

EL  ESPAÑOL **invertia**

# Los cambios que necesita la sanidad actual

**IV Simposio del Observatorio de la Sanidad**

7 diciembre, 2023

## Índice

INTRODUCCIÓN	4
NOTA SOBRE LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO	6
1. VALORES DEL SISTEMA SANITARIO QUE DEFENDEMOS	7
2. LAS TENDENCIAS Y LA VISIÓN DE FUTURO EN EL HORIZONTE 2050	8
3. EL PUNTO DE PARTIDA: UN SISTEMA ROBUSTO Y CON GRAN CAPACIDAD DE MEJORA, QUE, SIN EMBARGO, TIENE PROBLEMAS PARA LOS PACIENTES Y PROFESIONALES	10
4. RETOS ANALIZADOS DURANTE EL IV SIMPOSIO Y PROPUESTAS MÁS RELEVANTES	12
UN NUEVO PAPEL DE LA UNIÓN EUROPEA EN SALUD	12
NECESIDAD DE UN CAMBIO DE MODELO: DE LA ENFERMEDAD A LA SALUD	13
UN NUEVO PAPEL DEL AUTOCUIDADO	14
LOS RETOS DE LA SALUD PÚBLICA: LA NUEVA AGENCIA DE SALUD PÚBLICA	15
LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	17
LAS OPORTUNIDADES DE LOS FONDOS NEXT GENERATION EN SANIDAD	18
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	21
EL ENFOQUE SOBRE LA DEMANDA ASISTENCIAL	22
LOS PROFESIONALES SANITARIOS	23
<i>Retos de los profesionales sanitarios</i>	23
<i>La formación de profesionales</i>	25
LOS RETOS DE LA SANIDAD PÚBLICA	27
<i>La gestión en la sanidad pública</i>	27
<i>La Atención Primaria</i>	29
<i>El sector sanitario y social</i>	31
INVESTIGACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO	33
UN PAPEL MÁS SANITARIO PARA LAS OFICINAS DE FARMACIA	34
LOS RETOS DE LA SANIDAD PRIVADA	36
<i>La sanidad privada en el nuevo entorno sanitario y político</i>	36
<i>El mutualismo administrativo</i>	38
<i>El papel del seguro en salud</i>	40
EL PAPEL DE LAS GUÍAS TERAPÉUTICAS	41
LOS MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS (MASC) EN LOS CONFLICTOS SANITARIOS	43
LA EFICIENCIA EN EL SECTOR SANITARIO	44
RETOS DE LA POLÍTICA Y EL SECTOR FARMACÉUTICO	46
<i>La Ley de Garantías (precios de referencia)</i>	46
<i>El acceso a los medicamentos innovadores</i>	48
<i>El Plan Estratégico de la Industria farmacéutica</i>	49
<i>Adherencia terapéutica</i>	50
<i>El papel de la distribución</i>	53
<i>Innovación y política farmacéutica</i>	55
<i>Los medicamentos sin prescripción</i>	56
<i>Desabastecimiento de medicamentos</i>	57
LOS RETOS DEL SECTOR DE LAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS	59
EL DESARROLLO INDUSTRIAL LIGADO A LAS COMPAÑÍAS SANITARIAS	61
RETOS ESPECÍFICOS	63
<i>Envejecimiento</i>	63
<i>Policronicidad</i>	65
<i>Obesidad</i>	67
<i>Enfermedades raras</i>	69
<i>Cáncer</i>	71
<i>Enfermedades neurodegenerativas</i>	73
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	76
<i>Salud mental</i>	78
<i>Resistencias antimicrobianas</i>	81

<i>Novedades en el calendario vacunal</i>	83
LA DIGITALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	86
<i>La historia clínica interoperable del Sistema Nacional de Salud</i>	86
<i>Cómo ayudan las tecnologías en la prestación sanitaria</i>	87
<i>Interoperabilidad</i>	88
<i>Digitalización y procesos asistenciales</i>	89
<i>"Data lake" y uso secundario de datos</i>	91
<i>Ciberseguridad</i>	93
<i>Inteligencia Artificial en sanidad</i>	95
<i>Telemedicina</i>	97
<b>5. BASES ESTRATÉGICAS PARA UNA HOJA DE RUTA RENOVADA</b>	<b>99</b>
I. DIÁLOGO Y ACUERDO	99
II. ORIENTACIÓN HACIA LA SALUD, PARA EVITAR QUE LA PERSONA CAIGA ENFERMA Y BAJAR LA CARGA DE ENFERMEDAD	100
III. NO OBSTANTE, SEGUIRÁ HABIENDO ENFERMOS Y NECESITARÁN ASISTENCIA, QUE SE DEBERÁ DAR POR LOS MÉTODOS MÁS AVANZADOS DE LA MEDICINA DE PRECISIÓN	100
IV. LAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS, ELEMENTO CENTRAL	100
V. MEJOR FINANCIACIÓN, PERO CON EFICIENCIA EN COSTES	101
VI. ASISTENCIA HÍBRIDA, PRESENCIAL Y BASADA EN LA TECNOLOGÍA	101
VII. ASISTENCIA COLABORATIVA, CON UTILIZACIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO DE TODOS LOS RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS 102	
VIII. UN "HUB" DE INNOVACIÓN EN BIOMEDICINA PARA ESPAÑA	102
IX. ÉNFASIS EN LA AUTONOMÍA ESTRATÉGICA AMPLIADA	102
<b>6. CONTRIBUYENTES AL DOCUMENTO</b>	<b>104</b>
ORGANIZACIÓN GENERAL, ELABORACIÓN DEL PROGRAMA Y SELECCIÓN DE LOS SPEAKERS	104
REDACCIÓN Y COORDINACIÓN DEL DOCUMENTO	104
SPEAKERS Y MODERADORES	104

# Introducción

Presentamos el resumen y las principales conclusiones del **IV Simposio del Observatorio de la Sanidad**, que tuvo lugar en Madrid entre los días 2 y 5 de octubre de 2023.

Quiero empezar diciendo que estas reuniones se celebran gracias al apoyo de los miembros permanentes del Observatorio de la sanidad, así como de un amplio conjunto de patrocinadores.

Partimos de la base de que las políticas de salud y de asistencia sanitaria son un elemento clave de cualquier sociedad desarrollada, que nuestra sanidad- como la de todos los países- se enfrenta hoy a importantes retos y que solo el diálogo y el acuerdo entre los muy distintos agentes nos permitirá avanzar en la solución de los problemas.

Estos simposios representan la reunión de los Estados mayores de la sanidad, ya que consideramos que solo si los tres actores clave: ciencia-industria-política están bien alineados se podrá hacer frente a cualquier crisis sanitaria y a los múltiples desafíos de los sistemas de salud.

## Lo que han representado los Simposios hasta ahora

El **1<sup>er</sup> Simposio** tuvo lugar en septiembre de 2020, en plena pandemia. Salvador Illa, el entonces ministro de Sanidad, anunció en aquella ocasión que la vacuna llegaría antes de fin de año, lo que a algunos nos pareció en ese momento más *whisful thinking* que posibilidad real. Sin embargo, esa predicción se cumpliría en poco tiempo y empezó la vacunación, que fue un éxito en nuestro país.

El **2<sup>o</sup> Simposio** en 2021 nos permitió concentrarnos en las lecciones que habíamos aprendido de la pandemia, que puso de manifiesto muchas de las fortalezas pero también algunos de los problemas de nuestro sistema.

En el **3<sup>o</sup> Simposio** (2022) realizamos un chequeo al panorama después de la batalla, caracterizado por el afloramiento de una gran demanda, particularmente en salud mental, embalsada durante la pandemia.

En este **4<sup>o</sup> Simposio** (2023) nos proponemos no solo explicar los problemas, sino también proponer soluciones. Decimos bien: “soluciones”, que no “la solución”, impensable en un ecosistema tan complejo como el sanitario.

## Las conclusiones necesariamente tendrán que ser poliédricas

En esta edición nos hemos propuesto elaborar un documento que trate de recoger las principales conclusiones y propuestas del Simposio. Esta labor no es fácil, ya que el

Simposio consistió en un conjunto muy variado de sesiones a lo largo de cuatro días, con intervención de múltiples actores (institucionales, empresariales, de asociaciones profesionales de pacientes, representantes tanto del gobierno central como de varias comunidades autónomas, etc.). Nada menos que 152 *speakers* durante el Simposio. Nada fácil resumir en un conjunto de propuestas con muy diversas aportaciones.

Pero es lo que hemos tratado de recoger en este documento, en la seguridad de que será superado por los resúmenes de los sucesivos simposios.

### **Desafíos más importantes**

A lo largo del Simposio abordamos desde múltiples perspectivas muchos de los retos que tiene nuestro sistema sanitario: la ley de garantías y uso racional del medicamento; el tiempo de espera de acceso a las innovaciones; la Agencia Estatal de Salud Pública; la escasez de profesionales; la tarjeta sanitaria única interoperable; el Plan Estratégico de la Industria farmacéutica; la continuidad del exitoso modelo del mutualismo administrativo; los cambios que tienen que venir de la Unión Europea (en materia de legislación farmacéutica, digitalización, Espacio europeo de Datos, autonomía estratégica y reserva estratégica, entre otros), por citar solo algunos de los retos analizados.

### **El paciente, en el centro de nuestras preocupaciones**

En el abordaje hemos tenido en cuenta lo que es preocupación máxima de los miembros del Observatorio: poner al paciente y sus intereses en el centro de todas nuestras acciones.

## **Pedro J. Ramírez**

Presidente Ejecutivo y Director General  
El Español

## Nota sobre la elaboración de este documento

El presente documento trata de ser un resumen, enfatizando el componente de propuestas generales, de lo dicho durante el **IV Simposio del Observatorio de la Sanidad de El Español-Invertia**.

Para acceder a los videos de las intervenciones o a los artículos publicados durante las sesiones:

- Site donde están todos los videos y noticias: <https://www.lespanol.com/eventos/observatorio-de-la-sanidad-2023/>
- Los videos, también están en el Youtube de EL ESPAÑOL. <https://www.youtube.com/@Elespanolcom>

Los criterios utilizados para la elaboración del documento han sido:

- salvo casos excepcionales, no se menciona a ningún speaker concreto, ni hay necesaria correspondencia entre mesa redonda o intervención y tema tratado en el documento
- el índice del documento es específico y está inspirado en el programa del Simposio, pero no hay una correspondencia literal con el mismo
- lo que no se haya dicho durante el Simposio, no figura en el documento
- aquellos temas que no se hayan tratado de forma específica y en profundidad durante el Simposio, tampoco figuran en el documento

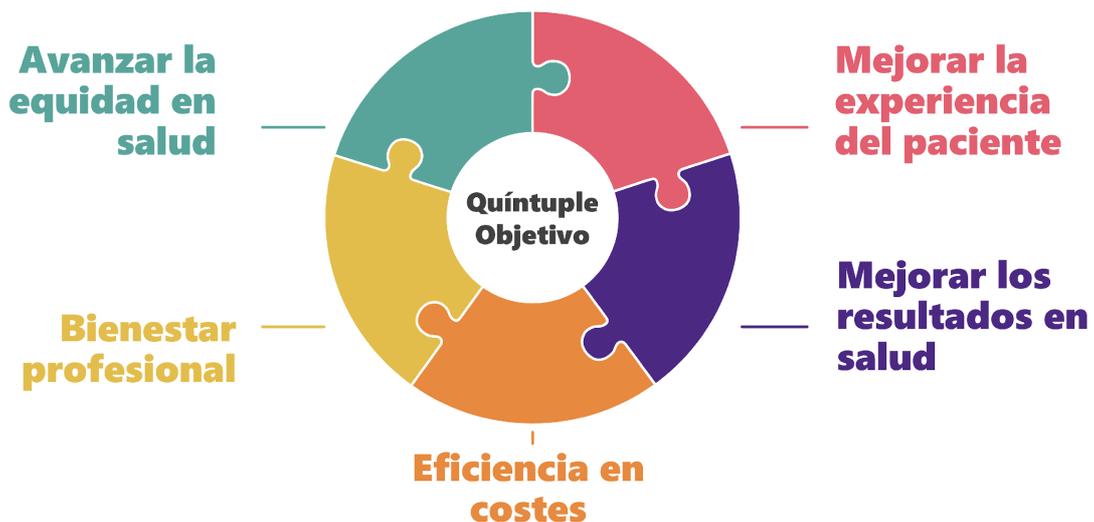
# 1. Valores del sistema sanitario que defendemos

En 2007, el *Institute of Healthcare Improvement* introdujo el *Triple Aim* (Triple Objetivo), en el que subraya los tres elementos para la transformación sanitaria de alto valor: mejorar la experiencia del paciente, mejorar los resultados en salud y obtener la eficiencia en costes. Unos años más tarde, el concepto evolucionó hacia el *Quadruple Aim* (Cuádruple Objetivo) que focaliza también en el bienestar de los profesionales.

Hoy en día, el concepto de los objetivos transformadores de la salud está evolucionando rápidamente hacia el *Quintuple Aim* (Quíntuple Objetivo), que incorpora la equidad en salud como elemento clave necesario para lograr realmente una mejor atención al paciente, resultados y costes, unidos a la satisfacción profesional. La equidad en salud se define como “el estado en el que todos tienen la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud, y nadie está en desventaja para lograr este potencial debido a su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas” (1)

Este planteamiento es el que se refleja en la **Figura 1**.

*Figura 1: El quíntuple objetivo de los sistemas sanitarios*



1 Itchhaporia, D, The Evolution of the Quintuple Aim, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8608191/>

## 2. Las tendencias y la visión de futuro en el horizonte 2050

- **La medicina será cada vez más molecular, y esto hará que aparezca una nueva clasificación de enfermedades**
  - La medicina será cada vez más personalizada y de precisión, gracias a los avances en genética y genómica
  - La historia clínica dispondrá de información muy variada: molecular, lo que cuenta el paciente, los resultados de la exploración del médico, los informes de laboratorio y de imagen, datos epidemiológicos, nivel de renta, información de las ómicas, etc.
  - Lo anterior nos permitirá conocer mucho mejor las enfermedades actuales, la aparición de enfermedades nuevas y una nueva clasificación de las enfermedades, más basada en la información molecular que en el enfoque tradicional de los "órganos y aparatos"
- **Posiblemente no hagan falta tantos médicos, como otros profesionales**
- **Seguramente los sistemas sanitarios se van a aproximar y converger**
  - Aunque esto dependerá de muchas circunstancias políticas generales y, en nuestro entorno, de la evolución de la Unión Europea
- **Nuevo paradigma en la relación médico/paciente**
  - *Del "he llamado al médico porque no me encuentro bien" al "me ha llamado el médico porque me dice que igual en breve no me encuentro bien"*
- **La IA va a cumplir un papel creciente**
  - La gran cantidad de información, aplicando el algoritmo adecuado, permitirá clasificar mucho mejor las enfermedades e identificar el tratamiento adecuado a cada paciente de forma específica
  - Avance hacia la medicina personalizada de precisión
- **La digitalización, una realidad**
  - Esto permitirá una medicina menos presencial
  - Un gran papel para la atención domiciliaria
  - La digitalización debería hacer disponer más tiempo a los médicos para la relación con el paciente. La relación médico/paciente seguirá siendo la esencia de la medicina
  - Esto puede tener una deriva negativa, dónde a más tecnologías y menos contacto

- **Las soluciones serán más disruptivas de lo que la realidad actual permite vislumbrar**
  - heterogeneidad de roles en el sistema
  - nuevo rol del paciente
  - será imposible una gestión pública basada en personal estatutario y en circulares y órdenes
  - aseguradoras renovadas
  - nuevos modelos de negocio
  - nuevos entrantes en salud
  
- **Habrá terapias para muchas más enfermedades**
  - Se han descrito unas 14.000 enfermedades, de las cuales la mitad (unas 7.000) se consideran enfermedades raras, para las que, en su mayoría, no hay tratamiento
  - Avanzaremos hacia un mundo en el que todas o la mayor parte de estas enfermedades tengan tratamiento
  
- **Tendremos que afrontar nuevos retos**
  - nuevas pandemias
  - soledad (en España, según el último censo, de los 18 millones de unidades familiares, en 5 millones vive una persona sola)
  - obesidad
  - demencia
  - envejecimiento pero con buena salud
  
- **Más importante que la sostenibilidad financiera del sistema sanitario es la solvencia, definida como la capacidad de dar respuesta a los nuevos retos**
  
- **Habrá más pandemias, y seguramente nos encuentre sin preparación**
  - No hemos sacado (no solo España), las debidas enseñanzas de la pandemia
  
- **La tecnología va a ir muy por delante de los cambios organizativos**
  
- **La necesidad de un partenariado renovado**
  - En el partenariado público/privado nos jugamos mucho, no solo en el ámbito farmacéutico, que es del que más se habla
  - Las empresas farmacéuticas tienen que entrar por el concepto de coste/efectividad, si no quieren que se adopten soluciones drásticas, como actualmente en Alemania
  
- **Los sistemas en general son muy reactivos, van por detrás de los acontecimientos**

### 3.El punto de partida: un sistema robusto y con gran capacidad de mejora, que, sin embargo, tiene problemas para los pacientes y profesionales

Tenemos un sistema sanitario en España con **puntos fuertes muy importantes** y con grandes **logros** y aportaciones para la sociedad española:

- la buena posición en los rankings de nuestro sistema sanitario (sobre todo en los que pueden relacionarse con el buen comportamiento del mismo, como el del *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, que colocan a España en buena posición en relación con mortalidad ajustada en determinadas enfermedades; o la situación de España en el Top Ten de muertes tratables que se evitan; o el Top tres de ingresos evitados por complicaciones de enfermedades crónicas). Realmente, si excluimos los deportes individuales, no es habitual encontrar ninguna actividad en nuestro país en una posición tan alta en los rankings internacionales
- formación de profesionales
- instituciones académicas vinculadas a la sanidad
- sociedades científicas de alto nivel
- tejido asociativo de pacientes
- cobertura universal
- amplia cartera de servicios
- posición de liderazgo en ensayos clínicos
- ecosistema de investigación e innovación
- red de farmacias y red de distribución del medicamento
- medicamento, primer producto de exportación
- red de atención primaria
- hospitales líderes en el mundo
- aseguradoras sanitarias, con experiencia en cobertura poblacional
- buena relación costes/formación de personal, de cara a la fabricación de productos relacionados con la sanidad
- un sistema de provisión privada (hospitales y consultorios) cada vez más preocupado por la calidad

Sin embargo, la robustez del sistema y sus puntos fuertes, no le impide tener problemas para los pacientes y profesionales.

Tanto los problemas como sus causas han sido analizadas en múltiples documentos. Queremos mencionar uno bastante reciente “**Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI**” (2).

- Problemas para los pacientes y profesionales
  - Accesibilidad (listas de espera)
  - Inadaptación a crónicos complejos
  - Calidad desigual
  - Obsolescencia tecnológica
  - Retrasos en la incorporación de terapias
  - Inequidades de acceso a terapias
  - Malestar profesional
  - Deterioro percepción pública de la sanidad
- Las causas de los problemas han sido muy analizadas:
  - Marco de gestión de las instituciones sanitarias
  - Financiación
  - Gobernanza
  - Gestión débil
  - Modelo asistencial no actualizado
  - Falta de transparencia

El sistema siempre fue muy reacio a las reformas, una vez pasado el impulso inicial de su refundación, en los años 80', a raíz de la Ley General de Sanidad de 1986.

Sin embargo, hay una tradición reformista en el sistema, en gran parte, pero no únicamente, representada por el **Informe Abril** (3).

Una inicial hoja de ruta, de elaboración reciente, a raíz de la pandemia, con muchas propuestas interesantes y, en su momento aprobado por un amplio consenso son las: “**Conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados**” (4). En general, las recomendaciones no se han llevado a cabo.

---

2 Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI: <https://www.imasfundacion.es/enla-conoc/noticias/265-expertos-proponen-10-lineas-estrategicas-por-un-sistema-sanitario-del-s-xxi>

3 López i Casanovas, G. El Informe Abril de reforma de la asistencia sanitaria, [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_PEE/048art08.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/048art08.pdf)

4 Congreso de los Diputados: Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica, [https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153\\_1\\_Aprobacion\\_Pleno.pdf](https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf)

## 4. Retos analizados durante el IV Simposio y propuestas más relevantes

### Un nuevo papel de la Unión Europea en Salud

Esta es la **Década de la Salud en Europa** (2020-2030); UE para la Salud, con 5 grandes objetivos:

- Acceso equitativo a medicamentos
- Nuevo marco legislativo que estimule la investigación (enfermedades raras, resistencias a antibióticos, etc.)
- Industria sanitaria estratégica
- Sanidad digital
- Preparados para cualquier emergencia sanitaria

#### Plan Europeo contra el cáncer <sup>(5)</sup>

- Iniciativa política
- 3,5 millones de europeos son diagnosticados al año de cáncer

#### Estrategia farmacéutica <sup>(6)</sup>

- acortar los tiempos, no más de 6 meses desde la aprobación de un medicamento (o indicación) por la EMA
- compra centralizada (para ciertos medicamentos)
- abordar la escasez de medicamentos en toda Europa

#### Nueva legislación farmacéutica <sup>(7)</sup>

#### Digitalización

- Espacio Europeo de Datos Sanitarios <sup>(8)</sup>, con los objetivos de
  - prestación
  - investigación
  - alertas tempranas

---

5 Un plan contra el cáncer para Europa, [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_es](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_es)

6 Una Estrategia Farmacéutica para Europa, [https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe\\_es](https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_es)

7 Unión Europea de la Salud: la Comisión propone una reforma de la legislación farmacéutica para lograr unos medicamentos más accesibles, asequibles e innovadores, [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip\\_23\\_1843](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_23_1843)

8 Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS), [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_es](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_es)

- Importante número de datos procedentes de 500 millones de europeos

### ***Propuestas más relevantes***

El **conjunto del sector sanitario español** -los gobiernos, las asociaciones profesionales y de pacientes, las empresas, ...- **deben estar muy atentos a los movimientos en salud en la Unión Europea, en el doble sentido de influir sobre los mismos y de incorporar los avances y estrategias rápidamente**, en particular en materia de:

- Espacio Europeo de Datos Sanitarios
- Nueva legislación farmacéutica europea
- Autonomía estratégica ampliada
- Reserva estratégica

## **Necesidad de un cambio de modelo: de la enfermedad a la salud**

El sistema necesita un cambio de paradigma, pasando de un sistema muy relacionado con la enfermedad a otro orientado más centrado en la salud.

Hemos creado un sistema muy enfocado a la enfermedad, seguramente era necesario, pero el resultado es un Sistema Nacional de Salud de alto coste y que se ocupa poco del mantenimiento de la salud.

**Lo importante es no enfermar, a través de acciones de promoción y prevención.**

Estamos instalados en el ámbito de la enfermedad, y eso orienta:

- presupuestos
- incentivos
- financiación

Tenemos que pensar qué sistema queremos en los próximos 50 años. Si hablamos de sostenibilidad, sin reformas va a ser muy difícil conseguir que nuestro sistema se mantenga.

Las inversiones deben atender no solo la enfermedad, sino también el mantenimiento de la salud.

Necesitamos cambiar los hábitos:

- de vida
- de ejercicio
- alimenticios
- de comportamiento
- de sueño, etc.

En el momento actual, estamos hablando de temas muy distantes:

- medicina de precisión
- genómica
- robotización

Parece que hay mucha distancia, pero hay que combinarlo.

El cambio va a ser complicado.

### ***Propuestas más relevantes***

Obviamente, a los enfermos hay que tratarlos con los sistemas y procedimientos más avanzados. Pero, al tiempo, **tendremos que ir pensando en orientar los incentivos, los recursos, la selección del personal y la financiación hacia la modificación de los hábitos de vida, con el fin de evitar, en lo posible, el enfermar y, por lo tanto, disminuir la carga de enfermedad global que tenga que atender el sistema.**

## **Un nuevo papel del autocuidado**

La buena salud está, en gran parte, relacionada con la asunción de la responsabilidad sobre la misma por parte del individuo. Educar al consumidor para que tome decisiones más informadas disminuye la frecuencia con la que se realizan ciertas intervenciones sanitarias.

