a los datos electrónicos de salud, la búsqueda de información sanitaria y el acceso efectivo a la atención no evolucionan necesariamente de forma paralela. Evaluar únicamente uno de estos elementos puede conducir a interpretaciones incompletas.

2. La brecha generacional sigue siendo el principal factor de riesgo.

En todos los países analizados las competencias digitales son significativamente menores entre las personas de 65 a 74 años. España presenta la diferencia más amplia del grupo, un aspecto especialmente relevante porque coincide con los grupos que utilizan con mayor frecuencia los servicios sanitarios.

3. Más competencias digitales no garantizan una mayor utilización de los servicios sanitarios digitales.

El caso de Alemania demuestra que una población con competencias digitales relativamente desarrolladas puede registrar niveles muy bajos de acceso a datos electrónicos de salud. La disponibilidad de los servicios, su diseño, la identificación electrónica y los hábitos de uso también influyen de forma decisiva.

4. La digitalización no sustituye a la capacidad asistencial del sistema sanitario.

El caso de Finlandia muestra que unos excelentes indicadores digitales pueden coexistir con una elevada proporción de necesidades médicas no atendidas. La organización asistencial, las listas de espera y la disponibilidad de recursos continúan siendo factores determinantes para el acceso efectivo a la atención.

La prioridad para los sistemas sanitarios europeos no debería ser únicamente digitalizar más, sino digitalizar con accesibilidad, apoyo, interoperabilidad y evaluación continua. El éxito de la salud digital debe medirse por su capacidad para ampliar el acceso real a la atención sanitaria y no solo por el número de herramientas disponibles.

Bibliografía

1. Eurostat, competencias digitales: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/isoc_sk_dskl_i21/default/table?lang=en
2. Eurostat, actividades digitales sanitarias: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/isoc_ci_ac_i/default/table?lang=en
3. Eurostat, necesidades médicas no atendidas: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_08/default/table?lang=en
4. Comisión Europea, Digital Decade 2026 eHealth Indicator Study: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/2026-digital-decade-ehealth-indicator-study

Ex-consejero de Salud y de Servicios Sociales de la Rioja y experto en estrategias sanitarias y en salud digital

jinieto1953@gmail.com



IA agéntica en investigación sanitaria (II): las personas detrás de los datos

Lorena Pérez Campillo

Marta tiene 58 años y lleva una década controlando su diabetes. Una mañana recibe una llamada del hospital: cumple los requisitos para participar en un ensayo con un nuevo fármaco. Lo que no sabe es que la primera selección no la hizo una persona. Un sistema de inteligencia artificial revisó miles de historias clínicas durante la noche, las comparó con los criterios del estudio y propuso una lista de candidatos en la que estaba ella.

En la primera parte de este artículo vimos qué es la IA agéntica y por qué a los reguladores les cuesta evaluarla. Esta segunda entrega cambia de mirada: deja a un lado al regulador y se pone en el lugar de quien participa en la investigación. ¿Qué derechos tiene Marta cuando un agente de IA la selecciona, le explica un ensayo o trabaja con sus datos? La respuesta no está en una sola ley, sino repartida en varias normas que ya están en vigor o a punto de estarlo.

¿Me ha elegido una máquina?

Encontrar participantes es uno de los grandes cuellos de botella de los ensayos clínicos, y por eso es también uno de los usos más prometedores de los agentes de IA. La propia Agencia Europea de Medicamentos (EMA) reconoce, en su documento de reflexión sobre IA en el ciclo de vida de los medicamentos, que estos sistemas pueden ayudar a seleccionar pacientes según las características de su enfermedad u otros parámetros clínicos.

El problema aparece cuando los datos de partida están desequilibrados. Si las historias clínicas infrarrepresentan a mujeres, personas mayores, minorías o pacientes de zonas rurales, el agente no corregirá ese desequilibrio: lo reproducirá a gran escala y a gran velocidad. Un ensayo que solo incluye a un tipo de paciente produce resultados que quizá no sirvan para el resto. La Declaración de Helsinki, revisada en octubre de 2024, recuerda que los grupos infrarrepresentados deben tener un acceso adecuado a la investigación.

Hay también una cuestión de derechos. El artículo 22 del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) reconoce el derecho a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en un tratamiento automatizado que nos afecten de forma significativa. Quedar fuera de un ensayo que podría ser tu única opción terapéutica es, sin duda, un efecto significativo. Por eso la lista del agente debe ser siempre una propuesta que el equipo investigador revise de verdad, y no una decisión ya tomada.

Consentir lo que no se ve

Imaginemos que, antes de su primera visita, Marta recibe un enlace a un asistente virtual que le explica el ensayo, responde a sus dudas a cualquier hora y adapta el lenguaje a su nivel. Bien hecho, puede ser un gran avance: los documentos de consentimiento suelen ser largos y difíciles de entender, y un buen asistente ayuda a que las personas sepan de verdad a qué dicen sí.

Pero hay dos límites claros. El primero es la transparencia. Desde el 2 de agosto de 2026, el artículo 50 del Reglamento europeo de Inteligencia Artificial obliga a informar a las personas de que están interactuando con un sistema de IA, salvo que resulte evidente. Marta tiene derecho a saber si habla con una persona o con una máquina.

El segundo límite es que el consentimiento no se delega en un agente. El artículo 29 del Reglamento europeo de ensayos clínicos exige que el participante reciba la información en una entrevista previa con un miembro cualificado del equipo investigador. La Ley 41/2002, de autonomía del paciente, refuerza el derecho a recibir información comprensible y adecuada. El asistente puede preparar, aclarar y repetir; la conversación decisiva sigue siendo humana.

Queda un matiz que casi nunca aparece en los formularios: si se usará IA para analizar los datos del participante durante el estudio. Explicarlo de forma sencilla no es un trámite, sino parte de un consentimiento realmente informado.

Los datos que viajan

Un agente es tan bueno como la información a la que accede: historia clínica, analíticas, imágenes y, cada vez más, datos genómicos. Su ventaja, conectarse a muchas fuentes a la vez, es también su mayor riesgo para la privacidad. Los datos de salud son una categoría especial para el RGPD (artículo 9) y su uso exige garantías reforzadas y el principio de minimización: usar solo lo necesario.

En España, la disposición adicional 17.ª de la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD) permite reutilizar datos de salud para investigar, siempre con seudonimización, medidas de seguridad e informe previo de un comité de ética. A escala europea, el gran cambio llega con el Espacio Europeo de Datos Sanitarios (Reglamento UE 2025/327). Está en vigor desde marzo de 2025, y sus reglas sobre uso secundario de datos para investigación se aplicarán a partir del 26 de marzo de 2029.

Para la ciudadanía, este reglamento aporta dos garantías fáciles de recordar. Su artículo 71 permite oponerse en cualquier momento, sin dar explicaciones y de forma reversible, a que los datos propios se usen con fines secundarios. Y su artículo 54 prohíbe usar esos datos contra las personas, por ejemplo para discriminarlas, excluirlas de un seguro o dirigirles publicidad. Un agente de investigación tendrá que trabajar dentro de esos límites, en entornos de tratamiento seguros y con permisos concretos.

La letra pequeña: «¡Pero si solo es investigación!»

Existe una idea tentadora: el Reglamento de IA no se aplica a la ciencia. Es una verdad a medias. Su artículo 2.6 excluye los sistemas desarrollados y puestos en servicio con el único fin de la investigación y el desarrollo científicos. Sin embargo, el artículo 2.8 aclara que las pruebas en condiciones reales no quedan cubiertas por esa exclusión. Además, muchos agentes son herramientas comerciales de uso general adaptadas a un hospital, no sistemas creados solo para investigar.

Aunque un sistema quedara fuera del Reglamento de IA, no estaría en tierra de nadie. Siguen aplicándose el RGPD, el Reglamento de ensayos clínicos y las nuevas Buenas Prácticas Clínicas ICH E6(R3), de aplicación en la UE desde el 23 de julio de 2025. Estas normas exigen que cualquier sistema informático usado en un ensayo esté validado según su riesgo, que cada cambio en los datos deje rastro y que esté claro quién responde de qué.

El calendario, además, se ha alargado. El Reglamento Ómnibus Digital sobre IA, publicado el 24 de julio de 2026, ha retrasado las obligaciones para sistemas de alto riesgo: al 2 de diciembre de 2027 para los del anexo III y al 2 de agosto de 2028 para los integrados en productos regulados, como los productos sanitarios. También ha suavizado el deber de alfabetización



en IA del artículo 4. Más tiempo para adaptarse no significa menos responsabilidad: significa que, mientras tanto, la protección de los participantes depende sobre todo de las normas que ya existen y de la diligencia de quien investiga.

Cinco preguntas que cualquier participante puede hacer

No hace falta ser jurista para proteger tus derechos. Antes de entrar en un estudio, cualquier persona puede preguntar:

1. ¿Se ha usado IA para seleccionarme y ha revisado una persona esa propuesta?
2. ¿Estoy hablando con una persona o con un asistente automático?
3. ¿Qué datos míos usará el sistema y con quién se compartirán?
4. ¿Puedo retirarme del estudio u oponerme al uso de mis datos, y cómo?
5. Si algo sale mal, ¿a quién me dirijo?

Un equipo investigador que responde con claridad a estas cinco preguntas probablemente está usando bien la IA. Uno que no sabe responderlas tiene trabajo pendiente.

Confianza: el ingrediente que ningún algoritmo fabrica

La investigación sanitaria funciona porque millones de personas como Marta deciden colaborar de for-

ma generosa. Ese pacto se basa en la confianza, y la confianza no se automatiza. Los agentes de IA pueden hacer los ensayos más rápidos, más baratos e incluso más inclusivos, pero solo si quienes participan saben cuándo intervienen, qué hacen con sus datos y que siempre hay una persona al otro lado.

España tiene una oportunidad sencilla y concreta: que los comités de ética de la investigación con medicamentos (CEIm) incorporen a la hoja de información al participante un apartado breve y estandarizado sobre el uso de IA en el estudio. No requiere una ley nueva y tendría un efecto inmediato: que nadie participe en un ensayo sin saber que una máquina también está trabajando en él.

Bibliografía

Normativa europea

- Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), arts. 9 y 22. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj
- Reglamento (UE) n.º 536/2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, art. 29. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2014/536/oj
- Reglamento (UE) 2024/1689, de Inteligencia Artificial, arts. 2.6, 2.8, 4 y 50. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj
- Reglamento Ómnibus Digital sobre IA, por el que se modifica el Reglamento (UE) 2024/1689 (DO L de 24 de julio de 2026; en vigor desde el 27 de julio de 2026). Véanse Lewis Silkin (2026), https://www.lewissilkin.com/en/insights/2026/07/27/the-digital-omnibus-on-ai-enters-into-force-today-102nedo, y Taylor Wessing (2026), https://taylorwessing.com/en/insights-and-events/insights/2026/05/the-eu-digital-omnibus-on-ai-what-the-political-deal-means.
- Reglamento (UE) 2025/327, relativo al Espacio Europeo de Datos Sanitarios, arts. 53, 54 y 71. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj

Normativa española

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), disposición adicional 17.ª. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673

Documentos éticos, técnicos y de organismos

- Asociación Médica Mundial (2024). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica con participantes humanos. Revisión de la 75.ª Asamblea General, Helsinki, octubre de 2024. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/
- ICH (2025). E6(R3) Guideline for Good Clinical Practice. EMA, step 5; de aplicación en la UE desde el 23 de julio de 2025. https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e6r3-guideline-good-clinical-practice-step-5_en.pdf
- Agencia Europea de Medicamentos (2024). Reflection paper on the use of artificial intelligence in the lifecycle of medicines. https://www.ema.europa.eu/it/news/reflection-paper-use-artificial-intelligence-lifecycle-medicines
- TEHDAS2 (2026). Guideline for health data access bodies on implementing opt-out from the secondary use of health data (D8.1). https://tehdas.eu/wp-content/uploads/2026/06/d8.1-guideline-for-health-data-access-bodies-on-implementing-opt-out-from-the-secondary-use-of-health-data.pdf

Letrada ICAM/Consultora. Doctora en Derecho Sanitario Tecnológico y Privacidad

lorena.perez.campillo@gmail.com



Congreso ANIS 2026: encuentro imprescindible de los periodistas de salud

Susana Fernández Olleros

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, aseguró que la información viaja más rápido que cualquier virus, siendo la integridad de la información de salud uno de los desafíos públicos de nuestra era, "hoy en día, las personas tienen más acceso a la información de salud. Sin embargo, están expuestos a un volumen impropio de desinformación y contenido manipulado".

