



# Barómetro de resiliencia sanitaria de BD

Edición de 2024





# Contenido

PRÓLOGO .....	4
RESUMEN EJECUTIVO .....	6
METODOLOGÍA .....	8
Selección de los indicadores de resiliencia .....	8
Puntuación de resiliencia .....	10
<b>CAPÍTULO 1: LOS PACIENTES</b> .....	<b>12</b>
Desigualdades en el acceso en la región de EMEA .....	14
Cuando la propia asistencia sanitaria es un riesgo .....	15
Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria .....	15
Septicemia .....	16
Errores y efectos adversos del tratamiento médico .....	17
Prevención de errores y efectos adversos .....	18
La lucha contra los patógenos farmacorresistentes .....	18
<b>CAPÍTULO 2: EL PERSONAL SANITARIO</b> .....	<b>36</b>
Escasez de personal y datos demográficos .....	38
Bienestar mental y físico y seguridad del personal .....	41
<b>CAPÍTULO 3: EFICIENCIA</b> .....	<b>52</b>
Generar resiliencia sanitaria: por qué son importantes los procesos .....	52
El desafío de la sostenibilidad ambiental .....	53
Desafíos financieros y operativos .....	54
La sostenibilidad ambiental surge como una preocupación destacada .....	57
Eficiencia y sostenibilidad en la asistencia sanitaria: perspectivas de futuro .....	58
<b>UNA MIRADA AL FUTURO – RECOMENDACIONES</b> .....	<b>76</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>78</b>
Fuentes de datos principales y secundarios .....	78
Sistema de puntuación del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD .....	82



## En la actualidad, los sistemas sanitarios de todo el mundo se encuentran en una encrucijada.



**Roland Goette**

Vicepresidente Ejecutivo y Presidente de EMEA, BD

### Prólogo

La pandemia de la COVID-19 expuso las vulnerabilidades de nuestros modelos sanitarios actuales, dejando claro que es necesario acometer una transformación. En el centro de esta transformación están surgiendo dos temas críticos: la sostenibilidad y la resiliencia de nuestros sistemas sanitarios. Solo con un cambio sistémico podremos lograr mantener unos cimientos sólidos de la futura asistencia sanitaria. En 2023, el primer Barómetro de resiliencia sanitaria de BD analizó los distintos factores que afectan a la estabilidad de nuestro sistema sanitario, desde los cambios demográficos de la población y las limitaciones de recursos, hasta la evolución del entorno macroeconómico y el aumento de las enfermedades crónicas.

Este año analizamos con más detalle tres componentes fundamentales que influyen en la prestación de la asistencia: los pacientes, el personal y los procesos que impulsan la eficiencia global. Estos componentes están estrechamente interconectados. Por consiguiente, los desafíos que les afectan deben abordarse de manera integral para permitirnos crear sistemas sanitarios sostenibles y resilientes que puedan preservar el acceso a una asistencia segura y de alta calidad para las generaciones actuales y futuras y minimizar el impacto sobre el medio ambiente.

¿Por qué consideramos esencial poner el foco en estas tres áreas específicas en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2024?

La principal misión de cualquier sistema sanitario es prestar a los pacientes una asistencia segura y de alta calidad. La priorización de la seguridad durante todo el recorrido del paciente no solo beneficia a los propios pacientes, sino que también mejora la eficiencia operativa. A medida que la escasez y el desgaste de los profesionales sigue aumentando,<sup>1,2</sup> una menor duración de la hospitalización así como unas menores

tasas de reingreso pueden facilitar la optimización de los recursos existentes y un mayor bienestar del personal que puede traducirse en una mayor seguridad del paciente.<sup>3</sup> En conjunto, esto elevará los estándares de calidad de la asistencia a los pacientes. Al mismo tiempo, también es clave abordar la repercusión de desafíos como la huella de carbono de la asistencia sanitaria<sup>4</sup>. Este círculo virtuoso es el principio rector de la transformación que se avecina.

Las soluciones integrales que se necesitan para abordar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios actuales requieren la colaboración y el compromiso colectivo de todos los agentes relacionados directa e indirectamente con la prestación de asistencia. Esto incluye a responsables políticos, reguladores, investigadores, instituciones académicas, profesionales sanitarios, financiadores, aseguradoras, pacientes y el sector.

El Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2024 recoge las perspectivas de los interesados en todo el ecosistema sanitario y describe la función que todos podemos desempeñar en la creación de sistemas sanitarios sostenibles que sean resilientes y receptivos y estén preparados para satisfacer las cambiantes necesidades de nuestras sociedades.

- 1 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Ticking timebomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster*. <https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb-without-immediate-action-health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>
- 2 Intensive Care Med. 27 March 2023. *High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICU: a systematic review and meta-analysis*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36971792/>
- 3 PubMed. *Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37132084/>
- 4 Health care Without Harm. *Healthcare climate footprint report*. [https://no-harm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimate-Footprint\\_092319.pdf](https://no-harm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimate-Footprint_092319.pdf)



# Resumen ejecutivo



1

## Pacientes

Los problemas de seguridad del paciente, como las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) (consulte la página 15) y los efectos adversos de los tratamientos médicos (consulte la página 17), son frecuentes en toda la región de EMEA, intensificando la carga de la enfermedad y generando además un coste significativo para los sistemas sanitarios.



3

## Personal sanitario

El desgaste del personal sanitario es común en todas las regiones (consulte la página 38) y el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD pone de relieve la necesidad acuciante de disponer de marcos nacionales en materia de seguridad y salud en el trabajo para garantizar el bienestar de los trabajadores sanitarios y que las instituciones se atengan a unos estándares elevados (consulte la página 41).



2

## Pacientes

Aunque los sistemas sanitarios han empezado a introducir medidas para controlar las infecciones, se necesitan más iniciativas para elaborar directrices hospitalarias y sistemas de vigilancia con el fin de reducir sistemáticamente el riesgo de infección y combatir la amenaza de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) (consulte la página 19).



4

## Eficiencia

Aunque Europa logra una puntuación relativamente buena en general en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, un análisis más en profundidad en el ámbito de la eficiencia muestra unos resultados deficientes en cuanto a la duración de la estancia hospitalaria y las muertes evitables, lo que pone de manifiesto la necesidad de una mejor gestión de la asistencia y una mejor asignación de recursos entre los servicios sanitarios.



5

## Eficiencia

Reducir las ineficiencias en la prestación de la asistencia es crucial, ya que puede generar enormes oportunidades para que los sistemas sanitarios mejoren la seguridad, los resultados y la experiencia de los pacientes, aumenten el bienestar de los profesionales sanitarios, optimicen el gasto y aborden la huella ambiental del sector.

# Metodología

## Selección de los indicadores de resiliencia

La edición de este año del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD mide la resiliencia de los sistemas sanitarios en 100 países de Europa, Oriente Medio y África (EMEA) mediante tres pilares fundamentales de un sistema sanitario: sus pacientes, su personal sanitario y los procesos y flujos de trabajo que influyen en la eficiencia y la sostenibilidad globales de la prestación de la asistencia sanitaria.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), un sistema sanitario resiliente es aquel que «puede prevenir, prepararse, detectar, adaptarse, responder y recuperarse eficazmente de amenazas para la salud pública, garantizando al mismo tiempo el mantenimiento de servicios sanitarios esenciales y rutinarios de calidad en todos los contextos».<sup>5</sup>

Hemos adaptado la metodología de la primera edición del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD utilizando un nuevo conjunto de indicadores de resiliencia que abarca tres áreas

temáticas. Los indicadores se han seleccionado con el objetivo de reflejar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios desde la perspectiva de los pacientes, el personal sanitario y la eficiencia y sostenibilidad de la prestación de la asistencia sanitaria.

El Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2024 está formado por un total de 22 indicadores. La inclusión de los países en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD estaba condicionada por la disponibilidad de datos de al menos 10 de los 22 indicadores.



Figura 1: Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2024 - Temas principales



Tabla 1: Indicadores del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2024 clasificados por tema

Pacientes	Personal sanitario	Eficiencia
Cobertura sanitaria universal	Número de profesionales por paciente – profesionales de enfermería	Inflación
Efectos adversos del tratamiento médico	Número de profesionales por paciente – médicos	Gasto sanitario
Complicaciones secundarias a procedimientos terapéuticos	Proporción entre profesionales de enfermería y médicos	Esperanza de vida saludable
Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)	Profesionales de enfermería mayores de 55 años	Muertes evitables
Infecciones de localización quirúrgica (ILQ)	Desgaste del personal sanitario	Duración de la hospitalización
Septicemia	Salud ocupacional y política de seguridad	% de la huella sanitaria respecto a la nacional
Muertes relacionadas con la RAM		Emisiones de CO2 de la asistencia sanitaria per cápita
Vigilancia de IRAS		
Directrices sobre IRAS		

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). *Health Systems Resilience*. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience>

El Barómetro de resiliencia sanitaria de BD se ha desarrollado utilizando una selección de publicaciones principales y conjuntos de datos secundarios provenientes de fuentes con gran prestigio a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Instituto de Indicadores y Evaluación de la Salud (IHME), el Banco Mundial y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). También se llevó a cabo una investigación para complementar los resultados, que incluyó una encuesta multimercado entre profesionales sanitarios

## Puntuación de resiliencia

Los diferentes indicadores de resiliencia seleccionados para el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD están agrupados en una de las tres áreas temáticas indicadas anteriormente. A partir de los datos, sin procesar y recopilados en diferentes escalas y mediciones, todos los indicadores de resiliencia se normalizaron en una escala de 0-100 para permitir la comparación.

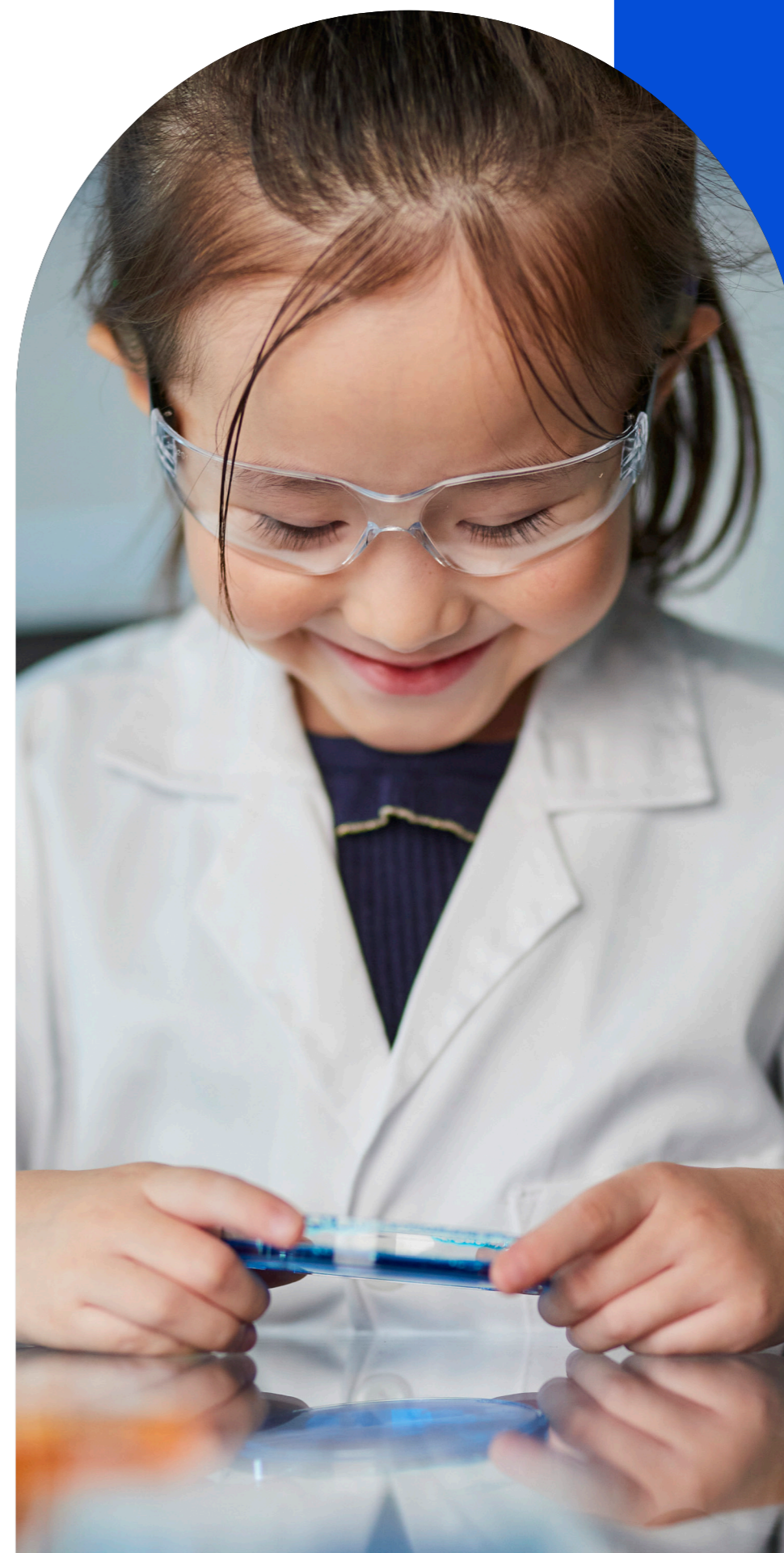
Dentro de cada uno de los tres temas se agruparon las puntuaciones específicas de cada indicador para obtener una puntuación temática y, a continuación, establecer la puntuación global de resiliencia a escala nacional. Hay que tener en cuenta que una puntuación más alta en el Barómetro siempre se corresponde con unos resultados más sólidos (positivos).