Múltiples estudios han demostrado que educar al consumidor con información y *guidelines* para el autocuidado puede descender la utilización de los servicios en un 7-17%.

Hay ya suficientes evidencias de que el autocuidado es rentable, es decir, la relación coste/beneficio es muy favorable: el autocuidado reduce el uso de los servicios y, por tanto, el coste.

**El concepto fundamental es que el autocuidado, cuando apropiado, es preferible a la atención profesional. Además, el individuo puede determinar cuándo se requiere atención profesional si se le facilita información relevante.**

Este enfoque parece funcionar por medio de dos mecanismos: mejor información al consumidor y aumento de la confianza sobre determinados tratamientos de la enfermedad en casa. La educación que aumenta la confianza en las propias decisiones de salud se ha visto que puede reducir sustancialmente el coste de los cuidados a largo plazo, incluso en personas con enfermedades crónicas tales como artritis o Parkinson. Muchos millones de copias de las clásicas guías de autocuidados se han distribuido, con frecuencia en el contexto de programas sistemáticos de reducción de la demanda. Algoritmos similares son útiles para el desarrollo de sistemas telefónicos de triaje, basados en enfermeras.

### **Propuestas más relevantes**

**Las administraciones sanitarias, con la participación de las sociedades científicas, establecerán guías con indicaciones precisas de autocuidado.**

## **Los retos de la Salud Pública: la nueva Agencia de Salud Pública**

Como país llevamos un cierto retraso en la creación de la Agencia de Salud Pública, a pesar de que ya en 2009, hubo una pandemia de gripe A, sobre la que nos alertó la OMS.

A raíz de eso, en 2011, en la Ley General de Salud Pública, se prevé el Centro Estatal de Salud Pública, ya que en ese momento los Ministerios de Administraciones Públicas y de Hacienda, no autorizaron la creación de una Agencia

Tras la pandemia de la covid y la Comisión de Reconstrucción, el gobierno aprueba en 2023 el Proyecto de Ley de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP), ya con forma de Agencia <sup>9</sup>).

### Características de la Agencia

- La Agencia pretende incorporar toda la inteligencia del país en materia de:
  - Vigilancia epidemiológica
  - Análisis de los determinantes de salud
  - Resultados en salud de las políticas públicas
  - Promoción de políticas en materias de promoción y prevención de la salud y prevención de la enfermedad (incluyendo análisis de screening en determinadas enfermedades)

---

9 Proyecto de Ley por el que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública y se modifica la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública ([https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-145-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-145-1.PDF))

- Entre sus funciones están las de coordinación de la respuesta ante crisis sanitarias, en línea con la Estrategia Nacional de Seguridad
- Como Agencia tendrá una capacidad de gestión e independencia
- Las Comunidades Autónomas tendrán la obligación de remitir la información epidemiológica a la Agencia

Orientada no solo a futuras pandemias. También al abordaje de otros problemas de salud (como los derivados de agentes biológicos, etc.).

La Agencia de Salud Pública se mira en el espejo de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), como órgano del máximo prestigio profesional y técnico.

La Agencia deberá estar muy vinculada a las políticas en materia de Salud Pública tanto de la UE como de la OMS.

¿Hubiera sido distinta la gestión de la covid si se hubiera dispuesto de la Agencia? Posiblemente sí, ya que ciertas decisiones políticas requieren *inputs* técnicos cualificados.

El proyecto de Ley de Agencia de Salud Pública decayó con motivo de la disolución de las Cámaras, pero si todo va bien, es de suponer que con un nuevo gobierno, la ley esté aprobada en un plazo de entre 6 y 10 meses.

Frente a algunos intentos que tratan de recortar y minimizar el alcance de la planteada Agencia de Salud Pública, se propone que se plantee buscando fórmulas que la asimilen a las instituciones equivalentes más solventes e influyente en otros países, como el Robert Koch Institut en Alemania <sup>(10)</sup>

### ***Propuestas más relevantes***

**Completar la tramitación del proyecto de Ley de Agencia de Salud Pública** con un desarrollo más ambicioso que el planteado en estos momentos buscando fórmulas que la asimilen a las instituciones equivalentes más solventes e influyentes en otros países (Robert Koch Institut, de Alemania, por ejemplo).

## **La salud en todas las políticas**

<sup>10</sup> Robert Koch Institut, [https://www.rki.de/EN/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html)

## Dubai COP28

En unos días, se celebrará la reunión COP28 <sup>(11)</sup>, la reunión de las Naciones Unidas sobre el cambio climático (del jueves, 30 de noviembre, al martes, 12 de diciembre, 23). Un día entero de la conferencia se dedicará a salud.

### La crisis climática es una crisis de salud

- el cambio climático y la contaminación del aire influyen en la salud:
  - enfermedades transmitidas por vectores
  - falta de agua y saneamiento
  - golpe de calor
  - impacto en enfermedades crónicas
  - impacto en salud global
  - impacto en enfermedades infecciosas
- Se estima que la contaminación del aire produce unos 7 millones de muertes anuales

### Como sistema sanitario tenemos que descarbonizar <sup>(12)</sup>

- el sistema sanitario es responsable de 5% de la huella de carbono a nivel global

### Políticas de salud: más allá de la asistencia

- Las políticas de salud tienen que estar en:
  - mejorar políticas energéticas
  - mejorar planificación urbana
  - mejorar políticas alimentarias
- En definitiva, no solo dar asistencia a los pacientes, sino evitar que los ciudadanos se conviertan en pacientes

### De Ministerio de Sanidad a Ministerio de Salud

El Ministerio de Sanidad debería cambiar su nombre para pasarse a llamar Ministerio de Salud y su función fundamental sería: la **primera**, liderar el cambio de paradigma del sistema sanitario de la salud a la enfermedad, con énfasis en la promoción, prevención y autocuidado; **segunda**, garantizar la mejor asistencia sanitaria a todos los ciudadanos que lo requieran; y, **tercera**, impulsar el programa “salud en todas las

---

11 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el cambio climático (UNFCCC COP 28) ([https://www.right2city.org/es/events/united-nations-conference-of-the-parties-on-climate-change-unfccc-cop-28/#:~:text=UNFCCC%20COP%2028\)-,Conferencia%20de%20las%20Naciones%20Unidas%20sobre%20el%20Cambio%20Climático%20\(UNFCCC,12%20de%20diciembre%20de%202020\)](https://www.right2city.org/es/events/united-nations-conference-of-the-parties-on-climate-change-unfccc-cop-28/#:~:text=UNFCCC%20COP%2028)-,Conferencia%20de%20las%20Naciones%20Unidas%20sobre%20el%20Cambio%20Climático%20(UNFCCC,12%20de%20diciembre%20de%202020)))

12 Huella climática del sector de la salud, Salud sin Daño-ARUP, 2019, <https://accionclimaticaensalud.org/sites/default/files/2021-06/huellaclimatica.pdf>

políticas”, de tal manera que actuara como catalizador tanto de las iniciativas públicas como privadas que tengan su impacto en la salud (salud medio ambiental, salud laboral, programas de ciudades saludables, educación para la salud, salud en el transporte, políticas de vivienda, etc.)

### **Propuestas más relevantes**

Mediante el impulso a la “**salud en todas las políticas**”, no se pretende solo dar asistencia a los pacientes, sino evitar que los ciudadanos se conviertan pacientes.

Con el fin de liderar e impulsar este movimiento, **proponemos que el Ministerio de Sanidad cambie de nombre, para transformarse en un Ministerio de Salud**, que actúe como catalizador de todas las políticas de salud y asistencia sanitaria.

## **Las oportunidades de los fondos Next Generation en sanidad**

### **Importe total Fondos Next Gen <sup>(13)</sup>**

- En total son 163.000 millones de euros, de los cuales:
  - 79.800 millones, transferencias
  - Resto en préstamos, pendiente de aprobación definitiva de la Adenda, a la que ya (2 oct 23) ha dado luz verde la Comisión Europea

### **¿Qué volumen va a sanidad a través del PERTE de Salud de Vanguardia? <sup>(14)</sup>**

- 1.640 millones euros + el volumen que se apruebe finalmente, con la aprobación definitiva de la Adenda
- Al final serán unos **2.500 millones**, aproximadamente (1,5% del total de fondos Next Generation para sanidad, aunque este sector puede beneficiarse también de otros programas, como el de IA)

### **¿Qué entidades distribuyen estos fondos?**

- El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), en lo que se refiere al sector público
- El CDTI, para el sector privado

---

13 Next Generation EU: <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/FondosEuropeos/Fondos-relacionados-COVID/Next-Generation.aspx>

14 PERTE para la Salud de Vanguardia, <https://planderecuperacion.gob.es/como-acceder-a-los-fondos/pertes/perte-para-la-salud-de-vanguardia>

## ¿Qué parte ha llegado ya a la economía real?

- En lo que se refiere a la parte pública:
  - El **ISCI** ha dispuesto de 252 millones de euros
    - Se ha ejecutado 199 millones, lo que representa un nivel de ejecución del 79%
    - El destino de esos fondos es a:
      - Equipamiento
      - Infraestructura
      - Desarrollos de investigación
- En lo que tiene que ver con la parte privada, el **CDTI** ha dispuesto de 194 millones, de los que ha ejecutado 111, con un 57% de nivel de ejecución
  - Es un proceso continuo de concursos
  - Hay algunos pendientes de evaluación, lo que se hará antes de que finalice el año

## ¿Qué empresas están participando más? ¿Hay trabas?

- Pudo haber trabas al principio, por lo novedoso del procedimiento
- El sistema se basa en las reglas de ayudas del Estado, de acuerdo con la normativa del mercado interior de la UE
- La normativa a aplicar es la **Ley general de subvenciones** <sup>(15)</sup>
  - **Subvenciones:** Según la definición de la propia ley: gastos dinerarios sin contraprestación
  - Aparte de esto, el CDTI tiene otro procedimiento más ágil que son las **ayudas parcialmente reembolsables**
    - Con estas ayudas se puede ir al derecho privado y agilizar
    - Se han dado 110 millones al sector sanitario
    - Contrato mercantil con el beneficiario
  - Novedades de cómo dar soporte al sector privado
    - Compra pública innovadora, **compra precomercial** <sup>(16)</sup>
      - Prototipos
      - Compras singulares
        - Ejemplos:
          - Biorreactor de bolsa desechable, técnica de manufactura de fármacos muy extendida
          - Dispositivo tomografía emisión de protones

---

15 Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones,  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-20977-consolidado.pdf>

16 Compra pública precomercial: ¿qué abarcan los servicios de I+D?,  
<https://www.obcp.es/opiniones/compra-publica-pre-comercial-que-abarcan-los-servicios-de-id>

- Se está utilizando este sistema para impulsar el desarrollo tecnológico por parte de las empresas
- **Estructura CPP para abordar las fases clínicas de las nuevas terapias avanzadas**
  - CAR T, cobertura a desarrollos en el ámbito público español
  - HIPRA para el desarrollo de la vacuna

## **Adenda**

- La adenda no solo son préstamos (son préstamos para el Estado Español)
  - Para las empresas son un mix de ayuda, en forma de subvención y de préstamo
    - Ministerio 230 millones, ayudas
    - ISCIII, 122
    - CDIT, 478 millones adicionales
      - 303 en forma de préstamos
      - Resto subvención, en algún caso ayudas parcialmente reembolsable
      - Convocatoria para el refuerzo de las empresas españolas en el ámbito internacional
      - Préstamo: modernización capacidad de producción en el territorio
- Convocatoria conjunta ISCIII-CDTI
- Línea de coinversión, 66 millones de euros del CDTI, 190 millones en total, a empresas emergentes españolas en el ámbito de la salud

## **Despliegue de estrategias: PERTE de salud de vanguardia**

- PERTE de salud de vanguardia, uno de los Planes Estratégicos impulsados con fondos Next Generation
- Hace dos días, la Comisión Europea y aprobó la adenda del PRTR (Plan de Reconstrucción, Transformación y Resiliencia), con la movilización de 93.500 millones de euros adicionales. Esto significa que entre 2021 y 2026 se van a invertir 163.000 millones, equivalentes al 12% del PIB de España
- En el ámbito de la salud significa pasar de una inversión total de aprox. 1.500 millones a casi 2.500 millones

## **Dicho Plan Estratégico tendrá impacto directo en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como impacto industrial**

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades
  - i. Ambicioso plan de tecnologías digitales
  - ii. Mejorar el diagnóstico y la atención a pacientes con enfermedades raras, trastornos neuromotores y ELA

- iii. Implantación de Medicina Personalizada en todo el SNS
- iv. Misiones científicas con los mismos objetivos y refuerzo de las Unidades de Investigación por parte del ISCIII
- Impacto en el tejido industrial
  - aportando financiación pública para que las empresas puedan participar en los Proyectos Importantes de interés Común Europeo (IPCEI) <sup>(17)</sup>

En resumen:

- El Plan de Reconstrucción, Transformación y Resiliencia (PRTR) permite a España acceder a los fondos europeos *Next Generation* (2021-2026), en total a 163.000 millones de euros (equivalentes al 12% del PIB anual de España).
- De estos, 2.500 millones irán para sanidad.
- Esto representa una gran oportunidad tanto para el sector público (tecnologías digitales, enfermedades raras, medicina de precisión, desarrollos de proyectos de investigación, ...) como para el sector privado.
- Los fondos en sanidad son distribuidos a través del Instituto de Salud Carlos III (para el sector público) y del CDTI (para el sector privado).

### **Propuestas más relevantes**

Recomendamos:

- **que el CDTI y el ISCIII hagan un esfuerzo de difusión de las posibilidades de estos fondos tanto entre el sector sanitario privado como el público**
- **que el sector sanitario público y privado estén muy atentos y dispuestos a aprovechar esta oportunidad única**

## **Determinantes sociales de la salud**

Cuando pensamos en determinantes de la salud, solemos pensar en factores biológicos o genéticos (pero esos solo tienen un peso de un 30%).

El 70% del peso de los determinantes de la salud son factores sociales. Nos referimos a:

- estilos de vida
- ambiente en el que se vive

---

<sup>17</sup> IPCEI: Proyectos importantes de interés común europeo, <https://es.fi-group.com/ipcei/>

- nivel socioeconómico
- sistema de salud
- educación, etc.

La buena noticia es que los determinantes de salud son modificables.

Hay un informe elaborado por la Fundación Gaspar Casal, en colaboración con MSD, titulado "**Por una salud no determinada**", presentado en julio 22, en el Congreso de los Diputados <sup>(18)</sup>.

Entre los determinantes con más peso están los ingresos y el tipo de trabajo.

En España, las diferencias entre comunidades autónomas, desde las de mayor PIB per cápita (como Madrid, País Vasco o Navarra) a las de menor PIB per cápita, pueden significar una diferencia de hasta 4 años en la expectativa de vida.

En cuanto a posibles soluciones, en muchos Planes de Salud de algunas comunidades, ya se analizan los determinantes y se aportan soluciones que siempre son multisectoriales.

Es un tema para el que hacen falta más datos, y la creación del Espacio Europeo de Datos es algo que contribuirá de forma notable a una mejor comprensión del problema.

En resumen:

- Si queremos la Equidad en Salud (entendida como la minimización de las desigualdades en salud evitables), los servicios asistenciales y de salud pública van a necesitar la colaboración de otros sectores.

### ***Propuestas más relevantes***

- Se sugiere que se incorpore el **abordaje de los determinantes de la salud en los planes nacionales o autonómicos existentes o en los que se establezcan en el futuro**
- Profundizar en el conocimiento de esta realidad

## **El enfoque sobre la demanda asistencial**

---

<sup>18</sup> Por una salud no determinada, <https://fundaciongasparcasal.org/por-una-salud-no-determinada-una-hoja-de-ruta-hacia-la-equidad-en-salud/>

Se trata de reformular el sistema demanda/oferta sobre cinco grandes pilares:

- 1) **Estratificación de la población**, determinar la carga de enfermedades presentes y futuras de una población (herramientas de *Population Health Management*) <sup>(19)</sup>  
La estratificación de la población nos permitirá entender mejor la demanda, ajustando los tiempos a las necesidades
- 2) **Potenciar los programas de salud**. En especial los programas de promoción de la salud y autocuidados.  
Todo ello con el fin de evitar consultas inadecuadas.
- 3) **Accesibilidad**  
Esto requiere automatización de los procesos:
  - pasar mucho proceso de presencial a on-line
  - énfasis en gestión de las citas a través de un CRM
  - replanteamiento de qué hacen los profesionales
  - reorganizar la demanda a dónde debe de estar
  - maximizar el tiempo asistencial directo
- 4) **Abordar el problema del desajuste de productividad**
  - minimizar la actividad administrativa del personal clínico
- 5) **Continuidad asistencial**
  - En términos de interoperabilidad

### **Propuestas más relevantes**

Es preciso tener un enfoque de la demanda previsible, con el fin de organizar la oferta adecuada.

Recomendamos disponer de una **estratificación de la población** (con herramientas de *Population Health Management*), potenciar los programas de salud, asegurar la accesibilidad y garantizar la continuidad asistencial.

## **Los profesionales sanitarios**

### **Retos de los profesionales sanitarios**

#### **Un desgaste como consecuencia de la covid**

- El desgaste tan grande que la covid ha tenido en nuestros profesionales sanitarios, sumado a la alta carga administrativa (estimada en hasta un 40% de

---

19 NHS England, Population Health Management, <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/phm/>

su tiempo) que limita el tiempo que pueden pasar con los pacientes y, por lo tanto, reduce sus niveles de motivación y pasión por la profesión. Por lo tanto, una de las propuestas de soluciones relevantes es aprovechar la digitalización y la IA para disminuir la carga administrativa y devolver el tiempo para tareas de valor como estar con el paciente y la toma de decisiones.

### ¿Hay escasez de profesionales?

- No se puede decir, con carácter general, que haya escasez de profesionales
- hay falta de determinados especialistas médicos y personal de enfermería
- también son un problema las **zonas de difícil cobertura** <sup>(20)</sup>

### Puestos de difícil cobertura

- son puestos a los que nadie quiere ir, por distintas circunstancias
  - rurales
  - aislados
  - ciudades pequeñas
- hay que generar incentivos, echándole imaginación y con soluciones a medida
- lo cierto es que, en una situación de pleno empleo, los profesionales trabajan dónde quieren

### Bases de una política de RRHH

- estabilidad, muy importante, para atraer y retener
- disponibilidades formativas
- movilidad, incluyendo el trabajo en red
- pagarles mejor
- hay que configurar un "pack de atracción"

### Compatibilidad con el sector privado

- Es importante

### Qué se pide al Estado

- avanzar en la coordinación
- asegurar una libre circulación
- visión estratégica, detectando y planificando necesidades futuras

---

20 Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Criterios para identificar los puestos de difícil cobertura en Atención Primaria, [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/puestosDificilCobertura/docs/Acuerdo\\_Puestos\\_Dificil\\_Cobertura\\_AP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/puestosDificilCobertura/docs/Acuerdo_Puestos_Dificil_Cobertura_AP.pdf)

- en cuanto a la capacidad formativa de especialistas, se ha alcanzado probablemente el máximo de capacidad del sector público, pero seguramente se podría avanzar en el sector privado

### Situación del plan de estabilización

- se está aplicando la ley 20/21 <sup>(21)</sup>
- a finales de 2024 estará finalizado el proceso de estabilización
- el proceso debería ser mucho más ágil
- es importante que se aprueben las bases de entrada en el sistema sanitario, distinta a la del funcionariado clásico

**Las políticas de recursos humanos en el sector sanitario son críticas y, hasta ahora, no se les prestó suficiente atención.**

### *Propuestas más relevantes*

En el marco del Consejo Interterritorial de Salud deben establecerse las bases de una política de recursos humanos que incluya:

- **Planificación de las necesidades de profesionales** (a la vista de los nuevos perfiles profesionales necesarios, perspectivas de jubilación, etc.)
- Tratar el tema de las **plazas de difícil cobertura**, para hacerlas atractivas
- Definir las **bases de una política de personal**, que incluya estabilidad laboral, incentivos, evaluación del desempeño, formación, movilidad, nivel salarial, etc.
- Hacer compatible, con las debidas garantías, la actividad en el sector público y en el privado
- Aprovechar mejor la capacidad docente del ámbito privado

## La formación de profesionales

### Objetivos

- formar
- formar más (grado y especialidades)

---

21 Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-21651>)

- retener, políticas de recursos humanos
- expectativas, a medio largo plazo, tanto de la población como de los profesionales

### **Nuevas especialidades**

- Urgencias y Emergencias, con pasarela a Atención Primaria
- En cola:
  - Genética
  - Infecciosas
- Hay otros temas pendientes:
  - fusión Bioquímica y Análisis Clínicos
  - Neonatología como área específica
  - Medicina del deporte

### **La formación de profesionales sanitarios: gran reto país**

- médicos
- farmacéuticos
- enfermeros
- técnicos auxiliares
- fisioterapeutas, etc.