Así lo explicó por video en la inauguración del XXI congreso de la Asociación Nacional de Informadores de la salud (ANIS) con el lema: "La integridad de la información sanitaria, la gran batalla", celebrado en Madrid los días 23, 24 y 25 de octubre de 2026.

El director de la OMS aseveró que la información falsa está mermando la confianza en las instituciones que protegen y promueven la salud, "la confianza depende, en gran parte, de los periodistas de salud que trabajan de una manera independiente y profesional. Cada día, los periodistas de salud ayudan a las personas a distinguir entre evidencia y opinión, y entre hechos y rumores". En este sentido, declaró, delante de casi 200 periodistas e informadores de salud, que el periodismo riguroso sigue siendo una de las defensas más fuertes en la sociedad.

El congreso ANIS es un referente nacional dentro del periodismo sanitario en el que se dan cita los compañeros que trabajan en los medios de comunicación y en los gabinetes de prensa de instituciones, agencias de comunicación, industria farmacéutica, colegios y



consejos profesionales, hospitales públicos y privados. Además de los periodistas de salud que son freelance y trabajan en varios medios y gabinetes.

Lo mejor del congreso es el encuentro entre compañeros, conversar, ponernos al día, nos abraza y nos reconforta a todos.

Por otra parte, la discusión y el debate siempre nos enriquece y después de las mesas hubo muchas preguntas a los ponentes, pero me faltó más discusión entre nosotros en temas de actualidad. Por qué digo esto, pues sencillo, cuando debatimos sobre temas complejos en comunicación en salud aprendemos y observamos distintos puntos de vista. Creo que es necesario en nuestro entorno.

Por ejemplo, el análisis de la gestión comunicativa durante la emergencia del accidente de tren ocurrido en Adamuz del Hospital Universitario Reina Sofía, nos ofreció valiosas lecciones profesionales. Gema Timón Maldonado realizó una revisión de las decisiones adoptadas que permitieron extraer un aprendizaje más allá de una simple descripción cronológica de los hechos. Gestionar la comunicación en un hospital ante una emergencia exige un enfoque estratégico, que forma parte de la propia respuesta sanitaria. Cinco días después de su intervención en el congreso tuvo lugar el accidente de tren de Urda en Toledo.

Las distintas mesas de debate del congreso #ANIS2026 ofrecieron diferentes temáticas: protección y el nuevo espacio europeo de datos sanitarios. Los jóvenes debatieron sobre cómo conectar con las nuevas generaciones y comprender sus intereses, hábitos y expectativas. Otra mesa visibilizó el problema de los contaminantes orgánicos persistentes. Por supuesto, tengo que nombrar la mesa que moderó mi compañera y amiga Marlen Novas, responsable de comunicación del Hospital Universitario Son Llàtzer en Mallorca en la que se debatió cómo se toman las decisiones en salud, quién participa en ellas y qué papel puede desempeñar la comunicación para que se construyan y se entiendan mejor. También hubo una mesa para los periodistas que trabajan en las ONG de salud, los grandes olvidados.

La última mesa del congreso la presenté yo, en otro artículo les contaré la importancia del periodismo de salud y su relación con el cine.

> “Gestionar la comunicación en un hospital ante una emergencia exige un enfoque estratégico”

Uno de los momentos más importantes fue la entrega del Premio Iñigo Lapetra de Periodismo Sanitario, que este año ha recaído en el gabinete de comunicación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, por su gran labor en el accidente de Adamuz y el Premio Local por su trayectoria y compromiso fue para la periodista de Radio Madrid de la Cadena Ser, Isabel Salvador Rodríguez.

No quiero terminar sin agradecer a los patrocinadores y ponentes su gran labor. Tras 18 años en ANIS sigo esperando el congreso con muchas ganas, para mí lo importante es el reencuentro con los compañeros de profesión con quien comparto camino en el periodismo de salud.

Periodista sanitaria y vicepresidenta de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS)

susanafernandezolleros@gmail.com

Los podcast AEC-NME

La diversidad sexual y de género, un reto para la atención sanitaria desde el respeto y la evidencia científica

El séptimo podcast de AEC Sanidad, presentado por José María Martínez, vicepresidente de AEC Sanidad y presidente ejecutivo de New Medical Economics, ha contado con la participación de la doctora Escarlata López Ramírez, directora médica de GenesisCare Andalucía, para analizar la diversidad sexual y de género, los procesos de transición y los retos que plantea su abordaje desde el ámbito sanitario, familiar y social.

La sexualidad forma parte de todas las dimensiones del ser humano y debe abordarse desde el conocimiento, el respeto y la evidencia científica. Esta es una de las principales reflexiones que ha dejado el séptimo podcast de AEC Sanidad, protagonizado por la doctora Escarlata López Ramírez, oncóloga radioterápica y directora médica de GenesisCare Andalucía, en una conversación conducida por José María Martínez.

Durante el encuentro, ambos han profundizado en diferentes cuestiones relacionadas con el colectivo LGTBI, desde la identidad de género y la orientación sexual hasta los procesos de transición, las necesidades asistenciales y el papel que desempeñan las familias y los profesionales sanitarios. Una conversación que ha puesto de manifiesto la necesidad de ofrecer información rigurosa, mejorar la formación de los profesionales y garantizar una atención sanitaria basada en el respeto y la individualización.

López Ramírez quiso comenzar estableciendo dos premisas fundamentales. La primera, que "la sexualidad es una dimensión más de la persona", junto a las dimensiones física, psicológica, emocional, social y espiritual. La segunda, que se trata de un derecho humano. En este sentido, recordó que la Organización Mundial de la Salud reconoció en 2002 el derecho de las personas a vivir su sexualidad con bienestar. "Es algo irrenunciable de la persona", afirmó.

Uno de los primeros asuntos abordados fue la diferencia entre sexo biológico, identidad de género y orientación sexual, tres conceptos que, según explicó la especialista, conviene distinguir para comprender mejor la diversidad humana. El sexo biológico está relacionado con las características cromosómicas, genéticas, anatómicas y hormonales; la identidad de género hace referencia a la vivencia interna de la persona y a cómo desea presentarse ante la sociedad, mientras que la orientación sexual tiene que ver con la atracción sexual y la vinculación afectiva.

La doctora insistió en que, aunque estos aspectos pueden estar relacionados, ninguno determina necesariamente a los demás. "La diversidad es una riqueza del ser humano", señaló, subrayando que

las combinaciones y experiencias personales pueden ser muy diferentes.

En relación con los procesos de transición de género, López Ramírez explicó que no existe un único recorrido ni un modelo que todas las personas deban seguir. Estos procesos pueden incluir cambios sociales, como la apariencia o el nombre; cambios legales, mediante la modificación de la documentación oficial, y cambios médicos, que pueden contemplar tratamientos hormonales, intervenciones quirúrgicas o procedimientos de medicina estética. Sin embargo, quiso dejar claro que cada persona decide libremente hasta dónde quiere llegar y en qué momento hacerlo. "Cada persona transita de una forma diferente y en un momento diferente, cada uno decide dónde quiere parar", explicó. Por tanto, no es necesario completar todas las etapas para vivir la propia identidad sexual de forma libre y respetuosa.

En este camino, el acompañamiento psicológico adquiere una importancia esencial, tanto para la persona que inicia la transición como para su entorno familiar. Las dudas, la ansiedad, la depresión, la información contradictoria y las posibles situaciones de rechazo o victimización pueden generar un importante sufrimiento emocional. Por ello, la especialista defendió que las familias deben mantener el vínculo afectivo con sus hijos, incluso cuando les resulte difícil comprender lo que están viviendo. "No tienes que comprenderlo todo, pero tienes que aceptar. No pierdas el vínculo que tienes con tu hijo, con tu hija", expresó.

La desinformación sigue siendo, a su juicio, uno de los principales obstáculos. Aunque cada vez existe un mayor acceso a recursos sanitarios y psicológicos, no todas las personas pueden disponer de ellos en las mismas condiciones. Además, considera imprescindible distinguir las opiniones de la evidencia científica. "Hay que diferenciar lo que son opiniones de evidencia científica", afirmó, reclamando más investigación en los ámbitos biológico, sociológico y psicológico para avanzar en el conocimiento y mejorar la atención.

La identidad de género puede manifestarse en diferentes etapas de la vida. Algunas personas comienzan a expresar su vivencia desde la infancia, otras durante la adolescencia y también hay quienes toman conciencia de ella en la edad adulta. La especialista explicó que la adolescencia es un periodo especialmente relevante por los cambios físicos, hormonales y emocionales que se producen, así como por el proceso de autoconocimiento. En esta etapa considera fundamentales la información, la



escucha y el acompañamiento, evitando las prisas y respetando los tiempos individuales.

En cualquier caso, quiso remarcar que la identidad de género no responde a un capricho. “No todos somos iguales, no todos transitan de la misma manera y lo que hay que hacer siempre es respetar y escuchar a la persona y acompañarla»” señaló. También destacó la importancia de contar con profesionales que puedan orientar adecuadamente durante las diferentes etapas y ayudar a resolver las dudas que puedan surgir.

La falta de apoyo puede tener consecuencias importantes sobre la salud mental. La doctora describió situaciones de tristeza, culpabilidad, miedo al rechazo familiar, aislamiento y pérdida de vínculos afectivos. A ello pueden sumarse experiencias de discriminación, acoso escolar, estigmatización y victimización. “Todo eso hay que intentar evitarlo”, advirtió, al tiempo que recordó que la vulnerabilidad emocional puede agravarse cuando la persona no encuentra un entorno seguro en el que expresar lo que siente.

Las redes sociales y la visibilidad pública de personas pertenecientes al colectivo LGTBI también ocuparon una parte de la conversación. Para López Ramírez, estos espacios pueden contribuir a generar comunidades de apoyo y favorecer la normalización de realidades que durante mucho tiempo han permanecido invisibilizadas. Sin embargo, también presentan riesgos relacionados con la difusión de información no rigurosa y la polarización del debate. “Lo importante no son las opiniones, sino la evidencia científica y el conocimiento preciso”, insistió. En su opinión, se trata de decisiones vitales que requieren información fiable y un acompañamiento adecuado, alejados de planteamientos ideológicos.

Desde el punto de vista asistencial, la doctora puso especial énfasis en la necesidad de que las personas trans tengan acceso a profesionales sanitarios cualificados y a una atención individualizada y multidisciplinar. Para ilustrarlo, recurrió a su experiencia como oncóloga radioterápica: “Mis pacientes tienen que tener mi mejor conocimiento, tienen que tener un tratamiento individualizado y multidisciplinar”. A su juicio, ese mismo principio debe aplicarse a las personas que transitan.

En ocasiones, estas personas se encuentran con situaciones incómodas o incluso violentas cuando acuden a determinadas consultas médicas, especialmente si su apariencia, su nombre legal y sus características anatómicas no coinciden. Por ello, considera imprescindible que los profesionales conozcan estas realidades y sepan atenderlas sin prejuicios. “Para no estigmatizar a la gente, para tratarlos con el máximo respeto y cariño, hay que formarse”, afirmó.

En este sentido, también señaló las desigualdades existentes entre los recursos públicos y privados. Aunque reconoce que se están destinando cada vez más recursos a estas necesidades, considera que todavía hay importantes diferencias de acceso, además de listas de espera y procedimientos costosos. “Se está dedicando más cada vez porque era muy necesario. Pero hay que continuar mejorando todavía. No es suficiente”, apuntó.

La educación sexual y la formación desde edades tempranas fueron otros de los asuntos centrales del encuentro. López Ramírez defendió que la educación sexual debería incorporarse como materia transversal en los centros educativos, siempre adaptada a la edad y desarrollada por personas debidamente preparadas. En su opinión, informar sobre la diversidad y las relaciones humanas no induce a nadie a adoptar una determinada identidad, sino que permite conocerse mejor y desarrollar actitudes de respeto. “Cuando tú educas, informas a la persona sobre su propia realidad, su conocimiento y cómo son las relaciones humanas. Eso es crecer y aumentar el respeto”, explicó.