En el apéndice se ofrece información adicional sobre la normalización de los datos y el proceso de puntuación.

y una serie de entrevistas exhaustivas con destacados líderes de opinión del sector sanitario en la región de EMEA.

Cabe señalar que el contenido de cada entrevista refleja la perspectiva de cada uno de los entrevistados sobre los temas debatidos, y no necesariamente la postura de la organización a la que representa el interesado ni la de BD.

Consulte en el apéndice (Tablas 12–15) las referencias detalladas, información adicional sobre la investigación y una lista completa de los interesados consultados.



# Capítulo 1

## Pacientes

Aunque el concepto de resiliencia sanitaria se puede comprender y medir de distintas formas, algunos de los indicadores más importantes de la solidez de un sistema sanitario están relacionados con los pacientes. Las diversas fortalezas y debilidades de la prestación de asistencia pueden reflejarse en los resultados, la seguridad o la experiencia de los pacientes. Por consiguiente, el desarrollo de una asistencia sanitaria resiliente debe basarse en el objetivo de crear sistemas que satisfagan las necesidades de los pacientes actuales y futuros de forma segura y eficiente.

En este primer capítulo del informe analizamos la resiliencia sanitaria en la región de EMEA desde la perspectiva de los pacientes y su seguridad. En BD creemos que la seguridad del paciente es esencial para la resiliencia sanitaria. Las vulnerabilidades inherentes a la atención médica implican que la inclusión de innovación con el fin de minimizar el riesgo de daño a los pacientes debe ser una prioridad para todas las organizaciones sanitarias. También es esencial aumentar la concienciación y formar al personal para que identifique y mitigue con eficacia el riesgo de daños a lo largo del recorrido del paciente con el fin de permitir de manera sostenible una prestación de la asistencia sanitaria segura y de alta calidad para las generaciones actuales y futuras.<sup>6</sup>

Los avances en medicina a lo largo de las últimas décadas han mejorado significativamente la seguridad de los pacientes en todo el mundo,

pero siguen existiendo amenazas nuevas y persistentes.<sup>7</sup> El coste de la asistencia insegura es considerable, tanto en términos de la carga sanitaria de los pacientes afectados como de la proporción del coste financiero atribuible a los incidentes de seguridad de los pacientes.<sup>8,9</sup>

Al evaluar la resiliencia de los sistemas sanitarios en los países de la región de EMEA desde la perspectiva del paciente, el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD se centra en cuestiones fundamentales como el acceso a la asistencia, la resistencia a los antimicrobianos (RAM), las IRAS y las complicaciones del tratamiento. Aunque estos temas específicos no reflejan exhaustivamente todos los desafíos relacionados con la seguridad del paciente, resulta útil profundizar en algunos de los problemas más acuciantes de seguridad del paciente que representan una mayor carga de la enfermedad.<sup>10</sup>

6 European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*; 2010. [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109\\_eunetpas-report-use-of-ps-ci-and-recommendations-april-8-2010.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-ps-ci-and-recommendations-april-8-2010.pdf)

7 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

8 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *The economics*

*of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

9 Slawomirski, L, Aaraaen, A, Klazinga, N. *The economics of patient safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level*. <https://doi.org/10.1787/18152015>

10 Organización Mundial de la Salud. *Patient Safety: Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*. Consultado el 3 de agosto de 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

Figura 2: Mapa que muestra los resultados globales del Barómetro sobre «pacientes» a nivel de EMEA

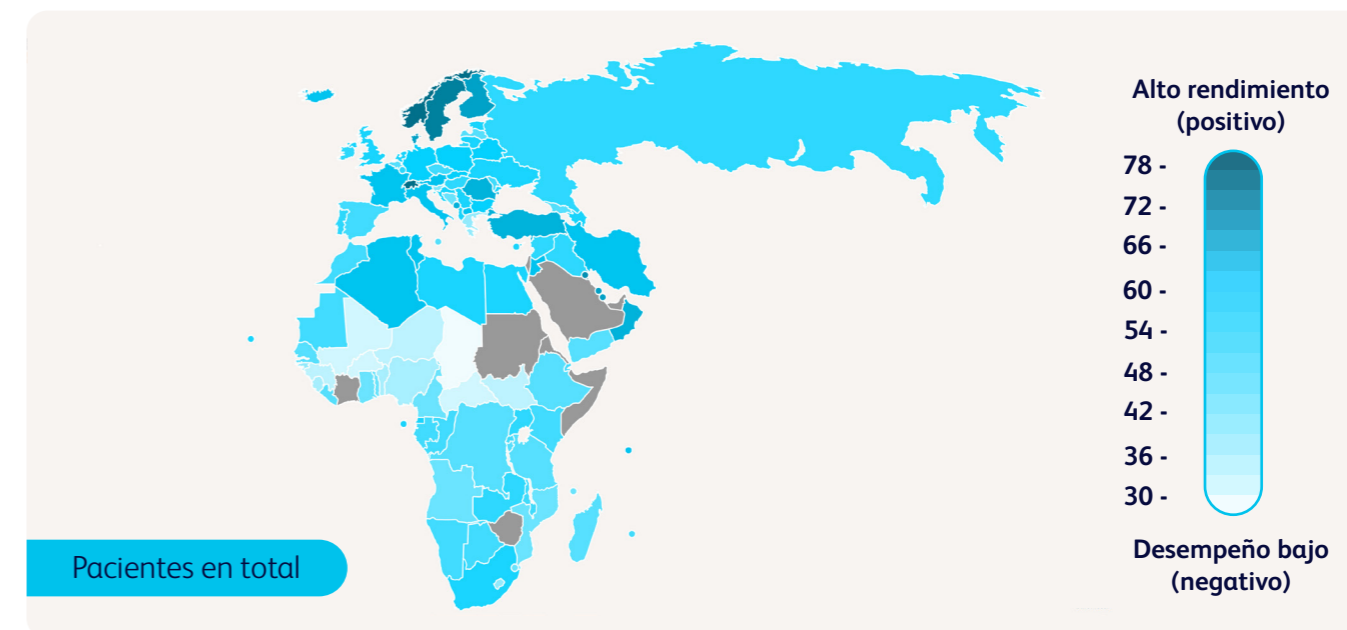


Tabla 2: Resultados globales del Barómetro sobre «pacientes» en países seleccionados (en orden decreciente)

Países (en orden decreciente)	Clasificación en EMEA (de 100 países)
1. Suiza	2.º
2. Suecia	3.º
3. Dinamarca	6.º
4. Francia	21.º
5. Italia	22.º
6. Polonia	23.º
7. Alemania	26.º
8. Reino Unido	38.º
9. Países Bajos	40.º
10. Irlanda	45.º
11. España	53.º
12. Bélgica	67.º

**Aviso legal:** Con vistas al informe del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, nuestro objetivo principal era ofrecer una visión integral de la resiliencia de los sistemas sanitarios en Europa, Oriente Medio y África (EMEA). Para garantizar la pertinencia y aplicabilidad de nuestras conclusiones, consultamos a una amplia variedad de destacados líderes de opinión de toda la región. Durante nuestras entrevistas se hizo evidente que, aunque es esencial tener una visión general amplia, también es necesario profundizar en los resultados regionales y analizar cómo los desafíos en materia de seguridad del paciente, personal sanitario y eficiencia siguen afectando a la resiliencia de los sistemas sanitarios más avanzados de Europa. La inclusión de cifras centradas en un grupo seleccionado de países sirve para enriquecer el análisis y aportar información más detallada sobre la dinámica regional de la asistencia sanitaria.

## Desigualdades en el acceso en la región de EMEA

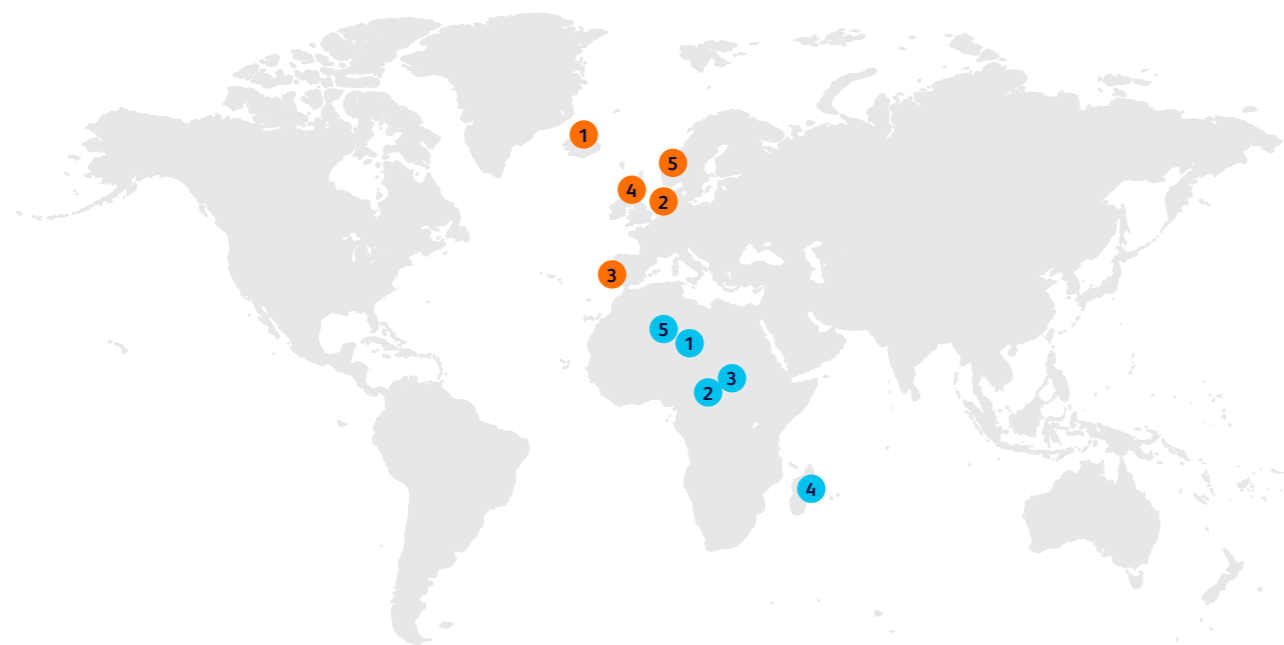
Cuando se considera la perspectiva del paciente, es importante comenzar evaluando el acceso a la asistencia sanitaria. No tiene sentido evaluar y analizar la resiliencia de sistemas sanitarios que siguen siendo inaccesibles para una gran parte de la población.

En toda la región de EMEA, el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD revela claras disparidades en cuanto al nivel de cobertura sanitaria universal (CSU). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), CSU significa que todas las personas tienen acceso a toda la gama de servicios sanitarios de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin dificultades económicas. Abarca toda la gama

de servicios sanitarios esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo de la vida.<sup>11</sup> Como ilustra la tabla 3, los países de Europa septentrional y occidental obtienen los mejores resultados, mientras que muchas poblaciones de África sufren obstáculos para acceder a los servicios esenciales.