### **Problema específico Atención Primaria**

- faltan incentivos
- 30% de la oferta de plazas MIR son de medicina de familia
- se ofertan 1.000 plazas MIR más que egresados de las facultades
- uno de los problemas de la Atención Primaria son las múltiples jubilaciones
- El problema fundamental se da en las zonas rurales, y es un tema de incentivos, no solo económicos, sino también organizativos y de dar capacidad de autoorganización
- revisar el papel de la enfermería, enfermería de práctica avanzada

### **Mito de la emigración**

- se exagera mucho la emigración de nuestros profesionales, en concreto de los médicos
- el último año en torno a 300
- se homologaron los títulos de 5.000 extranjeros todo el año

### **Facultades de Medicina**

- falta formación sobre habilidades de comunicación médico/paciente
- La Atención Primaria es la especialidad de la que más se va a necesitar en el futuro y habría que incorporar formación sobre Atención Primaria en el currículo académico

### ***Propuestas más relevantes***

- Hay que plantearse la **formación de profesionales sanitarios como un gran reto del país**, activando un trabajo conjunto de los Ministerios de Sanidad (Consejo Interterritorial del SNS) y Educación, así como las conferencias de rectores y decanos
- Tratamiento especial a todos los temas de **formación para los profesionales de Atención Primaria**
- En las Facultades de Medicina hay que incorporar formación sobre habilidades de comunicación médico/paciente, así como formación sobre la especialidad de Atención Primaria en el currículo académico

## **Los retos de la sanidad pública**

### **La gestión en la sanidad pública**

#### **La covid no significó un cambio en el modelo de gestión**

- El modelo de gestión no cambió como consecuencia de la covid
- Se pusieron en evidencia los fallos
- Sigue habiendo lagunas en estadística sanitaria, en análisis de coste por procesos
- Seguimos sin conocer bien los resultados
- Seguimos sin saber el número de especialistas por áreas geográficas
- Seguimos teniendo un sistema con muchos problemas:
  - Listas de espera
  - Demoras en diagnósticos y tratamientos
  - Problemas en Atención Primaria

#### **La incipiente colaboración público/privada que se inició durante la covid no se mantuvo**

- Durante la pandemia se puso en marcha una incipiente colaboración público/privada
- Pero eso, que podía haber tenido continuidad y ser perfeccionada, no se consolidó

- No hemos avanzado en una sanidad colaborativa, entre el sector público y el privado

### **Las estructuras de Salud Pública estaban muy debilitadas durante la pandemia**

- El Ministerio carecía y carece de una estructura de inteligencia en salud pública

### **El sector público es insuficiente para atender a las necesidades asistenciales de la población**

- Los problemas asistenciales del sector sanitario no se pueden arreglar solamente desde el sector público, que es insuficiente
- Hace falta la colaboración reglada y a largo plazo con el sector privado
- El sector público debe tomar de buen grado la ayuda del sector privado

### **El sector tiene que abordar retos globales, pero lo típico de nuestro sistema es la ausencia de voluntad de abordar reformas**

- Hay que preguntarse porqué en un régimen de cobertura pública, universal y gratuita en el momento de la prestación, un 25% de la población tiene doble cobertura
- Hay que hacer reformas que hagan al modelo sostenible
- Identificando y utilizando las mejores prácticas

### **Como consecuencia de la estabilización de las OPEs tendremos un sistema más funcional y rígido**

- La respuesta a la lógica demanda de estabilidad es la proliferación de las OPE's, que hará al sistema más funcional y rígido
- Eso es un error, ya que el marco funcional con plaza en propiedad se ha mostrado muy inadecuado para la gestión de un sistema de salud moderno
- Imposible gestionar con funcionarios

### **Tratamos de gestionar un sistema del siglo XXI con herramientas del siglo XX**

- La Ley General de Sanidad, un instrumento del siglo XX, no es el adecuado para gestionar un sistema sanitario del siglo XXI

### **Hay que contar con los profesionales**

- hay que incentivarlos
- se trata de:
  - alinear a los profesionales con la gestión
  - y la gestión con lo que el gobierno o la organización quieran
- hay que ir a un nuevo modelo de relación con los profesionales, más allá de las OPEs

## La tecnología es fundamental, pero no va a sustituir a la relación médico/paciente

- Vamos hacia un sistema en el que coexistirá lo presencial y lo on-line
- Gran papel de la IA, que permitirá hacer recomendaciones diagnósticas y terapéutica basándose en amplia casuística
- Ayuda de la IA en mejora de la gestión hospitalaria, de recursos (personal, camas, ...) y tareas administrativas

## Es importante el discurso de la promoción y prevención, pero el ciudadano va a enfermar y sufrir

- Hay que impulsar el diagnóstico de la promoción y prevención, ya que muchas enfermedades son evitables
- No obstante, la enfermedad va a acompañar a la humanidad, muchas personas tendrán que afrontar varios procesos oncológicos en su vida
- Y a los enfermos hay que tratarlos adecuadamente, con la mejor tecnología y de manera humana

## Avanzamos hacia una medicina más colaborativa

- Entre Atención Primaria y hospitales
- Con más componente multidisciplinar
- Más colaboración del sector sanitario con el social y sociosanitario
- Más colaboración entre el sector público y el privado

### *Propuestas más relevantes*

Se propone llevar a cabo un cambio en el modelo mediante reformas, en su caso legislativas, que suponga:

- Hace falta un **cambio de modelo de gestión en el sector público**, hacia otro menos administrativo
- Sigue habiendo grandes lagunas, que hay que superar, en el **conocimiento de los costes de los procesos en el sector público**
- Hay que avanzar en el conocimiento de los **resultados**
- Es preciso **avances en la colaboración público/privada**, siempre desde la perspectiva de que el sector público es insuficiente y que este debe aceptar de buen grado la ayuda del sector privado
- **Aunque las OPE's pueden contribuir a dar estabilidad al sector, al final son una mala solución**, ya que significan consolidar un régimen funcional inapropiado para el sector sanitario. Desde este punto de vista, las OPE's son un gran paso atrás
- Hay que avanzar hacia una **sanidad más colaborativa**, entre atención primaria y hospitales, con un enfoque más multidisciplinar, más colaboración

entre el sector sanitario y el social y socio sanitario y también entre el sector público y el privado

## La Atención Primaria

### Retos y situación actual: visión desde los profesionales

- lo que vemos son jubilaciones sin reposición
- nos dicen que en 10 años habrá suficientes médicos de familia
- pero actualmente, los médicos están absorbiendo la demanda de todas las plazas sin cubrir
- necesidad de promocionar la medicina de familia desde las Facultades
- especialidad desconocida
- introducir Atención Primaria en la Universidad
- el futuro pasa por reivindicar lo que representa la atención primaria con sus atributos de longitudinalidad y accesibilidad
- quitar burocracia
- tenemos que hacer que la Atención Primaria se dedique a lo que es Atención Primaria
- facilitar la autogestión, pero a partir de tener recursos, si no hay recursos, imposible
- en cuanto a las bajas médicas, las originadas en Atención Primaria deben gestionarse en Atención Primaria, el resto en el nivel asistencial donde tienen lugar
- personal administrativo, necesita formación para ayudar al médico

### Incentivos en Atención Primaria

- para poder investigar y docencia (para eso hace falta tiempo)
- atención a crónicos de forma programada
- que los médicos de Atención Primaria puedan controlar su propia agenda
- descarga de tareas administrativas (ejemplo: informe de dependencia, etc.)
- incentivos económicos, pero lo más importante es que el médico pueda ser "dueño" de su tiempo
- horario (el horario de tarde a pocos médicos le gusta). Lo mejor es un horario hasta las 5 ó 6 y a partir de ese momento y hasta las 9, urgencias de atención primaria

### Colaboración de la farmacia

- la farmacia puede hacer mucho en su colaboración con Atención Primaria

- respetando las competencias de cada uno, no se trata de invadir competencias ajenas
- se trata de utilizar el papel asistencial de las 22.200 farmacias que hay en España
- las farmacias ofrecen un amplio abanico de servicios en torno al medicamento y la salud pública que han demostrado aportar eficacia y eficiencia y que pueden ampliarse en beneficio de pacientes y sistema sanitario

#### Acuerdo médicos-farmacia

- lo importante es procedimentar las relaciones atención primaria-farmacia, dando formato real a esa relación

#### *Propuestas más relevantes*

- Es imprescindible un **plan de recursos humanos en Atención Primaria**, que palíe progresivamente las continuas jubilaciones
- **Promocionar la medicina primaria desde las Facultades de Medicina**
- **Quitar burocracia**, de tal manera que los médicos de atención primaria se centren en hacer su labor médica
- **Formación del personal administrativo**, para ayudar al médico
- **Facilitar la autogestión**
- **Bajas médicas, que cada nivel dé las suyas**, no que todas recaigan en Atención Primaria
- Posibilidad de programar **tiempo para labores de investigación y docencia**
- **Incentivos económicos**
- En lo que se refiere a la **farmacia comunitaria, procedimentar sus relaciones con Atención Primaria**

## El sector sanitario y social

### La sociedad ha cambiado

- mayor porcentaje de personas mayores de 65 años
- pero el problema fundamental es con los muy mayores (>85 años)
- el perfil del paciente ha cambiado

### Ni el sistema sanitario ni la sociedad se han adaptado a este cambio

- hay problemas graves de continuidad asistencial, tanto en el sistema sanitario en sí, como en la coordinación del sistema sanitario con el sistema social
- también hay dificultades serias a la hora de acceder a la información clínica completa de un paciente en todos los niveles asistenciales, incluyendo el social

## El mejor entorno para el paciente mayor es el domicilio

- a poder ser, el mejor entorno para una persona mayor es su propio domicilio
- cada vez más la tecnología está permitiendo atender a los mayores en su domicilio

## Cuando no sea posible el domicilio, los centros sociosanitarios

- progresivamente los centros sociosanitarios tienen a su cargo personas con necesidades sanitarias muy importantes. Algunos necesitan, por ejemplo, ecografías y otras pruebas, por eso hay que facilitar más recursos a los centros sociosanitarios
- son casi hospitales
- en las residencias y centros sociosanitarios hay pacientes con patologías muy graves
- hay que **categorizar las residencias**, ya que no todos los residentes tienen las mismas necesidades, por ejemplo:
  - pacientes con situación cognitiva buena
  - pacientes con demencia
  - fragilidad,
  - etc.
- hay que avanzar, incluso en residencias grandes, hacia **unidades de convivencia** más reducidas, con los pacientes bien categorizados

## Problemas de profesionales

- el problema de los profesionales es acuciante, particularmente de enfermeras
- intenso *burnout* de estas profesiones sanitarias

## Necesidad de cambio en el modelo asistencial, pues tiene que adaptarse a los mayores

- Dos elementos clave:
  - **Continuidad asistencial y enfoque multidisciplinario**
  - **Acceso a toda la información clínica**
- Énfasis en la **continuidad asistencial** (entre los distintos niveles del sistema sanitario) y entre este y los servicios sociales y sociosanitarios
- Evitar un **modelo sanitario fragmentado**, como el que tenemos ahora
- Debe haber un sistema de información dónde **toda la información clínica de toda la vida del paciente sea accesible** a los profesionales de los distintos niveles (Atención Primaria, hospitales, centros sociosanitarios)
- También hay que **concentrar recursos en las necesidades de estos pacientes que son los que más los necesitan, evitando dedicar tiempo a actividades banales**

- La no categorización de pacientes por sus necesidades lleva a no dedicar suficiente tiempo a los mayores
- La falta de acceso a la historia clínica desde los distintos niveles significa más pruebas, más tiempo y más fallos

### Una buena experiencia de la Comunidad de Madrid: la geriatría de enlace

- Se trata de un geriatra en todos los hospitales de la comunidad, que sigue las necesidades de todos los servicios sanitarios del área de referencia

En resumen:

- La sociedad ha cambiado (mucho mayor peso de las personas mayores de 65 años e incluso mayores de 85) y el sistema sanitario y social tienen que adaptarse a ese cambio

### *Propuestas más relevantes*

Proponemos la activación de una serie de medidas que garanticen:

- **Continuidad entre los distintos niveles del sistema sanitario** (atención primaria y hospitales)
- **Continuidad entre la atención sanitaria y los servicios sociales y sociosanitarios**
- Un enfoque **mucho más multidisciplinario** (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.)
- Mucha mayor **compartición de la información clínica entre los distintos niveles asistenciales**, tanto sanitarios como sociales (historia clínica digital integrada).
- Los **centros sociosanitarios** deben evolucionar hacia una **categorización** de las residencias, basadas en **unidades de convivencia reducidas**
- Necesidad de una **geriatría de enlace** en los hospitales, que siga las necesidades de los distintos dispositivos del área de residencia

## Investigación en el sector sanitario

La actividad en investigación e innovación en el sistema sanitario tiene un triple impacto

- **Científico y de avance en el conocimiento**
  - descubrimientos que pueden mejorar la vida de las personas
- **En una mejor actividad asistencial**
  - está bien estudiado
  - conocimiento profundo de los procesos patológicos

- los investigadores están expuestos a los últimos avances científicos y tecnologías médicas
- conocimientos avanzados y habilidades especializadas
- **En la satisfacción de los profesionales**
  - a nivel individual
    - percepción por parte del profesional de la valoración institucional
    - capacidad de reconocerse como actor del avance de la medicina
  - a nivel colectivo
    - entornos de trabajo colaborativos y estimulantes

### Hay que reservar tiempo de los profesionales para la I+D

- asumir que no es algo prescindible, sino una necesidad del sistema
- abordar cambios organizativos, como la reducción de tareas burocráticas o la delegación de ciertas funciones en otros profesionales

### Nuevo marco legislativo, a partir de la modificación del artículo 85 de la ley de Investigación Biomédica, introducida en la nueva Ley de la Ciencia, a través de su Disposición Final Primera <sup>(22)</sup>.

- Esta modificación supone:
  - creación de categorías estatutarias para investigadores
  - desarrollo de la carrera profesional para el personal laboral investigador
  - reconocimiento de la actividad investigadora y su reconocimiento en los baremos de las ofertas públicas de empleo
  - fomento de la compatibilidad entre actividad asistencial e investigadora

### **Propuestas más relevantes**

- **Impulsar la actividad investigadora en los centros sanitarios** por tres razones:
  - Impacto científico y avance en el conocimiento
  - Impacto en una mejor actividad asistencial
  - Impacto en la satisfacción de los pacientes
- Las comunidades autónomas y otras entidades deben **aprovechar todo el potencial de la reciente modificación de la Ley de Investigación Biomédica**

<sup>22</sup> Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-14581-consolidado.pdf>)

## Un papel más sanitario para las oficinas de farmacia

En España hay 22.220 oficinas de farmacia. Para que se vea la capilaridad, hay que tener en cuenta que en el país hay solo 3.033 centros de salud (13.051, si añadimos los consultorios locales), el siguiente dispositivo más frecuente <sup>(23)</sup>.

Organismos internacionales, parlamentos, asociaciones de pacientes y otros grupos sociales están reclamando un papel más activo de las farmacias en el seno de los sistemas sanitarios.

Lo que se plantea es:

- **integración de la farmacia comunitaria en el sistema de salud**
  - dándole el rol que debe tener y que, en cierta manera, se prefiguró durante la pandemia
- **impulso al acuerdo sobre la farmacia comunitaria rural** <sup>(24)</sup>, acordado con tres ministerios (Sanidad, Transición Ecológica y Derechos Sociales), que debería ponerse en marcha antes de que finalice el año con tres pruebas piloto en otras tantas comunidades autónomas
- **dispensación colaborativa** <sup>(25)</sup>, en este punto se plantea:
  - dispensación en farmacia de ciertos medicamentos hospitalarios, lo que evitaría desplazamientos innecesarios de muchos pacientes
  - Revisión de la calificación de los medicamentos hospitalarios con criterios sanitarios
- **legislación que permita al farmacéutico sustituciones** tan sencillas como una forma galénica (lo que contribuiría también a paliar determinados problemas de escasez de algunos medicamentos)
- **Ampliar los servicios asistenciales en las farmacias**
  - Seguimiento
  - Adherencia
  - Conciliación
- **Mayor implicación de las oficinas de farmacia en los servicios de Salud Pública**
- **Pasos para que las oficinas de farmacia tengan un rol en la implantación de la filosofía One Health**, disponiendo de una única historia farmacológica

### *Propuestas más relevantes*

**Proponer en el seno del Consejo Interterritorial del SNS una mayor integración de**

23 Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022, [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME\\_ANUAL\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf)

24 Gobierno y farmacéuticos impulsan un programa para la mejora de la atención sanitaria, social y asistencial en el medio rural, <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2023/010323-programa-farmacia-comunitaria-rural.aspx>

25 Dispensación colaborativa, <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/dispensacion-colaborativa/>

### las oficinas de farmacia en la actividad asistencial del SNS y en ciertas funciones de Salud Pública:

- mayor integración de la farmacia comunitaria en el sistema de salud
- implantación del plan sobre la farmacia comunitaria rural
- dispensación colaborativa
- legislación que permita al farmacéutico ciertas sustituciones
- ampliación de los servicios asistenciales en farmacias
- mayor implicación en los servicios de Salud Pública y en el enfoque *One Health*

## Los retos de la sanidad privada

### La sanidad privada en el nuevo entorno sanitario y político

#### Retos importantes en el sector de provisión privado

- **Sostenibilidad financiera**
  - Inflación
  - Los costes de la salida de la covid
- **Modelo**
  - Cuál va a ser nuestra relación con las mutualidades
  - Con las aseguradoras
  - Con el sector público
- **Profesionales**
  - Dificultades para atraer y retener el talento
  - Dificultades para encontrar ciertos profesionales médico y de enfermería
- **Tecnología e innovación**

#### Por primera vez el sector se enfrenta a la lista de espera

- Desde la covid, dos millones de asegurados nuevos
- Tensiones oferta/demanda y aparición de listas de espera
- Esto es algo a lo que el sector no estaba acostumbrado y que rompe uno de los puntos fuertes del sistema y de su atractivo

#### Los concertos no dan estabilidad

- Tal como está organizada la concertación con el sector público no da estabilidad

- Son ayudas puntuales, pero no puede plantearse en relación con las mismas un planteamiento inversor a largo plazo, ya que no se contempla
- Hay que avanzar hacia un modelo que considere los acuerdos a largo plazo
- Hay que refundar las bases de la colaboración del sector sanitario privado con el sector público

### **El sector público necesita al sector privado y viceversa**

- Hay ventajas tanto para el sector público como para el sector privado de esta colaboración
- Los países dónde más desarrollo existe del sector sanitario privado, tanto en el ámbito del seguro como de la provisión, es aquellos en los que existe una fuerte colaboración con el sector público
- El sector privado debe tener una estrategia de colaboración con el sector público
- ***Esta estrategia pasa inicialmente por mantener lo que hay: el modelo de mutualismo administrativo, los conciertos y las concesiones***

### **Incierta eficacia de la ley sobre tiempos de espera que se anuncia**

- No se conoce el texto de la ley, pero es difícil que una ley de este tipo tenga eficacia, si no va acompañada de una financiación, priorización, sistema de información y nuevo papel del sector privado
- Los antecedentes de otras leyes en este sentido no son muy alentadores

### **La retención de los profesionales: más allá de la retribución**

- El sector privado necesita una política de atracción y retención del talento
- Esto pasa por la retribución, pero también con el propósito de la organización y las posibilidades de formación e investigación

### **El sistema MIR necesita reformas**

- El sistema MIR funciona muy bien
- Pero lleva 40 años sin tocarse
- Debería ser un sistema mucho más flexible
- Que se pueda cambiar de especialidad con más facilidad

En resumen:

- El sector provisor privado tiene que enfrentarse a retos importantes: en el ámbito de la sostenibilidad financiera; modelo y relación con sus clientes; atracción de profesionales y renovación tecnológica

## **Propuestas más relevantes**

Proponemos una serie de medidas con los siguientes objetivos:

- En el marco de las relaciones del sector privado con la Administración, **el enfoque de colaboración sobre la lista de espera debe pasar de ser algo puntual y oportunista a disponer de un planteamiento y una estrategia a largo plazo**, que permita inversiones
- El sector público necesita al sector privado y viceversa. En esta línea se debe trabajar por ambas partes.
- A corto plazo, es preciso una estrategia de mantenimiento y refuerzo de la colaboración público/privada en el ámbito de la provisión y el seguro sanitario ya existente: el **mutualismo administrativo**, los **conciertos** y las **concesiones**

## **El mutualismo administrativo**

### **Naturaleza del modelo**

- Servicio público con gestión privada
  - Único modelo alternativo, junto con las concesiones, al modelo de gestión pública directa
  - Es un **servicio público, financiado públicamente, regulado públicamente y con equidad y accesibilidad para los usuarios**
- Funcionamiento a satisfacción de los mutualistas
- El modelo ha demostrado su correcto funcionamiento a lo largo de muchos años, ya que fue fundado hace 48 años y en dos años celebrará su 50 aniversario
- **Permite siempre exactitud presupuestaria a la Administración, ya que con este sistema no hay desviaciones**

### **El Mutualismo Administrativo es parte del Sistema Nacional de Salud**

- Con los mismos retos en cuanto a aumento de costes, calidad, equidad, captación de talento, etc.
- También tiene retos particulares

### **El Mutualismo es un activo para el conjunto de la sociedad española**

- Se desarrolla a satisfacción y sin listas de espera
- Está permitiendo el desarrollo de la provisión privada en muchas provincias en las que, si desapareciera el mutualismo administrativo, no existiría
  - En 27 provincias, en torno al 40% de las primas son mutualistas

- Si el sistema desapareciera, el mantenimiento de la provisión privada iba a ser imposible
- Si esa provisión desapareciera, sería muy difícil mantener el aseguramiento privado en esas provincias
- Ha permitido a las aseguradoras dar una atención sanitaria mejor en su conjunto, tanto para sus clientes privados como para los del modelo del mutualismo

### **El mutualismo administrativo está, como el conjunto del sector, en plena revolución tecnológica**

- Receta electrónica
- Historia clínica digital

### **El modelo está infrafinanciado y esto produce pérdidas para las compañías aseguradoras vinculadas al mismo**

- Según los datos oficiales del 2021 (últimos publicados), el coste per cápita de la gestión sanitaria pública fue de 1.800 euros
- El modelo de mutualismo administrativo está en 1.000 euros
- Es un diferencial inasumible
- Estas pérdidas no son del último año, sino se vienen arrastrando desde hace muchos años
- Esta situación se agudiza si tenemos en cuenta que coexiste con una petición de aumento de los baremos médicos por parte de los profesionales y de los provisos
- ***Solo la responsabilidad con la Administración, con los mutualistas, y analizando los beneficios del sistema para el conjunto de la sanidad española, pública y privada, ha llevado a estas aseguradoras a permanecer en el modelo, conscientes, no obstante, de que esta situación no puede mantenerse indefinidamente***

### **Los problemas del contrato actual**

- El contrato actual tiene tres años (2022-2024) <sup>(26)</sup>
- La subida más significativa fue el primer año (8%), pero rápidamente esa subida fue absorbida por la inflación y el aumento de los costes sanitarios
- Los años 2023 y 2024 contemplan subidas muy bajas, totalmente insuficientes para compensar la actual alta siniestralidad del modelo
- Uno de los problemas es que el contrato es en base a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, en vez de conciertos singulares, como había antes, y

---

26 Resolución de 22 de diciembre de 2021, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento de acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2022, 2023 y 2024, <https://www.boe.es/boe/dias/2021/12/24/pdfs/BOE-A-2021-21337.pdf>

permite poca flexibilidad. Por eso se está estudiando con la Abogacía del Estado su posible modificación en base al concepto de desequilibrio económico del contrato

- Modificar un contrato de 3.000 millones no es una actividad ordinaria para la Administración

### Los problemas de envejecimiento del modelo

- En los últimos 5 años, la edad media de los mutualistas ha aumentado 5 años
- Esto ha hecho que se pasara de un 12% de los mutualistas por encima de los 65 años a un 23%
- Esto está lastrando la rentabilidad del modelo y, por lo tanto, su sostenibilidad

### Habría muchos damnificados si el modelo desapareciera

- El primer damnificado sería **el propio Estado**, ya que el sistema le costaría bastante más
- Significaría pérdida de **puestos de trabajo** en la sanidad privada
- Pierden los **mutualistas**, con su incorporación a la sanidad pública de gestión directa
- Pierden **el conjunto de los asegurados públicos**, ya que la incorporación de más de dos millones de nuevos asegurados significaría un aumento de la masificación del servicio y de las listas de espera
- Pierde el **conjunto de la actividad sanitaria privada en el país**, que se vería anulada en más de una veintena de provincias

### *Propuestas más relevantes*

Se plantean cambios en el mutualismo administrativo en la siguiente línea:

- La más importante es un **acuerdo político**, fundamentalmente entre los dos grandes partidos de este país sobre la continuidad del modelo
- Hay que abordar el tema de la **financiación**. Tal vez lo mejor sea recuperar la indexación de la cápita del modelo del mutualismo administrativo a la cápita de la gestión directa, estableciendo un diferencial por debajo para el mutualismo administrativo, pero que este no sea tanto que el modelo se convierta en inviable, como ocurre en la situación actual. Una fórmula similar existió en la época del PSOE, en el Ministerio de Julián García Vargas
- Replantear la **gobernanza** del modelo. Esta dependencia de tres ministerios (Administraciones Públicas, Defensa y Justicia) y la desvinculación del Ministerio de Sanidad, hay que superarla. Dado el peso demográfico del modelo del mutualismo administrativo, tal vez fuera bueno plantear su

vinculación al Consejo Interterritorial. En términos poblacionales sería la 10ª comunidad autónoma

- **Capacidad real de negociación del contrato**, por parte de las aseguradoras vinculadas al mismo, superando lo que en la práctica ha venido siendo un contrato de adhesión
- **Rejuvenecimiento del modelo**

## El papel del seguro en salud

El **sistema de aseguramiento privado** tiene en este momento más de 12 millones de asegurados y creciendo. Esto es una auténtica proeza, ya que tenemos más porcentaje de asegurados por población que el Reino Unido, el paraíso de los seguros.

Los seguros sanitarios han sabido consolidar un producto altamente valorado por la población, a un precio relativamente bajo.

Pero esta situación no está exenta de problemas. Las pólizas son baratas, lo que es una fortaleza comercial importante, pero eso está en contradicción con el aumento de los costes de la sanidad, por el efecto combinado de las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población. Así, estas pólizas bajas se traducen en tarifas bajas para los hospitales y otros provisosores y en baja retribución de los profesionales.

El seguro sanitario privado tiene también otros problemas: la práctica ausencia de atención primaria; el pago por acto, con la consiguiente multiplicación de los actos; un modelo de control de costes más basado en actuaciones sobre las tarifas que en control de la utilización; la duración limitada de los contratos; y, recientemente, la presencia de listas de espera, algo a lo que el sector no estaba acostumbrado.