La especialista trasladó también esta reflexión al ámbito laboral, donde defendió que los procesos de selección deben centrarse exclusivamente en las capacidades de cada candidato. “Tienes que seleccionar a la persona en función de su talento, no en función de la edad, del género, de la identidad sexual, de la raza o de la religión”, manifestó.

En la parte final del podcast, José María Martínez preguntó a la doctora qué mensaje trasladaría a los



jóvenes que puedan estar atravesando dudas relacionadas con su identidad. Su recomendación fue que no sientan la necesidad de tomar todas las decisiones de inmediato, que busquen información fiable y que hablen con personas de confianza y profesionales cualificados. “Preguntarse cosas no es malo, es el proceso de autoconocimiento”, señaló. También insistió en que las familias deben mantener siempre abiertos los canales de comunicación y no romper el vínculo con sus hijos. Como orientación inicial ante una situación de estas características, recomendó comenzar por el entorno familiar y buscar simultáneamente apoyo psicológico para ayudar a clarificar las dudas y ofrecer un acompañamiento adecuado. “No se trata de corregir a nadie, es aceptar, es acompañar”, resumió.

La conversación concluyó con una reflexión sobre el impacto que puede tener la falta de apoyo en la salud mental, que puede favorecer la aparición de cuadros de ansiedad y depresión, autolesiones, sentimientos de culpa y aislamiento. Frente a ello, López Ramírez defendió la importancia de hablar de sexualidad con naturalidad y de reconocer la diversidad como una realidad humana que merece respeto. “Es tan fácil que la sociedad comprenda que la diversidad sexual existe y que no hay por ello que discriminar a nadie, sino hablar con naturalidad”, concluyó.

Una llamada al conocimiento, la empatía y la formación que resume el mensaje principal de este séptimo podcast de AEC Sanidad: situar siempre a la persona en el centro de la atención y garantizar que nadie vea comprometido su bienestar y su dignidad por su identidad u orientación sexual.



El Círculo del Cuidado Humanizado: cuidar también es una decisión económica

Albert Cortés Borra

Hablar de humanización en sanidad nos lleva habitualmente a conceptos como empatía, escucha, respeto, dignidad o experiencia del paciente. Sin embargo, existe una dimensión de la humanización que todavía ocupa un espacio insuficiente en la conversación sanitaria: su dimensión económica. La pregunta ya no debería ser únicamente cuánto cuesta humanizar. Deberíamos empezar a preguntarnos cuánto cuesta no cuidar.

Una organización sanitaria está formada por personas. Cuando esas personas trabajan en entornos que favorecen el compromiso, el reconocimiento, la participación y el desarrollo profesional, la organización protege uno de sus activos más importantes: su capital humano. Cuando sucede lo contrario, aparecen costes que no siempre son visibles en una única partida presupuestaria: rotación, absentismo, presentismo, pérdida de experiencia, sustituciones, sobrecarga de los equipos, conflictos y dificultades para retener talento.

La evidencia reciente refuerza esta relación. El modelo de valor del capital humano enfermero propuesto por Yakusheva, Lee y Weiss plantea precisamente la necesidad de considerar a las enfermeras como generadoras de valor y no exclusivamente como un coste laboral. Desde esta perspectiva hemos desarrollado el Círculo del Cuidado Humanizado, un modelo que propone comprender la organización sanitaria como un sistema en el que ética, formación, liderazgo, bienestar profesional, calidad y sostenibilidad se encuentran conectados.

La ética proporciona el sentido. La formación transforma los valores en competencias. El liderazgo crea las condiciones para desarrollarlas. El bienestar profesional permite cuidar en mejores condiciones. La calidad genera valor para el paciente y para la organización. Y la sostenibilidad permite mantener ese círculo en el tiempo. No hablamos, por tanto, de elementos independientes. Durante años, humanización y eficiencia se han presentado como conceptos pertenecientes a ámbitos diferentes. Por un lado, estaban los valores, la experiencia del paciente y la relación terapéutica. Por otro, los costes, la productividad y los resultados económicos. Pero esta separación resulta cada vez menos sostenible.

Una enfermera no representa únicamente un salario. Representa formación, experiencia clínica, conocimiento de los pacientes, capacidad de decisión y conocimiento de la propia organización. Cuando abandona una institución, no se pierde solamente una persona: también puede perderse conocimiento acumulado y experiencia. La organización debe, además, asumir los costes de selección, incorporación y adaptación de un nuevo profesional.

Por eso, cuidar al profesional puede entenderse también como una inversión en capital humano. Por ello, la cuestión es cómo medir su retorno. El liderazgo ocupa aquí una posición central. Un gestor sanitario no gestiona únicamente turnos, recursos o actividad. También genera, o deteriora, confianza, reconocimiento, participación y sentido de pertenencia. La investigación reciente señala la importancia del liderazgo y del entorno de trabajo en la retención de profesionales de enfermería.

Un liderazgo humanizado no significa un liderazgo menos exigente. Significa comprender que la exigencia sostenible necesita condiciones adecuadas para que las personas puedan responder a ella. No podemos pedir compromiso sin generar condiciones para comprometerse. No podemos pedir innovación sin ofrecer espacios para participar. No podemos pedir humanización al profesional si la propia organización no practica internamente aquello que exige.

Esta cuestión adquiere especial relevancia cuando hablamos de burnout. El desgaste profesional no puede interpretarse exclusivamente como un problema individual. También obliga a analizar las condiciones de trabajo, los recursos disponibles, el liderazgo y el entorno organizativo. La evidencia reciente continúa mostrando la relación entre burnout, intención de abandonar y condiciones organizativas.

¿Cuál es el coste de no cuidar?

¿Cuánto cuesta sustituir a un profesional que abandona? ¿Cuánto cuesta perder experiencia? ¿Cuánto cuesta el absentismo? ¿Cuánto cuesta un equipo sometido a una elevada rotación? ¿Cuánto cuesta la pérdida de productividad asociada al agotamiento?



¿Cuánto cuesta una organización incapaz de retener a profesionales cualificados?

Son preguntas económicas, pero también son preguntas de gestión.

Por eso necesitamos ampliar nuestros cuadros de mando. Junto a los indicadores tradicionales de actividad, costes y resultados asistenciales deberían aparecer otros relacionados con rotación, absentismo, compromiso, bienestar, percepción del liderazgo, estabilidad de las plantillas y experiencia profesional.

Lo que no se mide difícilmente puede gestionarse

La humanización necesita pasar de las declaraciones a los indicadores. No para convertirla en burocracia, sino para demostrar su impacto.

Una organización debería saber cuánto invierte en formación, liderazgo y bienestar, pero también qué resultados obtiene de esas inversiones. Deberíamos poder estudiar si determinadas intervenciones contribuyen a reducir rotación, mejorar compromiso, disminuir absentismo o favorecer la estabilidad de los equipos.

Ese es el camino hacia un retorno de la inversión en humanización. No es afirmar que toda intervención humanizadora produzca automáticamente un ahorro económico. Sería una conclusión excesiva. Significa reconocer que existen mecanismos organizativos que conectan las condiciones de trabajo con la retención, el bienestar, la calidad y la sostenibilidad, y que necesitamos medir mejor ese retorno.

La literatura reciente sobre humanización de los cuidados señala precisamente la importancia de las condiciones organizativas para hacer posible una atención verdaderamente humanizada.

El Círculo del Cuidado Humanizado puede resumirse así:

Coste de no cuidar → inversión en humanización → retorno organizativo → sostenibilidad.

El coste de no cuidar incluye rotación, absentismo, pérdida de talento, sustituciones, conflictos y pérdida de conocimiento.

La inversión en humanización comprende liderazgo, formación, participación, reconocimiento, conciliación, bienestar y desarrollo profesional.

El retorno puede observarse mediante mayor compromiso, estabilidad, retención del talento, calidad y eficiencia.

Y el resultado final debería ser una organización más sostenible.

Esta perspectiva introduce además un concepto que considero fundamental: el profesionalcentrismo. No significa colocar al profesional por encima del paciente, sino reconocer que el profesional constituye una pieza central del sistema de cuidados.

- No existe experiencia del paciente sin experiencia del profesional.
- No existe calidad sostenida sin equipos estables.
- No existe innovación sin profesionales capaces de participar.
- Y difícilmente existe sostenibilidad cuando el principal capital de la organización se deteriora.

Esta mirada permite superar una falsa dicotomía: humanización frente a eficiencia.

La cuestión no debería ser elegir entre cuidar mejor o gestionar mejor. El verdadero reto consiste en conseguir que ambas dimensiones formen parte de la misma estrategia. Una organización que cuida a sus profesionales protege su capital humano. Un capital humano protegido favorece equipos más estables. Los equipos estables conservan experiencia y conocimiento. Ese conocimiento puede contribuir a mejorar los procesos y la calidad. Y una organización capaz de integrar personas, calidad y eficiencia tiene mayores posibilidades de sostenerse. Por eso, humanizar no debería ser una actividad periférica de las organizaciones sanitarias. Debería formar parte de su estrategia.

La economía del cuidado necesita incorporar esta mirada. Necesitamos medir el coste de la rotación. Necesitamos conocer el impacto del burnout. Necesitamos evaluar las políticas de liderazgo. Necesitamos

valorar la experiencia profesional. Y necesitamos comenzar a estudiar de manera sistemática cuánto valor genera invertir en las personas que hacen posible el cuidado.

El futuro de la gestión sanitaria no debería consistir únicamente en hacer más con menos. Debería consistir en generar más valor con los recursos disponibles, cuidando al mismo tiempo a quienes hacen posible ese valor.

Quizá la pregunta que debería entrar definitivamente en nuestros cuadros de mando sea muy sencilla:

¿Cuánto estamos invirtiendo en cuidar a quienes cuidan y cuánto nos está costando no hacerlo?

Responderla con datos puede abrir una nueva etapa para la gestión sanitaria. Una etapa en la que humanización, calidad, bienestar profesional y economía no sean caminos paralelos, sino partes de un mismo círculo.

El Círculo del Cuidado Humanizado: cuidar a las personas para generar valor, generar valor para sostener las organizaciones y sostener las organizaciones para seguir cuidando.

Bibliografía

1. Yakusheva O, Lee KA, Weiss M. The Nursing Human Capital Value Model. Int J Nurs Stud. 2024;160:104890. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104890.

2. Drenkard K. Nurses as Human Capital, Not Human Resources. J Nurs Adm. 2025;55(1):5-6. doi: 10.1097/NNA.0000000000001519.

3. Weiss M, Pappas SH, Chadwick M, Oliver B, Yakusheva O. Nursing Leadership Strategies in a New Paradigm for Nursing's Economic Value. J Nurs Adm. 2025;55(11):629-636. doi: 10.1097/NNA.0000000000001654.

4. Stankiewicz Losty L, Pascale A, Warshawsky NE. Staffing and leadership as drivers of nurse retention: a work environment analysis. Nurs Manage. 2026;57(2):19-26. doi: 10.1097/nmg.0000000000000343.

5. Jiménez-García S, Flor-Martínez A. Interventions for preventing or reducing nurse burnout: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2026;178:105391. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2026.105391.

6. Reyes-TéllezÁ, González-GarcíaA, Martín-Salvador A, et al. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med (Lausanne). 2024;11:1446701. doi: 10.3389/fmed.2024.1446701.

7. Martin-Ferreres ML, Wennberg-Capellades L, Rodríguez E, et al. Challenges for hospital management in supporting nurses to deliver humanized care. Nurs Inq. 2025;32(1). doi: 10.1111/nin.12422.

8. Felion CM, Morgan D, Johnson K, Rainbow J. Nurse-endorsed strategies to repair nurse-employer relationships, alleviate burnout, boost retention, and rebuild trust in the post-pandemic era. Nurs Outlook. 2026;74(1):102627. doi: 10.1016/j.outlook.2025.102627.

9. Cortés Borra A, Gea-Caballero, Jaén Ferrer P, Peixó Martínez M, Martínez Riera JR. El Modelo del Círculo Humanizado: una teoría de la reciprocidad humanizadora en enfermería y las organizaciones sanitarias. Ética de los Cuidados. 2026; 19: e16356. https://ciberindex.com/c/et/e16356

Enfermero, coordinador del grupo de trabajo de humanización de la Asociación de Enfermería Comunitaria, director de HUGES y doctorando en Ciencias de la Salud por la Universidad de Alicante.



¿Y si dejamos de imaginar a la enfermera solo al pie de la cama?