**Tabla 3:** Cobertura sanitaria universal – Los 5 países con mejores y peores resultados (EMEA)

Fuente: [Índice de cobertura de servicios de CSU - ODS 3.8.1 \(OMS\)](#)



### Los 5 mejores

- |            |               |
|------------|---------------|
| 1 Islandia | 4 Reino Unido |
| 2 Alemania | 5 Noruega     |
| 3 Portugal |               |

### Los 5 peores

- |                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 1 Chad                    | 3 Sudán del Sur |
| 2 República Centrafricana | 4 Madagascar    |
|                           | 5 Níger         |

<sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud. *Universal health coverage (UHC)*; 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Identificar y abordar las disparidades en el acceso a los servicios asistenciales esenciales es fundamental para garantizar que los pacientes de todo el mundo tengan las mismas oportunidades de recibir el tratamiento y la asistencia que necesitan.

Globalmente, nuestros sistemas sanitarios solo pueden ser realmente resilientes si pueden atender a los pacientes con independencia de su ubicación geográfica y nivel socioeconómico.

## Cuando la propia asistencia sanitaria es un riesgo

Incluso con el acceso a la asistencia sanitaria y al tratamiento, los pacientes se enfrentan a riesgos inherentes asociados a la asistencia médica, que van desde los efectos adversos de los medicamentos hasta las complicaciones del tratamiento y las infecciones nosocomiales.<sup>12</sup>

Estos riesgos persisten no solo en países de ingresos bajos y medios, sino también en sistemas sanitarios mejor financiados, lo que puede afectar a los pacientes, al personal sanitario y a la eficiencia más amplia de la prestación sanitaria.

## Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Según las estimaciones, solo en Europa se producen cada año 8,9 millones de episodios claros de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en hospitales de cuidados agudos y centros de cuidados a largo plazo,<sup>13,14</sup> dado que los pacientes contraen estas infecciones mientras reciben asistencia. Con datos que muestran que el 42 % de los pacientes con IRAS vuelven a ingresar en el hospital en un plazo de 30 días,<sup>15</sup> la carga de estas infecciones sobre el sistema es significativa.

Las IRAS así como errores en el diagnóstico y otros daños relacionados con la asistencia sanitaria son acontecimientos que pueden representar más del 65 % del coste y la carga epidemiológica,<sup>16</sup> siendo las infecciones de

localización quirúrgica (ILQ) especialmente costosas y representando una carga anual de entre 3,5 y 10 mil millones de dólares debido a la prolongada hospitalización, las visitas a urgencias y los reingresos.<sup>17</sup>

<sup>12</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

<sup>13</sup> Suetens, C, Latour, K, Kärki, T, et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *PubMed*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>

<sup>14</sup> Suetens, C, Latour, K, Kärki, T, et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute

care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016-2017. *PubMed*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>

<sup>15</sup> PHC4. *The impact of healthcare-associated infections in Pennsylvania*. Accessed August 2022. <https://www.phc4.org/wp-content/uploads/hai2010report.pdf>

<sup>16</sup> MarketResearch.com. *Patient Safety in Healthcare. Forecast to 2022*. Consultado el 4 de julio de 2022. <https://store.frost.com/patient-safety-in-healthcare-forecast-to-2022.html>

<sup>17</sup> A Ban, Kristen, Minei, J, Laronga, C, et al. *Surgical Site Infection Guidelines*, 2016 Update. *J Am Coll Surg*. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.029>



## Septicemia

Si se analiza con más detenimiento el tema de las infecciones, uno de los problemas de seguridad del paciente más acuciantes es la septicemia.<sup>18</sup> Por término medio, casi el 15 % de los pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) sufren septicemia grave, y 2 de cada 3 casos dan lugar a un choque septicémico.<sup>19</sup>

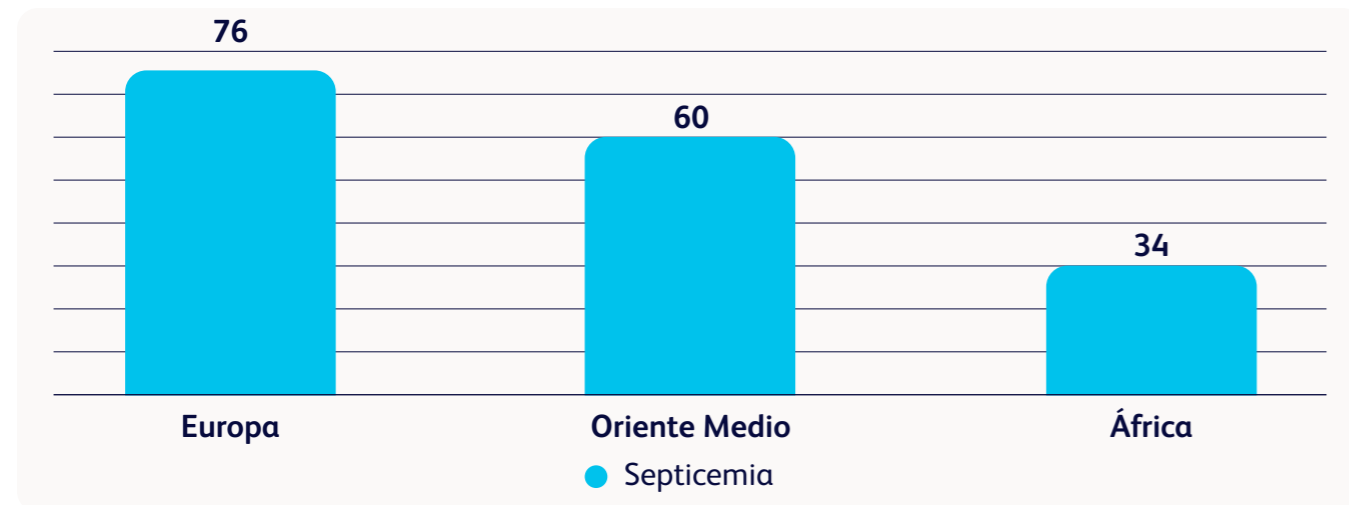
Aunque el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD demuestra que, de las tres subregiones de EMEA, la carga de la septicemia es mínima en Europa y sigue siendo máxima en África (consulte la figura 3), los costes asociados

son muy elevados, incluso en los países con mejores resultados. En Francia, por ejemplo, se calcula que el coste por paciente de la septicemia grave es de 22 800 €.<sup>20</sup>

**Figura 3:** Incidencia de septicemia – Resultados medios del Barómetro por región

**Fuente:** ASIR de septicemia por cada 100 000 habitantes (publicación en Lancet)

*Escala del Barómetro: 100: buenos resultados (baja incidencia de septicemia) – 0: malos resultados (alta incidencia de septicemia)*



## Errores y efectos adversos del tratamiento médico

Aunque el objetivo fundamental de la medicina es curar, lo cierto es que pueden producirse errores, como mala gestión de los medicamentos, errores en la administración o inexactitudes en la prescripción.<sup>21</sup> Incluso cuando no se cometen errores, los medicamentos y tratamientos pueden provocar reacciones adversas inesperadas en los pacientes.

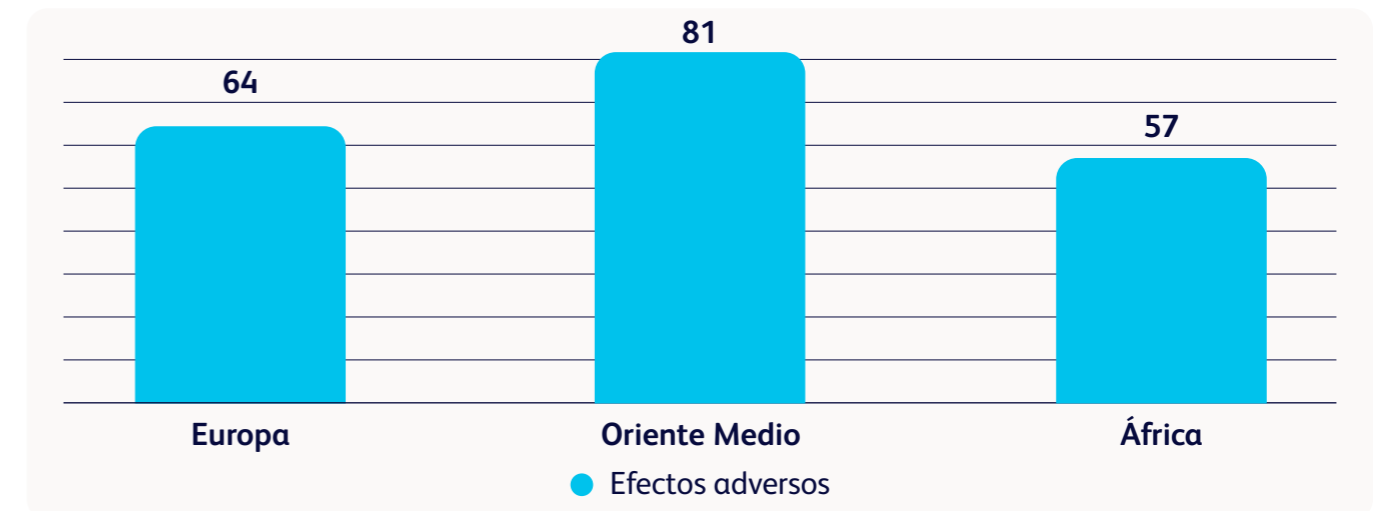
Un riesgo crítico para la seguridad del paciente que analiza el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD son los efectos adversos del tratamiento médico.<sup>22</sup> Los datos del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD revelan (véase la figura siguiente) que Oriente Medio supera a Europa en este indicador, con países como Qatar y Kuwait con unos resultados particularmente buenos. Mientras tanto, los sistemas sanitarios de

países europeos como Grecia y Eslovenia presentan una mayor tasa de **efectos adversos**. No obstante, es importante señalar que las posibles discrepancias en la coherencia de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente entre países pueden influir en los datos y se deben tener en cuenta al interpretar los resultados.

**Figura 4:** Efectos adversos del tratamiento médico – Resultados medios del Barómetro por región

**Fuente:** Efectos adversos del tratamiento médico – Muertes (por cada 100 000 habitantes) (IHME)

*Escala del Barómetro: 100: buenos resultados (baja prevalencia de efectos adversos) – 0: malos resultados (alta prevalencia de efectos adversos)*



<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). *Patient Safety: Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*. Consultado el 3 de agosto de 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

<sup>19</sup> Brun-Buisson. *Epidemiology of severe sepsis*, 2006. PubMed. [https://doi.org/10.1016/s0755-4982\(06\)74627-9](https://doi.org/10.1016/s0755-4982(06)74627-9)

<sup>20</sup> Adrie, C, Alberti, C, Chaix-Couturier, C, et al. *Epidemiology and economic evaluation of severe sepsis in France: age, severity, infection site, and place of acquisition* (community, hospital, or intensive care unit) as determinants of workload and cost. *J Crit Care*, 2005. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.10.005>

<sup>21</sup> Kopp, B, Erstad, B, Allen, M, Theodorou, A, Priestley, G. *Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection*. PubMed. <https://doi.org/10.1097/Q1.ccm.0000198106.54306.d7>

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud. *Patient Safety. Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

## Prevención de errores y efectos adversos

Los cálculos indican que entre el 2 % y el 14 % de los pacientes en hospitales europeos sufren algún error de medicación.<sup>23</sup> A pesar de los avances en ciencia y de las iniciativas para mejorar la calidad asistencial, la realidad de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria subraya la necesidad de contar con

estrategias sólidas de seguridad del paciente y prevención de las infecciones para mitigar los daños y proteger no solo a los pacientes, sino también el bienestar de todos los interesados que intervienen en la prestación de la asistencia sanitaria.

**Es importante señalar que existen datos que indican que la mitad de todos los incidentes de seguridad del paciente se podrían evitar,<sup>24</sup> por lo que iniciativas colectivas que mejoren el nivel de asistencia y prevengan los efectos adversos pueden generar beneficios económicos significativos a los países.<sup>25</sup>**

A medida que los sistemas sanitarios se recuperan del impacto que supuso la pandemia, también se está haciendo hincapié en la

importancia de garantizar una asistencia de calidad y segura para el paciente más allá de los entornos de cuidados agudos.

## La lucha contra los patógenos farmacorresistentes

Tras examinar la carga de los efectos adversos del tratamiento médico y las posibles oportunidades de mejora que podrían derivarse del aborda estos desafíos, tanto desde el punto de vista clínico como del ahorro de costes, ahora debemos ver qué sucede cuando los antibióticos simplemente no funcionan.