### **Propuestas más relevantes**

- **Las aseguradoras sanitarias tienen que afrontar importantes retos**, entre los cuales están:
  - la retribución adecuada de los provisosores y profesionales
  - los problemas del pago por acto
  - la duración limitada de los contratos
  - los problemas de las listas de espera, algo nuevo en el sector

## El papel de las guías terapéuticas

Qué son las guías terapéuticas

- Son recomendaciones de actuación ante las diferentes situaciones clínicas, que incorporan la innovación diagnóstica y terapéutica

### **Quién las elabora en España**

- Las sociedades científicas
- En España no tenemos un organismo independiente, como es el NICE (27), en el Reino Unido, cuyas características son:
  - organismo independiente
  - muy profesionalizado
  - en las recomendaciones hacen análisis económicos para evaluar el impacto económico
- todo parte de poner un valor económico a un año de vida y ver si las distintas terapias están o no por encima de ese valor

### **Conveniencia de las guías en España**

- Lo que sucede en España es una gran inequidad clínica, ya que una misma terapia tiene distinta penetración según las comunidades autónomas o centros hospitalarios
- La existencia de un organismo independiente que hiciera guías clínicas a nivel nacional contribuiría a superar esta situación

### **¿Cuánto tiempo se tarda en elaborar una guía?**

- Elaborar una guía es un infierno
- hace falta realizar una revisión completa de la literatura
- determinar los aspectos clínicos más relevantes
- muy laborioso
- aproximadamente las guías se actualizan cada cuatro años

### **¿Cómo se seleccionan los temas a tratar?**

- el primer elemento es la importancia clínica
  - mortalidad
  - ingresos hospitalarios
  - modificación calidad de vida
- en España, la relación coste/beneficio no está considerada. Es una limitación de las guías

### **Calidad de la evidencia que se incorpora**

- alud de publicaciones

---

27 NICE, National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk>

- los más importantes, los **estudios aleatorizados**, son los que tienen mayor valor
- a poder ser, metaanálisis, análisis de varios estudios
- cuando no hay evidencia, se recurre al **consenso de expertos**, pero esto tiene menos valor
- **Niveles de recomendación:**
  - nivel 1, muy claro
  - nivel 2
  - nivel 3, ...
- **Peso evidencia:**
  - A, muy evidente
  - B
  - C, consenso de expertos

### ¿Guías nacionales o internacionales?

- Desde 2003, la Sociedad Española de Cardiología (SEC) decide incorporar las guías europea, en cuya elaboración se participa
- el problema de estas guías es que no entran en detalles nacionales (como si un determinado tratamiento tiene reembolso o diferencias socio-económicas)
- Desde 2011, traducen las guías europeas
  - pero incorporan un análisis crítico para aplicarlas a nuestro entorno

### ¿El personal médico está al tanto?

- las sociedades científicas no tienen ni capacidad ni recursos para implantar las guías, lo que implicaría:
  - publicidad
  - ayudas a la interpretación
  - docencia
- sin embargo, mayoritariamente se van implantando

### **Propuestas más relevantes**

- Constituir un **organismo tipo NICE** (que elabore y actualice las guías, que incluyan estudios de fármaco-economía)
- Que valoren:
  - el beneficio clínico
  - y qué pueden aportar teniendo en cuenta las limitaciones económicas
- Este organismo debería ser **independiente, muy profesional y con una amplia participación de los agentes implicados**

## Los mecanismos alternativos de solución de conflictos (MASC) en los conflictos sanitarios

Los MASC (mecanismos alternativos de solución de conflictos) <sup>(28)</sup> se proponen en el Anteproyecto de Ley de Medidas de Eficiencia Procesal (de 22 de abril, de 2022), no aprobada como Ley, cuando en la exposición de motivos se dice que antes de pasar por el templo de la Justicia, se ha de pasar por el templo de la Concordia <sup>(29)</sup>.

Evitar la judicialización es una forma excelente de humanizar el conflicto, teniendo en cuenta que el ser humano es falible y existen los errores médicos.

Se trata de buscar herramientas basadas en la:

- negociación y,
- la intermediación

teniendo en cuenta que en casi todas las reclamaciones subyace una falta de información.

***Lo ideal es que las instituciones sanitarias y las aseguradoras tengan una Unidad de Intermediación***, como una unidad interdisciplinar.

El procedimiento de negociación puede iniciarse antes incluso de que haya ninguna reclamación por escrito.

En algunos casos, hay compensación económica, siempre en base a una valoración pericial.

Se considera las MASC un método idóneo de justicia, especialmente adecuado para los conflictos derivados de la práctica médica, y se reduce el tiempo. Hay que tener en cuenta que la judicialización es lenta (y la justicia tardía no es justicia).

Este procedimiento de MASC está ya instalado en la mayor parte de las instituciones sanitarias y aseguradoras.

#### **¿Cómo se puede seguir avanzando?**

- formación
- difusión
- intento de solución amistosa antes de la vía judicial

#### **Propuestas más relevantes**

- Crear en las instituciones sanitarias y en las aseguradoras **Unidades de**

28 Qué son los MASC, <https://www.administraciondejusticia.gob.es/que-son-los-masc>

29 Proyecto de ley de medidas de eficiencia procesal del servicio público de Justicia, [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-97-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-97-1.PDF)

## La eficiencia en el sector sanitario

### Eficiencia del sistema sanitario

Es difícil calcular la eficiencia, ya que esta se define como el cociente entre valor y costes.

Los costes los conocemos, pero el valor menos.

¿Qué es valor? ¿La ausencia de lista de espera es valor? ¿el acceso rápido a los medicamentos innovadores? ¿El acceso a la atención bucodental, como tienen otros países?

La Fundación IMAS ha propuesto el quíntuple objetivo como valor del sistema, pero esto no está consensuado, ni mucho menos operativizado en indicadores. Por lo tanto, no podemos hablar de medición de la eficiencia.

Tenemos que construir un sistema de medición de la eficiencia.

### Ejemplos de ineficiencias

- sobremedicación en muchas situaciones
- problemas de despilfarro, sabemos que el 17% de los ingresos son innecesarios. Duplicidad de pruebas
- un millón de personas tienen que ir a su hospital de referencia a recoger la medicación
- problemas de adherencia
- falta de tejido cooperativo entre comunidades autónomas (compras, evaluación calidad, digitalización)

### La eficiencia y la productividad se mide en otros sistemas sanitarios públicos

Un ejemplo es el National Health Service (NHS), cuya eficiencia y productividad es medida y hecha pública por el Office of National Statistics <sup>(30)</sup>.

### Modelo de gestión

---

30 Office of National Statistics, Public service productivity, healthcare, England: financial year ending 2021,

<https://www.ons.gov.uk/economy/economicoutputandproductivity/publicservicesproductivity/articles/publicservicesproductivityestimateshealthcare/financialyearending2021>

No se puede gestionar la sanidad con las herramientas de la gestión pública, con la que se gestionan otros servicios.

Hay que superar el sistema burocrático-administrativo

Hay que refundar el sistema sobre otras bases, ya que el sistema fue creado en 1986, para otra sociedad. Pero hasta ahora se ha tenido poco éxito con los políticos.

### ***Propuestas más relevantes***

- El sistema sanitario en su conjunto (público y privado) tiene que construir un **sistema de medición de la eficiencia, operativizado en indicadores**
- **La información sobre la eficiencia en los distintos ámbitos** (comunidades autónomas, hospitales, modelos de gestión, etc.) **debe hacerse públicas periódicamente**

## **Retos de la política y el sector farmacéutico**

### **La Ley de Garantías (precios de referencia)**

#### **Necesidad de una nueva ley**

- La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios <sup>(31)</sup> tiene más de 17 años
- Requiere cambios, ya que durante este tiempo han pasado muchas cosas:
  - un nuevo modelo de financiación
  - uso secundario de datos
  - uso nuevas tecnologías
  - acuerdos por resultados, etc.
- todo lo anterior no se contempla ni en la ley original ni en el texto refundido de 2015 <sup>(32)</sup>

#### **Necesitamos una ley más flexible**

---

31 Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>

32 Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8343-consolidado.pdf>

- qué debe estar en la Ley
- qué puede estar en disposiciones de rango inferior (RD u otras normas), de cambio más sencillo

### **Reforma de los precios de referencia**

- En abril de 2021, mediante el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, el Gobierno español se comprometió con la Unión Europea a modificar el Sistema de Precios de Referencia, con el objetivo de incentivar a la industria farmacéutica y promover el acceso equitativo de los medicamentos a todos los ciudadanos de la unión.
- La actual normativa tiene el problema del automatismo y de una burocracia excesiva que provoca grandes retrasos en la financiación de un medicamento desde que fue autorizado. Además, una vez incluido un medicamento en un grupo y con un precio, el sistema no permite que pueda cambiar de grupo lo que determina el precio y la propia viabilidad económica del fármaco.
- Las agrupaciones de precios de referencia pueden provocar que haya medicamentos cuya inclusión en el sistema de precios de referencia y la consecuente fijación del precio no resulte rentable para el fabricante.
- A eso se añade que el departamento de farmacia revisa anualmente los precios de los medicamentos, por lo que estos precios pueden erosionarse hasta el punto de que para el TAC no sea rentable su inclusión en el sistema de precios
- Hay medicamentos con precio inferior a 1,6 euros, con todo lo que puede significar en cuanto a problemas de escasez.
- Propuestas de cambios en el nuevo modelo de precios de referencia:
  - Reconocimiento de la **innovación incremental**: es preciso incentivar la innovación para garantizar un acceso equitativo de todos los ciudadanos a la misma. Nos referimos a moléculas ya lanzadas, pero dónde se han introducido mejoras para incrementar el beneficio del paciente y la sociedad en general. Deben tenerse en cuenta estos aspectos a la hora de dar precios y hacer accesibles estas mejoras.
  - **Exoneración de sistema de precios de referencia de los medicamentos estratégicos, los medicamentos huérfanos** (cuya exoneración se aprobó por acuerdo del Consejo de Ministros, pero aún no se ha hecho efectiva) y los **pediátricos**.
  - **Tomar medidas específicas que garanticen el suministro de los medicamentos críticos**.

### **Procedimiento específico para la compra pública de medicamentos**

- la ley de contratos del Estado no está adaptada a la compra de medicamentos
- pedimos un sistema sin tanta burocracia y con mayor agilidad
- en este momento, el procedimiento puede durar de 5-6 meses a 1 año

### ¿Cuándo se puede poner un medicamento en el mercado privado?

- Necesidad de clarificar determinados aspectos

### Reclamaciones desde la farmacia (CGCF)

- **1. Dispensación colaborativa**
  - dispensar en farmacia medicamentos que se prescriben en el hospital
  - según el Real Decreto-ley 5/23 (art. 207) <sup>(33)</sup>
  - cinco comunidades ya han consolidado ese modelo y dos lo están pilotando (Madrid y Murcia)
- **2. Evitar los problemas de suministro**
  - mediante modificaciones de los precios de referencia
- **3. Que los depósitos de los centros socio-sanitarios se vinculen a la farmacia de su área de influencia**
  - informe AFI, lo que aporta la farmacia rural <sup>(34)</sup>
- **4. Habilitar la dispensación excepcional al farmacéutico, con cobertura legal**
- **5. Concertación de servicios con la farmacia comunitaria**

### Evitar los retrasos adicionales tras la fijación de precio por la Comisión Interministerial de precios

- evitar las reevaluaciones en las comunidades
- evitar las reevaluaciones en los hospitales

### *Propuestas más relevantes*

- **Aprobar una nueva Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento**, con las siguientes características:
  - **más flexible que la actual**
  - con reconocimiento de la **innovación incremental**
  - que contemple los **medicamentos estratégicos**

33 Artículo 207 del Real Decreto-ley 5/23, <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-15135-consolidado.pdf>

34 La aportación de valor del modelo de farmacia a la cohesión territorial y al reto demográfico, AFI, 17 enero, 2023, <https://media.afi.es/webcorporativa/2023/01/Informe-Contribucion-farmacia-reto-demografico.pdf>

- con especial consideración de los **medicamentos huérfanos**
- también de los **medicamentos pediátricos**
- igualmente la **combinación de medicamentos**
- También que contemple un **procedimiento específico para la compra pública de medicamentos**
- Igualmente que clarifique la **posibilidad de pasar un medicamento al mercado privado**

## El acceso a los medicamentos innovadores

El Informe WAIT <sup>(35)</sup>, elaborado por IQVIA para la EFPIA, coloca a España con un retraso de unos 600 días desde que un medicamento es aprobado por la EMA hasta que recibe un precio para la financiación pública en España. Este plazo es inasumible y así es considerado por todos los actores, incluyendo los representantes del Ministerio de Sanidad, que están trabajando en este asunto.

Es cierto que hay formas de acceso más rápido, como

- los ensayos clínicos
- las programaciones de acceso precoz (hay cerca de 40.000 cada año, según la última memoria de la AEMPS, <sup>36</sup>)

No obstante, el retraso en la decisión precio/financiación no es el único retraso que puede producirse en España para la llegada de los medicamentos innovadores. Están también las:

- Comisiones de farmacia autonómicas
- Comisiones de farmacia hospitalarias

Hay que revisar el rol de estas comisiones, para que, en la práctica, no signifiquen un retraso adicional e inequidades en cuanto a la llegada de nuevos medicamentos a ciertas comunidades o incluso a áreas sanitarias.

### ***Propuestas más relevantes***

Establecer las modificaciones procesales necesarias o, en su caso, eliminar los obstáculos existentes para:

- **Acortar el plazo de la decisión precio/financiación, desde la aprobación de**

35 EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey, 2023, <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2023/04/EFPIA-Patient-W.A.I.T.-Indicator-Final-report.pdf>

36 Memoria 2022 AEMPS, <https://www.aemps.gob.es/laAEMPS/memoria/docs/memoria-2022.pdf>

### **un medicamento por la AEMPS**

- **Revisar el papel de las Comisiones autonómicas y hospitalarias de farmacia,** para que no se conviertan en un retraso adicional a la incorporación de nuevos medicamentos en determinadas comunidades o áreas

## **El Plan Estratégico de la Industria farmacéutica**

El pasado 21 de diciembre de 2022, el Presidente del Gobierno y los ministros de Industria, Comercio y Turismo; Sanidad, y, Ciencia e Innovación, tuvieron una reunión con una veintena de Presidentes y ejecutivos de la industria farmacéutica a nivel mundial y nacional. El objetivo era establecer las bases de un Plan Estratégico para impulsar el desarrollo de la industria farmacéutica innovadora en nuestro país <sup>(37)</sup>.

Los pilares del acuerdo son un marco de colaboración público/privada, un ecosistema de innovación sólido y una inversión sostenida en sanidad que permita el acceso rápido y equitativo a los nuevos tratamientos.

La industria asume inversiones por más de 8.000 millones de euros en España en los próximos tres años, así como un plan de empleo juvenil de al menos 4.500 jóvenes al año. Este plan fue posteriormente incluido entre las prioridades de la Presidencia española del Consejo de la UE en 2023.

Es un plan que cuenta con la colaboración de cuatro patronales: Farmaindustria, AESEG, BIOSIM y la patronal de las APIs (materias primas de la industria farmacéutica).

Las conocidas vicisitudes electorales en España a lo largo de 2023 impidieron llevar a cabo el Plan, pero ha llegado la hora de desarrollarlo e implantarlo.

Entre tanto, un acuerdo similar al anunciado para España se ha puesto en marcha en el Reino Unido: El NHS llega a un acuerdo para la venta de medicamentos con grandes grupos farmacéuticos. El llamado Voluntary Scheme for Pricing, Access and Growth (VPAG) significa un acuerdo entre el NHS y las grandes farmacéuticas globales para poner un tope del 4% al crecimiento anual de los gastos en medicamentos hasta 2027 <sup>(38)</sup>, publicándose por parte del gobierno y de la patronal farmacéutica británica un resumen de los acuerdos principales <sup>(39)</sup>.

---

37 El presidente del Gobierno se reúne con los máximos ejecutivos de la industria farmacéutica mundial para abordar el atractivo de España como destino inversor, <https://www.ciencia.gob.es/en/Noticias/2022/Diciembre/El-presidente-del-Gobierno-se-re-ne-con-los-m-aximos-ejecutivos-de-la-industria-farmac-utica-mundial-para-abordar-el-atractivo-de-Espa-a-como-destino-inversor.html>

38 Financial Times: NHS agrees new drug sales deal with global pharmaceutical groups, <https://www.ft.com/content/287a07f8-b725-4383-9ada-2bc3556b4646>

39 2024 voluntary scheme for branded medicines pricing, access and growth: summary of the heads of agreement, <https://www.gov.uk/government/publications/2024-voluntary-scheme-for-branded-medicines->

### **Propuestas más relevantes**

- **Implantar el Plan Estratégico de la Industria farmacéutica**, aprobado en sus líneas generales el 21 de diciembre de 2022

## **Adherencia terapéutica**

### **Marco general del problema de la adherencia <sup>(40)</sup>**

- Problema global
- A nivel global:
  - se calcula que se produce 200.000 muertes anuales por no adherencia
  - gasto: 125.000 millones de euros
- A nivel nacional:
  - 18.400 muertes prematuras
  - 11.450 millones de euros
- Se dan en todas las patologías prevalentes: hipertensión arterial, diabetes, asma, etc.
- **No nos estamos preocupando de si el paciente se toma los medicamentos o no**
- El trabajo en la adherencia es coste/efectivo

### **Problema de la adherencia**

- Nos preocupamos por:
  - prevención
  - nuevos medicamentos
  - financiación
  - déficit de profesionales
  - formación
- Pero nos olvidamos del punto final
- Aunque solucionemos todo lo anterior, si al final no hacemos nada sobre la importancia de la adherencia, todo lo que consigamos se derrumbaría ante el gasto de 11.000 millones de euros por la no adherencia
- Lo peor: que todos estamos de acuerdo
- Tienen que intervenir todos los agentes:

---

[pricing-access-and-growth-summary-of-the-heads-of-agreement/2024-voluntary-scheme-for-branded-medicines-pricing-access-and-growth-summary-of-the-heads-of-agreement](#)

40 Proyecto Adher: Libro Blanco de la Adherencia en España, 2022,

[https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Adher.LB\\_Version-digital-OK.pdf](https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Adher.LB_Version-digital-OK.pdf)

- laboratorios, ofreciendo una ayuda profesional al sanitario, que la industria dirija mensajes sobre la adherencia
- administraciones
- oficinas de farmacia

### La no adherencia, ¿se da en todas las áreas terapéuticas?

- la adherencia es imprescindible en todas las áreas terapéuticas. Ejemplos:
  - **hipertensión arterial**, solo el 25% de los pacientes hipertensos, tiene bien controlada su tensión
    - 40% de los infartos de miocardio, por mal control de la HTA
  - **asma**, casi el 60% de los pacientes con asma no son adherentes
    - 70% usa mal los inhaladores
  - **diabetes**,
    - 28% pacientes control glucémico adecuado
- Todo esto es responsable del 5% del gasto de los sistemas sanitarios
- **El gran problema de la falta de adherencia se da en las patologías crónicas**
- con más de 3 medicamentos al día, baja la adherencia

### Solución

- Lo principal, la formación
- Delphi, en la formación de profesionales sanitarios no se habla de adherencia
- otro problema es la falta de tiempo de los profesionales en Atención Primaria

### Hay algunos pacientes más adherentes que otros?

- hay mucha disparidad
  - desde el paciente modélico, que es capaz de finalizar el tratamiento
  - paciente que se olvida
  - no adherentes, intencionado o harto
- todos esos problemas se pueden detectar en la farmacia
- las oficinas de farmacia están trabajando hace 10 años con dos programas
  - **AdherenciaMED** <sup>(41)</sup>, conversación protocolizada, consejos adecuados
    - se estima que cada euro gastado ahorra 38 euros en 6 meses
  - **sistemas personalizados de dosificación**, SPD <sup>(42)</sup>
    - para pacientes polimedicados, pluripatológicos
    - blisters semanales
- grupo OTA-Universidad de Granada
  - estudio de 8 millones de pacientes

---

41 Proyecto AdherenciaMED, <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/proyectos-de-investigacion/proyecto-adherenciamed/>

42 Sistema Personalizado de Dosificación (SPD), <https://cofzaragoza.org/sistema-personalizado-de-dosificacion-spd/>

## Programa de acción

- sabiendo pronto quién no es adherente
- aplicarle un programa de adherencia: formación y atención
- a pesar de los buenos resultados, algunos no pueden continuar con el programa

## Hay que invertir mucho más en adherencia

- Si miramos los presupuestos, no hay ningún presupuesto que ponga adherencia
- hay que introducir este concepto en los presupuestos

### **Propuestas más relevantes**

- **Introducir el problema de la adherencia en la agenda de las Administraciones sanitarias con presupuesto propio**
- Igualmente debe haber intervenciones en esta línea de varios agentes:
  - laboratorios
  - administraciones sanitarias
  - oficinas de farmacia
  - asociaciones profesionales
  - asociaciones de pacientes
  - organizaciones de formación de profesionales
- **Avanzar en la definición del perfil del "no adherente"**, con el fin de identificarlo y ofrecerle programas especiales de apoyo

## El papel de la distribución

### Qué hacen las distribuidoras farmacéuticas en España

- La distribución farmacéutica de gama completa desempeña una función de servicio público, ya que garantiza la disponibilidad continua de todos los medicamentos y productos sanitarios, por ello, es imprescindible protegerla mediante una distinción específica con respecto a otros agentes meramente logísticos.
- Este tipo de distribución farmacéutica proporciona una estructura sólida y de probada eficiencia, que se ajusta a la legislación vigente, y que es capaz de garantizar la cadena de custodia del medicamento. Un proceso que requiere de una planificación y gestión estratégica y que va mucho más allá del ámbito meramente logístico. Concretamente, este proceso contempla la adquisición y recogida de los productos en los laboratorios farmacéuticos; su

almacenamiento y custodia en condiciones especiales de protección y conservación hasta que sean requeridos; y su distribución en tiempo y forma, asegurando la mayor cercanía y accesibilidad de cara a los núcleos de población.