Maialen Gorricho Genua

La Enfermería es mucho más que asistencia. Ampliar nuestro imaginario profesional es también una forma de ampliar el futuro de la profesión.

Ahora que vuelve a comenzar un nuevo curso académico, cuando pregunto a mis estudiantes de Enfermería de la asignatura Enfermería para la transformación social qué tipo de enfermeras quieren ser, la amplia mayoría responde lo mismo: enfermeras asistenciales.

No me sorprende. Es lógico. Es lo que conocen, lo que han visto desde pequeños, lo que aparece en las películas, en las series y en los libros. Es la imagen que la sociedad ha construido de nuestra profesión y, por supuesto, también es el ámbito en el que desarrolla su trabajo una gran parte de las enfermeras.

La asistencia es esencial. Es el núcleo de nuestra profesión y nunca debería perder el lugar que le corresponde. Pero hay algo que me inquieta cuando escucho esas respuestas: ¿Cuántos de esos estudiantes han elegido realmente la asistencia después de conocer todas las posibilidades que ofrece la Enfermería? ¿Y cuántos la eligen, sencillamente, porque todavía no se han imaginado haciendo otra cosa?

Quizá el problema no esté en sus respuestas, sino en el horizonte de posibilidades que les hemos mostrado.

Una profesión con muchas más caras

La Enfermería no es una profesión de una sola salida. Sin embargo, seguimos proyectando una imagen bastante limitada de lo que significa ser enfermera.

Si pensamos en la asistencia, encontramos un abanico de posibilidades que ya es, por sí mismo, enorme: trabajar en instituciones sanitarias públicas o privadas, preparar una oposición, desarrollar una carrera profesional en diferentes especialidades, ejercer en otros países, participar en misiones humanitarias o trabajar en ámbitos tan específicos como los servicios sanitarios militares o las instituciones penitenciarias. También existen oportunidades en el entorno escolar, en la atención domiciliaria y en servicios dirigidos a personas que necesitan cuidados personalizados. No nos olvidemos de las enfermeras que trabajan en los cruceros, grandes eventos y hoteles.

Pero la profesión no termina ahí

Hay enfermeras que investigan, que enseñan en las universidades, que lideran equipos y organizaciones, que participan en el diseño de políticas públicas y que contribuyen a tomar decisiones estratégicas sobre salud. Las hay que escriben libros, que divulgan conocimiento en redes sociales, que asesoran en producciones cinematográficas para que la representación de los cuidados sea más rigurosa o que

colaboran en el desarrollo de productos y tecnologías dirigidos a mejorar la atención.

Algunas trabajan en empresas, en consultoría, en formación o en departamentos comerciales vinculados al ámbito sanitario. Otras desarrollan su actividad en organizaciones sociales, en instituciones internacionales o en espacios profesionales que quizá ni siquiera asociamos inicialmente con la Enfermería.

Todas ellas siguen siendo enfermeras. Aunque su día a día no transcurra necesariamente junto a una cama, su formación, su conocimiento de los cuidados y su comprensión de las necesidades de las personas pueden aportar un valor diferencial en muchos otros contextos.

Emprender también es una forma de cuidar

Hay un ámbito que merece una atención especial: el emprendimiento enfermero.

Durante mucho tiempo, emprender no ha formado parte de la imagen más habitual de nuestra profesión. Sin embargo, cada vez encontramos más iniciativas lideradas por enfermeras y enfermeros que identifican necesidades y crean soluciones para responder a ellas.

Hablamos de profesionales que ponen en marcha consultas y servicios de enfermería, desarrollan propuestas de atención personalizada, crean empresas para prestar servicios asistenciales a distintos colectivos o diseñan proyectos dirigidos a personas que necesitan cuidados durante sus viajes o desplazamientos. También de quienes impulsan centros de formación, academias de preparación de oposiciones, plataformas educativas, proyectos de divulgación y negocios especializados en productos para profesionales de Enfermería.

A ello se suma la participación de enfermeras en empresas que desarrollan productos sanitarios, tecnologías para el cuidado o soluciones destinadas a mejorar la experiencia de pacientes y profesionales.

El emprendimiento no tiene por qué significar abandonar la esencia de la Enfermería para convertirse en empresaria. Puede ser, precisamente, una manera de trasladar el conocimiento enfermero a nuevos espacios, detectar necesidades que todavía no están bien resueltas y generar soluciones que aporten valor a la sociedad.

Eso sí, emprender exige competencias que no siempre se enseñan de manera suficiente: gestión, planificación, liderazgo, comunicación, conocimientos económicos, innovación y capacidad para evaluar la viabilidad de un proyecto. También exige conocer el marco legal y deontológico en el que se desarrolla la actividad profesional.

La vocación y el conocimiento clínico son fundamentales, pero no siempre bastan para transformar una buena idea en un proyecto sostenible.

¿Estamos preparando a nuestros estudiantes para todas estas posibilidades?



Aquí es donde la reflexión debe trasladarse a las facultades. Los estudios de Grado en Enfermería deben garantizar una sólida formación para prestar cuidados seguros y de calidad. No se trata de restar tiempo ni importancia a esa preparación, sino de reconocer que el desarrollo profesional puede adoptar formas muy diversas.

Si queremos que las futuras enfermeras puedan tomar decisiones informadas sobre su carrera, necesitan conocer esa diversidad desde las primeras etapas de su formación. También necesitan comprender que las competencias enfermeras pueden aplicarse en contextos asistenciales, educativos, organizativos, empresariales, científicos y sociales.

La gestión, el liderazgo, la innovación y el emprendimiento no deberían aparecer únicamente cuando una profesional decide especializarse o descubre por casualidad una oportunidad laboral. Merecen un espacio en la orientación académica y profesional, en la formación de posgrado y en las actividades que conectan la universidad con la realidad del mercado laboral.

Mostrar referentes también es importante. Escuchar a una enfermera que dirige una empresa, conocer a otra que desarrolla investigación aplicada o descubrir cómo una profesional ha convertido una necesidad detectada durante su práctica en un proyecto emprendedor puede abrir posibilidades que antes ni siquiera se contemplaban.

No todo el alumnado querrá emprender. No todos desearán dedicarse a la investigación, la docencia o la gestión. Y no tienen por qué hacerlo. Pero elegir un camino es distinto de desconocer que existen otros.

Necesitamos ampliar nuestra imagen de la Enfermería

La representación social de nuestra profesión también influye en sus oportunidades. Durante décadas, una parte importante de la cultura popular ha mostrado a la enfermera con uniforme (demasiado a menudo con la tradicional cofia) administrando medicación o acompañando al médico. Esa imagen es incompleta, aunque siga conteniendo elementos reconocibles de una parte del trabajo enfermero.

Quizá haya llegado el momento de ampliar el encuadre.

Necesitamos que la sociedad también pueda imaginar a una enfermera con una bata blanca en un laboratorio, presentando los resultados de una investigación, dirigiendo una organización, asesorando en el desarrollo de una tecnología sanitaria o sentada en una mesa de decisiones estratégicas. Y, por supuesto, que pueda imaginarla con un traje ejecutivo al frente de su propia empresa.

No porque una de esas imágenes sea mejor que otra, sino porque todas pueden representar formas legítimas de desarrollar el conocimiento enfermero.

La Enfermería necesita profesionales excelentes en la asistencia, pero también necesita investigación, docencia, liderazgo, innovación, gestión y capacidad emprendedora. Necesita enfermeras que cuiden directamente a las personas y enfermeras que contribuyan a crear las condiciones, los servicios y las herramientas que permitirán cuidarlas mejor.

Tal vez, cuando vuelva a preguntar a mis estudiantes qué tipo de enfermeras quieren ser, muchas sigan respondiendo que quieren dedicarse a la asistencia. Y me parecerá estupendo.

Pero me gustaría que, antes de responder, hubieran podido conocer todas las opciones. Que supieran que una enfermera puede desarrollar una carrera profesional muy diferente de la que imaginaron al comenzar el grado. Que entendieran que su formación no las limita a un único escenario, sino que les proporciona una base de conocimiento desde la que pueden construir trayectorias diversas.

Porque ampliar las salidas profesionales no significa alejar a la Enfermería de sus raíces. Significa reconocer todo lo que nuestra profesión puede aportar. Y quizá el primer paso para que las enfermeras ocupen nuevos espacios sea tan sencillo como empezar a imaginarlas en ellos.

PDI del Grado en Enfermería en la Universidad de Deusto (Donostia - San Sebastián)



Una nueva salud es cosa de todos

Desde el sector privado impulsamos la **calidad** mediante estándares rigurosos y evaluación continua, para garantizar los mejores resultados posibles en la atención de las personas.

IDIS
Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad

fundacionidis.com



Vigilancia activa, secuelas y comunicación en el cáncer de próstata

Carlos Bezos Daleske

El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en hombres en España y su supervivencia a cinco años ronda el 90%. Con estas cifras, la calidad de la atención depende en buena medida de la experiencia del paciente: cómo entiende y vive la decisión terapéutica, los meses de seguimiento y las secuelas. Analizamos esa experiencia a partir de los testimonios que recoge el urólogo Pedro de Pablos en su proyecto *Prostalia* y de la evidencia publicada, y proponemos cómo pueden incorporarla los servicios de urología.

Pedro de Pablos es urólogo y se dedica al cáncer de próstata. Hace un tiempo empezó a grabar entrevistas largas con pacientes y familiares, que publica en un canal llamado *Prostalia*. En ellas se habla del diagnóstico, del miedo, de la sexualidad, de las secuelas de los tratamientos, de la pareja y de cómo se toman las decisiones. Él aporta el contexto médico y los pacientes cuentan cómo lo han vivido. Con motivo de noviembre, mes de concienciación sobre esta enfermedad, le hicimos llegar algunas preguntas desde IEXP.

Uno de los testimonios del canal sirve para entrar en el tema. Un paciente recuerda la consulta en la que le propusieron vigilancia activa, con la siguiente biopsia al cabo de un año. Tener células cancerígenas y esperar le resultó difícil de encajar: “Para mí eso me mató. Me rompió, ¿no?”. En la entrevista completa explica que la indicación médica era correcta y que lo que le afectó fue la manera en que se le comunicó.

Muchos supervivientes, muchas secuelas

Según el informe ‘Las cifras del cáncer en España 2026’ de SEOM y REDECAN, este año se diagnosticarán 34.833 casos de cáncer de próstata, el tumor más frecuente en hombres, con una supervivencia neta a cinco años cercana al 90%. Son muchos hombres que vivirán años con el diagnóstico y con las consecuencias de los tratamientos.

Esas consecuencias están bien documentadas. En el ensayo ProtecT, 1.643 hombres con cáncer localizado completaron cuestionarios de resultados reportados por pacientes durante seis años. La prostatectomía fue la opción que más afectó a la función sexual y a la continencia urinaria y, aunque hubo cierta recuperación, esos resultados siguieron siendo peores que en los otros grupos durante todo el seguimiento. La radioterapia empeoró sobre todo la función intestinal y sexual en los primeros meses. En vigilancia activa, la función urinaria y sexual fue declinando poco a poco (Donovan et al., 2016).

De Pablos lo explica desde la consulta: “Yo puedo explicar los estudios y lo que vemos en consulta, pero no he llevado compresas ni he recibido un diagnóstico de cáncer. Esa parte la tienen que contar ellos”.

Lo que cuentan los pacientes

Después de muchas entrevistas, De Pablos dice haber aprendido a cuestionar lo que él daba por impor-

tante: “Podemos estar satisfechos con un buen resultado oncológico y que esa persona siga teniendo dificultades importantes en su día a día”. Los pacientes hablan de la espera hasta la siguiente revisión, de cómo contárselo a los hijos, de la relación con la pareja, de la vergüenza de hablar de una secuela o del miedo a una recaída. Son temas que ocupan mucho en su vida y poco tiempo en la consulta. Forman parte de la experiencia del paciente tanto como el resultado de la analítica, aunque casi nunca queden registrados. También menciona a las familias, a las que solemos ver como acompañantes cuando ellas mismas están viviendo el diagnóstico.

Si ordenamos estos temas con el modelo de cinco planos de la experiencia del paciente que utilizamos en IEXP, la incontinencia y la disfunción sexual pertenecen al plano físico; la espera entre biopsias y la duda sobre quién coordina el seguimiento, al asistencial; el miedo a la progresión, al emocional, y la pareja y la familia, al social.