Dada su enorme repercusión en la eficiencia de la prestación de asistencia sanitaria en todo el mundo, la creciente amenaza de la RAM es un aspecto fundamental para evaluar la resiliencia en la asistencia sanitaria desde la perspectiva de la seguridad del paciente.

**Anualmente, aproximadamente 700 000**



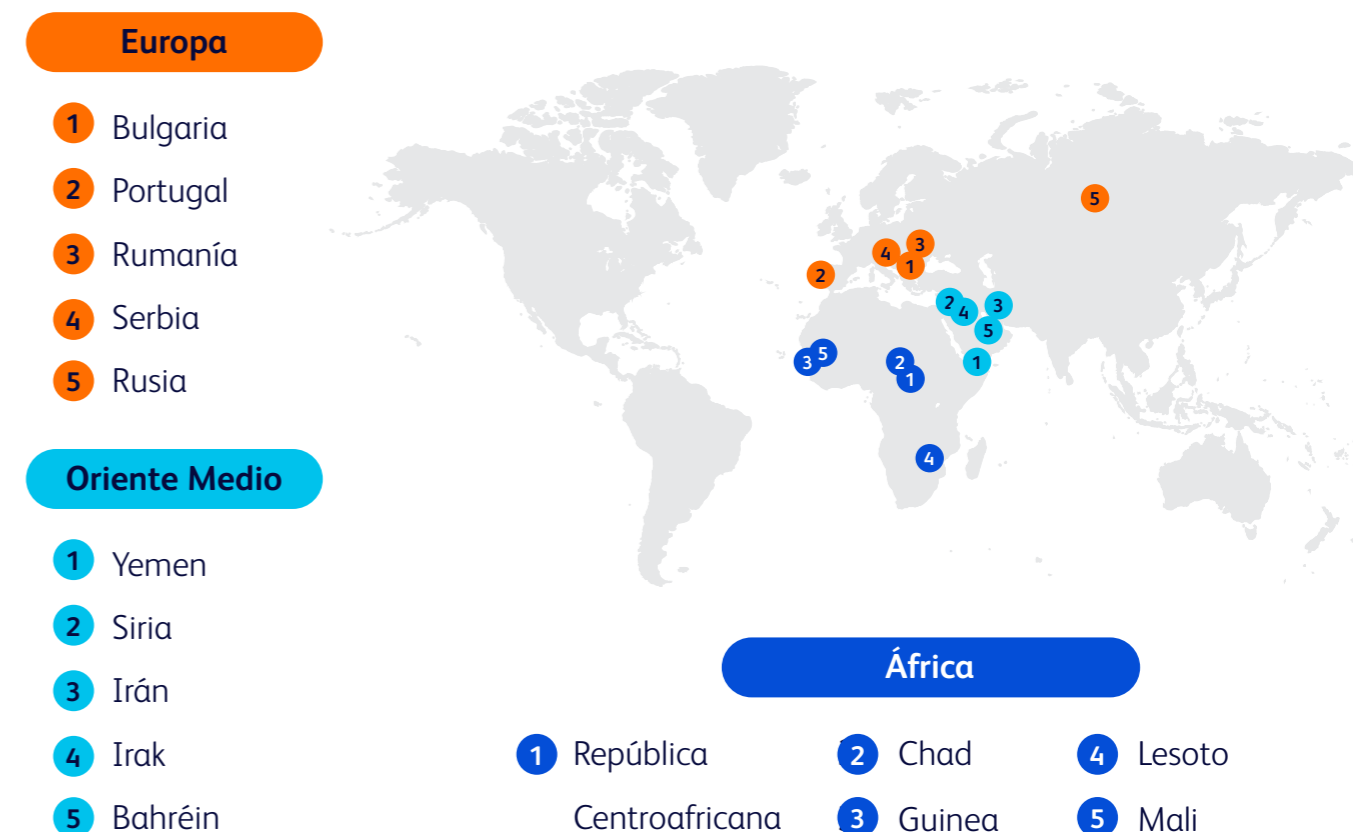
**pacientes mueren por infección por patógenos farmacorresistentes<sup>26</sup>**

Son diversos los factores que contribuyen a este problema, como la prescripción inadecuada de antibióticos.<sup>27</sup> La RAM afecta a todas las subregiones de la EMEA; en la tabla siguiente se muestran los países con peores resultados en cuanto a muertes relacionadas con RAM.

Es importante señalar que la carga de la RAM es significativamente menor en Oriente Medio y que los países de la región obtienen puntuaciones sistemáticamente elevadas.

**Tabla 4:** Muertes relacionadas con RAM – Los 5 países con peores resultados por región

Fuente: [Muertes por RAM \(IHME\)](#)



En BD creemos que un compromiso colectivo para mejorar las prácticas en relación con el uso de antimicrobianos es fundamental para aumentar la resiliencia en la asistencia sanitaria.

**Los estudios han demostrado que el uso de los antibióticos adecuados puede reducir significativamente la mortalidad, el fracaso del tratamiento y la duración de la hospitalización, poniendo de relieve la importancia del tratamiento empírico de amplio espectro y de un diagnóstico rápido para la identificación precoz del patógeno causante de la infección.<sup>28</sup>**

Esto puede aliviar la presión sobre el personal sanitario y hacer que la prestación asistencial sea más eficiente.

<sup>23</sup> Agencia Europea de Medicamentos (EMA). *Streamlining EMA public communication on medication errors*. European Medicines Agency Science Medicines Health; 2015. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/streamlining-ema-public-communication-medication-errors\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/streamlining-ema-public-communication-medication-errors_en.pdf)

<sup>24</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

<sup>25</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

<sup>26</sup> Wellcome Collection. *Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations / the Review on Antimicrobial Resistance chaired by Jim O'Neill*. Consultado el 28 de julio de 2022. <https://wellcomecollection.org/works/rdpck35v>

<sup>27</sup> Archivo del CDC. *CDC: 1 in 3 antibiotic prescriptions unnecessary*. <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0503-unnecessary-prescriptions.html>

<sup>28</sup> Bassetti, M, Rello, J, Blasi, F, et al. Systematic review of the impact of appropriate versus inappropriate initial antibiotic therapy on outcomes of patients with severe bacterial infections, 2020. *International Journal of Antimicrobial Agents*. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106184>

# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Dar prioridad a los pacientes no es solo algo que deba fomentarse, sino que debe estar en el centro de todo lo que hacemos.**



## **Dra. María Cruz Martín Delgado**

Expresidenta de FEPIMCTI (Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva) y Jefa del Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España

*Los conocimientos de la Dra. Martín Delgado en el campo de la medicina intensiva, que abarcan la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación, le han permitido experimentar de primera mano los problemas a los que se enfrenta el sistema sanitario en cuanto a seguridad del paciente tanto en su país natal, España, como a nivel internacional. En esta conversación, la Dra. Martín Delgado analiza el papel de la adaptabilidad organizativa y la responsabilidad compartida en la mejora continua de la seguridad del paciente en el futuro.*

## **Descubrir los desafíos desconocidos**

Con una amplia experiencia trabajando en UCI, la Dra. Martín Delgado es muy consciente de la presión a la que se enfrentan los profesionales sanitarios a la hora de tratar de priorizar la seguridad del paciente en situaciones de urgencia con un alto nivel de estrés.

Recordando la crisis provocada por la pandemia, afirma que el personal de los hospitales «no tenía el conocimiento ni sabía cuál era la mejor manera de responder a esta carga sin precedentes». La Dra. Martín Delgado cree que la clave de la seguridad del paciente

reside en la capacidad de adaptación y la resiliencia de las organizaciones sanitarias.

Al hablar de la importancia de la preparación, explica que «la complejidad de la seguridad del paciente, especialmente en la UCI, se debe al hecho de que el personal se enfrenta a algunos desafíos desconocidos y a situaciones que evolucionan con rapidez. Al analizar la cuestión de la resistencia a los antimicrobianos (RAM), por ejemplo, la Dra. Martín Delgado señala que «es necesario trabajar mucho más para cuantificar correctamente con qué frecuencia y en qué circunstancias se está produciendo y qué factores influyen en la rapidez con la que se desarrolla».

## **La responsabilidad como clave para la seguridad del paciente**

Al preguntarle por el futuro de la seguridad del paciente, la Dra. Martín Delgado insiste en que todas las mejoras deben basarse en un sentido de responsabilidad compartida. «Esto no solo afecta a los hospitales; los políticos, el sector y los individuos también tienen su cometido», comenta. «Asimismo, es fundamental que los pacientes y sus familias se involucren más: se les deben explicar las diferentes opciones de tratamiento y animarles a participar, a hacer preguntas y a aprender sobre sus tratamientos, en lugar de decir que sí a todo sin pensarlo». La Dra. Martín Delgado cree que empoderar a los pacientes de esta forma tiene un impacto significativo en su experiencia global.

La Dra. Martín Delgado también considera que el sector tiene una función fundamental en la transformación de los resultados relacionados con la salud y la seguridad del paciente. «La innovación y la tecnología digitales están teniendo un enorme impacto en nuestra forma de trabajar. Las empresas del sector están introduciendo tecnologías que pueden

«No sentirnos preparados o capacitados para responder a estos desafíos puede tener consecuencias emocionales importantes para el profesional sanitario». La Dra. Martín Delgado aboga por programas de competencias integrales, detallando que los profesionales deben tener acceso a programas de formación que incluyan una variedad de competencias, desde cómo lavarse las manos correctamente hasta cómo manejar información sensible y gestionar las crisis. Dar prioridad a los pacientes no es solo algo que deba fomentarse, sino que debe estar en el centro de todo lo que hacemos. y hay que formar al personal en consecuencia», añade.

hacer que nuestro trabajo sea más rápido, más eficaz y más seguro tanto para los pacientes como para el personal sanitario», destaca. Además, la Dra. Martín Delgado explica que la tecnología también ayuda a los profesionales sanitarios a adaptarse a nuevas situaciones y a ofrecer una asistencia más especializada a cada paciente.

Para finalizar, la Dra. Martín Delgado reflexiona sobre los avances en la asistencia a los pacientes durante las últimas décadas. «Los problemas a los que nos enfrentamos hoy en día no son ni de lejos tan graves como eran antes. La mayoría de las veces, los pacientes reciben una asistencia segura y eficaz, pero siempre hay oportunidades de evaluar lo que funciona bien y lo que se puede mejorar», señala. La Dra. Martín Delgado concluye reiterando la importancia del desarrollo continuo y la colaboración transfronteriza. «La seguridad del paciente no es un problema nacional, es un reto internacional en el que todos tenemos una responsabilidad compartida».

## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Hasta que no dispongamos de sistemas sanitarios que estén comprometidos con la excelencia en todo ese espectro, estamos reprimiendo la innovación y nuestra capacidad para dar lo mejor a estos pacientes.**



### Dr. Ron Daniels

Fundador y director ejecutivo de UK Sepsis Trust, Inglaterra, y vicepresidente de Global Sepsis Alliance

*El Dr. Ron Daniels cuenta con años de experiencia y conocimientos en el campo de los cuidados relacionados con la septicemia, tanto en el Reino Unido como a nivel mundial. Es un innovador y líder en la creación de la herramienta de reconocimiento Red Flag Sepsis y el paquete de terapias Sepsis Six. En esta conversación, el Dr. Daniels analiza los desafíos a los que se enfrentan los cuidados relacionados con la septicemia en el Reino Unido, incluida la relación entre las infecciones y el clima, y cómo controlar mejor las infecciones a escala mundial.*

### Resiliencia y equidad

Para el Dr. Daniels, la definición de resiliencia sanitaria debe basarse en la equidad y la igualdad. Cree que el acceso a la asistencia sanitaria debe ser independiente del nivel socioeconómico, el origen étnico y el género, ya que «en un sistema sanitario resiliente no debemos ver la variación geográfica en la calidad, el acceso y los resultados». Señala que la situación económica actual también

tiene un impacto desproporcionado en la resiliencia sanitaria de las comunidades con ingresos mayoritariamente bajos/medios.