- Dentro de los servicios a las farmacias es importante proporcionar una **propuesta de valor integral** para la farmacia comunitaria, basada no sólo en la excelencia en la distribución farmacéutica, sino también en una **apuesta continua por la diversificación y la innovación.**

### **Cómo resuelven los problemas económicos**

- gestionando bien
  - ahorro estructura
  - eficiencia logística
  - mejorar el sistema de almacenamiento y calidad
- planificando
  - analizando necesidades de cada cliente
  - basados en la cultura del dato, observar que demandas puede haber en el futuro

### **Modelo de distribución en España**

- cada vez hay más requerimientos regulatorios
- el modelo de distribución farmacéutica lleva casi 100 años en España, desde el año 1929
- Se ha ido adaptando a las nuevas necesidades
  - incorporando IA
  - atención farmacéutica
  - teniendo en cuenta los nuevos problemas, como la soledad no deseada

### **Servicios a las farmacias**

- Dos o tres pedidos al día para las farmacias

### **Problemas de desabastecimiento de medicamentos**

- Alcanza a casi mil medicamentos
- Excluyendo los momentos más críticos de la pandemia (en los que confluyeron circunstancias excepcionales), más que desabastecimiento, debería hablarse de **escasez o menor disponibilidad de un medicamento**, y esto es algo que **se ha producido en todas las épocas.**
- No obstante, hay que matizar que **afecta a un porcentaje reducido** de fármacos que, en la mayoría de los casos, **pueden ser sustituidos por otros**, tal y como demuestran los datos de la AEMPS. Podemos estar tranquilos y **confiar en el modelo vigente.**
- Muchos productos que escasean son sustituibles, el problema se mitigaría si se dejara al farmacéutico realizar la sustitución

- En general, la escasez de determinadas moléculas se debe a:
  - precio (bajos) (España es uno de los países del entorno europeo en el que los precios de los medicamentos son más bajos, lo que produce que determinados laboratorios puedan optar por priorizar su comercialización en otros países donde obtengan una mayor rentabilidad)
  - patologías nuevas, con demanda muy alta
- De todos modos, un cierto desabastecimiento es algo que ha existido, existe y existirá

### **Stocks de emergencia frente a futuras pandemias**

- las distribuidoras tienen 200 almacenes en España
- nos falta que se defina el estocaje de emergencia, pero en eso no se ha avanzado

### **Hay que meter a la distribución farmacéutica en el ciclo de la Salud Pública**

#### ***Propuestas más relevantes***

- Contemplar de manera más activa el **papel de la distribución farmacéutica en toda la cadena del servicio del medicamento (y, en particular, en la contribución a la solución del problema de la escasez de ciertos medicamentos)** y para ello es esencial avanzar en el derecho al suministro de cara a este tipo de agentes que prestan un servicio público a la población.
- Igualmente, **integrar la distribución farmacéutica en políticas sanitarias relativas a prevención en el ámbito de la Salud Pública**

## **Innovación y política farmacéutica**

### **Papel de la innovación**

- que España apueste por la innovación
- sector estratégico para el país
- gran importancia sanitaria:
  - responsable del 75% del aumento de la esperanza de vida
  - disminución de un 30% de las muertes por cáncer
  - disminución de un 50% de las muertes cardiovasculares
- aspecto económico
  - tercer elemento exportable
  - empleo de calidad, potencia el empleo joven y con perspectiva de género

- I+D
- plantas de producción
- el sector de ciencias de la salud, en total transformación
- peticiones:
  - innovación
  - acceso a la innovación
  - colaboración público/privada, incluyendo el uso de datos
  - formación, la industria necesita mucha formación
  - autonomía estratégica, Europa solo general el 31% inversión en I+D, lo cual quiere decir que 69% lo tiene que comprar fuera
- impulsar y facilitar la creación de centros de I+D de las compañías, tanto nacionales como multinacionales (ejs. Novonordisk, Roche)

### Momento dorado en el ámbito de las innovaciones biomédicas

- Vivimos un momento dorado en el ámbito de las innovaciones biomédica, tanto en terapias avanzadas, terapia génica, etc.
- la IA, como catalizador de esa innovación
- momento de incorporar la voz de los pacientes
- muchas soluciones innovadoras transformadoras
- Que ese valor sea reconocido adecuadamente, mediante:
  - acceso de forma temprana
  - condiciones de acceso

### Incentivos a la innovación

- Modificar el **Plan Profarma**, dando mayor peso a la I+D <sup>(43)</sup>
- "**Patent box**" <sup>(44)</sup>, siempre a nivel mundial. El Patent Box es un incentivo fiscal que permite a las empresas reducir en un 60% la base imponible de las rentas generadas de la cesión o transmisión de determinados activos intangibles presentes en el día a día de pymes y grandes empresas. El "Patent Box" es una figura legal que tiene el objetivo de potenciar el crecimiento económico principalmente a través de la creación de activos intangibles como patentes, dibujos, modelos, formulas, planos o procedimientos.
- no se debe patentar por patentar, debe llegar al mercado

### **Propuestas más relevantes**

- **Reforzar los incentivos a la innovación:**
  - Impulsar y facilitar la creación de **centros de I+D de las compañías**, de

43 Resolución de la convocatoria 2022 del programa PROFARMA, <https://www.mincotur.gob.es/es-es/gabineteprensa/notasprensa/2023/paginas/20230706-programa-profarma-2022.aspx>

44 "Patent box": una palanca tributaria para las "start-ups" de base tecnológica, [https://www.garrigues.com/es\\_ES/garrigues-digital/patent-box-palanca-tributaria-startups-base-tecnologica](https://www.garrigues.com/es_ES/garrigues-digital/patent-box-palanca-tributaria-startups-base-tecnologica)

las que ya hay algunos ejemplos notables

- Modificar el **Plan PROFARMA**, dando mayor peso a la I+D
- Recuperar el "**Patent box**" o algún incentivo similar a la innovación

## Los medicamentos sin prescripción

### Papel del autocuidado

- España es un país emergente en materia de autocuidados
- partido importante en Europa, por lo que España debe contemplar también el sector de autocuidados
- vemos que hay un movimiento de medicamentos sin receta a con receta y esto creemos que no es acertado
- las compañías de medicamentos sin prescripción necesitan un marco estable, un marco normativo que facilite el paso de medicamentos con receta a medicamentos sin receta
- no hay que tener miedo a que el ciudadano esté empoderado
  
- los autocuidados y, en ese planteamiento, los medicamentos sin receta, son uno de los elementos de la sostenibilidad del sistema
- los ciudadanos, si están bien formados, evitan ir a Atención Primaria
- en un estudio realizado por la Pompeu Fabra, el 70% de las consultas eran evitables <sup>(45)</sup>
- los recursos que se ahorrarían del sistema irían a parar a la innovación incremental o disruptiva
- un impulso al autocuidado, podría significar un ahorro de 3.000 millones en 4 años
- contribuyente neto a la sostenibilidad del sistema
- se pueden liberar muchos recursos, sobre todo en Atención Primaria
- necesitamos un marco predecible, homologado con los países más avanzados de Europa
- *switch*; cambio de prescripción a no prescripción <sup>(46)</sup>
- no un sector paternalista, empoderamiento del ciudadano
- Es importante apoyar al sector de la no prescripción con un proceso de registro más ágil
- utilización del Big Data

---

45 El paso del 5% de prescripción a sin receta generaría ahorro de 3.167 millones, <https://www.pmfarma.com/noticias/20915-el-paso-del-5-de-prescripciyn-a-sin-receta-generarya-ahorro-de-3.167-millones.html>

46 El "switch" del 5% de los medicamentos de prescripción ahorraría 3.167 millones, <https://diariofarma.com/2015/05/28/el-switch-del-5-de-los-medicamentos-de-prescripcion-ahorraria-3-167>

### Propuestas más relevantes

- **Pasar un porcentaje de medicamentos de prescripción para dolencias menores** (antitusígenos, expectorantes, laxantes, lágrimas artificiales) a medicamentos sin prescripción
- **Facilitar el cambio de la prescripción a la no prescripción**
- Incorporar, a través de la receta electrónica, **información al paciente sobre pautas de administración del medicamento sin prescripción**

## Desabastecimiento de medicamentos

### Causas de la escasez

- este no es un problema solo de España, sino de Europa y global
- la AEMPS tiene en este momento 955 problemas de suministro abiertos, 2,9% de todas las presentaciones
- los de gran impacto se reducirían a un 0,25%
- Causas de la escasez:
  - cada vez tenemos más medicamentos, unos suplen a otros
  - la causa más frecuente: falta de capacidad de la planta de fabricación
  - en algunos casos: aumento de la demanda (determinados antiinfecciosos)
  - retrasos en los principios activos (cuyo origen muchas veces no está en España, sino en India o China)
  - en algunos casos, el bajo precio, aunque España es un mercado muy atractivo para la industria por volumen

### Productos más afectados

- hay de todo
  - **sistema nervioso y cardiovascular**, 50% de todos los problemas de suministro
  - si a eso unimos **respiratorio y muscular**, nos vamos a 3/4 de los casos
  - la escasez de medicamentos hospitalarios suelen dar problemas más críticos, sobre todo los oncológicos

### Ningún paciente se queda sin tratamiento

- se buscan alternativas y si no hay alternativas en el mercado español, se recurre al extranjero

### Iniciativas desde el sector farmacéutico

- Desde el Consejo General de Colegios Farmacéuticos se han puesto en marcha dos proyectos:
  - **CISMED** <sup>(47)</sup>, sobre incidencias en el suministro de medicamentos y productos sanitarios
    - Esto nos ha permitido ver:
      - 2/3 de los casos se dan en la farmacia comunitaria, 9 de cada 10 casos los resuelve el propio farmacéutico
      - 1/3 ámbito hospitalario, mayor impacto
  - **FARMAHELP** <sup>(48)</sup>, dirige al paciente a las farmacias más cercanas

### Planteamiento de solución

- La clave está en prever:
  - prevención, a través del listado de medicamentos estratégicos
  - gestión eficaz
  - información
  - coordinación
- la AEMPS lleva a cabo toda una labor multifactorial sobre el problema de suministro de medicamentos <sup>(49)</sup>

### Reforma normativa a nivel europeo

- Se centra en:
  - notificación temprana, para aportar soluciones al problema de suministros
  - planes de prevención, con atención a las vulnerabilidades
  - plan de respuesta
  - gestión, coordinación entre todos los Estados miembros
- las medidas a nivel europeo son:
  - Elaborar una **lista de medicamentos críticos** para realizar un seguimiento y abordar las vulnerabilidades de la cadena de suministro de forma que los ciudadanos tengan acceso a los fármacos que necesitan.
  - Todas las empresas farmacéuticas que comercialicen medicamentos en la UE deberán tener **planes de prevención de escasez de medicamentos** y notificar esa escasez con tiempo suficiente. Así, se quiere introducir un sistema de alerta temprana.
  - **La Agencia Europea del Medicamento (EMA) tendrá una función más importante** a la hora de coordinar y adoptar medidas vinculantes si es necesario en cuanto a la asequibilidad.

---

47 CISMED (<https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/recursos-farmaceuticos/cismed/>)

48 FARMAHELP (<https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/recursos-farmaceuticos/farmahelp/>)

49 AEMPS: Problemas de suministro de medicamentos (<https://www.aemps.gob.es/profesional-sanitario/problemas-de-suministro-de-medicamentos/>)

### **Propuestas más relevantes**

- Continuar coordinando esfuerzos (desde la Unión Europea, desde la AEMPS, desde la distribución, desde las oficinas de farmacia, desde la Administración Sanitaria general), con el fin de **minimizar el impacto de la ocasional escasez de ciertos medicamentos en las farmacias españolas**

## **Los retos del sector de las tecnologías médicas**

El sector de las tecnologías médicas consiste en un conjunto muy abigarrado de fabricantes y distribuidores de productos muy variados, que van desde el material desechable, los pequeños equipos, los grandes equipos de imagen o radioterapia y las empresas de tecnologías de la información.

El objetivo principal del conjunto de empresas de tecnología médica es la de facilitar al sector sanitario los equipos y las tecnologías más actualizadas, de tal manera que pueda desarrollar su actividad de la forma más innovadora y con las máximas garantías.

Adicionalmente, el sector de las tecnologías médicas quiere hacer una contribución relevante al desarrollo tecnológico e industrial del país.

Las empresas de tecnología médica agrupan a fabricantes y distribuidores. Dentro de los fabricantes están compañías españolas de tamaño variado, así como grandes y medianas multinacionales.

Las empresas españolas realizan sus labores de I+D, y habitualmente la fabricación, en nuestro país. El objetivo del sector de las tecnologías médicas -representado por FENIN- es que las empresas multinacionales sean algo más que simples vendedores de sus productos en nuestro país y encuentren un ecosistema sanitario en España que les permita, a través de las interacciones con el sistema sanitario y los centros de investigación y desarrollo españoles, situar aquí parte de su I+D y, en algunos casos, también la fabricación. Esto significa también dar argumentos para que los directivos de esas compañías puedan defender esa apuesta ante sus "*headquarters*".

Lógicamente, para que las empresas de tecnología médica puedan desarrollar su actividad, los recursos dedicados al sector sanitario deben ser considerados una inversión en futuro y en salud.

Específicamente, los planteamientos del sector de las tecnologías médicas son:

- **Compra pública basada en el valor**, no solo en el precio
- **Actualización de los equipos del sistema**. El Plan INVEAT <sup>(50)</sup> ha sido un gran

paso, pero debe continuarse con unos criterios de reposición en relación con la obsolescencia de las tecnologías. El construir esos criterios de reposición es un gran reto del país.

- **Plan de industrialización en relación con las tecnologías médicas**, de acuerdo con los planteamientos de la autonomía estratégica avanzada de la UE.
- **Impulso a la transformación digital del sistema sanitario**

### *Propuestas más relevantes*

- **Compra pública, basada en el valor**
- **Continua actualización de los equipos del sistema sanitario**, sobre la base de unos criterios de reposición y un plan consensuado con las distintas partes
- **Plan de industrialización de tecnologías médicas**, en relación con la autonomía estratégica avanzada
- Impulso a la **transformación digital del sistema sanitario**

## El desarrollo industrial ligado a las compañías sanitarias

### Autonomía estratégica abierta

- Esto significa no tanto autonomía del país, sino contemplar esta autonomía en el marco de una **red industrial a nivel europeo**
- no tanto ser capaces de producir todo
- nos basamos en los principios del documento RESILIENT EU2030 <sup>(51)</sup>, de la Presidencia Española de la UE, que contempla tres medidas:
  - **Impulsar la producción en el país**
    - solo el 30% de la tecnología sanitaria que se utiliza en España se produce en el país
    - a veces para esta producción se depende de materias primas o productos que vienen de lejos (India, China)
  - **Apoyar la investigación e innovación**
    - Según los fondos del PERTE de salud de vanguardia <sup>(52)</sup>
      - vacunas
      - terapias avanzadas
      - diagnóstico precoz, en este sentido se están produciendo avances en cribado, como en mama, y tal vez en un futuro pulmón

---

50 Plan INVEAT, Inversión en Equipos de Alta Tecnología Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanINVEAT/pdf/Plan\\_INVEAT.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanINVEAT/pdf/Plan_INVEAT.pdf)

51 Resilient EU 2030, Spanish Presidency, Council of the European Union, 2023 (<https://futuros.gob.es/sites/default/files/2023-09/RESILIENTEU2030.pdf>)

52 PERTE para la salud de vanguardia ([https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121-resumen\\_ejecutivo\\_perte\\_para-la-salud-de-vanguardia.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121-resumen_ejecutivo_perte_para-la-salud-de-vanguardia.pdf))

- **Digitalización**
  - en particular, los avances en IA

### **Compra estratégica**

- seguir las directrices de la Directiva 2014/24 de la UE sobre contratación pública <sup>(53)</sup>
  - por ejemplo, **compra estratégica desde el punto de vista medio ambiental**
    - en vez de materiales que vienen de lejos, materiales KM 0
    - de esta manera evitaremos además impacto medioambiental, teniendo en cuenta que el sector sanitario es responsable del 4,4% de las emisiones de CO<sub>2</sub>, más que la industria del automóvil
  - importancia de **comprar por valor**, comprar soluciones, no piezas concretas, algo que la industria automovilística viene haciendo ya desde los años 90'

### **Condiciones para industrializar**

- Tres elementos clave
  - emprendedores, valoración social de los mismos
  - ayudar a que los investigadores se concentren en problemas reales del sistema de salud
  - conseguir que los compradores compren por valor

### **El INVEAT ha sido útil, pero no puede quedarse en una acción puntual**

- El INVEAT ha significado la incorporación de 500 equipos de alta tecnología al sistema sanitario
- Ha sido un paso importante, pero no puede quedarse ahí, sino que debe procurarse una actualización periódica, teniendo en cuenta los plazos de vida razonable de los equipos y la obsolescencia

### **Proyectos de interés**

- Desde FENIN se ha impulsado el proyecto de polo de innovación industrial, una iniciativa ligada a la necesidad de afianzar en España un tejido productivo competitivo, que garantice la independencia tecnológica e industrial de nuestro país, especialmente tras la pandemia por la covid-19.

### **Conclusiones**

- autonomía estratégica abierta

---

<sup>53</sup> Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE (<https://www.boe.es/doue/2014/094/L00065-00242.pdf>)

- nuevo modelo de compra
- de la misma forma que para el sector sanitario hay un Consejo Interterritorial de Salud, que se constituya un Consejo Interterritorial de Tecnología en Salud en el Ministerio de Industria

### **Propuestas más relevantes**

Impulso a una autonomía estratégica ampliada, en la línea de lo planteado por la UE, en materia de producción de tecnologías médicas en sentido amplio, incorporando:

- **apoyo a los polos de innovación industrial en tecnologías sanitarias**
- **apoyo a la investigación e innovación, a partir del PERTE de salud de vanguardia**
- **compra estratégica**, de acuerdo con la Directiva 2014/24 de la UE
- desarrollo de **la compra por valor**
- **apoyo a los emprendedores**
- considerar la constitución de un **Consejo Interterritorial de Tecnología en Salud en el Ministerio de Industria**

## **Retos específicos**

### **Envejecimiento**

#### **Década del envejecimiento saludable <sup>(54)</sup>**

- Esto requiere desarrollar las capacidades de las personas, desde el punto de vista
  - Intrínseco
    - físico
    - psíquico
    - social
  - entorno
- Capacidad funcional de los mayores a largo plazo
  - Atención Primaria es fundamental
  - fomentar hábitos de vida saludable desde edades muy tempranas
  - prevención de la fragilidad
  - estratificar población mayor, en función de la capacidad
  - ejercicio, base fundamental de la vida activa
  - redes sociales

---

54 Década del envejecimiento saludable 2021-2030, <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

## **La planificación financiera es un componente fundamental de la salud en los mayores**

- Componentes de la salud
  - física
  - emocional
  - + financiera (es necesaria una cultura financiera de previsión). Desde temprana edad: ahorro, previsión y preocupación por el largo plazo

## **Hay que prever que viviremos unos 20-25 años después de la jubilación (si es en torno a los 65)**

- Dado que el concepto de familia ha cambiado radicalmente y ya no hay familias amplias, hay que construir redes sociales que antes la sociedad ya daba
- No queremos a los mayores solos en casa y desatendidos
- Tenemos que planificar desde los 65 a los 85

## **Estigmatización de los centros residenciales**

- Los centros tienen que responder a:
  - nuevos modelos
  - abiertos
  - similares a un hogar
- el usuario debe tener su proyecto de vida, bien el que traiga o el que se pueda construir
- organización en torno a **unidades de convivencia**, con un número de usuarios reducido

## **Conjunto coordinado de recursos**

- Atención residencial
- Atención Primaria,
- Atención domiciliaria desde Atención Primaria
- En coordinación con la atención hospitalaria y la atención domiciliaria desde Atención Primaria

## **El trabajo hay que hacerlo antes**

- queremos mejorar la calidad de vida de las personas mayores y de los que lo van a ser

## **Elementos clave**

- estilo de vida saludable (mantenerse activo, cuidar la alimentación y fomentar la prevención de enfermedades prevenibles), lo ideal es personas mayores autónomas

- capacidad de decidir
- coordinación entre distintas Administraciones

### **Propuestas más relevantes**

En cuanto al envejecimiento:

- **Fomentar hábitos de vida saludable**
- **Prevención de la fragilidad**
- Sistema coordinado: Atención Primaria-residencias- atención domiciliaria
- Estratificación de la población mayor, de acuerdo con su situación y necesidades
- **Nuevo modelo de centros residenciales**, basados en Unidades de convivencia
- La **planificación financiera individual**, desde una edad temprana, es un componente esencial de un envejecimiento saludable y activo

## **Policronicidad**

### **Punto de partida**

- Veintidós millones de personas sufre alguna enfermedad crónica (54% de la población) <sup>(55)</sup>, pero que equivale al 80% del gasto
- El 19% de los niños por debajo de los 16 años tienen alguna patología crónica
- Nos preocupan sobre todo no los crónicos sin más, sino los "**crónicos complejos**" (aquellos con múltiples enfermedades crónicas o con circunstancias especiales, bien sociales, mentales, etc.)

### **Muy pocas inversiones en promoción y prevención**

- debido al cortoplacismo de la política sanitaria
- no todo se puede prevenir
- pero hay factores modificables, que conducen a una mejor salud

### **Administración trabaja de forma reactiva**

- Hay que ir a un cambio de modelo frente a la cronicidad
- mejor explotación de todos los datos

### **Equidad entre comunidades**

---

55 Observatorio de la atención al paciente, Informe 2021, Plataforma de Organizaciones de Pacientes, [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021\\_oap\\_vf\\_2.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_oap_vf_2.pdf)

- Es importante analizar la equidad entre comunidades, ya que hay muchas diferencias

### **Atención a la soledad no deseada**

- Es importante un acompañante
- la soledad no deseada está en relación con la adherencia terapéutica y los autocuidados

### **También hay jóvenes con enfermedades crónicas**

- situación social vulnerable
- psiquiátricos
- metabólicos

### **Muy importantes las experiencias locales**

#### **Estrategia Nacional de Enfermedades Crónicas <sup>(56)</sup>**

- Data de 2012 y requiere revisión

#### **Nuevo modelo asistencial para crónicos complejos: procesos asistenciales integrados (que incluya todo el recorrido del paciente)**

- Que haga énfasis en:
  - actuaciones según las necesidades de cada paciente
  - clasificar a los pacientes según su fragilidad
  - evitar la fragmentación del sistema
  - **un profesional de referencia**
  - toma de decisiones compartidas
  - medir resultados en salud
  - coordinación socio-sanitaria
  - transformación digital-historia clínica
  - necesidad de indicadores
  - formación a profesionales y gestores
  - muy importante la comunicación entre profesionales
  - en el caso de los policrónicos: agrupar las visitas, simplificar la medicación

### ***Propuestas más relevantes***

En cuanto a los crónicos complejos (no confundir con los crónicos sin más), se plantea la conveniencia de:

<sup>56</sup> Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 2012: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

- disponer de **procesos asistenciales integrados**, que incluya la actuación de cada uno de los dispositivos (Atención Primaria-hospitales-domicilio-residencias)
- incorporar un **profesional de referencia**, con el que el paciente tenga contacto y que lo ayude en sus continuos movimientos por el sistema. Dicho profesional podrá ser médico (de Atención Primaria o del hospital), enfermero, psicólogo o de otra cualificación

## Obesidad

### Pandemia del siglo XXI, y no solo en los países desarrollados

- Según la OMS, el 39% de la población mundial presenta sobrepeso y un 13% obesidad, más de 700 millones de personas, y la tasa se ha triplicado desde 1975. Cada año mueren 2,8 millones de personas a causa de la obesidad y el sobrepeso <sup>(57)</sup>
- En España, en 2020:
  - El 16,5% de los hombres de 18 o más años, obesos
  - mujeres, 15,5%
- Estamos ante una gran epidemia, que causa muchas complicaciones:
  - diabetes tipo 2
  - enfermedades respiratorias
  - cardíacas
- Y también es causa de mucho sufrimiento
  - físico
  - psicológico
  - absentismo
  - complicaciones sociales
- Y, por supuesto, mucho gasto sanitario
- En conjunto, enorme reto

### Necesidad de un diagnóstico de precisión de la obesidad

- No hay "obesidad", sino obesidades
- En niños:
  - obesidad más frecuente, poligénica o idiopática
  - monogénica, en menores de 3 años
  - Lo que sabemos es que las obesidades que se generan antes de la pubertad, en un 80% de los casos darán lugar a adultos obesos
- En adultos:
  - derivadas de enfermedades endocrinas (Cushing, etc.)
  - neurológicas

---

57 Obesidad y sobrepeso, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- oncológicas
- esto nos obliga a un diagnóstico de precisión de la obesidad

### **Hay que corregirlo**

- mediante la prevención
- en el caso de obesidad desarrollada, hay que tratar

### **La obesidad no es exceso de peso, es exceso de grasa**

- es exceso de grasa, tanto por cantidad como por dónde está localizada
- sobre todo en sitios dónde no debe estar:
  - hígado
  - rodeando el corazón
- el diagnóstico de la obesidad debe incluir la cantidad total de grasa y dónde está localizada

### **La promesa de los agonistas GLP-1 <sup>(58)</sup>**

- Estamos hablando de fármacos sobre los que la experiencia es muy escasa, de momento
- la evidencia procede de ensayos clínicos de hace pocos meses, y no sabemos lo que va a pasar
  - en otras razas
  - en otras personas
  - a largo plazo
- No obstante, en relación con la obesidad hemos pasado del desinterés al entusiasmo, ante la posibilidad de utilizar fármacos dónde antes no había ninguno
- Muchas esperanzas e interés por parte de:
  - las empresas farmacéuticas
  - los pacientes
  - los sistemas sanitarios

### **¿Se espera en vida real, lo que se ha visto en los ensayos clínicos?**

- La respuesta es fácil, tendrá que demostrarse
- esto requiere entender muy bien las bases fisiopatológicas de la obesidad que no es solo ingesta/consumo, sino también del sistema nervioso central, del aparato digestivo, de las bases de la saciedad, etc.