El plano simbólico ayuda a entender el testimonio del principio. Ante un cáncer se espera una respuesta activa, y la palabra “vigilancia” puede sonar a quedarse de brazos cruzados. De Pablos lo describe así: una propuesta pensada para evitar un tratamiento innecesario “puede vivirse como si no se estuviera haciendo nada”. Algo parecido vemos en pacientes respiratorios que no consideran medicación un inhalador porque no es una pastilla. La conferencia de consenso de los NIH sobre vigilancia activa ya planteó en 2011 reconsiderar el término “cáncer” en la enfermedad de bajo riesgo por la ansiedad que provoca, y dejó como pregunta abierta cómo comunicar mejor esta opción (Ganz et al., 2011).

Utilidad y límites de los relatos de pacientes

Compartir experiencias de pacientes en Internet tiene efectos documentados. Ziebland y Wyke (2012) describieron siete vías por las que pueden influir en la salud de quien las consulta: encontrar información, sentirse apoyado, mantener las relaciones, cambiar conductas, entender los servicios sanitarios, aprender a contar la propia historia y hacerse una idea visual de la enfermedad. Cada una puede tener efectos positivos y negativos. Un testimonio ayuda a entender cómo se vive una situación, pero no dice qué probabilidad tiene otro paciente de vivir lo mismo. De Pablos lo tiene presente: conocer la experiencia de otro hombre ayuda, pero cada uno necesita entender su propio caso.

Implicaciones para la gestión

La experiencia del paciente durante la vigilancia activa tiene consecuencias en el proceso asistencial. Un estudio cualitativo con urólogos, médicos de atención primaria y pacientes de Michigan concluyó que la adherencia a la vigilancia activa sigue siendo difícil y que mejora cuando el paciente gana confianza, gracias a una comunicación coordinada en el equipo, al apoyo psicosocial con familias y pares, a la atención a la ansiedad y la incertidumbre y a sistemas de información que sostengan el seguimiento (Chen et al., 2025). Un paciente que vive la vigilancia como un abandono puede dejarla o pedir un tratamiento radical que no necesitaba, con secuelas para él y costes para el sistema.

El tiempo de consulta también cuenta. De Pablos propone preguntar qué ha entendido el paciente y qué quiere saber antes de añadir información, conocer qué le preocupa, comprobar que ha entendido las alternativas y dejar espacio para las preguntas. Reconoce que eso exige formación y voluntad, y también condiciones: “La buena atención necesita tiempo”.

Para un Servicio de Urología o una Dirección de Calidad, esto se traduce en algunas medidas concretas:

- Organizar la vigilancia activa como un proceso, con controles definidos, una persona de referencia y un contacto entre visitas.
- Medir la función urinaria, sexual e intestinal con resultados reportados por pacientes, y la comprensión de la decisión con cuestionarios de experiencia del paciente (PREM).
- Contar con la pareja y la familia en la información y en la decisión.
- Usar relatos de otros pacientes como complemento de la información clínica, elegidos y contextualizados por profesionales.



- Reservar tiempo de consulta médica o de enfermería para el diagnóstico y la decisión terapéutica.

Son medidas de bajo coste si se comparan con un tratamiento radical evitable.

De Pablos recuerda que algo que un profesional explica varias veces al día «puede ser lo más importante y angustiante que esa persona ha escuchado en su vida». Conviene tenerlo presente en cada consulta de diagnóstico.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Las cifras del cáncer en España 2026. Madrid: SEOM; 2026.

2. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, et al. Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. N Engl J Med. 2016;375(15):1425-1437. doi:10.1056/NEJMoa1606221

3. Ziebland S, Wyke S. Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health? Milbank Q. 2012;90(2):219-249. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00662.x

4. Ganz PA, Barry JM, Burke W, et al. NIH State-of-the-Science Conference Statement: role of active surveillance in the management of men with localized prostate cancer. NIH Consens State Sci Statements. 2011;28(1):1-27.

5. Chen JC, Subramanian L, Skolarus TA, et al. Multi-level factors to build confidence and support in active surveillance for low-risk prostate cancer: a qualitative study. J Gen Intern Med. 2025;40(5):1107-1115. doi:10.1007/s11606-024-09345-x

CEO del Instituto para la Experiencia del Paciente (IEXP)

carlos.bezos@iexp.es



Queremos que el paciente se sienta cuidado. Pero ¿estamos permitiendo que nuestros profesionales cuiden?

Irene Sánchez Díaz

Por si no quieres esperar hasta el final, la idea fuerza que abordo en este artículo es el desplazamiento de la responsabilidad. Cómo pasar de poner el foco en el profesional individual y empezar a hacerlo en el sistema que condiciona su comportamiento.

Tres preguntas que cambiaron mi manera de entender y diseñar la experiencia del paciente

Una organización sanitaria puede tener muy buenos profesionales y no ser capaces de ofrecer una buena experiencia.

A menudo, me cruzo con médicos excelentes, enfermeras comprometidas, recepcionistas amables y direcciones convencidas de que el trato humano es una prioridad. Sin embargo, también veo que hay pacientes que salen sintiéndose poco escuchados, desorientados o sin acompañamiento a lo largo de su proceso.

Entonces, ¿cómo es posible que una organización llena de buenas personas no siempre consiga ofrecer una buena experiencia?

Durante años, trabajando en proyectos de experiencia de cliente y paciente, he ido comprendiendo que la respuesta no está únicamente en las personas. Hay muchos factores, uno de ellos está en lo que sucede alrededor de ellas.

Ese alrededor podríamos irlo desgranando poco a poco y nos daríamos cuenta de que hay muchos aspectos invisibles que frenan la experiencia ideal que desde el corporativo se tiene la intención de entregar.

Los procesos que deben seguir, la información de la que disponen, los espacios donde trabajan, los tiempos que tienen, las tareas administrativas, las decisiones de sus responsables... Todo esto, facilita o dificulta que los profesionales puedan o no cuidar bien a sus pacientes.

Esta reflexión me llevó a incorporar tres preguntas que hoy considero inseparables y me guían en cada diseño de un servicio.

1. ¿Qué quiero que sienta el paciente?

Esta es la pregunta por la que solemos empezar quienes trabajamos diseñando experiencias.

Para mí, tiene todo el sentido.

¿Qué queremos que sienta una persona cuando llega por primera vez a nuestra clínica? ¿Y cuando espera un diagnóstico que le preocupa? ¿Y cuando está a punto de entrar en quirófano? ¿Cómo será cuando reciba una noticia difícil? La lista debería ser larga.

Seguridad, confianza, tranquilidad, comprensión, acompañamiento… son palabras que aparecen constantemente en las estrategias de experiencia de paciente y en las webs de las organizaciones de salud.

Pero, ¿hemos invertido recursos en diseñar cómo hacer tangible estos atributos?

Decir que queremos que un paciente se sienta acompañado no implica que hayamos diseñado una experiencia que le haga sentirse así. La tranquilidad no aparece porque la incluyamos entre nuestros valores ni la confianza se genera con un cartel en recepción.

La amabilidad ya se queda corta per se.

2. ¿Qué necesita el profesional para hacerlo posible?

Esta pregunta cambió profundamente mi manera de abordar las realidades sanitarias en los proyectos.

En general, existe bastante claridad en cómo queremos que se comporte un profesional de salud. Pero ¿está teniendo las condiciones para hacerlo?

Podemos formar a un profesional para escuchar activamente o ser más empático, pero si su agenda no le permite atender con más tiempo y sensibilidad una situación que lo requiera, estaremos colocando sobre sus hombros una contradicción. Vaya, que le pedimos que haga algo que el propio funcionamiento de la organización no le está permitiendo hacer.

Creo que, no podemos o no deberíamos exigir comportamientos de cuidado sin diseñar las condiciones que los hacen posibles. Y esto no significa renunciar a la responsabilidad individual, pasa también porque la organización asuma su parte de responsabilidad.

3. ¿Qué lo está frenando?

Posiblemente, la pregunta más incómoda. Pero tremendamente necesaria si se quieren poner cartas en el asunto.

También es una de las más transformadoras porque nos obliga a dejar de mirar exclusivamente lo que hace el profesional y empezar a observar cómo funciona la organización.

La mayoría de las veces lo que frena una buena experiencia es un proceso mal diseñado o una información excesivamente técnica. También, una sala de espera que no regula y nos genera ansiedad.

En esta lista también irían los sistemas informáticos que obligan a realizar tareas innecesarias o la ausencia de coordinación entre equipos.

Hay muchas más.

Muchas veces me encuentro organizaciones sanitarias en la que nadie se ha detenido a definir qué significa realmente cuidar bien. No es que no esté aterrizado y sea tangible, es que nadie ni siquiera se ha parado a



pensarlo y conceptualizarlo. No se le ha dado ningún tipo de relevancia.

Muchas de las barreras que deterioran la experiencia del paciente no son visibles para la dirección, pero forman parte del día a día del profesional. Por eso, observar es tan importante.

No basta con preguntar cómo funciona una clínica. Hay que verlo, sentirlo.

Sentarse en sus salas de espera.

Escuchar cómo se explican los tratamientos.

Observar qué sucede cuando alguien llega con miedo, cuando una consulta se retrasa o cuando un acompañante necesita más información.

Entender lo que vive el paciente, pero también lo que está viviendo el profesional mientras intenta atenderle. Mirarlo en paralelo.

Lo aprendí especialmente trabajando con experiencias de alta vulnerabilidad

En uno de mis proyectos rediseñé un circuito quirúrgico pediátrico de oftalmología.

El objetivo no podía limitarse a que el niño tuviera una buena experiencia durante la intervención.

Había que comprender qué estaba viviendo.

Su miedo ante un lugar desconocido. La separación de sus padres. Los espacios extraños. Los sonidos. La incertidumbre.

Pero también había que comprender qué necesitaba la familia para acompañarle y qué necesitaban los profesionales para ofrecer una experiencia diferente.

Por eso el trabajo no consistió únicamente en sensibilizar a los equipos.

Hubo que intervenir en el circuito asistencial para no replicar una experiencia que para el niño no tiene sentido, preparar mejor la información previa, adaptar espacios, incorporar elementos sensoriales y de juego y diseñar una figura específica de acompañamiento.

Lo primero y más importante, hubo que conocer en profundidad a los niños y niñas que atravesaban esos procesos, y a sus familias. No pedíamos a los profesionales que fueran más humanos. Lo que hicimos fue diseñar un sistema que les permitiera cuidar de una manera más humana.

La diferencia es grande.

Sabremos que ha funcionado cuando la organización consiga que esa forma de actuar sea una realidad, reconocible por los pacientes y sostenible por la organización.

Por eso, las tres preguntas que te contaba deben estar siempre presentes.

- ¿Qué quiero que sienta el paciente?
- ¿Qué necesita el profesional para hacerlo posible?
- ¿Qué lo está frenando?

La primera define la experiencia que queremos crear.

La segunda nos permite diseñar las condiciones para hacerla realidad.

La tercera nos obliga a transformar aquello que impide que suceda.

No podemos abordar una sin contemplar el resto. Van de la mano.

Dicho esto, te invito a reflexionar qué entendemos por evolución en la gestión de experiencia de paciente. Quizá, no es más (ya es mucho) que preguntarnos qué tenemos que cambiar en nuestras organizaciones para que los profesionales puedan hacerlo realidad.

Consultora de Experiencia de Paciente y Diseño de Servicios para grupos y organizaciones sanitarias.
irene@irenesanchezdiaz.com



Las profesiones sanitarias, un problema sin resolver

Mariano Avilés Muñoz

En no pocas ocasiones se ha hablado de la actualización de la Ley de Profesiones Sanitarias; desde el año 2003 hasta hoy la sociedad española ha experimentado un cambio radical en todo: comportamiento, necesidades, esperanza de vida, medicamentos financiados al alcance de la población, incluso ha cambiado en la longitud de las listas de espera que hoy son sustancialmente más largas que antaño, dependiendo incluso de las políticas sanitarias de cada una de las comunidades autónomas.

Desde siempre el grado de colaboración entre las profesiones sanitarias no ha sido del todo óptimo, más bien al contrario, las reticencias entre médicos, enfermeros, farmacéuticos han aflorado, y de hecho siguen aflorando en el ambiente cuando la necesidad de la colaboración entre las profesiones debiera ser una máxima a seguir.