Hablando de los problemas que afectan específicamente a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la septicemia, el Dr. Daniels destaca diferencias demográficas clave como

el mayor riesgo de muerte por septicemia en niños y adultos no caucásicos procedentes de zonas de mayores carencias socioeconómicas, que se ha demostrado que es especialmente notable entre las personas de ascendencia pakistaní en el Reino Unido. El Dr. Daniels señala la falta de inversión en la gestión

### Septicemia, clima y futuro

El Dr. Daniels plantea puntos clave en torno al impacto ambiental de la septicemia. Explica que existe una relación intrínseca entre la septicemia, la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y el cambio climático. «Por ejemplo, la migración de patógenos más allá de su hábitat normal se ve acelerada tanto por el cambio climático como por la globalización. El desplazamiento debido a factores como el hacinamiento, la hambruna y la desnutrición también está provocando una propagación más rápida de las infecciones entre los países», añade.

Comentando además la relación entre la septicemia y la RAM, el Dr. Daniels afirma que, aunque los profesionales sanitarios no desean prescribir antibióticos en exceso, a menudo no disponen de información suficiente para sentir que han hecho bien no recetándolos. Argumenta que los mensajes dirigidos tanto a los profesionales sanitarios como al público en general deben redefinirse. «La RAM no es una amenaza para el futuro. La realidad como la conocemos es que la RAM está afectando a millones de personas. Es algo que ya está aquí, es inmediata, es personal».

y el tratamiento de las reclamaciones relacionadas con la septicemia. Añade que, aunque ciertos incentivos económicos han conllevado mejoras en los desenlaces de la septicemia, posteriormente hemos observado un descenso en el seguimiento de los resultados en este campo.

Como conclusión de la conversación, el Dr. Daniels recomienda el compromiso de la asistencia sanitaria con la excelencia en el tratamiento de las infecciones, basándose en cuatro pilares: vigilancia de patógenos y preparación ante pandemias, prevención y control de infecciones, tratamiento y diagnóstico rápidos de la septicemia, y gestión responsable de los antibióticos. «Hasta que no dispongamos de sistemas sanitarios que estén comprometidos con la excelencia en todo ese espectro, estamos reprimiendo la innovación y nuestra capacidad para dar lo mejor a estos pacientes», afirma el Dr. Daniels.



# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La innovación del sector puede garantizar una mayor eficiencia de los profesionales sanitarios a la hora de hacer su trabajo.**



## Dra. Eva Marie Castro

Responsable de Calidad en el hospital RZ Heilig Hart Tienen y PhD en The Institute for Healthcare Policy (LIHP) KU de Lovaina, Bélgica

*La experiencia de la Dra. Eva Marie Castro en el sector sanitario ha girado principalmente en torno a la asistencia a los pacientes y está respaldada por sus estudios posdoctorales centrados en las políticas sanitarias. En esta conversación, habla de la necesidad de dar voz a los pacientes y analiza la importancia de la innovación en el sector para aumentar la eficiencia del personal sanitario.*

## Innovación centrada en el paciente

Para la Dra. Castro, la resiliencia en la asistencia sanitaria debe entenderse tanto a nivel del sistema como a nivel individual. «La resiliencia no consiste únicamente en cómo puede adaptarse el sistema a las crisis, sino también en si los profesionales sanitarios a nivel individual pueden adaptarse y si los pacientes cuentan con los conocimientos y el apoyo necesarios

para afrontar y superar las crisis a las que pueden enfrentarse durante todo el proceso asistencial», explica. A nivel de sistema, la Dra. Castro hace hincapié en la necesidad de planificar la sostenibilidad a largo plazo de todas las organizaciones sanitarias y recomienda el modelo The Flanders Quality Model (FlaQuM) para lograrlo. A nivel individual, argumenta

que los pacientes deben participar activamente en las decisiones que se tomen sobre los sistemas sanitarios de los que dependen.

«Debemos centrarnos más en la creación conjunta con los pacientes», señala la Dra. Castro. «La voz del paciente, de sus seres queridos y de las asociaciones de pacientes sigue teniendo menos influencia de la necesaria en la creación y evaluación de los sistemas

sanitarios», añade. La Dra. Castro cree que todas las innovaciones dirigidas a generar resiliencia deben desarrollarse en colaboración con los pacientes. «Se debe tratar a los pacientes como socios igualitarios en la toma de decisiones», comenta, señalando que este enfoque es crucial para rediseñar la prestación de asistencia sanitaria e integrar la innovación de manera que sirva mejor a los intereses de los pacientes.

## La función del sector en el aumento de la eficiencia y el bienestar del personal

Reconociendo la carga que pesa sobre el personal sanitario, la Dra. Castro afirma que la rigidez en las funciones legales y financieras de la asistencia sanitaria suele conllevar un acceso limitado a la innovación tecnológica. «Los marcos jurídicos y financieros constituyen en realidad un obstáculo para la adopción de innovaciones que podrían promover un sistema más resiliente», afirma. La Dra. Castro cree que, en un contexto de tiempos de espera prolongados y retrasos en el tratamiento, la racionalización de los procesos internos es más importante que nunca.

«En todos los países, las presiones sobre el personal están afectando significativamente a la disponibilidad de profesionales y a la calidad global de la asistencia», señala, haciendo hincapié en que el acceso a la innovación tecnológica es clave para aumentar la eficiencia operativa y, por tanto, debería ser una prioridad para la dirección sanitaria en todas partes.

«La innovación del sector puede garantizar una mayor eficiencia de los profesionales sanitarios a la hora de hacer su trabajo y puede mejorar realmente su bienestar. Cuando la tecnología logra que los procesos sean más eficientes, los profesionales sanitarios pueden centrarse en los motivos por los que eligieron la profesión en su inicio», concluye.



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La colaboración, no solo en los hospitales, sino más allá de las paredes del hospital, va a ser la nueva normalidad.**



### Dra. Ilke Montag

Presidenta del Consejo de Administración de THE Institute y «De Maakbare Mens» (Home - De Maakbare Mens) y asesora de política médica de Socialist Mutual Funds, Bélgica

*En nuestra conversación, la Dra. Montag analiza la importancia de dar voz al paciente en la prestación de una asistencia de calidad, así como la necesidad de un sistema digital centralizado para reducir el despilfarro y facilitar una comunicación y una distribución de la información más fluidas.*

### La resiliencia sanitaria requiere que todas las piezas sigan girando

Al principio de nuestra conversación, la Dra. Montag destaca varios factores que contribuyen a la resiliencia sanitaria: «la flexibilidad y la adaptabilidad, la resiliencia emocional, la colaboración, el cuidado personal y el aprendizaje y la mejora continuos son piezas esenciales para garantizar la resiliencia sanitaria».

En la actualidad, las grandes cuestiones que afectan al sistema incluyen posibles pandemias,

el cambio climático y desastres ambientales. Estas cuestiones pueden afectar a la flexibilidad de los sistemas sanitarios, mientras que la escasez y el desgaste del personal contribuyen a nuevas interrupciones de la prestación de asistencia sanitaria. La Dra. Montag afirma que abordar estas cuestiones requiere un enfoque integral a todos los niveles. Debe estar «dirigido a reforzar los sistemas sanitarios, mejorar el acceso a una asistencia y medicamentos

asequibles, reducir las desigualdades y garantizar la calidad y seguridad de la atención prestada».

La pandemia de la COVID-19, aunque aumentó las oportunidades tecnológicas y las diferentes formas de prestar asistencia, tuvo un impacto significativo en la asistencia en Bélgica. Surgieron desafíos que conllevaron problemas de sobrecarga hospitalaria, aplazamiento de la asistencia no esencial, repercusión en el bienestar psicológico y cambios en los protocolos y procedimientos sanitarios.

### Dar a los pacientes la posibilidad de elegir su asistencia

Sobre el tema de los pacientes, la Dra. Montag subraya que una mejor comunicación entre equipos debe ser una prioridad a la hora de mejorar el sistema en Bélgica. «Los distintos grupos tienen que empezar a trabajar juntos de manera real; en la actualidad, y con demasiada frecuencia, las personas trabajan unas al lado de otras, pero no unas con otras». Durante toda nuestra conversación, la Dra. Montag hace hincapié en incluir a los propios pacientes en las conversaciones sobre su asistencia, algo que considera «necesario para el empoderamiento y el compromiso del paciente».

Para facilitar esto, habla de la importancia de valorar la opinión del paciente desde una edad lo más temprana posible para que siga confiando en hablar por sí mismo sobre sus

La Dra. Montag afirma que una parte importante de la solución es «la colaboración, no solo en los hospitales, sino más allá de las paredes del hospital; esta va a ser la nueva normalidad». Además, pide que se pase de un modelo financiero de pago por servicio a otro que englobe el pago por resultados (P4P)/pago por calidad (P4Q), dando la bienvenida a un modelo basado en el valor.

opciones y la asistencia que desea recibir. Cuando tienen que tomar decisiones en relación con su asistencia, la Dra. Montag explica que este suele ser un momento en el que los pacientes reflexionan. Debe darse a los pacientes la posibilidad de elegir el camino que desean tomar y cómo determinará su futuro.



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Todas las muertes evitables están relacionadas con algún tipo de problema de seguridad del paciente.**



### Denis Herbaux

Director general de PAQS y director general adjunto de Santhea, Bélgica

*Denis Herbaux cuenta con casi una década de experiencia y conocimientos en facilitar la asistencia a los pacientes y apoyar la salud pública en el sector sanitario belga. En esta conversación, Herbaux habla sobre las cuestiones que afectan a la seguridad del paciente y la importancia de la educación para mejorar la calidad de la asistencia.*

### Burocracia y resiliencia

Con una década de experiencia en la optimización de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente, la visión de Denis Herbaux de mejorar la resiliencia en Bélgica se basa en la optimización y simplificación de los procesos burocráticos. Cree que la complejidad arraigada en la asistencia sanitaria belga limita la capacidad del sistema para reaccionar ante los cambios.

«Las competencias se dividen entre el nivel federal y el regional. Los hospitales están en su mayoría financiados a escala federal, pero sus normas y estándares y la formación sanitaria para su personal se establecen en su mayor parte a escala regional».

Según Herbaux, este modelo de gestión en varios niveles puede plantear un desafío

importante para la resiliencia sanitaria. Sin embargo, señala que las lecciones aprendidas de la pandemia han sido fundamentales para fomentar un cambio hacia un enfoque más ágil.

«El sistema de salud parecía una zona de guerra, pero la gravedad de la situación hizo que nos viéramos obligados a aprender cómo actuar, a tomar decisiones y a adaptarnos rápidamente».

### La importancia de la educación en la seguridad del paciente

Volviendo a la seguridad del paciente, Herbaux no duda en subrayar la gravedad del problema. «Todas las muertes evitables están relacionadas con algún tipo de problema de seguridad del paciente», afirma. Herbaux cree que la seguridad del paciente no figura actualmente entre las prioridades de la agenda. «Bélgica no habla lo suficiente sobre la seguridad del paciente, y el presupuesto asignado a este problema también es muy limitado».

Si bien Herbaux cree que los responsables de la toma de decisiones en materia de asistencia sanitaria tienen una responsabilidad significativa, está convencido que la verdadera

resiliencia también requiere una reforma de la educación relacionada con la sanidad. «Lo que se enseña en las facultades de medicina y enfermería debería revisarse para que los futuros profesionales sanitarios sean conscientes de que estarán trabajando en un entorno muy complejo y que este tipo de entorno puede generar problemas de seguridad», afirma. Aquellos que deseen trabajar en el sector de la asistencia a los pacientes deben estar preparados para abordar situaciones complejas como equipo, además de ser capaces de tomar decisiones individuales».



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Antes podíamos ver que la voz de los pacientes se escuchaba, pero ahora se está amplificando y realmente se ha tenido en cuenta.**



### **Dra. Neda Milevska Kostova**

Expresidenta saliente de la International Alliance of Patient Organisations (IAPO), Reino Unido

*Con más de 20 años de experiencia en investigación sanitaria, política y defensa de los pacientes, la Dra. Neda Milevska Kostova es una líder destacada en el compromiso de pacientes y cuidadores. En esta conversación, la Dra. Kostova ofrece una perspectiva del paciente sobre cómo la función del paciente es fundamental para la eficiencia del sistema y para el futuro de una asistencia sanitaria sostenible.*

### **El valor de la perspectiva de los pacientes**

La Dra. Kostova comienza con una reflexión positiva pospandemia de que los pacientes tienen ahora la oportunidad de expresarse mucho más en las conversaciones sobre asistencia sanitaria. «Antes podíamos ver que la voz de los pacientes se escuchaba, pero ahora se está amplificando y realmente se ha tenido en cuenta la experiencia vivida».