### **La cirugía bariátrica en niños, último recurso**

---

58 Agonistas del GLP-1: fármacos para la diabetes y pérdida de peso:

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/expert-answers/byetta/faq-20057955>

- cuando todo ha fallado

## Una nueva línea de investigación muy prometedora está abierta

### *Propuestas más relevantes*

- La obesidad requiere un **diagnóstico de precisión**
- Hay que estar muy atentos a los resultados de ciertos medicamentos, como los **agonistas GLP-1**, en los que la experiencia actual es muy escasa, pero que son muy prometedores, si realmente llegan a representar un tratamiento efectivo frente a esta gran pandemia

## Enfermedades raras

### El punto de partida <sup>(59)</sup>

- para una enfermedad rara, la media es de 4 años antes de llegar a un diagnóstico
- peregrinaje para conseguir un diagnóstico
- el 20%, 10 años o más antes del diagnóstico
- el 29%, ni apoyo ni tratamiento
- el 31%, ha visto como su enfermedad se ha agravado
- el 51% de las familias, dificultades para acceder al tratamiento
- solo un 5% de estas enfermedades tienen tratamiento

### Retos

- soledad
- falta de coordinación del sistema
- ausencia de acompañamiento

Desde el punto de vista de la humanización hay dos palabras clave: empatía y compasión

### Elementos clave del problema

- pacientes
- profesionales
  - redes europeas de referencia
  - compartir experiencias entre países

---

59 FEDER: Enfermedades raras en cifras, <https://www.enfermedades-raras.org/enfermedades-raras/conoce-mas-sobre-er/enfermedades-raras-en-cifras>

- fármacos, accesibilidad lo antes posible a los medicamentos

### **Debe haber un sistema de evaluación de medicamentos específico**

- acelerar el acceso, procedente de una evaluación diferente
- debido a una **n** pequeña, suele haber incertidumbre clínica, lo cual hace dudar sobre todo si son medicamentos caros
- con esa visión tradicional no se financiaría ningún medicamento huérfano
- comparar con otros países

### **El sistema funciona sobre la base de una etiqueta**

- no hay diagnóstico, no hay reacción del sistema
- debe haber un proceso de acogida, al margen de que haya o no diagnóstico
- no hay un proceso de acogida

### **Hay ya una Estrategia Nacional de Enfermedades raras <sup>(60)</sup>**

#### **Propuestas**

- que se homogenice el cribado, ya que hay grandes diferencias entre comunidades
- necesidad de la especialidad de genética clínica
- protocolos de derivación (ningún médico puede conocer las 7.000 enfermedades raras)
- unidades específicas multidisciplinares
- profesionales de referencia, que acompañen en procesos complejos
  - en ese acompañamiento, hay que dar voz al paciente, que deben estar involucrados en la toma de decisiones

#### **Problemas de acceso a los medicamentos**

- Dos problemas fundamentales:
  - acceso, retrasos: acelerar el acceso
  - disponibilidad, en el período 2016-2021, solo un 57% de los medicamentos para enfermedades raras aprobados por la EMA tenían financiación en España. Hay que aumentar el % de medicamentos aprobados por la ENA financiados

#### **Big Data**

- registro estatal de pacientes en el Carlos III

---

<sup>60</sup> Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, 2014, [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesRaras/docs/Estrategia\\_Enfermedades\\_Raras\\_SNS\\_2014.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesRaras/docs/Estrategia_Enfermedades_Raras_SNS_2014.pdf)

### **Propuestas más relevantes**

- Debe haber un **proceso de acogida y de acompañamiento a lo largo de todo su proceso** diagnóstico y terapéutico
- Deben existir **protocolos de derivación**
- Homogeneización de los cribados entre comunidades autónomas
- Creación de **unidades específicas multidisciplinares**
- **Accesibilidad lo antes posible a los medicamentos**
- **Sistema de evaluación específico de medicamentos para enfermedades raras**
- Creación de la especialidad de genética clínica

## **Cáncer**

### **Aumento de casos de cáncer en menores de 50 años**

- La incidencia del cáncer está aumentando en todas las edades <sup>(61)</sup>
  - Quizá exposición precoz a factores de riesgo
  - quizá alteraciones de la microbiota, por antibióticos
- En el tema concreto de la mama:
  - Una de cada 5 mujeres con cáncer de mama es menor de 40 años
  - obesidad infantil-menarquia precoz
  - retraso de la maternidad en la mujer
  - en algunos casos, sobrediagnóstico (screening), lesiones premalignas

### **Necesidad de un registro de cáncer**

- En España, funciona desde 1975, un Registro poblacional en la Universidad de Valencia, para cánceres pediátricos
- Carecemos de un registro nacional para cánceres en general

### **Diagnóstico temprano**

- mejores pruebas diagnósticas
- si diagnosticamos antes, podemos curar más
- avances en cuanto al diagnóstico:
  - antes, exploración física
  - RX tórax
  - TAC
  - PET-TAC

---

61 SEOM: Las cifras del cáncer en España 2023,  
[https://seom.org/images/Las\\_cifras\\_del\\_Cancer\\_en\\_Espana\\_2023.pdf](https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf)

- ahora podemos **diagnosticar de manera molecular**, en personas sanas y asintomáticas, antes de ninguna imagen radiológica
- Esto es lo que más va a cambiar la oncología
- Estamos todavía en el comienzo del diagnóstico molecular

### Énfasis en la prevención y necesidad de concienciar a la población

- Es importante la concienciación de la población, en cuanto a:
  - estilo de vida
  - deporte
  - no fumar
- Población protagonista de su salud: prevención primaria
- **Una de cada tres muertes por cáncer, por causas evitables**

### Screening

- En este momento hay cribado de mama y cérvix
- se discute el screening de cáncer de pulmón
- el 70% de las muertes por cáncer, tumores que no tienen ningún cribado

### Patología digital e IA

- Ya es posible utilizar IA para el diagnóstico radiológico de varios cánceres, mejorando la precisión e incluso para hacerlo de forma más precoz. Además, dados los avances en tratamientos dirigidos en oncología, la IA será necesaria como herramienta que ayude a seleccionar de forma más precisa el tratamiento de los pacientes (en base a su perfil molecular y las terapias disponibles). Por otro lado, el análisis de datos permitiría acelerar los avances científicos, ayudando a conocer las causas y así poder prevenir el cáncer en un futuro <sup>(62)</sup>.
- Patología digital
  - Radiología
  - Anatomía Patológica
- Inteligencia Artificial
  - va a permitir analizar ingentes bases de datos

### Terapias avanzadas

- **CAR-T**, sobre todo en tumores hematológicos <sup>(63)</sup>

---

62 NIH (Instituto Nacional del Cáncer): ¿Sirve la inteligencia artificial para ver el cáncer de formas nuevas y más eficaces?, <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2022/inteligencia-artificial-imagenes-cancer>

63 NIH (Instituto Nacional del Cáncer): Terapia de células T con CAR, <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-de-celulas-t-con-car>

- **anticuerpos conjugados** (anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos tumorales, los cuales transportan fármacos citotóxicos a las células cancerosas) <sup>(64)</sup>
  - moléculas con tres componentes: citotóxico, anticuerpo monoclonal, enlazador
  - detección y ataque a la célula cancerosa
  - menos efectos adversos en células sanas
  - los anticuerpos conjugados son ya una realidad que ha cambiado la vida a los pacientes metastásicos, pero tal vez se acaben aplicando a la enfermedad precoz
- futuro, **vacunas mRNA** <sup>(65)</sup>

### Propuestas más relevantes

- **Énfasis en la prevención y promoción**, concienciando a la población en cuanto a estilos de vida
- Incorporar las **posibilidades de diagnóstico molecular en el cáncer**
- Impulso a las **terapias avanzadas en el cáncer**: CAR-T, anticuerpos conjugados y la futura vacunas mRNA
- Necesidad de un **registro nacional de tumores**
- **Uso de herramientas de IA** para la prevención, diagnóstico y tratamiento personalizado en oncología

## Enfermedades neurodegenerativas

### Incidencia de la demencia

- Según la OMS, el número de casos de demencia se triplicará en los próximos 30 años, pasando de 52 millones en todo el mundo a 156 millones <sup>(66)</sup>
- ¿Qué está sucediendo?
  - la población está envejeciendo
  - el principal factor de riesgo es la edad. De acuerdo con los estudios realizados en España, la prevalencia de esta enfermedad ronda el 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre los 65-69 años; 3,4% en los 70-74 años; 6,9% en los 75-79 años; 12,1% en los 80-84; 20,1 en los 85-89; y 39,2% entre los mayores de 90 años.

64 NIH (Instituto Nacional del Cáncer): Conjugado anticuerpo-fármaco, <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/conjugado-anticuerpo-farmaco>

65 Clínic Barcelona: ¿Pueden las vacunas RNAm ser un tratamiento para el cáncer?, <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/pueden-las-vacunas-de-arnm-ser-un-tratamiento-para-el-cancer>

66 Demencia, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

## ¿Por qué no se ha desarrollado un tratamiento frente a la enfermedad de Alzheimer?

- Porque afecta a un órgano muy complejo, como es el cerebro
- no conocemos las causas verdaderas de la enfermedad
- durante los últimos 20 años, no ha habido ninguna novedad terapéutica

## Novedades terapéuticas para el Alzheimer

- Recientemente, se han introducido algunos tratamientos, que parece que enlentecen la progresión de la enfermedad
  - **lecanemab** <sup>(67)</sup>, aprobado por la FDA. Se espera que en 2024 sea aprobado por la EMA
    - se ha probado en ensayos clínicos un enlentecimiento de la evolución de la enfermedad en un porcentaje, hay que ver si tiene eficacia en la clínica real
  - pero por primera vez en 20-30 años, tenemos alguna terapia
  - este medicamento ha desplazado al aducanumab <sup>(68)</sup>, que se había aprobado también por la FDA, pero no eficaz
  - recientemente, hay un tercero, llamado **donamemab** <sup>(69)</sup>
  - el beneficio es modesto, pero hay algún beneficio
  - hay que seleccionar muy bien a los pacientes
  - hay que avanzar hacia una medicina personalizada, también en enfermedades neurodegenerativas, que ya sabemos que es más cara

## Plan Nacional de Alzheimer <sup>(70)</sup>

- se hizo hace tres años, vigente hasta 2024
- en la práctica fue papel mojado, y que no incluía ninguna financiación para el planteamiento propuesto

## Factores de riesgo a tener en cuenta para prevenir la demencia

- las recomendaciones son las de los factores de riesgo generales:
  - ejercicio físico
  - dieta
  - no fumar
- + específicas:

---

67 Alzheimer's Association: Lecanemab Aprobado para el Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer temprana: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/treatments/lecanemab-legembi?lang=es-MX>

68 La EMA rechaza la aprobación en Europa del aducanumab, <https://www.barcelonabeta.org/es/actualidad/noticias/la-ema-rechaza-la-aprobacion-en-europa-de-aducanumab>

69 Donanemab podría suponer un hito en el tratamiento del Alzheimer: <https://neurologia.com/noticia/9231/donanemab-podria-suponer-un-hito-en-el-tratamiento-del-alzheimer>

70 Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023), [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan\\_Integral\\_Alzheimer\\_Octubre\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf)

- evitar traumatismos cráneo-encefálicos
- actividades que estimulen la actividad intelectual

### El caso del Parkinson

- aunque no tenemos tratamiento, hemos cambiado drásticamente la historia de la enfermedad, controlando los síntomas
- nuestra recomendación es que no cambien los planes de su vida

### Diagnóstico precoz

- hasta ahora el diagnóstico precoz del Alzheimer era a través de un PET o punción lumbar
- ahora tenemos los **biomarcadores plasmáticos** <sup>(71)</sup>, lo que nos permitirá un diagnóstico 2-3 años antes de la aparición de la demencia
  - prueba menos invasiva
  - podrá haber laboratorios centralizados
- los biomarcadores van a significar un cambio organizativo, si el test beta-amiloide en sangre es positivo, puede empezar a tomarse el fármaco

### ELA

- enfermedad dramática
- curso evolutivo muy rápido, lo que nos indica que el mecanismo debe ser muy intenso
- no conocemos lo suficiente, posiblemente sea multicausales
- recientemente la FDA aprobó un fármaco para esta enfermedad llamado **Relyvrio** <sup>(72)</sup>
- uno de los problemas residen en que es una enfermedad relativamente infrecuente, con lo cual a los efectos de desarrollo de terapias se comporta como una enfermedad rara

### Necesidad de mayor financiación en la investigación de enfermedades neurodegenerativas

- Las enfermedades neurodegenerativas forman un grupo abigarrado de enfermedades:
  - Alzheimer
  - Parkinson
  - ELA
  - Huntington
  - otras demencias frontotemporales

---

71 NIH (National Library of Medicine), Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10197768/>

72 La FDA aprueba nueva opción de tratamiento para pacientes con ELA: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-nueva-opcion-de-tratamiento-para-pacientes-con-ela>

- trastornos neuromusculares
- trastornos del movimiento
- **siempre ha habido escasa financiación para la investigación de estas enfermedades** (en contraste con otras áreas terapéuticas, como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares).
- Lógicamente, **no se plantea que se reduzca la financiación de la investigación en otros campos, pero se reclama un aumento de la financiación de la investigación en enfermedades neuromusculares**

### **Propuestas más relevantes**

- Estar muy **atentos a los tratamientos incipientes frente al Alzheimer y ELA**
- En el caso del Alzheimer, generalizar el diagnóstico precoz mediante biomarcadores
- **Incorporar financiación ante al Plan Nacional de Alzheimer, vigente hasta 2024**
- **Incrementar la financiación para investigar en enfermedades degenerativas**, ya que es un conjunto de enfermedades no favorecidas por cuantiosos fondos de investigación

## **Enfermedades cardiovasculares**

### **Punto de partida**

- La enfermedad cardiovascular representa la causa primera de muerte en todo el mundo <sup>(73)</sup>
- el 26% de las muertes en 2022, enfermedades del sistema circulatorio
- coste enfermedades cardiovasculares, un coste anual de 9.000 millones de euros <sup>(74)</sup>

### **Una cambio radical ante la aterosclerosis**

- La aterosclerosis es la enfermedad más importante que tratábamos
- hasta ahora podíamos evitar la progresión, pero no la curábamos
- A través de los factores de riesgo y el control del colesterol, podemos curar la enfermedad y, por esa vía, disminuir las complicaciones

### **Grandes innovaciones en el diagnóstico**

73 OMS: Enfermedades cardiovasculares, [https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)

74 Fundación Española del Corazón, ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular?, <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html#>

- estamos asistiendo a una auténtica revolución tecnológica, con grandes innovaciones en el diagnóstico
- esto nos permite anticiparnos y actuar antes de que el paciente tenga síntomas
- diagnóstico precoz:
  - ateromas
  - arritmias
  - ecografía

### **La Inteligencia Artificial está empezando a tener impacto en cardiología <sup>(75)</sup>**

- esto nos permite compartir los datos
- siempre con la filosofía de que los datos deben ser propiedad de cada paciente

### **Necesidad de innovación organizativa y medir resultados**

- si no queremos que la sanidad se convierta en un pozo sin fondo, hay que ir a la innovación organizativa
- esta innovación debe estar basada en la medición y en ver resultados

### **La prevención es necesaria y empieza en el colegio**

- el mejor cuidado empieza por el autocuidado y las medidas individuales de promoción y prevención, no por la consulta del médico
- la mejor prevención empieza en el colegio y debería ser una asignatura
- **el gran cambio es pasar de pensar que lo más importante es el tratamiento a pensar que lo más importante es la prevención**

### **La mortalidad cardiovascular ha ido cayendo poco a poco**

- consecuencia sin duda de las medidas de promoción y prevención

### **Es clave la coordinación con Atención Primaria**

- Es importante la coordinación con Atención Primaria, ya que dónde más hay que tratar al paciente es en su casa
- la medicina de Atención Primaria es tan importante como la hospitalaria

### **El gran cambio que nos espera**

- pasar del tratamiento a la prevención
- pasar del control de la enfermedad a la curación de la enfermedad

---

75 Artificial intelligence in cardiovascular diseases: diagnostic and therapeutic perspectives, European Journal of Medical Research, <https://eurjmedres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40001-023-01065-y#:~:text=AI%20techniques%20have%20shown%20the,heart%20disease%20and%20so%20on.>

### **Propuestas más relevantes**

En materia de enfermedades cardiovasculares:

- **La prevención** empieza en el colegio
- **Énfasis en el diagnóstico precoz**, que nos permita actuar antes de que la enfermedad dé síntomas
- **La gran innovación organizativa es la buena coordinación con Atención Primaria**, ya que no se puede pretender que todos los pacientes cardiovasculares sean seguidos por un cardiólogo
- **Impulsar la Inteligencia Artificial y la compartición de datos**

## **Salud mental**

**El punto de partida** <sup>(76)</sup>

- los trastornos de **ansiedad** son los más prevalentes, 6,7% de la población
- a continuación, los **brotos depresivos**, más en mujeres que en hombres
- **trastornos del sueño**
  
- España, es líder mundial en el consumo de psicofármacos

**Infrafinanciación e infravaloración de la salud mental**

- En cuanto a financiación, la psiquiatría y la psicología clínica han sido siempre los patitos feos de la sanidad
- en nuestra comunidad (Madrid), los centros de salud mental estaban segregados de los centros de Atención Primaria, ahora están integrados
- atención a las adicciones, segregada
- **lo importante es tomar conciencia de los problemas de la salud mental e integrarlos en la estructuras sanitarias**
- la labor empieza en la atención primaria
- la Psicología Clínica, está infrarrepresentada en los equipos de Psiquiatría y prácticamente no representada en Atención Primaria
- más inversión en los equipos de Atención Primaria y más equipos de psiquiatría y psicología clínica

**Importante papel de la Atención Primaria**

---

76 Libro Blanco de la Psiquiatría en España, 2023, [https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana\\_SEPSM-ok.pdf](https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf)

- es muy importante la actividad que hacen en salud mental los médicos primarios:
  - detección
  - criterios de derivación
  - intervenciones
- si esa labor no empieza con el médico de familia en los Centros de Atención Primaria, la salud mental, ya de por si infradotada, se verá sobrepasada

### **La visión desde la Psicología Clínica**

- 4 cuestiones
  - 1. nos faltan profesionales formados en Psicología Clínica
    - 253 en toda España, insuficientes
    - en Europa, 18 psicólogos clínicos/100.000 habitantes; en España, 4,5
  - 2. insuficientes psicólogos clínicos en Atención Primaria, cuya labor es fundamental, para distinguir entre entidades clínicas y malestares de la vida
  - 3. Tras 25 años de la especialidad de Psicología Clínica, no hay servicios de Psicología Clínica en nuestro sistema hospitalario
  - 4. Se aprueba la especialidad de Psiquiatría infanto-juvenil, pero no la de psicología infanto-juvenil

### **Gran incremento de la demanda en atención mental**

- esto se ha visto sobre todo tras la covid
- gran incremento de la demanda, en Psiquiatría de adultos, pero sobre todo en Psiquiatría infantil, con aumento de tentativas de suicidio, trastornos de la conducta alimentaria
- también en psiquiatría de adultos, intentos de suicidio, trastornos de la personalidad
- desbordamiento de la Atención Primaria, como está desbordada, no filtran y nos lo derivan todo: lo cual hace que los servicios de salud mental estén sobrepuestos

### **Falta de previsiones del Ministerio**

- Hace falta contratar a muchos psiquiatras y psicólogos clínicos. Pero no se puede: simplemente porque no los hay.
- esto indica una grave falta de previsión del Ministerio de Sanidad
- esto significa una alta tensión dentro de los equipos
- los equipos de psiquiatría se dedican a ver los casos más graves:
  - esquizofrenias

- trastornos de la personalidad
- adicciones, etc., y dejamos fuera y sin atención muchas otras cosas

### **Necesidades de psicólogos clínicos en Atención Primaria**

- Reto importante: incorporar a la atención primaria los profesionales adecuados de psicología clínica, para que reorienten adecuadamente la demanda, sin recurrir siempre a los fármacos

### **La salud mental depende del código postal**

- Depende del código postal, más que del código genético
- ¿hay más patologías en las zonas menos favorecidas? Posiblemente, no. Lo que hay son más "*trastornos y malestares de la vida*", que son tratados con ansiolíticos

### **Psicoterapia, no regulada en España**

- La práctica de la psicoterapia no está regulada en nuestro país. Desde hace años existe una sensibilización general para conseguir que dicha regulación se produzca y además para garantizar que se realiza una psicoterapia de calidad neutralizando los intrusismos y la mala práctica
- Este es uno de los problemas sobre el que se pide regulación, ya que en el momento actual prácticamente cualquier persona puede hacer psicoterapia

### **Papel de la Farmacia comunitaria**

- creemos que podemos ser útiles, gracias a una mayor integración con la Atención Primaria
- la farmacia representa accesibilidad, cercanía, detección de trastornos
- Dos iniciativas:
  - Proyecto **LUMENS** <sup>(77)</sup>, quiere actuar sobre la formación en salud mental, El objetivo de esta acción es mejorar la formación específica de los farmacéuticos para contribuir desde las farmacias comunitarias en el abordaje de la salud mental.
  - proyecto **ADHVIERTE** <sup>(78)</sup>, en relación con la adherencia, problema muy frecuente en casos de ansiedad y depresión
- la farmacia comunitaria se ha especializado en la ESCUCHA ACTIVA, y, en un planteamiento de mayor integración con la primaria, puede contribuir a paliar los problemas de salud mental en este ámbito

---

77 Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Proyecto Lumens, <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2022/04/Presentacion-Estudio-Lumens-Resultados.pdf>

78 Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Proyecto Adhvierte, [https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/cfdb7\\_uploads/1650549898-archivoobligatorio-ADHVIERTE-OAT.pdf](https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/cfdb7_uploads/1650549898-archivoobligatorio-ADHVIERTE-OAT.pdf)

## Una visión de futuro: la Inteligencia Artificial, de ayuda <sup>(79)</sup>

- Ante un panorama que no se solucionará a corto plazo de déficits de profesionales, tanto psiquiatras, como psicólogos, las herramientas de IA puede ser muy útiles, y ayudar a muchas personas a autorregularse

### **Propuestas más relevantes**

- **Priorizar el crecimiento de psiquiatras y psicólogos en la necesaria planificación de recursos humanos sanitarios**
- **Considerar que la labor de la salud mental empieza en Atención Primaria**
- **Reforzar la incorporación de psicólogos en Atención Primaria**
- **Regulación de la psicoterapia en España**
- **Refuerzo en este ámbito de la salud mental del papel de las oficinas de farmacia**
- **Utilización de la Inteligencia Artificial mediante herramientas que ayuden a las personas a autorregularse**

## Resistencias antimicrobianas

### Impacto de la resistencia antimicrobiana a los antibióticos (AMR)

- En Europa, 35.000 fallecimientos al año por patologías resistentes, frente a las que no hay ningún antibiótico efectivo
- En España, hay 4.000 fallecimientos por infecciones multirresistentes (como punto de comparación, las muertes por accidentes de tráfico son unas 1.000 al año)
- En el mundo,
  - 1,27 millones de muertos al año por infecciones resistentes
  - 4,95 millones, muertes asociadas

### Tendencia creciente a la aparición de patógenos resistentes

- Informe de la OCDE, 2023 <sup>(80)</sup>
- EU

---

79 Bernard Marr, AI in Mental Health: Opportunities and Challenges in Developing Intelligent Digital Therapies, Forbes, <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2023/07/06/ai-in-mental-health-opportunities-and-challenges-in-developing-intelligent-digital-therapies/?sh=25cb736d5e10>

80 Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/embracing-a-one-health-framework-to-fight-antimicrobial-resistance\\_ce44c755-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/embracing-a-one-health-framework-to-fight-antimicrobial-resistance_ce44c755-en)

- las infecciones resistentes suponen un 9,5 millones de días de estancia hospitalaria añadidos
- costes: 7.500 millones de dólares ajustados
- en el horizonte 2050, el gasto por resistencia antimicrobiana a los antibióticos superior al de la covid
- amenaza para la sostenibilidad de nuestra sociedad

### **Escasez de antibióticos frente a estos patógenos**

- de las 76 moléculas en estudios clínicos, solo 45 eran antibióticos
- de estos 45, solo 27 frente a patógenos resistentes y, de estas, solo 6 antibióticos innovadores
- desde 2017, solo 12 antibióticos, de los cuales solo 1 activo frente a Gram - multirresistente