La individualidad profesional está caduca y más que nunca se necesitan unas de otras para que las diferencias entre ellas no constituyan una barrera insalvable para que redunde en beneficio del paciente. El paciente necesita que la asistencia en las crisis de salud sea un todo y que, en la medida de lo posible, se evite el calvario de ir de un lado para el otro y que la búsqueda de la salud no suponga un hundimiento en la enfermedad producto de la incertidumbre.

Verdad es que la falta de recursos humanos en gran parte de las ocasiones hace inútiles otros avances que pudieran ayudar al tratamiento de las dolencias, pero la política sanitaria decrépita que hoy se padece no da luz a albergar unas mejores posibilidades de cara al futuro.

Así que, los médicos van a lo suyo, los enfermeros con su cruzada por alcanzar mejores cotas de gestión sanitaria, y los farmacéuticos tratando de verse reconocidos con agentes sanitarios y no como meros dispensadores de medicamentos prefabricados. No entro en algo que por su avance se ha convertido en una necesidad de primer orden producto de la sociedad de vértigo que se está construyendo y que no es otra que la salud mental, que, por fin, empieza a tomarse en serio en algunas políticas sanitarias de ciertas Comunidades Autónomas.

Se ha hablado hasta la saciedad de la colaboración multidisciplinar e interprofesional, pero cada parte se



mantiene en su posición sin que se dé un paso adelante en busca del consenso, aunque en no pocos foros se predique lo contrario. Cuando en ASEDEF se propuso trabajar por un pacto por la Sanidad se abordaron estos temas con profusión y aparente responsabilidad de quienes eran representativos, pero aquellas buenas intenciones en tantas sesiones celebradas han quedado en lo que hay hoy, nada.

Todo lo anterior, que es un deseo sano y sensato, queda opacado por la falta de profesionales cuya incorporación se demandan de forma persistente una y otra vez; si la base, que son los profesionales, escasea y no se renuevan generacionalmente, difícilmente se puede alcanzar el más mínimo síntoma para solucionar el problema. Los profesionales escasean y sus retribuciones también. La estabilidad de las plantillas daría como resultado mejores ratios de atención y de calidad.

La Atención Primaria se ve desbordada día tras día en centros de salud a veces mal dotados de recursos materiales (aparte de los humanos), los médicos de familia y la enfermería abordan día tras día el aluvión de gentes producto del incremento poblacional internacional en busca de criterios médicos, ello al igual que sucede en otros aspectos sin que ese incremento poblacional se haya visto reflejado en el aumento de recursos para mantener la calidad asistencial.

Pero no quiero cerrar esta colaboración sin hacer mención de algo que siempre he pensado y defendido, y es la integración total de la odontología en la Seguridad Social. Soy consciente que el derecho a la salud universal está reñido con la salud odontológica precisamente por los dineros y la forma de acompasar las necesidades poblacionales en este campo con los problemas de financiación que pudiera generar, además de otros criterios de interés sectorial.

Se sabe de la importancia que tiene la salud bucodental en la salud general y en la prevención de enfermedades. Sería motivo de estudio y protocolización, el coste de financiación y el ahorro en otras patologías que la Seguridad Social hoy cubre y a no poco coste; de paso se daría cumplimiento al principio de universalidad tan anunciado y maltratado.

En cualquier zona geográfica, sea rural o urbana en muchas ocasiones se encuentran casos verdaderamente dramáticos en que la carencia de higiene bucodental denota un nivel de pobreza y abandono alarmante y esto sucede en el siglo XXI, por lo que es urgente que las estructuras administrativas del Estado vean la posibilidad de ir integrando esta prestación en colectivos que hoy se les ve vulnerables en atención a la edad, nivel económico, oportunidades vitales y lugar geográfico dónde viven. Por tanto, requeriría un acceso protocolizado y estricto para esta prestación.

> “La estabilidad de las plantillas daría como resultado mejores ratios de atención y de calidad”

A veces tengo la terrible sensación de que la política está verdaderamente reñida con la sociedad y con sus necesidades a todos los niveles. La necesidad de una sanidad equitativa y universal no debiera ser un axioma puesto para ser incumplido; debemos exigir a quienes nos representan un mínimo de coherencia y anteponer lo importante, como es el caso de la salud, de discusiones peregrinas que encienden el ánimo para no obtener resultado alguno o para que los árboles no dejen ver el bosque.

Jurista y Presidente de ASEDEF (Asociación Española de Derecho Farmacéutico)
marianoaviles@asedef.org



Lo que el agua nos cuenta

Natacha Suárez Rodríguez

Hay cosas que preferimos no mirar demasiado. Y, seamos sinceros, lo que desaparece por el desagüe suele estar bastante arriba en esa lista. Sin embargo, resulta que nuestras aguas residuales tienen mucho que contar sobre nuestra salud. Y quizá deberíamos empezar a escucharlas.

Aunque no lo parezca, una depuradora puede convertirse en una especie de observatorio sanitario. En sus aguas podemos encontrar pistas sobre la circulación de determinados virus, bacterias y resistencias a los antimicrobianos. Información que, bien interpretada, puede ayudarnos a conocer mejor lo que está ocurriendo en una población.

No hablamos de ciencia ficción. España ya cuenta con experiencia en vigilancia de aguas residuales y Europa está impulsando nuevas obligaciones para incorporar esta información a la protección de la salud pública. Además, en noviembre de 2026 se ha anunciado en nuestro país la primera acreditación para ensayos de resistencias antimicrobianas en estas aguas.

Hasta aquí, estupendo. Tenemos tecnología, laboratorios y cada vez más capacidad para detectar señales. Pero aparece una pregunta bastante menos tecnológica: ¿Quién se encarga de conectar los puntos?

Porque encontrar un microorganismo o un gen de resistencia en una muestra de agua no significa automáticamente que sepamos de dónde viene, qué riesgo representa o qué debemos hacer al respecto.

Y aquí es donde *One Health* deja de ser una expresión que queda muy bien en los congresos para convertirse en algo verdaderamente útil.

La salud humana, la sanidad animal y el medio ambiente están conectados. Lo sabemos, lo repetimos y lo incluimos en multitud de documentos. Sin embargo, nuestros sistemas de vigilancia todavía funcionan, en demasiadas ocasiones, como si cada uno viviera en su propia isla.

Los médicos conocen lo que ocurre con sus pacientes. Los veterinarios vigilamos enfermedades de animales, zoonosis y resistencias antimicrobianas en distintos ámbitos de la cadena alimentaria. Los profesionales ambientales estudian lo que sucede en el agua y los ecosistemas.

Todos tenemos piezas del mismo puzle. El problema aparece cuando nadie dispone de la imagen completa.

Y no, esto no significa que los veterinarios tengamos que ponernos a dirigir depuradoras.

Significa que nuestra experiencia en epidemiología, zoonosis, sanidad animal, seguridad alimentaria y prevención puede resultar fundamental para interpretar determinadas señales ambientales y relacionarlas con otros sistemas de vigilancia.

Especialmente cuando hablamos de amenazas que no entienden de especies ni de fronteras administrativas.

La nueva normativa europea sobre aguas residuales abre una oportunidad interesante para España: avanzar hacia una vigilancia sanitaria más coordinada, donde los resultados ambientales no terminen simplemente archivados en un informe.

¿Por qué no aprovecharla para crear equipos territoriales de interpretación epidemiológica que integren profesionales de medicina, veterinaria, microbiología, salud pública y medio ambiente?

No necesitamos que todos hagan de todo. Necesitamos que cada profesional aporte lo que sabe y que exista un circuito claro para compartir información, investigar señales relevantes y decidir cuándo intervenir.

Eso exige coordinación, responsabilidades definidas, recursos y, por supuesto, financiación. Porque las buenas intenciones son estupendas, pero no sustituyen a un sistema organizado.

La vigilancia ambiental puede convertirse en una herramienta extraordinaria de prevención. Pero acumular datos no equivale a proteger la salud. Para conseguirlo necesitamos compartir información, integrar conocimientos y tomar decisiones antes de que las señales se conviertan en problemas.

Quizá ha llegado el momento de prestar algo más de atención a lo que dejamos ir por el desagüe. Porque el agua tiene mucho que contarnos, pero no puede tomar decisiones por nosotros.

> “El agua nos avisa. La prevención empieza cuando aprendemos a escucharla juntos”

Bibliografía

- ENAC (5 de noviembre de 2026). Labaqua, primer acreditado para ensayos de resistencias a antimicrobianos en aguas residuales. https://www.enac.es/actualidad/labaqua-aguas-residuales-consumo
- Parlamento Europeo y Consejo. Directiva (UE) 2024/3019, sobre el tratamiento de las aguas residuales urbanas, artículo 17. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32024L3019
- AEMPS. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) 2025–2027. https://resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/plan-nacional-frente-la-resistencia-los-an tibioticos-pran-2025-2027
- PRAN. Informe anual 2025, publicado el 8 de octubre de 2026. https://resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/informe-anual-2025-plan-nacional-frente-la-resistencia-los-antibioticos

Veterinaria clínica. One Health, salud pública y gestión sanitaria y vocal del Colegio Oficial de la Profesión Veterinaria de Las Palmas.

petxpress@gmail.com

#MigrañaMadrid

Evento presencial para participantes, abierto al público

ICOMEM (Madrid) - C/ Santa Isabel, 51

JORNADA

‘Migraña en Madrid: de la evidencia a la acción’

3 Diciembre

9:30–12:00h

OBJETIVO

La migraña es la sexta enfermedad de mayor prevalencia a escala mundial, afectando a más de 4 millones de personas en España. Sin embargo, es una enfermedad invisible, infradiagnosticada y poco recocida. A su vez, la migraña, especialmente la crónica, afecta a la calidad de vida de los afectados en todas sus dimensiones: familiar, personal, laboral y social, a pesar de ello al menos el 25% de los pacientes no ha consultado su dolencia a un médico y el 50% abandona el seguimiento en las primeras consultas.

Desde New Medical Economics se propone la organización de la Jornada ‘Migraña en Madrid: de la evidencia a la acción’, con el objetivo de analizar la situación actual de la migraña en la Comunidad de Madrid, identificando y priorizando desde una visión clínica, gestora y de paciente, las oportunidades concretas para mejorar el proceso asistencial madrileño de los pacientes con migraña.

PROGRAMA

09:30 | 09:45 h. Bienvenida y Apertura Institucional: ‘La migraña como oportunidad para la mejora asistencial en la Comunidad de Madrid’

Almudena Quintana Morgado, directora General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Paloma Tamayo Prada, directora de operaciones de New Medical Economics

09:45 | 10:30 h. ‘Atlas de la Migraña: ¿qué nos dicen los datos sobre la realidad de la migraña en la Comunidad de Madrid?’

Moderación: **Inmaculada Mediavilla Herrera**, coordinadora de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria (SERMAS)
Elena García, vicepresidenta de la Fundación Weber
Jesús Porta Etessam, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)*

10:30 | 12:00 h. Mesa de trabajo y debate: ‘Experiencias de éxito: ¿hacia dónde se dirige el modelo madrileño de abordaje de la migraña?’

Moderación: **Inmaculada Mediavilla Herrera**, coordinadora de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria (SERMAS)
Jesús Porta Etessam, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)*
Cristian Vale Varela, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en SERMAS y miembro de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*
Patricia Heredia Rodríguez, enfermera de la Unidad de Cefaleas del Hospital Universitario La Princesa y coordinadora del grupo de cefaleas de SEDENE
Representante de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)*
Representante de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE)

12:00 h. Agradecimientos y cierre

SAVE THE DATE

*Pte de confirmación

Organiza:

Patrocina:

Pfizer

SEDISA sitúa el gobierno del dato y la IA entre los grandes retos de la innovación sanitaria

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de Dinamiza, ha presentado la actualización 2026 del 'Mapa de retos, necesidades y soluciones de Innovación y Transformación Digital', que analiza la situación de la innovación en el Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva de sus responsables de gestión. El documento, elaborado a partir de más de 26 entrevistas a directivos de 24 hospitales, gerencias, servicios de salud y organizaciones de diez comunidades autónomas, incorpora también las conclusiones del INNOVA Red Salud Summit 2026. Su principal conclusión es que el sistema sanitario ha dejado atrás la fase experimental y afronta ahora el reto de consolidar, gobernar y extender las soluciones innovadoras.