La Dra. Kostova expresa su esperanza de que esto se convierta en una influencia duradera, de que la experiencia vivida de los pacientes pueda compartirse para aportar conocimientos a otros y ayudarles a mantener una buena calidad de vida, «para que los llamados pacientes expertos sirvan realmente como experiencia para apoyar la sostenibilidad de la futura asistencia sanitaria».

En cuanto al uso de su voz en el futuro, la Dra. Kostova afirma que las expectativas de los pacientes se centran en invertir en asistencia sanitaria preventiva. Explica que nuestra salud depende en gran medida de determinantes ambientales, sociales y de estilo de vida y que, por tanto, «cuando las cosas llegan al punto de llamar a la puerta del sistema sanitario, a menudo significa

que ya se han perdido muchas posibilidades de prevenir enfermedades y problemas de salud». La Dra. Kostova se hace eco de este sentimiento con la afirmación de que es imposible que los sistemas sanitarios satisfagan todas las necesidades sanitarias y subraya la importancia de que cada individuo se cuide lo máximo posible.

### **La importancia de una información fiable a la hora de aportar valor**

Sobre el tema de la asistencia basada en el valor, la Dra. Kostova considera que la puesta en marcha y la prestación de este tipo de asistencia depende de la cultura, ya que, según ella, «crear la solución adaptada para cada contexto en cada país» sería lo más adecuado porque «... lo que se considera un valor común para un país podría no ser alcanzable todavía para otro».

Continuando con el tema, la Dra. Kostova comenta que el valor depende también de las percepciones sociales y de la relevancia de los diferentes tipos de información. En los casos de abundancia o asimetría de la información, esto puede influir en el modo en que la sociedad

percibe el valor. Esto, a su vez, puede influir en las opciones tanto a nivel individual como del sistema, como sucede con los tratamientos o cuidados de máxima prioridad.

Por último, la Dra. Kostova cree que disponer de información, educación y explicaciones fiables es lo que mejorará la aceptabilidad de la innovación entre los pacientes al tiempo que impulsará la sostenibilidad en el sistema sanitario. Para lograrlo, debemos fomentar un enfoque de colaboración entre los profesionales sanitarios y los pacientes trabajando juntos.





## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La población general debería tener acceso a cifras, datos y hechos transparentes. Estar bien informados les animará a hacer oír su voz cuando consideren que algo está mal.**



### **Dra. Ruth Hecker**

Presidenta de Patient Safety Action Alliance y Responsable de seguridad del paciente del Hospital Universitario de Essen

*La función de la Dra. Hecker como Responsable de seguridad del paciente del Hospital Universitario de Essen le aporta una valiosa perspectiva sobre el tema de la seguridad del paciente, ya que habla de la necesidad de una mayor transparencia registrada de las experiencias y los datos de los pacientes para generar resiliencia tanto en ellos como en el sistema sanitario en general. Aunque existen puestos similares en otros hospitales de Alemania, la Dra. Hecker subraya que la función de los «responsables de la seguridad del paciente» debe hacerse más visible en todo el sector.*

### **La necesidad de datos transparentes sobre seguridad del paciente**

Según la Dra. Hecker, un paso clave hacia el desarrollo de resiliencia consiste en hacer un uso más eficiente de los datos en la asistencia sanitaria. «Las partes implicadas deben tener una voluntad común de que las cifras, los datos y los hechos sean transparentes», afirma. La Dra. Hecker cree que el uso de datos y la transparencia en la asistencia sanitaria se

encuentran actualmente por detrás de los de otros sectores como la energía nuclear, la aviación y la banca, a pesar de que la salud es también un sector en el que los errores pueden tener graves consecuencias. Recomienda mantener un registro más detallado, preciso y rastreado de los errores que pueda utilizarse para establecer objetivos de reducción

y prevención de incidencias repetidas. «Creo que sería estupendo acudir a un hospital o a la consulta del médico y que me dijeran: «Durante 400 días no hemos confundido a ningún paciente ni hemos mezclado medicamentos»». La introducción de la Ley de Transparencia será un primer paso útil, afirma la Dra. Hecker, pero le gustaría que se introdujeran mejoras anuales en cuanto al registro para, en última instancia, garantizar la transparencia en todas las áreas de la prestación de asistencia sanitaria.

La conversación con la Dra. Hecker se centró en la necesidad de un consenso entre los

interesados para priorizar el bienestar de los pacientes por encima de todo. En su opinión, esto requerirá una cooperación eficiente y un compromiso colectivo a nivel global para garantizar la seguridad y la prestación de una asistencia de calidad a los pacientes. Comentando los desafíos relativos a la coordinación del sistema de asistencia sanitaria en Alemania, la Dra. Hecker afirma que «la coordinación es lo que falta en política, tanto a nivel regional, estatal y federal como en las diversas instituciones». En cambio, «en repetidas ocasiones se crean nuevas corporaciones e instituciones que no aportan ningún valor añadido para los ciudadanos».

### **Perspectivas de la reforma sanitaria**

En cuanto al tema de la próxima reforma sanitaria en Alemania, la Dra. Hecker expresa una actitud en general positiva, pero destaca una brecha respecto a la asistencia ambulatoria. Reconoce que, si bien producirá cambios significativos en el proceso, los promotores privados, que han sido los pioneros en esta área, están elaborándola e implantándola adecuadamente.

La Dra. Hecker es especialmente optimista con respecto a la amplificación de la voz de los pacientes que traerá esta la reforma de la asistencia sanitaria. Respecto a las medidas para el registro y notificación por parte de los pacientes sobre su experiencia, disponibles internacionalmente a través de compañías de seguros de salud, pregunta por qué no se pueden recoger estas respuestas en una norma para toda Alemania. Para los profesionales médicos, esto permitiría observar diferencias regionales en las experiencias registradas por los pacientes, lo que facilitaría el análisis de lo que funciona

y no funciona en diferentes áreas del sector sanitario en Alemania y, en última instancia, generaría resiliencia. Reiterando el valor de la recogida de datos, la Dra. Hecker aboga por el valor que puede proporcionar a los pacientes. «La población general debería tener acceso a cifras, datos y hechos transparentes. Estar bien informados les animará a hacer oír su voz cuando consideren que algo está mal», concluye.





## Elevar el nivel asistencial mediante la vigilancia

Ante los diversos riesgos para la seguridad del paciente analizados en este capítulo, el camino a seguir se basa en desarrollar y adoptar un enfoque integral que incluya marcos sólidos para la gestión responsable de los antimicrobianos. El Barómetro de resiliencia sanitaria de BD pone de relieve que, aunque los países han comenzado a reconocer la importancia de estas iniciativas, sigue quedando un largo camino por recorrer.

En toda Europa, los países con sistemas sanitarios comparativamente sólidos obtienen una baja puntuación en los indicadores que evalúan la prevalencia notificada de los sistemas de vigilancia de IRAS en entornos sanitarios, siendo Irlanda, los Países Bajos y Bélgica los principales ejemplos de este problema. Parece que se han hecho mayores progresos en los países escandinavos, con buenos resultados en Noruega tanto en la vigilancia de IRAS como en la presencia de directrices sobre las IRAS para el personal hospitalario.

**A pesar del reconocimiento de que la mayoría de los errores de medicación podrían prevenirse,<sup>29</sup> el estudio de mercado de BD sobre errores de medicación ha revelado que:**



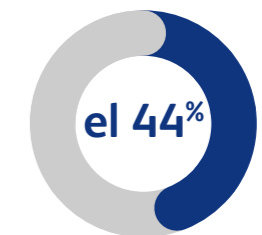
de los hospitales no hace un seguimiento rutinario de los errores de medicación,<sup>30</sup>



no analiza la causa de tales errores,



y que uno de cada cuatro hospitales no conoce el número de errores de medicación registrados.



Aún más notable es que casi la mitad de los hospitales no cuentan con personal sanitario cualificado para detectar errores de medicación.<sup>30</sup>

Con la creciente cantidad de investigaciones realizadas sobre la prevención de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, la colaboración entre los interesados es fundamental en nuestro anhelo compartido de elevar el nivel asistencial.

**Mediante la puesta en común de recursos y conocimientos de todo el sector, el mundo académico y los gobiernos, podemos aprovechar las oportunidades para facilitar la recuperación de los pacientes y mejorar sus experiencias, al tiempo que capacitamos al personal sanitario para trabajar con mayor eficiencia y optimizamos las operaciones sanitarias.**

Juntos podemos ganar impulso para abordar los desafíos futuros y crear sistemas seguros y resilientes para los pacientes.

<sup>29</sup> Lahue BJ, Pyenson B, Iwasaki, K, Blumen, H, Forray, S, Rothschild, J. National burden of preventable adverse drug events associated with inpatient injectable medications: healthcare and medical professional liability costs. *Am Health Drug*

*Benefits*. 2012;5(7):1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24991335/>

<sup>30</sup> European Collaborative Action on Medication Errors and Traceability – ECAMET, 2022. <https://ecamet.eu/>

## Capítulo 2: Personal sanitario

Aunque el discurso que rodea a la resiliencia sanitaria tiende a centrarse en la actualidad en los entresijos de sistemas y estructuras, resulta esencial no pasar por alto el hecho fundamental de que la asistencia la prestan en última instancia las personas. Detrás de cada avance médico, de cada tratamiento eficaz y de cada palabra reconfortante hay profesionales sanitarios que han dedicado sus vidas a cuidar de otras personas.

En los últimos años se ha puesto el foco de atención en los desafíos a los que se enfrentan a diario los trabajadores sanitarios, ya sean relacionados con las condiciones de trabajo, la insuficiente financiación, la falta de planificación u otros obstáculos que dificultan la prestación eficiente y segura de la asistencia.<sup>31</sup> Al igual que la seguridad del paciente es esencial para la resiliencia de la asistencia sanitaria, también lo es el bienestar y la seguridad del personal sanitario. Las iniciativas encaminadas a reforzar la resiliencia de los sistemas sanitarios deben priorizar la atenuación de la carga para el personal y garantizar que cuenten con el apoyo y los recursos necesarios para prestar una asistencia segura y de alta calidad.

En este capítulo analizamos la situación del personal sanitario en los países de la región de EMEA, considerando cuestiones que van desde el número de profesionales por paciente, el envejecimiento de la plantilla y el desgaste del personal hasta la seguridad y salud en el trabajo.

<sup>31</sup> Michel JP, Ecarnot F. The shortage of skilled workers in Europe: its impact on geriatric medicine. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(3):345-347. doi:10.1007/s41999-020-00323-0

Figura 5: Mapa que muestra las puntuaciones globales en el Barómetro de «personal sanitario» a nivel de EMEA

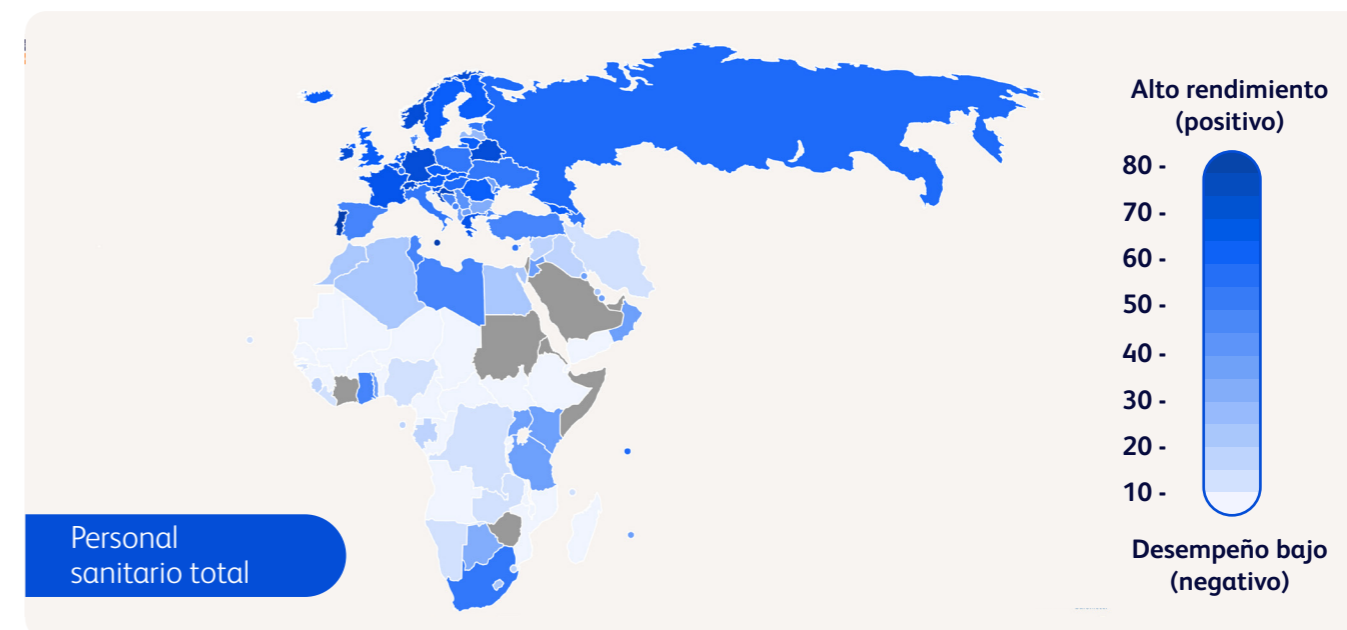


Tabla 5: Resultados globales del Barómetro sobre «personal sanitario» en países seleccionados (en orden decreciente)