### **Fallos de mercado**

- es un área en la que el equilibrio demanda/oferta no funciona
- cuanto menos se usa un antibiótico, menos resistencias
- el desabastecimiento afecta a estos antimicrobianos
- por otra parte, fabricar un antibiótico es complejo y el coste medioambiental es alto
- las agencias del medicamento nacionales, la EMA y la ERA vienen trabajando en el cálculo de la demanda, se le pide al fabricante si no es previsible que su producción sea suficiente, que incremente la producción

### **Soluciones**

- PRAN (Plan Nacional frente a la resistencia a los antibióticos 2022-2024) <sup>(81)</sup>
  - seis ejes estratégicos
- 2014-2022, hemos bajado mucho el consumo de antibióticos
  - se redujo el consumo el 17% en humanos y el 61% en veterinaria
  - aun así somos el 7º país en consumo de antibióticos en humanos y el 4º en veterinaria

### **Incentivos regulatorios**

- se prolonga un año la protección antes de la aparición de un genérico, normalmente son 8 años, 1 año más
- además este derecho es transferible y se puede vender a otra compañía

---

81 Plan Nacional Frente a la Resistencia a los Antibióticos 2022-2024, <https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/2022-09/Plan%20Nacional%20Resistencia%20Antibióticos%20%28PRAN%29%202022-2024.pdf>

- también se plantean incentivos *push*, investigación

### Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea

- el Consejo de la UE ha sacado recientemente (junio, 23) un documento con recomendaciones a los Estados sobre esta problemática <sup>(82)</sup>
- Objetivos de la UE:
  - a 2030,
    - reducir un 20% el consumo de antibióticos humanos
    - reducir un 50% los antibióticos veterinarios
  - a España le toca un 27%, ya que partimos de más arriba

### Medidas para prevenir las infecciones

- buena cobertura vacunal, alcanzar altas coberturas de vacunación a todas las edades no solo en la infancia
- buenas prácticas de higiene, lavarse las manos
- conseguir un uso apropiado de los antibióticos. Implementar un uso apropiado, controlado y racional de los antibióticos

### **Propuestas más relevantes**

- **Introducir incentivos regulatorios, con el fin de impulsar la aparición de nuevos antibióticos frente a bacterias resistentes**
- **Reducir el consumo de antibióticos**, tanto de uso humano como de uso veterinario
- **Avanzar en medidas preventivas de las infecciones** (buena cobertura vacunal, buenas prácticas higiénicas, conseguir el uso apropiado de antibióticos)

## Novedades en el calendario vacunal

---

82 Recomendación del Consejo sobre la intensificación de las medidas de la UE para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos de acuerdo con el concepto "Una sola salud", <https://www.boe.es/doue/2023/220/Z00001-00020.pdf>

## Hemos avanzado mucho en los últimos años, hasta tener uno de los mejores, si no el mejor, calendario vacunal de la UE <sup>(83)</sup>

- los dos últimos años han sido muy satisfactorios, ya que se han introducido una serie de vacunas, hasta el punto de disponer de uno de los mejores, si no el mejor, calendario vacunal de la UE
- todo empezó hace un par de años, con la introducción de la vacuna del **herpes zoster**, para mayores de 65 años en el Calendario del Consejo Interterritorial del SNS a partir de enero 2023
- vacuna de la **gripe infantil** a los 12 años, con mucha carga de enfermedad, muchas consultas, ingresos e incluso algún fallecimiento. Vacunación infantil frente a la gripe entre los 6 meses y los 4 años de edad (ambos incluidos)
- vacuna **papiloma virus humano en niños**, ya estaba en niñas, pero habíamos visto aparición de cáncer de pene y ano, orofaríngeos
- vacuna **meningococo B**, se introdujo en 2023
- hubo un cambio de paradigma, ya que en el caso del **virus respiratorio sincitial (VSR)**, administramos directamente el anticuerpo. Incorporación del anticuerpo monoclonal para la protección de los bebés desde octubre 2023.
- **Cambio de paradigma, avanzando hacia un enfoque de vacunación a lo largo de toda la vida y no enfocado exclusivamente en la vacunación infantil**

## Han desaparecido las diferencias entre comunidades autónomas

- inequidades entre comunidades autónomas, cada vez menos, ahora mismo las diferencias son mínimas
- se han limado las inequidades entre comunidades autónomas aunque aún se mantienen diferencias en las mismas debido a las moratorias marcadas por el Consejo Interterritorial para la implementación de los programas de vacunación en las comunidades autónomas

## Gran avance en el registro de vacunas por parte de las comunidades autónomas

- el nuevo sistema de **registro SIVAIN** <sup>(84)</sup> supondrá un gran avance en el registro y trazabilidad de vacunas de una manera homogénea entre comunidades autónomas
- responde a dos preguntas: si las vacunas son seguras y eficaces
- importante la trazabilidad
- anualmente todas las comunidades autónomas facilitan los datos de cobertura
- registro similar al de la covid para todo tipo de vacunas

## La Salud digital, un gran papel en este campo

---

83 Ministerio de Sanidad, Vacunas y Programa de Vacunación,

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/home.htm>

84 Comité Asesor de Vacunas, Consulta pública sobre un proyecto de sistema de registro de vacunaciones, <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/ministerio-de-sanidad-consulta-publica-sobre-un-proyecto-de-sistema-de-registro-de-vacunaciones>

- pretendemos que toda la información a nivel individual esté disponible en un repositorio o *data lake*, con información de las personas a lo largo de toda su vida
- esto nos permitirá saber, qué tipo de virus, problemas, monitorización, efectividad y seguridad

### Seguimiento innovación

- una modificación del calendario vacunal no se puede improvisar
- innovación: EMA
- evaluación técnica: a nivel nacional, por parte de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunas, órgano asesor del Ministerio de Sanidad

### La vacunación es un elemento fundamental de la sostenibilidad del sistema y un elemento clave de la Salud Pública

- las vacunas representan solo el 1% del presupuesto farmacéutico
- evitan muchas enfermedades, evitan muchas complicaciones y salvan muchas vidas
- consigue evitar mucho gasto del sistema. Las vacunas son una inversión, no un gasto para el sistema suponiendo un gran ahorro para el mismo

### Posibilidades de la colaboración público/privada

- llegando a acuerdos con empresas para compartir información relevante para ellas, con una compensación en el precio de los productos

### Nuevas formas de compra

- Explorar nuevos modelos de compras en vacunas. Programas de riesgo compartido o programas de financiación a más largo plazo que permitan tener el producto desde el inicio

### Con el presupuesto reservado para la compra centralizada de vacunas Covid por el gobierno tendríamos para incorporar innovación en los próximos 20 años

#### **Propuestas más relevantes**

- **Mantener el esfuerzo con el fin de seguir teniendo uno de los mejores calendarios vacunales de la Unión Europea**
- Incorporar toda la **información individual de vacunación en el *data lake***
- **Seguir las innovaciones en materia de vacunas en colaboración con la EMA**
- **Impulsar la colaboración público/privada para compartir información relevante**
- Avanzar en **formas innovadoras de compras de vacunas**

## La digitalización del sistema sanitario

### La historia clínica interoperable del Sistema Nacional de Salud

#### La Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud

- Esta Estrategia <sup>(85)</sup> incluye cinco macroproyectos:
  - ***Servicios Digitales del Sistema Nacional de Salud***
    - Fondos MRR (Mecanismo de Recuperación y Resiliencia)
  - ***Sostenibilidad, Mejora de la eficiencia y acceso equitativo al Sistema Nacional de Salud***
    - PGE (Presupuestos Generales del Estado), provenientes del acuerdo con Farmaindustria
  - ***Transformación Digital de Atención Primaria y Comunitaria***
    - Fondos MRR (Mecanismo de Recuperación y Resiliencia)
  - ***Atención Personalizada***
    - PERTE (Adenda)
  - ***Espacio de Datos de Salud (SEDIA)***
    - Fondos MRR (Mecanismo de Recuperación y Resiliencia)
- **La historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud <sup>(86)</sup>**
  - Incluye:
    - Historia Clínica Resumida (HCR)
    - Informe Clínico de Atención Primaria (ICAP)
    - Informe Clínico de Alta (ICA)
    - Informe Clínico de Consulta Externa (ICC)
    - Informe Clínico de Urgencias (ICU)
    - Informe de Cuidados de Enfermería (ICE)

---

85 Estrategia de Salud Digital, Sistema Nacional de Salud, 2021, [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Digital\\_del\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf)

86 Historia Clínica del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/historiaClinicaSNS/home.htm>

- Informe de Resultados de pruebas de imagen (IRPI)
- Informe de Resultados de pruebas de laboratorio (IRPL)
- Informe de Resultados de otras pruebas diagnósticas (IROPD)
- Patient Summary (PS)

### ***Propuestas más relevantes***

- Dar los pasos necesarios para que en el Sistema Nacional de Salud y en el conjunto del sistema sanitario haya una efectiva **Estrategia Nacional de Salud y la historia clínica interoperable** (más allá de la posibilidad de acceder a resúmenes e informes clínicos) debe ser una exigencia inmediata

## **Cómo ayudan las tecnologías en la prestación sanitaria**

### **Retos actuales del sistema sanitario**

- sostenibilidad económica del sistema
- envejecimiento
- cronicidad
- déficit de especialistas médicos
- problema grave de accesibilidad
- problemas de la necesaria actualización de la formación de profesionales

**Dichos retos son inasumibles sin la masiva incorporación de tecnología.**

### **Soluciones**

- intentar utilizar la tecnología para minimizar estos impactos
- la tecnología permite hacer muchas más cosas de lo que imaginamos

### **Ejemplos**

- déficit de especialistas médicos: médicos en la nube que atiende a poblaciones a distancia
- cualquier imagen médica es susceptible de verse a distancia
- triajes con Inteligencia Artificial (ECG de triaje, mamografía de triaje, fondo de ojo de triaje)
- esto permite dedicar tiempo a otras patologías
- posibilidad de utilizar ecocardiógrafos, densitómetros, etc. por parte de técnicos no médicos, con los especialistas en la nube

### **Propuestas más relevantes**

- **Impulsar el desarrollo de soluciones asistenciales utilizando la tecnología**, ya que esta será -en el contexto de aumento de la demanda y envejecimiento, escasez de profesionales, problemas de accesibilidad, etc.- la única manera de mantener la asistencia, haciendo sostenible el sistema

## **Interoperabilidad**

### **¿En qué consiste la interoperabilidad?**

La interoperabilidad consiste en que la historia clínica electrónica esté accesible en cualquier entorno asistencial (hospital, centro de atención primaria, consultorio, domicilio del paciente, centro público, centro privado, cualquier lugar dónde se preste la atención, ...) y que el profesional, autorizado por el paciente, tenga acceso a la información de esa historia clínica y pueda modificar y actualizar datos, según la atención del momento que está ofreciendo o la nueva situación clínica.

En último término, es la habilidad de los sistemas que manejan datos de la historia clínica en medios digitales para intercambiar información en forma electrónica y de usar dicha información intercambiada.

### **Beneficios de la interoperabilidad**

La interoperabilidad es buena para:

- el paciente
- para los profesionales
- para el sistema, ya que ahorra costes, al evitar duplicidades de pruebas, al tiempo que permite generar procesos integrados

### **Requisitos de la interoperabilidad**

Para poner en marcha un proyecto de interoperabilidad hacen falta dos requisitos:

- **Normalización** y uso de estándares de interoperabilidad (HL7, FIHR, etc.)
- **Liderazgo** al más alto nivel del sistema y de la organización sanitaria, ya que es muy importante la gestión del cambio

### **De quién es la historia clínica**

Cualquier proyecto de interoperabilidad debe tener en cuenta de que la propiedad de los datos es del paciente, según ley. Y que el centro es el custodio de esa historia clínica.

La historia clínica, con todos los datos de salud, constituye un documento privado que contiene datos íntimos acerca de aspectos físicos, psíquicos y sociales del paciente, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, y en ella se relaciona información personal y familiar. Por regla general, dicha información no puede ser conocida fuera del marco asistencial sin la autorización de su titular, teniendo en cuenta la información sensible que en ella se contiene.

### **Dos funciones de la historia clínica**

- **Objetivo primario:** la atención del paciente. En este sentido, el objetivo de cualquier proceso de interoperabilidad es situar los datos del paciente en el momento y lugar adecuado
- **Objetivo secundario:** la investigación, mediante la compartición de forma anonimizada de los datos de la historia clínica, lo que redundará en una mejor atención

### **El contexto que hace posible la interoperabilidad**

La interoperabilidad solo es posible en el contexto de:

- una **Estrategia nacional de salud digital**, alineada con la estrategia europea
- el **Espacio Europeo de Datos**

### **Los problemas del avance de la interoperabilidad en España**

Básicamente, dos problemas:

- hacer interoperable a nivel nacional, y posteriormente europeo, las historias clínicas de las diversas comunidades autónomas, habitualmente con sistemas diferentes
- hacer interoperable entre sí la historia clínica del sistema público y del sistema privado

### ***Propuestas más relevantes***

- Dar los **pasos hacia la interoperabilidad**, lo que requiere esfuerzos en:
  - Normalización
  - Liderazgo
- **Avanzar hacia la interoperabilidad de la historia clínica de las diferentes comunidades autónomas y de estas con las del sistema privado.** Todo lo

anterior en la perspectiva de garantizar la interoperabilidad en el conjunto de Europa

## Digitalización y procesos asistenciales

### El punto de partida

En material de digitalización, España, tanto en el ámbito público como en el privado tiene unos buenos fundamentos.

Cualquier hospital público o privado, así como las aseguradoras, tiene su historia clínica electrónica.

Se ha avanzado mucho tecnológicamente.

España puede estar orgullosa de la situación digital.

Por poner un ejemplo, Alemania está a años-luz de nosotros. Allí cada hospital tiene sus propios sistemas totalmente cerrados.

### Retos como país

Integrar toda esta información digitalizada, que ya existe, en una historia clínica electrónica interoperable:

- que contribuya a mejorar la experiencia del paciente
- que permita la prevención
- que integre toda la información de los centros públicos, privados, entornos de salud laboral, etc.
- también para permitir compartir datos, y avanzar hacia la medicina basada en la evidencia y de precisión, a través de compartir millones de datos

### Un horizonte en el que los datos van a tener todo el protagonismo

- Tenemos que hacer que sean accesibles desde cualquier entorno asistencial
- Compartir los millones de datos con fines de investigación y de avance del conocimiento utilizable en la forma de diagnosticar y tratar a los pacientes, mediante el uso secundario de datos

### Esto va a conllevar un cambio de roles profesionales

- de los radiólogos, que posiblemente perderán peso en el diagnóstico, para adoptar un papel más consultivo

- oncólogo, toda la información le va a venir dada, seguramente su papel será más de toma de decisiones compartidas con el paciente

### **La sanidad se convertirá en cierta manera un producto más de consumo**

Dónde el paciente tendrá más decisión sobre su propia salud y el tipo de servicio.

### **El papel creciente de los wearables <sup>(87)</sup>**

- Como forma de seguir al paciente desde su casa
- útiles para seguir a pacientes en lista de espera

### **El papel de la farmacia**

- La farmacia ha entrado de lleno en este mundo de digitalización, a través fundamentalmente de la receta electrónica pública, que es una historia de éxito
- ya hay más de 660 millones de recetas interoperables en toda España
- el 2º salto es pasar a nivel europeo, para lo que ya se están haciendo pruebas
- importancia de la dispensación colaborativa, dispensar en la farmacia comunitaria medicamentos prescritos en el hospital
- Avanzar en la historia farmacológica

### ***Propuestas más relevantes***

- Se trata de avanzar para **que la interoperabilidad no permita solo la compartición y manipulación de la información clínica en cualquier entorno asistencial, sino que posibilite cambios en los procesos y nuevos procesos**, en la línea de:
  - mejora de la experiencia del paciente
  - prevención
  - medicina de precisión
  - cambio de roles profesionales

## **"Data lake" y uso secundario de datos**

### **Importancia del "data lake" sanitario**

- No es importante solo para España, sino para Europa, en el marco del Espacio Europeo de Salud <sup>(88)</sup>

---

87 Wearable Digital Technology, N Eng J Med 2023; 389:2100-2101, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2303219>

- Hay que tener una visión europea de compartición de datos con toda Europa
- En España debe ser un proyecto colaborativo entre las comunidades autónomas, la Administración Central y todos los *stakeholders* que componen el ecosistema sanitario
- El dato sanitario debe estar conectado para tener valor. Es importante asegurar la calidad de las distintas capas de datos e integrarlas con orden, para que puedan ser realmente explotables y puedan aportar valor
- La normativa europea de protección de datos (<sup>89</sup>) ya considera diversos casos de uso para que el valor de los datos acabe llegando verdaderamente a los pacientes

### **No se trata solo de almacenar datos, sino de utilizarlos**

- Se trata de ordenar los datos, cuidando la calidad de las distintas fuentes de información, para que el *data lake* no se convierta en un contenedor de datos sino en un verdadero almacén, preparado para obtener el máximo conocimiento posible
- Es importante que se pueda hacer uso de los datos (más allá de la utilidad operacional convencional)
- Beneficios infinitos, representa un gran salto cualitativo en el sistema sanitario
- ¿Para qué?
  - Enfermedades raras, si compartir datos es relevante en todas las enfermedades, lo es especialmente en las raras
  - Análisis medicamentos, 25% de los gastos de una Administración sanitaria se va en medicamentos, es importante una mayor eficiencia en esta área
  - Actividades preventivas
  - Enfermedades crónicas
  - Modelos predictivos
  - Analizar si se va a responder o no a un medicamento
  - Efectos adversos
  - Alertas sanitarias
  - Apoyo a la actividad de Salud Pública
  - Investigación biomédica
  - Datos ómicos, ingobernables, si no vamos al mundo cloud
  - Conocimiento, que pase al profesional, en beneficio del paciente

### **Gran complejidad del *data lake***

- Gran complejidad en el concepto del *data lake*
- No se trata solo de almacenar datos, sino de crear casos de uso

---

88 Espacio Europeo de Datos Sanitarios, [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_es](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_es)

89 La protección de datos en la UE, [https://commission.europa.eu/law/law-topic/data-protection/data-protection-eu\\_es](https://commission.europa.eu/law/law-topic/data-protection/data-protection-eu_es)

- Gran factor de cambio por el hecho de compartir la información
- Va a significar cambios en los procesos

### **Necesidad de una gobernanza**

- Con el fin de utilizar los datos de una manera ordenada

### **Necesidad de garantizar la privacidad y el cumplimiento de los estándares regulatorios**

- Esto es un tema higiénico
- La presencia habitual de datos personales de pacientes en la información desestructurada debe tenerse en consideración y, por tanto, deben emplearse las herramientas tecnológicas adecuadas para que los proveedores de salud puedan compartir los textos clínicos cumpliendo el reglamento europeo de protección de datos

### **Nuevas necesidades de profesionales**

- La puesta en marcha de estas iniciativas va a requerir nuevos perfiles profesionales, como bioinformáticos y personal de otras nuevas disciplinas
- ninguna Facultad de Medicina pone en el mercado este tipo de profesionales

### **Necesidad de superar el circuito clásico de incorporación de conocimiento en la práctica clínica**

- Si no llega esto, no va a servir
- Circuito clásico: libro, *paper*, llegada de la información al clínico (años desde la generación del conocimiento a su utilización)
- Si esto sigue así habremos perdido la capacidad del entorno digital (mucho más veloz)
- ¿Cómo, en el nuevo entorno, llega al clínico y a los pacientes?
  - a su móvil, con recomendaciones

En resumen:

- El "***data lake***" es mucho más que un repositorio, se deben crear casos de uso de toda la información contenida en las distintas áreas (prevención, predicción, medicina de precisión, efectos adversos, alertas sanitarias, investigación biomédica, etc.)

### ***Propuestas más relevantes***

- El necesario avance hacia el "*data lake*" sanitario requiere:

- un alineamiento entre todas las comunidades autónomas y del sector público con el privado
- un alineamiento con Europa
- **Crear casos de uso de toda la información contenida en las distintas áreas** (prevención, predicción, medicina de precisión, efectos adversos, alertas sanitarias, investigación biomédica, etc.)
- **El "*data lake*" debe contribuir a superar el circuito clásico y lento de incorporación del conocimiento a la práctica médica**

## Ciberseguridad

### Ataques cibernéticos en aumento en el mundo sanitario

- Cualquier parte del sistema sanitario puede ser atacado: hospitales, consultorios,
- según **ENISA** (Agencia de la Unión Europea para la Ciberseguridad) <sup>(90)</sup>, en el período 21-23, se habían producido 85 ataques en Europa. Este año, solo en el primer trimestre, 40

### Las organizaciones sanitarias constituyen un ecosistema muy vulnerable

- es un sistema que tiene que funcionar 24x7 y tiene datos sensibles
- el sistema sanitario cada vez está más conectado, se puede acceder a un hospital o centro sanitario a través de los proveedores (se estima que el 50% de los dispositivos conectados son vulnerables)
- con la telemedicina se abre todavía más el hospital a las redes, con lo que se le hace más vulnerable
- los sistemas de monitorización significan un envío continuo de datos, no siempre con la suficiente seguridad
- los equipos, muchos de ellos viejos
- los hospitales ni siquiera suelen tener un registro de todos los equipos conectados a la red

### Qué se busca con el ataque

- el 54% de los ataques son ransomware (ransomware, es un tipo de malware que impide a los usuarios acceder a su sistema o a sus archivos personales y que exige el pago de un rescate para poder acceder de nuevo a ellos. Las primeras variantes de ransomware se crearon al final de la década de los 80, y el pago debía efectuarse por correo postal. Hoy en día los creadores de

---

90 ENISA, Agencia de la Unión Europea para la Ciberseguridad, <https://www.enisa.europa.eu/about-enisa/about/es>

ransomware piden que el pago se efectúe mediante criptomonedas o tarjetas de crédito)

- lo que quieren es conseguir dinero
  - bien chantajeando a la organización
  - bien accediendo a datos sensibles de personas individuales
- se estima que se puede pagar hasta 1.000\$ por cada expediente médico. Se paga más por el expediente médico que por los datos bancarios
- el impacto en un hospital se estima en 300.000\$, pero depende de muchas circunstancias
- se estima que los hospitales pagan por el chantaje, en torno al 60% de las ocasiones se paga

### **Necesidad de un proyecto de ciberseguridad**

- los hospitales y centros sanitario deben tener un proyecto de ciberseguridad, en el marco de un Plan de Gestión de riesgos
- Hay que invertir en tecnología, procesos y formación del personal
- Necesidad de concienciación desde arriba, desde la dirección
- hay que contar con un proveedor de servicios en este tema, debidamente certificado y avalado
- el desarrollo de la Inteligencia Artificial hace más crítico el invertir en ciberseguridad, con el fin de preservar la privacidad de la información

### ***Propuestas más relevantes***

- Implementar en todas las organizaciones sanitarias (Administraciones Públicas, aseguradoras, hospitales, consultorios, etc.) un **proyecto de ciberseguridad**
- **Invertir en tecnologías, procesos y formación del personal**

## **Inteligencia Artificial en sanidad**

### **Una realidad incipiente, pero una realidad**

- Se encuentra en un momento incipiente
  - El 30% de las personas ya la usa regularmente
  - más de un 40% ya lo han probado
- La inquietud existe, tanto en el campo de la imagen, como en el lenguaje y tratamiento con el paciente
- la sanidad no es ni mucho menos una industria en el que la IA vaya lenta

### **Desarrollo dispar, pero grandes oportunidades <sup>(91)</sup>**

- ámbito de la radiología e imagen médica
- Inteligencia Artificial generativa (un tipo de inteligencia artificial que puede crear ideas y contenidos nuevos, como conversaciones, historias, imágenes, videos y música) <sup>(92)</sup>, cómo se va a relacionar la tecnología con los usuarios y no solo los pacientes
- redes neuronales líquidas
- blockchain
- computación cuántica, 158 millones de veces más rápido que un ordenador convencional
- en muchos aspectos ya lleva tiempo en sanidad:
  - farma
  - gestión empresarial
  - RRHH
  - cadena de suministros seguridad del dato
- dos enfoques:
  - desde el punto de vista de la tecnología las posibilidades son infinitas
  - desde el punto de vista legal, habrá problemas