El gobierno y la calidad del dato encabezan las prioridades identificadas. El problema ya no es la falta de información, sino su fragmentación, falta de normalización e interoperabilidad, que dificulta su aprovechamiento para la toma de decisiones. Según las conclusiones recogidas en el Summit, el 97% de los datos captados no se utiliza con este fin. Ante esta situación, el informe apuesta por impulsar áreas del dato y centros de control que integren información asistencial y de gestión, facilitando una visión global de la actividad sanitaria y favoreciendo decisiones basadas en evidencias.

La inteligencia artificial (IA) también ha pasado de la fase de promesa a su implantación efectiva, lo que plantea nuevos desafíos relacionados con su gobernanza, la responsabilidad ante posibles errores algorítmicos y la capacitación de los directivos y profesionales sanitarios. No obstante, el informe advierte de que incorporar tecnología no equivale necesariamente a transformar las organizaciones. La innovación requiere revisar y rediseñar los procesos de trabajo, estandarizar procedimientos e implicar a los profesionales desde el inicio. De hecho, la gestión del cambio cultural continúa siendo uno de los principales obstáculos, por encima incluso de las dificultades tecnológicas y financieras.

El presidente de SEDISA, José Soto Bonel, ha destacado que el reto actual consiste en determinar qué soluciones deben escalarse, cuáles deben descartarse y cómo garantizar que los proyectos que ofrecen resultados puedan extenderse al conjunto del sistema sanitario, con independencia del territorio o del tamaño del centro. «El papel de los directivos no es comprar tecnología, sino liderar la transformación: ordenar el dato, estandarizar los procesos y, sobre todo, implicar a los profesionales desde el primer día», ha señalado. El Mapa pretende así servir de referencia para responsables sanitarios, organizaciones y empresas del sector a la hora de identificar necesidades reales y orientar las inversiones en innovación.



La Organización Médica Colegial concede su Medalla de Oro al Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas

La Organización Médica Colegial (OMC), institución que representa al conjunto de la profesión médica en España, ha concedido por unanimidad de todos los colegios oficiales su Medalla de Oro al Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas de España, en reconocimiento a su trayectoria y a su compromiso con la defensa de las profesiones sanitarias, la colaboración entre las organizaciones colegiales y la protección de la salud de los ciudadanos.

La Medalla de Oro constituye la máxima distinción que concede la OMC y reconoce a personalidades y profesionales cuya trayectoria o contribución ha tenido una especial relevancia para las profesiones sanitarias y el conjunto del sistema de salud de nuestro país. En el caso del Dr. Castro Reino, este reconocimiento pone especialmente en valor su firme defensa de una regulación de la publicidad sanitaria que permita combatir los mensajes engañosos y las prácticas comerciales que pueden poner en riesgo la salud de los pacientes. Se trata de una reivindicación compartida por las organizaciones colegiales sanitarias, que consideran imprescindible que la publicidad relacionada con la salud esté sometida a controles específicos y que la información dirigida a la ciudadanía responda a criterios de veracidad, rigor científico y responsabilidad profesional.

Asimismo, la distinción reconoce su contribución al fortalecimiento de las relaciones entre las diferentes profesiones sanitarias, promoviendo el diálogo, la colaboración institucional y la defensa de intereses comunes, siempre desde el respeto a las competencias de cada profesión y con la seguridad del paciente como prioridad.



Centro Médico Teknon publica el primer caso mundial de cirugía endoscópica de coxis subluxado hacia el interior

Centro Médico Teknon ha llevado a cabo la primera resección de coxis registrada en la literatura médica mundial realizada íntegramente mediante técnica endoscópica uniportal (un procedimiento mínimamente invasivo que se realiza a través de una única incisión de menos de un centímetro) en una paciente adolescente con el coxis luxado hacia el interior. Este avance médico ha sido liderado por el Dr. Christian Morgenstern, director del Morgenstern Institute of Spine en Centro Médico Teknon, junto al Dr. Rudolf Morgenstern, y sus resultados han sido publicados en la prestigiosa revista científica *Journal of Bone and Joint Surgery (JBJS) Case Connector.*

La coccigodinia (dolor intenso y persistente en la zona del coxis) suele abordarse mediante cirugía convencional únicamente cuando fracasan los tratamientos conservadores, tales como fisioterapia, infiltraciones o cojines ergonómicos. Sin embargo, la intervención abierta tradicional presenta ciertas complejidades debido a la propia anatomía de la zona. Además, puede conllevar complicaciones como infecciones por la proximidad a la zona anal, dificultades de cicatrización en una zona de alta presión y un riesgo de dolor tras la resección en bloque del hueso.

El caso clínico describe a una joven de 14 años que padecía un dolor crónico postraumático de gran intensidad (9 sobre 10 en la escala VAS) a raíz de una caída sufrida dos años atrás. La lesión derivó en una subluxación anterior (desplazamiento del coxis hacia el interior), una condición de elevada complejidad técnica. Tras agotar sin éxito todas las alternativas conservadoras, se planteó una alternativa eficaz frente a la cirugía abierta convencional.



Para minimizar el impacto quirúrgico y favorecer una recuperación más rápida y confortable, el equipo del Morgenstern Institute of Spine indicó la resección endoscópica del coxis. A través de una pequeña incisión en la piel de tan solo 8 milímetros (frente a los 50 mm habituales en la cirugía abierta) y con el apoyo de instrumental miniaturizado de menos de 3 mm y visión magnificada de alta definición, los cirujanos retiraron con precisión el fragmento desplazado mediante una fresa diamantada de alta velocidad (un instrumental de pulido óseo de gran precisión que respeta los tejidos circundantes) e irrigación salina continua.

La aplicación de la técnica endoscópica no solo redujo drásticamente el traumatismo muscular y óseo, sino que minimizó al máximo el riesgo de infección y la formación de tejido cicatricial.

El Congreso Nacional de Derecho Sanitario analiza el peso del marco regulatorio europeo en el actual acceso a la salud

La Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS) celebrará los próximos 19 y 20 de noviembre, en Madrid, el XXXII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, una cita de referencia para el análisis de los principales retos jurídicos que afronta el sector de la salud. Bajo el lema 'Europa: salud, innovación y regulación', el encuentro reunirá a expertos del ámbito del Derecho, profesionales sanitarios, directivos y gestores, representantes de la industria farmacéutica y tecnológica, aseguradoras y asociaciones de pacientes. El objetivo será abordar cómo los cambios normativos, especialmente los impulsados desde las instituciones europeas, están condicionando la organización, la prestación y la sostenibilidad de los servicios sanitarios.

Uno de los ejes centrales del programa será el impacto de la inteligencia artificial (IA) en la práctica clínica y las implicaciones jurídicas de su utilización. La incorporación progresiva de estas herramientas a los procesos de diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones plantea interrogantes sobre la responsabilidad profesional, la seguridad del paciente y la delimitación de responsabilidades cuando se producen errores o resultados adversos. El debate permitirá analizar los desafíos que supone integrar la IA en la asistencia sanitaria con garantías de transparencia, supervisión y seguridad jurídica, así como el papel que deben desempeñar los profesionales y las organizaciones sanitarias ante estas nuevas tecnologías.

La regulación europea ocupará también un lugar destacado, especialmente a través del análisis del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, una iniciativa que busca facilitar el acceso, el intercambio y el uso de la información sanitaria, tanto para mejorar la asistencia como para impulsar la investigación y la innovación. Su desarrollo plantea importantes cuestiones relacionadas con la protección de datos personales, la interoperabilidad de los sistemas de información y los derechos de los pacientes. Asimismo, el Congreso abordará otros asuntos estratégicos para el sector, como la financiación y el precio de los medicamentos, la ciberseguridad hospitalaria y los nuevos escenarios de responsabilidad sanitaria, en un contexto marcado por la digitalización y la creciente complejidad de la actividad asistencial.

El programa estará estructurado en torno a dieciséis mesas redondas, talleres de trabajo y sesiones dedicadas a analizar la actualidad jurídica y sanitaria. A través de estos espacios, el Congreso pretende favorecer el intercambio de conocimiento y experiencias entre los distintos agentes del sector, así como examinar las consecuencias prácticas de los cambios legislativos sobre la actividad de los centros sanitarios, los profesionales y los pacientes. La celebración de esta trigésima segunda edición consolida al encuentro como un foro de debate multidisciplinar sobre la evolución del Derecho Sanitario y su papel ante los nuevos desafíos de un sistema de salud cada vez más condicionado por la innovación tecnológica y el marco regulatorio europeo.



ARTÍCULOS **NME** MÁS LEÍDOS EN EL MES

ME

EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Cuestionarios PREM estandarizados: trece hospitales y 4.000 pacientes validan un modelo aplicable a cualquier centro

Carlos Bezos Daleske

POLÍTICAS DE CALIDAD

Los sistemas nacionales de salud de nuestro entorno ante los desafíos

Boi Ruiz Garcia

RSC-RSE

El auténtico legado de un directivo: el día después

Ana Rodríguez Cala

EN PROFUNDIDAD

Kylian y la dependencia estratégica

Jesús Vidart Anchía

CON OJO CLÍNICO

La bola de cristal, en ayuda de la EP y la tecnología

José María Martínez García

SALUD DIGITAL

A los bomberos no les pagas por incendio apagado

Rafael Areses Gómez

SALUD DIGITAL

La inteligencia artificial, una tecnología al servicio de las personas

Miguel López-Valverde Argüeso

GESTIÓN

La palabrería y las tendencias en gestión de servicios de salud

Javier Carnicero Giménez de Azcárate

ANATOMÍA DE LA TRANSFORMACIÓN

La arqueología de los procesos

José Manuel Martínez Sesmero

SALUD DIGITAL

De la bata a la pantalla

Gonzalo Baquero Sanz

ECONOMÍA



Atender las necesidades de tratamiento de la caries en España supondría un coste de más de 2.500 millones de euros

La caries dental no solo constituye uno de los principales problemas de salud bucodental, sino que también representa una importante carga económica para la sociedad. Según el estudio 'Análisis de los costes de restauración derivados de la caries dental en España', elaborado por el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española (FDE), el coste estimado de atender las necesidades de tratamientos restauradores pendientes por caries en España asciende a 2.561,3 millones de euros, lo que equivale a una media de 64,46 euros por habitante de entre 12 y 74 años.

El estudio toma como base los datos epidemiológicos de la Encuesta de Salud Oral en España 2025 y utiliza como referencia la población española estimada para 2026. A partir de esta información, se ha desarrollado un modelo que permite calcular las necesidades de tratamiento restaurador en los diferentes grupos de edad, incorporando también variables socioeconómicas y costes de referencia de las intervenciones odontológicas.

El análisis, realizado sobre una población de referencia de 39,7 millones de personas, contempla los tratamientos necesarios para restaurar las piezas dentales afectadas por caries, como obturaciones, endodoncias, coronas y extracciones. Se trata de una estimación económica de las necesidades asistenciales existentes, no de un gasto sanitario ya realizado ni de una previsión presupuestaria anual.

Para el presidente del Consejo General de Dentistas, el Dr. Óscar Castro Reino, estos resultados evidencian la necesidad de situar la salud bucodental entre las prioridades de las políticas sanitarias. "Estamos hablando de más de 2.500 millones de euros en necesidades de tratamiento de una enfermedad que, en gran medida, se puede prevenir. Estas cifras deberían hacernos reflexionar sobre la importancia de invertir en prevención y de garantizar que todos los ciudadanos puedan acceder a una atención odontológica adecuada, independientemente de su situación económica", señala.

En este contexto, el Consejo General de Dentistas considera fundamental seguir avanzando en la ampliación del Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud, con una financiación suficiente y sostenida que permita mejorar la cobertura asistencial, especialmente entre los colectivos más vulnerables.

A este respecto, el Consejo General de Dentistas recuerda que todavía existen importantes necesidades de atención odontológica que no están cubiertas por el sistema público. Por ello, insiste en que el Plan debe continuar avanzando, acompañado de los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar que las prestaciones lleguen efectivamente a los pacientes.