Países (en orden decreciente)	Clasificación en EMEA (de 100 países)
1. Alemania	4.º
2. Irlanda	7.º
3. Suiza	8.º
4. Francia	9.º
5. Bélgica	10.º
6. Reino Unido	13.º
7. Suecia	14.º
8. Países Bajos	15.º
9. Italia	28.º
10. Polonia	31.º
11. España	35.º
12. Dinamarca	36.º

**Aviso legal:** Con vistas al informe del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, nuestro objetivo principal era ofrecer una visión integral de la resiliencia de los sistemas sanitarios en Europa, Oriente Medio y África (EMEA). Para garantizar la pertinencia y aplicabilidad de nuestras conclusiones, consultamos a una amplia variedad de destacados líderes de opinión de toda la región. Durante nuestras entrevistas se hizo evidente que, aunque es esencial tener una visión general amplia, también es necesario profundizar en los resultados regionales y analizar cómo los desafíos en materia de seguridad del paciente, personal sanitario y eficiencia siguen afectando a la resiliencia de los sistemas sanitarios más avanzados de Europa. La inclusión de cifras centradas en un grupo seleccionado de países sirve para enriquecer el análisis y aportar información más detallada sobre la dinámica regional de la asistencia sanitaria.

## Escasez de personal y datos demográficos

El problema de la escasez de personal ha estado en el centro de los debates sobre la resiliencia sanitaria en los últimos años. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que, en 2030, podría existir un déficit global de 18 millones de trabajadores sanitarios, principalmente en países de renta baja y media-baja.<sup>32</sup> Aunque los problemas relacionados con las brechas laborales existían antes de la pandemia, las encuestas a asociaciones de trabajadores sanitarios han puesto de manifiesto un aumento significativo de los profesionales de enfermería que abandonaron la profesión en 2020, como consecuencia de la cepa de la COVID-19.<sup>33</sup>

La presión sobre el personal sanitario, y sobre los trabajadores individuales, se agrava cuando el número de profesionales por paciente es bajo en un entorno sanitario.<sup>34</sup>

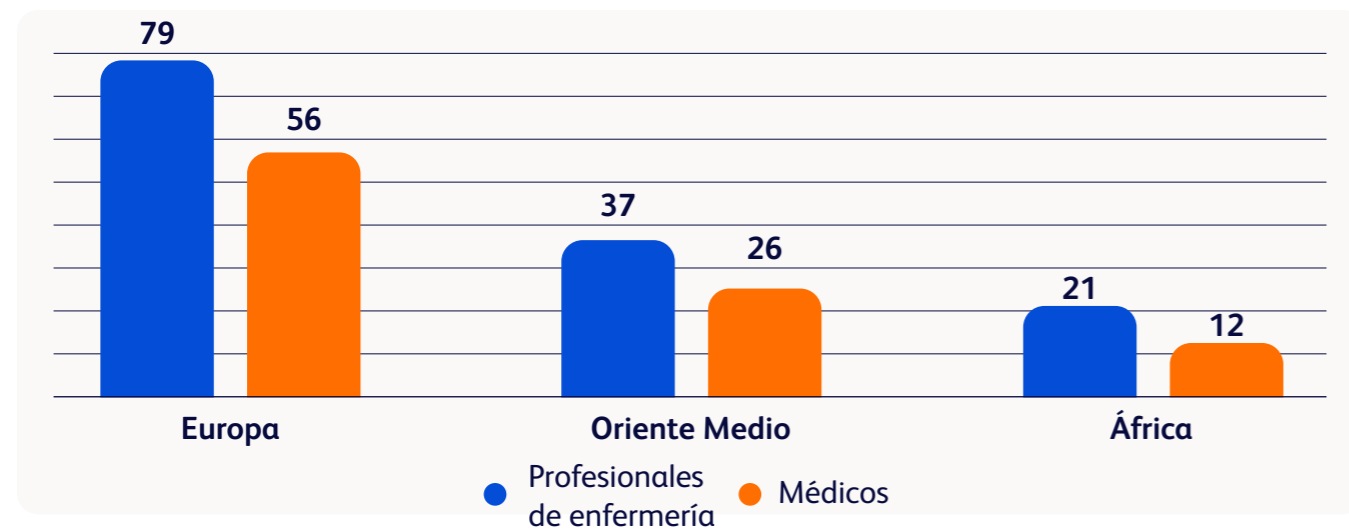
**Los resultados del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD demuestran que Europa supera con creces a Oriente Medio y África en lo que respecta al número de profesionales de enfermería por paciente y de médicos por paciente en el sistema sanitario.**

**Figura 6:** Número de profesionales por paciente (profesionales de enfermería/médicos) – Puntuaciones del Barómetro por región

**Fuente:** Profesionales de enfermería y matronas (por cada 10 000 habitantes) (OMS)

Médicos (por cada 10 000 habitantes) (OMS)

*Escala del Barómetro: 100: Buenos resultados (baja proporción entre personal y paciente (profesionales de enfermería/médicos)) – 0: Malos resultados (baja proporción entre personal y paciente (profesionales de enfermería/médicos))*

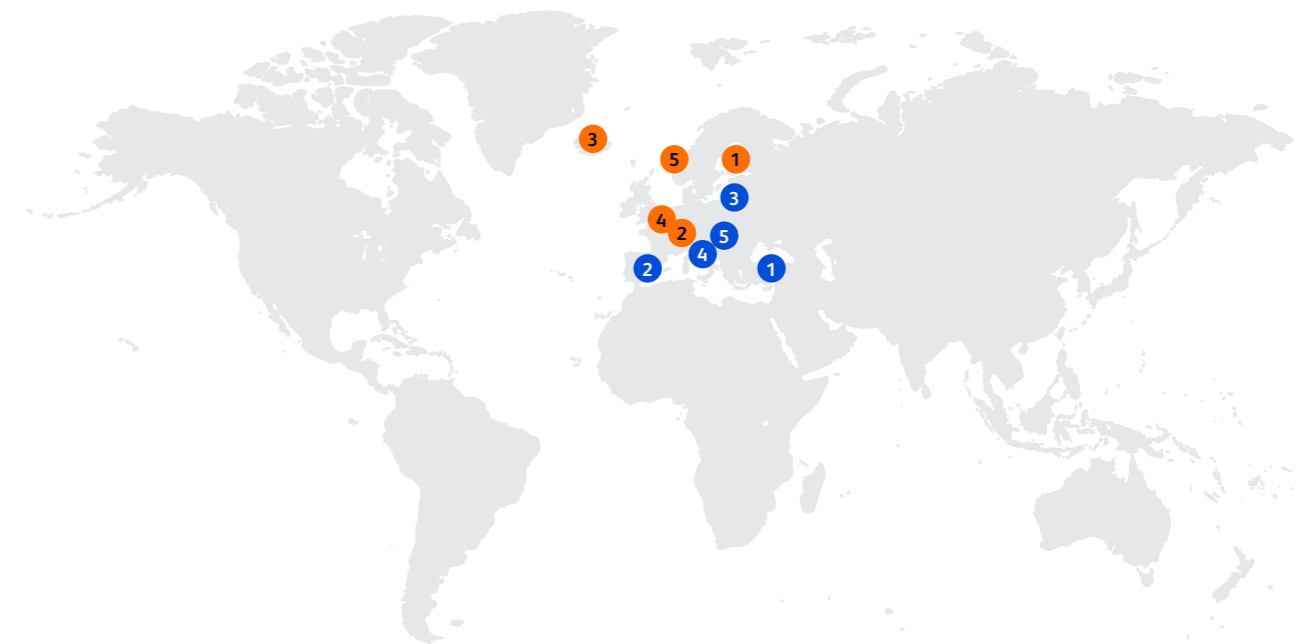


Para comprender los desafíos de la resiliencia sanitaria desde la perspectiva del personal, también es útil mirar más allá del número de profesionales de enfermería y médicos disponibles y comprender cómo influye la proporción entre profesionales de enfermería y médicos en la prestación de la asistencia. Esta proporción es importante porque disponer de un número suficiente de profesionales de enfermería puede influir positivamente

tanto en la administración eficiente de los procedimientos médicos como en la oportunidad de que médicos y profesionales de enfermería distribuyan su tiempo de forma óptima. En Europa, el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD muestra disparidades en cuanto a los resultados nacionales relacionados con este indicador (consulte a continuación los países con mejores y peores resultados en la tabla 6).

**Tabla 6:** Proporción entre profesionales de enfermería y médicos – Los 5 países con mejores y peores resultados (Europa)

**Fuente:** Proporción entre profesionales de enfermería y médicos (OCDE)



Los 5 mejores		Los 5 peores	
1 Finlandia	4 Luxemburgo	1 Turquía	4 Italia
2 Suiza	5 Noruega	2 España	5 Eslovaquia
3 Islandia		3 Letonia	

<sup>32</sup> Organización Mundial de la Salud. *Health workforce*. Consultado el 8 de febrero de 2022. [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1)

<sup>33</sup> International Council of Nurses (ICN). *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*, 2021. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief\\_Nurse%20Shortage%20and%20Retention\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf)

<sup>34</sup> Wang L, Lu H, Dong X, et al. The effect of nurse staffing on patient-safety outcomes: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1758-1766. <https://doi.org/10.1111/jonm.13138>

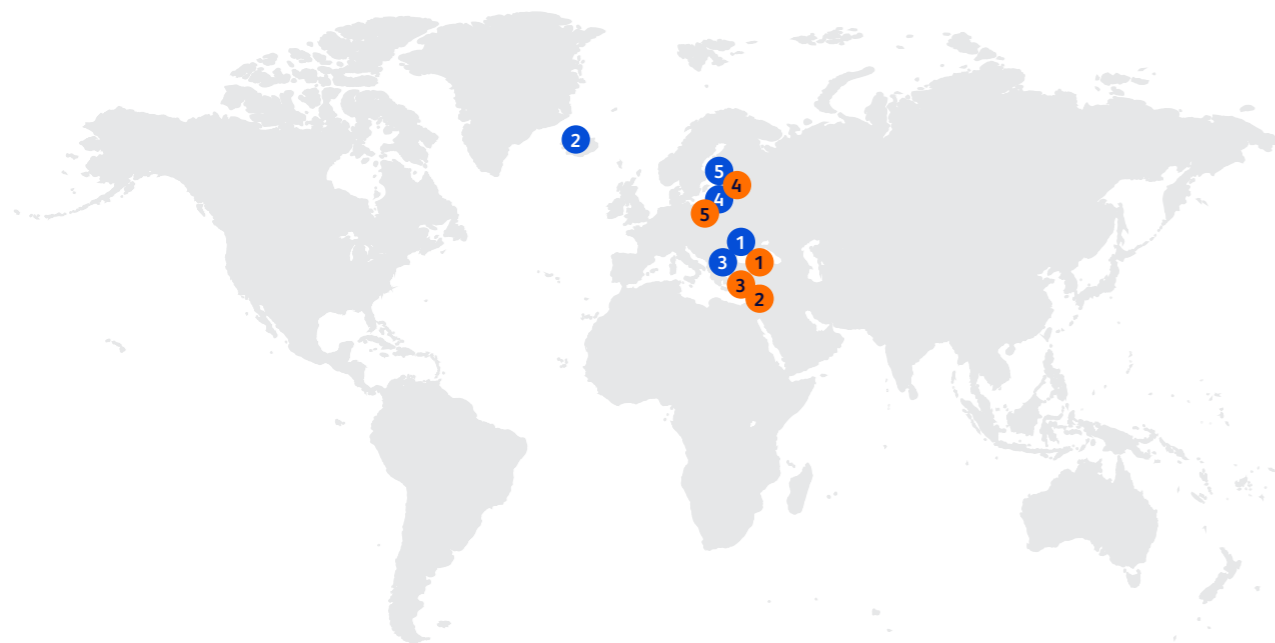
Profundizar en las características demográficas del personal es crucial para identificar las áreas en las que el riesgo de escasez es mayor y permitir así intervenciones proactivas para garantizar una prestación asistencial ininterrumpida durante todo el recorrido asistencial del paciente.