### **La Inteligencia Artificial va a revolucionar los procesos**

- en particular el diagnóstico y el tratamiento
- el reto de las organizaciones sanitarias es cambiar los procesos
- no se trata de incorporar herramientas de Inteligencia Artificial para seguir haciendo lo mismo, eso no es el cambio
- el cambio será cómo nos relacionamos con el paciente (cada cuanto lo vemos, con qué información lo vemos, que no requiere la intervención de un profesional y puede ser resuelto de otra manera)
- no se trata de seguir haciendo lo de siempre: ver al paciente en la consulta, pedirle una prueba y enviarle un informe quince días más tarde
  - ejemplo, un paciente tiene un problema en la columna, se le hacen recomendaciones a través de la Inteligencia Artificial de autocuidado, anamnesis, incorpora información de lo que se ha hecho previamente con otros pacientes--- en un momento determinado Resonancia Magnética, no al traumatólogo directamente para que le explore y le pida pruebas, ese es el cambio
  - ejemplo, utilización de *chatbots* por parte de pacientes oncológicos, que muchas veces sustituye un contacto con el médico

---

91 T. James: How Artificial Intelligence is Disrupting Medicine and What it Means for Physicians, Harvard Medical Schools, <https://postgraduateeducation.hms.harvard.edu/trends-medicine/how-artificial-intelligence-disrupting-medicine-what-means-physicians>

92 Inteligencia Artificial generativa, la nueva era de la IA, <https://www.iebschool.com/blog/inteligencia-artificial-generativa-tecnologia/>

- Impacto en la humanización de la práctica médica y en la experiencia del profesional. Un dispositivo móvil sobre la mesa registra la conversación médico/paciente sin que el profesional tenga que usar la barrera que supone el ordenador y el teclado, pueda mirar al paciente, tener una conversación de calidad y al final el sistema hace un resumen de la visita y propone acciones como peticiones de pruebas, que el médico revisará y podrá archivar usando su voz al finalizar la consulta

### La importancia del marco legal

- La UE está preparando una ley sobre Inteligencia Artificial <sup>(93)</sup>, que en este momento se está discutiendo en el Parlamento.
- Según este borrador habrá cuatro niveles de actuación con Inteligencia Artificial:
  - Riesgos inaceptables, prácticas prohibidas
  - Alto riesgo, regulación
  - Riesgo limitado, transparencia
  - Riesgo bajo o mínimo, no obligaciones

### La interacción entre los proveedores y el sistema sanitario

- Las herramientas vendrán de los proveedores, que están invirtiendo billones en I+D en este asunto
- pero solo el diálogo con el sistema sanitario permitirá adaptar estas herramientas, de tal manera que signifiquen una mejora de los procesos, siempre poniendo al paciente en el centro, respetando el marco legal, y como ayuda a la prevención, autocuidado, diagnóstico y tratamiento

### En resumen:

- **El desarrollo de la Inteligencia Artificial en sanidad va a traer un cambio de los procesos asistenciales y, en particular, en la relación con los pacientes**

### *Propuestas más relevantes*

- **Impulsar cambios de los procesos asistenciales y, en particular, en la relación con los pacientes, basados en el uso de la Inteligencia Artificial**
- **Habrà que tener en cuenta el marco legal y, en concreto, la legislación en preparación por parte de la UE**

93 Briefing, EU Legislation in Progress, Artificial intelligence act,  
[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/698792/EPRS\\_BRI\(2021\)698792\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/698792/EPRS_BRI(2021)698792_EN.pdf)

# Telemedicina

## La telemedicina ha venido para quedarse

- ya en el año 1880, The Lancet proponía utilizar el teléfono para facilitar el acceso de los pacientes a los hospitales <sup>(94)</sup>
- 2020, Barcelona Health Hub, en colaboración con ESADE
  - análisis muy completo de las posibilidades, experiencia y ventajas de la telemedicina <sup>(95)</sup>

## Beneficios

- resultados en salud, resultados muy similares entre la asistencia directa y la realizada en remoto
- satisfacción de los pacientes, en torno al 97%
- costes, McKinsey ha analizado el impacto en costes, que son muy notables
- representa un acceso rápido y cómodo
- acceso a profesionales sin limitación geográfica, con lo cual hay acceso a un elenco de profesionales más amplio
- muchos pacientes quieren acceder a videoconferencia inmediata, servicio muy apreciado y de utilización creciente (el 63% de estas videoconferencias no generan visita presencial posterior)

## La telemedicina no es solo videoconsulta

- hacer el seguimiento de pacientes crónicos
- mejora en el acceso
- seguimiento de consultas sucesivas

## Brecha digital

- la brecha digital existe y va a existir
- no obstante, España es el 5º país de Europa en el desarrollo y utilización de soluciones tecnológicas en sanidad

## Hay que facilitar las herramientas

- videoconsulta
- chat

---

94 Aronson, S

The Lancet on the telephone 1876-1975, Medical History 1977, 21:69-87,  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1081896/pdf/medhist00108-0074.pdf>

95 Study of the virtual health consultation and its benefits for the healthcare system,  
<https://barcelonahealthhub.com/wp-content/uploads/2021/01/2021-YoPacienteDigital-ENG-updated.pdf>

- receta electrónica
- acceso al historial clínico, tanto para consultar como para actualizar
- incluso se está experimentando con atención remota fisioterapéutica en casa

En resumen:

- **Ya no hay que demostrar que la telemedicina está aquí para quedarse y sus múltiples beneficios**, incluyendo comodidad y satisfacción para el paciente y costes

#### *Propuestas más relevantes*

- **Facilitar al profesional las adecuadas herramientas** (videoconsulta con acceso a la historia clínica, posibilidades de receta electrónica on-line, etc.)

## 5. Bases estratégicas para una hoja de ruta renovada

Los temas tratados en el **IV Simposio del Observatorio de la Sanidad** fueron tan variados que las propuestas son necesariamente muchas y de detalle, como no puede ser de otra manera en un sistema tan complejo como el sanitario.

No obstante, el presentar las propuestas en detalle es enriquecedor, pero, al mismo tiempo, puede hacernos perder la perspectiva general.

Es por lo que introducimos en este apartado unas **bases estratégicas para una hoja de ruta renovada**, que puedan servirnos de hilo conductor y de punto de referencia al conjunto de las distintas acciones a impulsar.

Dichas bases estratégicas no se presentaron como tales durante el Simposio, pero han podido fácilmente ser deducidas del conjunto de las intervenciones y del énfasis puesto en determinados temas.

Es con esta perspectiva con la que proponemos las siguientes 9 bases estratégicas:

### I. Diálogo y acuerdo

El diálogo y los acuerdos entre los actores que conforman el sistema sanitario - Administraciones Públicas, instituciones varias, empresas, asociaciones profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc.- lo consideramos un prerequisite para abordar los desafíos que enfrenta.

Nos parece que este es el método de trabajo a seguir y, en este sentido, también constituye una de las aportaciones del Simposio.

Tradicionalmente se solía hablar de "pacto por la Sanidad", pero, independientemente de que el marco político pueda o no ser favorable, nuestra reformulación como *diálogo y acuerdo* nos parece más acertado, por no tratarse de un acuerdo puntual, sino un marco de trabajo permanente. Por otro lado, entendemos que en ese *diálogo y acuerdo* no solo deben participar los gobiernos y los grupos políticos, sino también y de forma activa los muy variados actores del sistema sanitario.

## **II. Orientación hacia la salud, para evitar que la persona caiga enferma y bajar la carga de enfermedad**

Nuestro sistema sanitario -como prácticamente los de todos los países- está fundamentalmente orientado hacia la enfermedad.

Debemos impulsar un cambio de paradigma que lo reoriente hacia la salud (hábitos de vida, conducta alimentaria, ejercicio físico, etc.). Esto implica cambios en las prioridades, financiación, actores principales, perfiles profesionales, etc.

El objetivo es disminuir la carga de enfermedad, única forma de hacer a los sistemas más sostenibles.

## **III. No obstante, seguirá habiendo enfermos y necesitarán asistencia, que se deberá dar por los métodos más avanzados de la medicina de precisión**

A pesar de la reorientación del sistema sanitario hacia el mantenimiento de la salud, seguirá habiendo enfermedades y enfermos, sobre todo, crónicos.

Los pacientes requerirán una asistencia de la máxima calidad, personalizada y de precisión, frente a la forma tradicional de intervención clínica que carecía de instrumentos para segmentar (con la precisión actual) a los pacientes.

Esta medicina dispondrá diagnósticos de precisión basados en múltiples análisis y estudios de todo tipo, lo que permitirá redefinir las enfermedades de una manera más fina (más granular) y, por lo tanto, ofrecer el tratamiento más apropiado para cada patología.

Esto supondrá una asistencia sanitaria más compleja y cara, que hay que abordar.

## **IV. Las políticas de recursos humanos, elemento central**

La actividad profesional sanitaria es muy demandante, por lo que el *burnout* es un problema en cualquier sistema sanitario.

Eso, junto a la escasez de determinados profesionales y la necesidad de atraer y retener el talento, hacen que las políticas de recursos humanos (incluyendo la planificación) tengan un papel central en las políticas sanitarias, algo que nunca han tenido.

El problema, por distintos motivos, afecta tanto al sector público como al privado.

La nueva política de recursos humanos debe contemplar el nivel retributivo, la necesaria estabilidad laboral, los incentivos, el incorporar los valores del profesionalismo, las posibilidades de formación y desarrollo profesional y el acceso a actividades de investigación. Todo ello, junto con el cambio de roles profesionales, el impacto de la tecnología en esos roles y la necesaria incorporación al sistema sanitario de nuevos perfiles profesionales.

## **V. Mejor financiación, pero con eficiencia en costes**

Seguramente nuestro sistema sanitario requiera mayor financiación, con el fin de homologarse con la mayoría de los países más avanzados de la UE y poder abordar ciertos retos pendientes (nueva política de recursos humanos, transformación digital, medicina de precisión, entre otros).

Sin embargo, esta petición solo puede hacerse en el marco de un esfuerzo en material de eficiencia en costes.

Esto requiere varios elementos: el primero, suprimir mucha actividad que no aporta valor, incluyendo duplicación de pruebas y procedimientos (en línea con la iniciativa de "no hacer", impulsada por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las sociedades científicas); en segundo lugar, facilitar un nuevo marco de gestión que facilite la eficiencia; y, por último, medir y hacer pública la eficiencia, mediante la fijación de indicadores a nivel nacional de medición de la misma.

## **VI. Asistencia híbrida, presencial y basada en la tecnología**

Aunque la actividad sanitaria *on-line* no comenzó con la pandemia de la COVID-19, ésta la impulsó de manera clara.

La asistencia sanitaria a partir de ahora será híbrida, un porcentaje será presencial y otro porcentaje, tal vez mayor y creciente, *on-line*. No solo para las consultas, sino para la monitorización, diagnósticos precoces, cirugías, test y todo tipo de actividades.

## **VII. Asistencia colaborativa, con utilización en el servicio público de todos los recursos públicos y privados**

Hay que avanzar hacia lo que podríamos llamar una *medicina colaborativa*.

Esto implica mayor coordinación y continuidad de atención entre Atención Primaria y hospitales; mayor colaboración entre el sector sanitario con el social y sociosanitario; más atención multidisciplinar, en el que participen distintos profesionales (médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Por último, como en todas las sociedades avanzadas, el servicio sanitario público debe ser ofrecido por un conjunto muy variado de instituciones y empresas públicas y privadas, tanto a nivel de aseguramiento como de provisión.

Es mucho lo que hay que avanzar en España en la consolidación y expansión de este modelo de medicina colaborativa.

## **VIII. Un "hub" de innovación en biomedicina para España**

España se ha convertido en una potencia en investigación clínica, algo con lo que no nos hemos encontrado, sino que es fruto del esfuerzo y aprovechamiento de unas condiciones favorables creadas por múltiples agentes: el sistema sanitario, los clínicos, la empresa farmacéutica, la Administración, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes.

Se trataría de aprovechar el acervo de este indudable éxito para extenderlo a la investigación básica y al desarrollo, entendiendo por desarrollo la colocación de productos en el mercado.

Este es un proyecto de país, que va a requerir un plan y la colaboración de múltiples agentes.

## **IX. Énfasis en la autonomía estratégica ampliada**

La pandemia de la COVID-19 ha evidenciado las dificultades logísticas —y también el alto coste medioambiental— que supone una excesiva dependencia de tecnologías sanitarias y medicamentos producidos en países lejanos, sobre todo asiáticos.

Es por lo que la Unión Europea acuñó el término "autonomía estratégica ampliada", queriendo indicar la necesidad de impulsar la producción en Europa de muchos productos sanitarios.

España debe incorporarse a ese movimiento, favoreciendo la producción en nuestro país de productos sanitarios (especialmente, aquellos que son estratégicos).

La coexistencia de una demanda importante, un sistema sanitario desarrollado, una base ya instalada de producción y una mano de obra bien formada y competitiva, colocan a nuestro país en una posición ideal para lograr esa deseable "autonomía estratégica ampliada".

## 6. Contribuyentes al documento

### Organización general, elaboración del programa y selección de los speakers

- **Mamen Vázquez**  
Directora General de El Español
- **María Luisa Rodríguez**  
Eventos y Conferencias El Español
- **Janet García García**  
Eventos y Conferencias El Español

### Redacción y coordinación del documento

- **Ignacio Riesgo**  
Médico y consultor en salud

### Speakers y moderadores

(por orden alfabético del primer apellido)

- **Juan Abarca**, presidente de la Fundación IDIS
- **María José Abraham**, directora general de la Fundación Edad&Vida
- **Jesús Aguilar**, presidente del Consejo General de Farmacéuticos
- **Margarita Alfonso**, secretaria general de Fenin
- **David Álvarez**, director de Salud Digital de Siemens Healthineers
- **Elena Andradás**, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid
- **Pilar Aparicio**, directora general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad
- **Jesús Argente**, jefe del Servicio de Pediatría y Endocrinología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid
- **María del Rosario Azcutia**, gerente adjunta de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Asistencial de Atención
- **Luisa Bautista Gómez**, managing director del sector Salud de Accenture en España, Portugal e Israel
- **Cristóbal Belda Iniesta**, director del Instituto de Salud Carlos III
- **Antonio Blanes**, director de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos
- **Miguel Borra Izquierdo**, presidente nacional de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF)

- **Ana Bosch**, directora del Departamento Jurídico de Farmaindustria
- **Nuno Bras**, director general de Leo Pharma
- **Irene Bretón**, presidenta de la Fundación de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición
- **Antonio Burgueño**, exdirector general de Hospitales de la Comunidad de Madrid
- **Silvia Calzón**, secretaria de Estado de Sanidad
- **José Luis Casteig**, presidente y fundador del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT)
- **Enrique Castellón**, médico, economista, exsubsecretario del Ministerio de Sanidad
- **Ángel Cequier**, secretario general de FACME
- **Esther Cobo**, jefa del Área de Control de Medicamentos de la AEMPS
- **Tomás Cobo**, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)
- **María Costi**, directora de Acceso al Mercado y Relaciones Institucionales de AbbVie
- **Alberto Cotillas Roderó**, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC)
- **Arturo Criado**, Subdirector de El Español-Invertia
- **Antonio Cubillo**, jefe del Servicio de Oncología Médica HM CIOCC
- **Jordi Dalmasés**, vicepresidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos
- **Pedro Díaz Yuste**, CEO de Mapfre Savia
- **Luis Díaz-Rubio**, director general de Janssen para España y Portugal
- **Marcos Domínguez**, redactor de Ciencia y Salud El Español
- **Isabel Echavarría**, secretaria científica de SEOM
- **Carina Escobar**, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes
- **Miguel Ángel Estesó**, catedrático de Química y Física y coordinador del grado en Farmacia de la Universidad Católica de Ávila
- **Jesús María Fernández Díaz**, médico, político y exmiembro del Congreso de los Diputados
- **Raquel Fernández**, directora adjunta de Relaciones Institucionales de Sobi
- **Jesús Fernández Sanz**, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha
- **José María Fernández Sousa-Faro**, presidente de PharmaMar
- **Marta Galipienzo**, vicepresidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos
- **Javier García Alegría**, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)
- **Carmen García Cubero**, responsable de la Unidad de Continuidad Asistencial del Servicio Madrileño Salud (Sermas)
- **José Ángel García Sáenz**, investigador de Geicam
- **Juan Carlos Gil**, director general de Moderna para España y Portugal
- **Daniel Gil Martorell**, patrono de la Fundación Humans y decano del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
- **Olga Ginés Ferrero**, presidenta de Hospitales Católicos de Madrid
- **Celia Gómez**, directora de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad
- **Héctor Gómez**, ministro de Industria, Comercio y Turismo

- **José Andrés Gómez**, redactor jefe de Ciencia y Salud en EL ESPAÑOL
- **Marciano Gómez**, conseller del Gobierno valenciano
- **Adrián González Sánchez**, responsable de Datos e IA para el Sector Público y Sanidad de Microsoft
- **Juan Gracia Colldeforns**, head of Medical Affairs Obesity de Novo Nordisk
- **Federico Gutiérrez Larraya**, jefe del Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Ruber Internacional y del Hospital Universitario La Paz
- **Juan Antonio Gutiérrez Lemos**, director de Desarrollo de Negocio del Grupo Hospitalario HLA
- **Ángela Hernández**, secretaria general de la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid
- **César Hernández**, director general de la Cartera Común de Servicios del SNS y de Farmacia del Ministerio de Sanidad
- **Daniel Hidalgo**, responsable de Data & AI para el sector Salud de Accenture España
- **Ángel Hortal**, director de Desarrollo de Negocio Global y Sanidad de Minsait
- **Luis Iglesias**, subdirector general de Ramos Personales de SegurCaixa Adeslas
- **Óscar M. Jordán**, gerente de Hersill
- **María Jesús Lamas**, directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
- **José Luis Lancho de León**, economista del Estado
- **Juan Láriz**, CEO de Homedoctor
- **Joaquín López**, COO director corporativo de Negocio y Planificación Asistencial de HM Hospitales
- **Guillem López Casanovas**, catedrático de Economía de la UPF
- **Ignacio López Parrilla**, director de Relaciones Institucionales de Philips Ibérica
- **Laura López-Tápper**, directora médica de ASPY Prevención
- **Andoni Lorenzo**, presidente del Foro Español de Pacientes y expresidente de la Federación Española de Diabetes (FEDE)
- **Luis Madero**, catedrático de Oncología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Madrid
- **Carlos Martín Saborido**, vocal asesor de la Dirección General de la Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad
- **Alberto Martínez**, director general de Siemens Healthineers
- **David Martínez**, presidente de la Federación Española de Asociaciones de Estudiantes de Medicina
- **Héctor Martínez**, consejero delegado y director general de Metrodora Education
- **Raquel Martínez**, secretaria general del Consejo General de Colegios Farmacéuticos
- **Raúl Martínez**, neurólogo e investigador del Centro Integral de Neurociencias AC HM CINAC
- **José Martínez Olmos**, exsecretario general de Sanidad
- **Antonio Martos**, director global de Sanidad de Minsait
- **María Lourdes Martínez-Berganza Asensio**, vicepresidenta de Semergen
- **Fátima Matute**, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid

- **Miguel Medina**, director científico adjunto del Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas (Ciberned)
- **Antonio Mingorance**, presidente de Bidafarma
- **José Manuel Miñones**, Ministro de Sanidad
- **Francisco Miralles**, patrón de la Asamblea General de la Organización Médica Colegial y presidente del Colegio de Médicos de Murcia
- **Francisco Miralles Linares**, jefe de Medicina Interna del Hospital Vithas Xanit Internacional
- **Paula Molina**, directora médica del Hospital Universitario de Torrejón de Ribera Salud
- **Marta Moreno**, directora de Asuntos Corporativos y Acceso al Mercado de AstraZeneca
- **Dolors Montserrat**, portavoz del PP en el Parlamento Europeo y presidenta de la Comisión de Peticiones
- **Juan Fernando Muñoz**, secretario general de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud (SNS)
- **Cristina Nadal**, directora ejecutiva de Policy de MSD
- **José Antonio Navarro**, consultor honorario permanente del Área de Vacunas del Ministerio de Sanidad
- **María Neira**, directora del Departamento de Salud Pública y del Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- **Eduardo Ortega Socorro**, redactor jefe de El Español Invertia
- **Johanna Nathalie Ortigoza**, gerente de Ciberseguridad de Cipherbit-Grupo Oesía
- **Francisco Pajuelo**, director médico de Novo Nordisk
- **David Palacios Martínez**, presidente de SEMERGEN Madrid
- **Myriam Pallarés**, **Directora General de MUFACE**
- **Eduardo Pastor**, presidente de Cofares
- **Beatriz Perales**, directora de Relaciones Institucionales de Sobi
- **Iñaki Peralta**, CEO de Sanitas
- **Jaime Pérez**, presidente de la Asociación Española de Vacunología (AEV), miembro de la Junta Directiva y subdirector general de Salud Pública de Murcia
- **Leopoldo Pérez de Isla**, jefe de Sección de la Unidad de Riesgo Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos
- **Irene Pérez Nova**, redactora de El Español-Invertia
- **Julián Pérez-Villacastín**, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)
- **Jaume Pey**, director general de Anefp
- **Isabel Pineros**, directora del Departamento de Acceso de Farmaindustria
- **Javier Ponce**, director general del CDTI
- **Jesús Ponce**, presidente de Farmaindustria
- **Enrique de Porres**, CEO de Asisa
- **Laura Prats**, responsable de gestión de riesgos cibernéticos de Relyens en España
- **José Luis Puerta**, médico y consultor sanitario
- **Pedro J. Ramírez**, presidente ejecutivo y director de EL ESPAÑOL

- **Joaquín de los Reyes**, director de Desarrollo de Negocio en Grandes Ciudades de Mapfre España
- **Mercedes Rivera**, redactora de El Español
- **Ignacio Riesgo**, senior advisor de Roland Berger
- **Juan Pedro Rísquez**, vicepresidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos
- **Pablo Rivero Corte**, senior manager de Desarrollo de Negocio y Expansión de Sanidad de Minsait
- **Pedro Rodríguez Sánchez**, miembro de la Junta de Gobierno del Colegio de Psicología de Madrid
- **Mónica Rodríguez**, vocal de la Junta Directiva de FEDER y presidenta de la Asociación Española del Síndrome de Sotos
- **Miriam Rodríguez**, Pharmacist & CEO de Savana
- **Sergio Rodríguez**, Covid lead y presidente de la Fundación Pfizer
- **Cristina Rodríguez Fernández**, directora de CleceVitam
- **Francisco de Paula Rodríguez Perera**, director de Estrategia de Medtronic
- **Silvia Roldán**, viceconsejera de Digitalización de la Comunidad de Madrid
- **Alberto de Rosa**, presidente del Grupo Sanitario Ribera
- **Gabriel Rubio**, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Clínica (SEPC)
- **Núria Sabaté**, managing director responsable de la Industria Farmacéutica de Accenture en España, Portugal e Israel
- **Concepción Sánchez**, presidenta del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha (COFCAM)
- **María José Sánchez**, presidenta de la Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)
- **José Francisco Soto**, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud
- **Raquel Tapia**, directora general de Sanofi
- **Santiago de Torres**, presidente ejecutivo de Atrys
- **Mariel Vázquez**, directora de Experiencia Digital para Clientes de Mapfre y CCO de Savia
- **Mónica Vidal**, responsable de Salud Seguros de Capgemini España
- **Marta Villanueva**, directora general de Fundación IDIS
- **Alberto Villarejo**, representante de la Sociedad Española de Neurología y jefe de Sección de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre
- **Sandra Viñas**, redactora de El Español
- **Juan Yermo**, director general de Farmaindustria
- **Raquel Yotti**, secretaria general de Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación
- **José Luis Zamorano**, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal y del Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela
- **Ana Zubeldia**, head de Oncología de Daiichi Sankyo España