Rovi aumenta sus ingresos totales un 19% y mejora su margen bruto en 5,7 puntos porcentuales

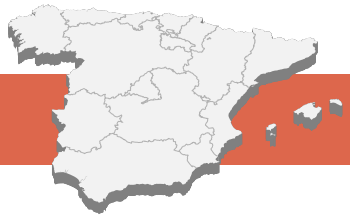
Laboratorios Farmacéuticos Rovi ha cerrado los nueve primeros meses de 2026 con unos ingresos totales de 633,7 millones de euros, un 19% más que en el mismo periodo del año anterior. Los ingresos operativos, que excluyen subvenciones, alcanzaron 610,2 millones, un 16% más que los 525,1 millones de 2025, y superaron los 578,1 millones que esperaban los analistas. El grueso del avance procede de la fabricación a terceros (CDMO), cuyos ingresos crecieron un 45% hasta los 263,9 millones. R

La rentabilidad bruta mejoró de forma notable. El beneficio bruto aumentó un 26%, hasta los 443,7 millones, y el margen bruto subió 5,7 puntos porcentuales, del 67,1% al 72,7%. La compañía lo atribuye al mayor peso del CDMO y de Okedi, ambos de márgenes altos, y al abaratamiento de la materia prima de las heparinas. También influye el reconocimiento de la subvención del CDTI para el proyecto Laisolid. Sin esos otros ingresos, el margen habría sido del 68,9%, 3,5 puntos más que un año antes.

En el resto de la cuenta de resultados, el beneficio neto fue de 162,8 millones de euros, frente a los 97,7 millones de 2025, y el EBITDA subió un 52%, hasta 226,6 millones, con un margen del 37,1%. Ese dato incluye el efecto contable de la compra de la planta de Phoenix (EE. UU.): una ganancia de 62,4 millones. Sin ella, el EBITDA creció un 10%, hasta 164,3 millones, y su margen se situó en el 26,9%, frente al 28,5% de un año antes. El gasto en I+D se disparó un 136%, hasta 58,4 millones. Entre los productos, las ventas del biosimilar de enoxaparina cayeron un 5%, hasta 107 millones, las de bemiparina bajaron un 6%, hasta 66,7 millones, y Neparvis creció un 3%, hasta 43,3 millones.

Con estas cifras, Rovi ha mejorado su guía para el conjunto del ejercicio. Ahora espera que los ingresos operativos crezcan en un dígito medio-alto, frente al rango bajo-medio que fijó en mayo. Las previsiones para 2027 se conocerán tras la publicación de los resultados de 2026, en febrero. El mercado reaccionó con fuerza: las acciones llegaron a subir un 8% en la jornada.





Catalunya simplifica los trámites para abrir y ampliar servicios en centros sanitarios públicos y privados

Un centro de atención primaria (CAP) o un hospital necesita una autorización de la Conselleria de Salut para acometer obras. También para ampliar su actividad: por ejemplo, una clínica que antes solo hacía consultas quiere empezar a realizar cirugía ambulatoria. Otro ejemplo: un centro médico incorpora un servicio de diagnóstico por imagen o una unidad de reproducción asistida y para ello necesita que Salut le dé luz verde. El nuevo decreto de autorizaciones de centros y servicios sanitarios, que actualiza el de 2017, tiene precisamente como objetivo reducir las cargas administrativas y los costes en un 14,4% los costes –que pasarían de 39 millones a 33,37– y los tiempos de espera, que pasarían de los actuales 11 meses a ocho.

Según el Govern, este nuevo decreto hará más fáciles y rápidos los trámites que deben hacer los centros sanitarios para abrir, renovar las autorizaciones o introducir cambios en su actividad. Esta reforma es uno de los 30 trámites prioritarios que el Executiu de Salvador Illa ha identificado en el marco del proceso de simplificación administrativa. La Conselleria de Salut justifica este cambio en el hecho de que, a lo largo de los años, "se ha incrementado en un 150% el número de requerimientos" de los centros, lo que ha hecho que los procesos de autorización se "alargaran". "Un objetivo del nuevo Govern ha sido trabajar en este decreto", asegura Yolanda Ortega, jefa de Ordenació Sanitària de Salut.

"Hacemos que aquellos trámites que pueden llevar a un centro a esperar dos o tres años lo puedan hacer de forma más ágil, con los mismos criterios de seguridad", ha afirmado la portavoz del Govern, Sílvia Paneque, en la rueda de prensa posterior al Consell Executiu de este martes. Paneque ha destacado que este nuevo decreto tiene por objetivo "reducir la burocracia", evitar que los centros tengan que presentar varias veces los mismos documentos y agilizar las gestiones administrativas. Eso sí, ha aclarado que simplificar los trámites no significa reducir las garantías de calidad asistencial ni de seguridad de los pacientes.

El nuevo decreto se aplicará a todos los centros sanitarios, públicos o privados. Una de las principales novedades es que los centros no tendrán que volver a presentar documentos que la Administración ya tiene, siempre que sigan siendo válidos y se cumplan los requisitos establecidos. Por ejemplo, si un centro ya ha presentado la documentación técnica necesaria para obtener el permiso de instalación, no tendrá que aportarla de nuevo cuando solicite la autorización para empezar a funcionar.

También se facilitarán los trámites para introducir determinados cambios en los centros. Modificaciones como un cambio de nombre o de persona responsable podrán comunicarse directamente a la Administración, sin necesidad de solicitar una nueva autorización. En cambio, los cambios importantes que afecten a las condiciones de funcionamiento seguirán requiriendo una autorización previa.

Estas medidas pretenden evitar trámites repetitivos y reducir los retrasos que pueden afectar a la apertura o modificación de centros sanitarios.

La Rioja será pionera en el servicio de farmacia a domicilio

Pedir comida a domicilio se ha convertido en un gesto habitual de muchas personas. Basta una llamada o unos clics para recibir en la puerta de casa desde una pizza hasta la compra semanal. Una comodidad que, poco a poco, amplía sus horizontes y alcanza nuevos ámbitos de la vida cotidiana.

El siguiente paso llega de la mano de los medicamentos. La Rioja se prepara para poner en marcha un programa pionero en España que permitirá llevar los tratamientos hasta el domicilio de determinados pacientes. “Va a ser la primera región de España en aprobarlo”, subraya el presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja, Miguel Ángel García.

La nueva Ley de Ordenación Farmacéutica, aprobada en septiembre del pasado año, contempla por primera vez esta posibilidad y establece las condiciones para hacerlo.

El objetivo de esto es que las personas más vulnerables y que no se pueden mover tengan acceso a los medicamentos. “Pueden ser pacientes con dependencia que no pueden salir de casa y que, al estar solas, no tienen a nadie que pueda recoger los fármacos por ellos; o también puede ocurrir que alguien se haya roto una pierna y tampoco pueda coger los medicamentos en la farmacia”, indica.

Este proyecto será muy positivo para la región, ya que servirá para “solucionar un problema que existe en la actualidad”. Otra ventaja de este nuevo programa es que “las personas que usen este servicio van a estar igual de informadas respecto a los medicamentos que adquieran como si fuesen a la farmacia”, asegura.

Esto se debe a que el envío de los medicamentos se hará bajo la supervisión del propio farmacéutico, ya que “será quien determine quién va a llevar esa medicación y cómo la va a hacer”, señala García. “Si es en un pueblo lo llevará el propio farmacéutico seguramente, pero en la ciudad lo puede llevar cualquiera bajo la supervisión del farmacéutico, por lo que no necesariamente tienen que hacerlo él mismo”, plantea el presidente.

Los tiempos para poner en marcha este proyecto pionero todavía no están claros pero “el plazo límite es el mes de septiembre del 2027”. “Esto es un decreto que lo aprueba el Consejo de Gobierno que tiene sus procesos y que luego hay que sacarlo a la información pública. El problema es que habrá elecciones autonómicas el próximo mes de mayo, así que unos meses antes se suspenderá prácticamente todo tipo de actividad legislativa”, señala.



El presupuesto del Servicio Canario de la Salud se incrementa un 8,53% hasta superar los 5.000 millones de euros

La consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, Esther Monzón, ha presentado en el Parlamento regional el presupuesto de la consejería de Sanidad y de su organismo autónomo el Servicio Canario de la Salud que se incrementa un 8,53% con respecto a 2026 hasta alcanzar los 5.245 millones de euros. Monzón explicó que la partida para Sanidad ha experimentado un crecimiento anual sostenido de modo que respecto al presupuesto de 2023 ha aumentado en 1.452 millones, lo que representa un incremento del 38,3%.

Durante su comparecencia, la consejera manifestó que este es un presupuesto riguroso y comprometido con el refuerzo de la sanidad pública. En este sentido, señaló que "el peso específico de su departamento dentro del Presupuesto global de la comunidad autónoma es del 39,7% del gasto no financiero consolidado".

La consejera informó que el presupuesto tiene una finalidad puramente asistencial con el 95,74% del presupuesto destinado a la atención de la salud de las personas, básicamente para dar respuesta a los objetivos marcados en la hoja de ruta del SCS: el refuerzo en la atención al paciente tanto en los centros de salud como en la red hospitalaria, la potenciación de las estrategias de Salud Pública y promoción de la salud y las políticas de recursos humanos, de formación e investigación así como al aumento de la capacidad diagnóstica mediante nuevas infraestructuras y equipamientos.

El capítulo de Recursos Humanos aumentará un 9,6%, hasta situarse en los 2.873 millones de euros, un aumento muy significativo, de 253 millones, que supera con creces el registrado en los presupuestos de 2026, que fue de 182 millones y de un 7,5%, según dijo. Monzón explicó que esta partida incluye el incremento retributivo previsto para el año 2027 del 4,5%, los nuevos reconocimientos y los encuadramientos de carrera profesional para todo el personal. Asimismo, aseguró que permitirá seguir apostando por políticas de retención del talento mediante la contratación de los médicos interno-residentes que finalicen su período formativo, que en esta legislatura ha permitido incorporar a 800 médicos y facultativos al SCS, con la previsión de incorporar al menos otros 300 en 2027.

Según dijo, la previsión es que el próximo año se pueda dar un impulso a las estrategias de salud digital, que son transversales a todos los programas y cuyo objetivo es modernizar el sistema, facilitar la equidad y la accesibilidad en todo el territorio y, en este sentido, señaló también que el objetivo primordial sigue siendo mantener la tendencia descendente de las listas de espera, alcanzada desde 2023, lo que ha situado a Canarias por debajo de la demora media nacional para una intervención quirúrgica.

Además, anunció que para Atención Primaria se ha incrementado el presupuesto un 11,2% hasta situarse en los 1.655 millones de euros y representar el 31,5% del gasto previsto para 2027.

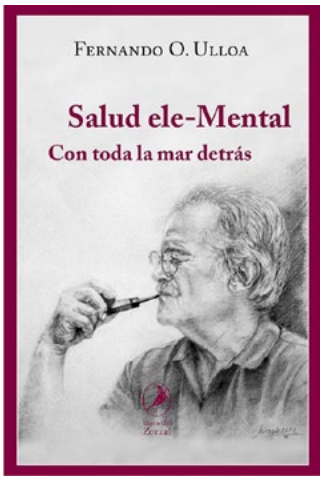


BIBLIOTECA



Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás

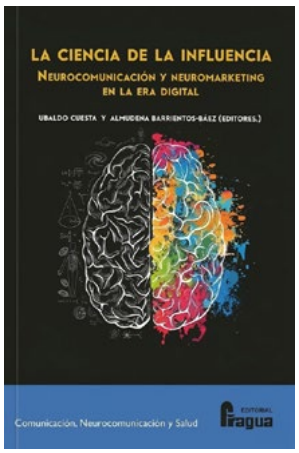
Fernando O. Ulloa



Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás recorre, por momentos "hablando al azar de la memoria y sus vicisitudes", conceptos clave de la psicología social, como la numerosidad social, entre otros, al tiempo que propone una reconceptualización de la salud mental, desde (mejor dicho, con) la propia voz de su autor. Fernando Ulloa nos dejó en estas páginas no solo parte de su vasta experiencia como "operador en la producción de salud mental", sino también muchas de sus percepciones sobre temas que trascienden el campo de la psicología.

La ciencia de la influencia. Neurocomunicación y neuromarketing en la era digital

Ubaldo Cuesta y Almudena Barrientos-Báez



En un contexto histórico marcado por la hiperconectividad, la automatización de los procesos comunicativos y la creciente mediación tecnológica de la experiencia humana, la influencia se ha convertido en uno de los fenómenos más complejos, determinantes y, a la vez, controvertidos de nuestro tiempo. Comprender cómo se construyen las decisiones, cómo se activan las emociones y de qué manera el cerebro procesa los estímulos comunicativos ya no es solo una inquietud académica, sino una necesidad social, educativa, económica y ética.

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**