**Los datos demuestran que, la ya existente escasez de personal de enfermería combinada con el envejecimiento de la plantilla y el creciente efecto de la COVID-19, podrían necesitarse hasta 13 millones de profesionales de enfermería para cubrir la escasez mundial en los próximos años.<sup>35</sup> En concreto, en Europa, la creciente proporción de trabajadores sanitarios de más de 55 años supone que el envejecimiento de la plantilla sea uno de los motivos de preocupación principales que representa una amenaza para la sostenibilidad y la resiliencia sanitaria.<sup>36</sup>**

Como ilustra la tabla 7, los países del sudeste de Europa cuentan con personal de enfermería comparativamente más joven, mientras que los países más al norte se enfrentan a mayores riesgos debido al envejecimiento de la plantilla.

**Tabla 7:** Profesionales de enfermería mayores de 55 años – Los 5 países con mejores y peores resultados (Europa)

**Fuente:** Profesionales de enfermería mayores de 55 años (OMS)



### Los 5 mejores

- 1 Turquía
- 2 Chipre
- 3 Grecia
- 4 Bielorrusia
- 5 Eslovaquia

### Los 5 peores

- 1 Moldavia
- 2 Islandia
- 3 Bulgaria
- 4 Lituania
- 5 Letonia

<sup>35</sup> International Council of Nurses (ICN). *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*, 2021. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief\\_Nurse%20Shortage%20and%20Retention\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf)

<sup>36</sup> Organización Mundial de la Salud. *Health and care workforce in Europe: time to act*. Consultado el 18 de noviembre de 2022. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

## Bienestar mental y físico y seguridad del personal

Aunque resulta innegable que contar con suficientes profesionales sanitarios es esencial, la disponibilidad de personal en sí misma no garantiza la resiliencia de la plantilla. La verdadera resiliencia depende del bienestar de los trabajadores sanitarios, tanto mental como física. Desde la carga emocional del cuidado de los pacientes a la exigencia física de las largas jornadas y de entornos laborales de alta intensidad, además del riesgo de exposición y manipulación de fármacos peligrosos, los profesionales sanitarios se enfrentan a un sinfín de desafíos que pueden comprometer su bienestar general<sup>37</sup> y, a su vez, socavar su capacidad para prestar una asistencia óptima a los pacientes.<sup>38,39</sup>

El aumento de la carga de trabajo puede producir un incremento de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente,<sup>40,41</sup> que no solo perjudican a los pacientes, sino también a los profesionales sanitarios.<sup>42</sup> Los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente tienen a menudo una repercusión emocional duradera en los trabajadores sanitarios.<sup>43</sup> Se ha observado que la implicación en un incidente de seguridad del paciente conlleva un mayor

riesgo de desgaste, un consumo excesivo de alcohol y un uso problemático de medicación entre el personal sanitario.<sup>44</sup>

El Barómetro de resiliencia sanitaria de BD muestra que el desgaste es frecuente entre el personal sanitario de la región de EMEA, y algunos países de Europa occidental obtienen puntuaciones especialmente bajas en esta medición (consulte la figura 7).

<sup>37</sup> Occupational Health and Safety Administration. *Healthcare*. <https://www.osha.gov/healthcare>

<sup>38</sup> Hall, L, Johnson, J, Watt, I, Tsipa, A, O'Connor, B. *Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review*. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

<sup>39</sup> Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

<sup>40</sup> Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):41. Publicado el 5 de junio de 2020. doi:10.1186/s12960-020-00469-9

<sup>41</sup> Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

<sup>42</sup> Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

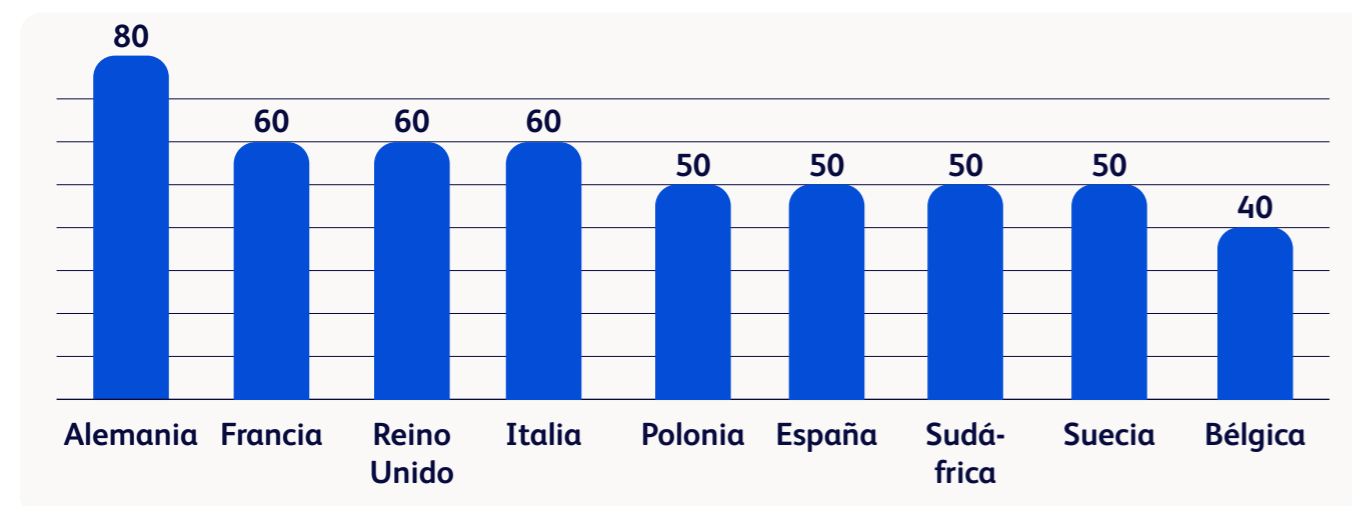
<sup>43</sup> Ullström, S, Sachs, M, Hansson, J, Øvretveit, J, Brommels, M. Suffering in Silence: a qualitative study of second victims of adverse effects, 2014. *British Medical Journal*. <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/325>

<sup>44</sup> Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Med Care*. 2016;54(10):937-943. doi:10.1097/MLR.0000000000000582

**Figura 7:** Desgaste del personal – Puntuaciones del Barómetro por país (países de EMEA seleccionados)

Fuente: Havas Lynx - Healing the Healers (Point.1 data) (Havas Lynx) complemented by additional market research

Escala del Barómetro: 100: buenos resultados (baja tasa de desgaste) – 0: malos resultados (alta tasa de desgaste)



Los entornos de alta intensidad y ritmo de trabajo acelerado son un factor clave para que los trabajadores sanitarios sufran desgaste y no solo el personal de la UCI se ve afectado. Las investigaciones han revelado que más de la mitad (51 %) de los farmacéuticos también sufren desgaste.<sup>45</sup>

**Al considerar los problemas derivados, como los errores de medicación evitables (analizados en el capítulo 1 de este informe), queda claro que el desarrollo de resiliencia sanitaria requiere un conocimiento exhaustivo de la interconexión entre el bienestar del personal, la seguridad del paciente y la prestación de una asistencia eficiente.**

En cuanto a los beneficios económicos derivados de mejorar el bienestar del personal sanitario, un estudio estadounidense ha indicado que se estima que 4600 millones de dólares del gasto sanitario están relacionados con la rotación de los médicos y la reducción de las horas clínicas atribuible al desgaste.<sup>46</sup>

Las políticas de seguridad y salud en el trabajo están diseñadas para ofrecer una asistencia de alta calidad de manera eficaz y sostenible. Sin embargo, el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD ha revelado que numerosos países carecen de instrumentos de política

nacional integrales para abordar la seguridad y salud en el trabajo en los entornos sanitarios. Dinamarca, Finlandia y Luxemburgo son algunos ejemplos de países europeos en los que tales políticas no existen a escala nacional.

La introducción de marcos y reglamentos legales puede ayudar a garantizar que los trabajadores sanitarios no sean vulnerables a riesgos laborales evitables y, lo que es más importante, a crear coherencia y una cultura de responsabilidad en todos los sistemas sanitarios.

### La protección del bienestar del personal sanitario puede ofrecer una enorme oportunidad de fomentar la resiliencia y la sostenibilidad en los hospitales y en los sistemas sanitarios en general.

Trabajando de forma colaborativa para prevenir daños, atrayendo nuevos talentos a la profesión y mitigando el riesgo de escasez de personal, el sector sanitario puede potenciar la continuidad y la calidad de la asistencia a los pacientes en todo el mundo.

Sin embargo, estas iniciativas no pueden existir de forma aislada. Por el contrario, deben integrarse en iniciativas encaminadas a mejorar la seguridad del paciente y potenciar la eficiencia operativa, algo que analizamos en el siguiente capítulo de este informe.

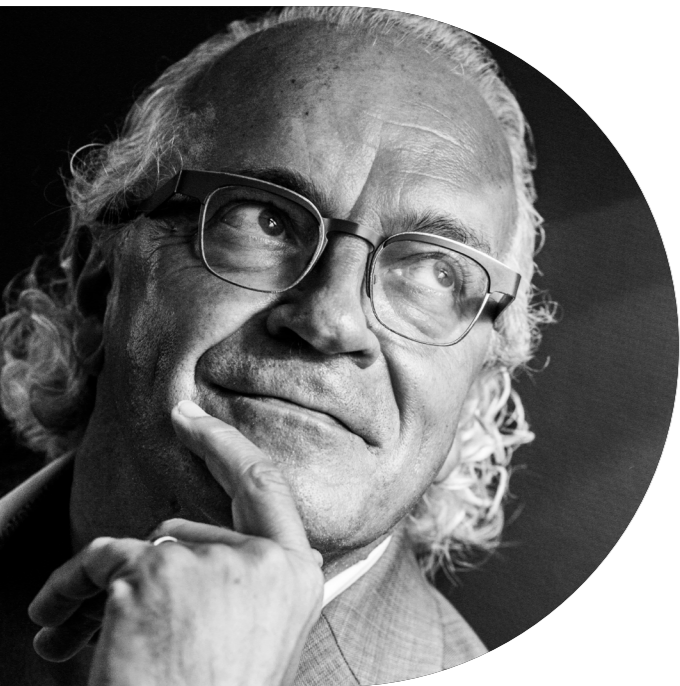
**Los enfoques holísticos que reconocen los aspectos interconectados de la resiliencia sanitaria pueden allanar el camino para un futuro más sólido y sostenible en la prestación de asistencia sanitaria.**


<sup>45</sup> Dee, J, Dhuhaibawi, N, Hayden, J. A systematic review and pooled prevalence of burnout in pharmacists. *Int J Clin Pharm* 45, 1027–1036 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01520-6>

<sup>46</sup> Chan, S, Shanafelt, T, Sinsky, C, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States, 2019. *Ann Intern Med*. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>



# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Es la suma de una serie de pequeñas y grandes acciones que pueden crear una cultura intangible de apreciación en un hospital.** 

## Marc Noppen

Director general del Hospital Universitario UZ Bruselas, Bélgica

*Con cerca de dos décadas de experiencia como director general de un hospital universitario y con formación en neumología clínica e intervencionista, Marc Noppen comparte su visión para generar resiliencia en el sistema sanitario. Analiza la evolución de los enfoques para lograr una cultura laboral saludable y cómo MedTech puede apoyar la relación entre pacientes y proveedores.*

## Personal sanitario: desbordado y menospreciado

En el caso de Marc Noppen, el mayor desafío para la resiliencia sanitaria reside en el estado del personal sanitario. Al hablar de los problemas de capacidad de los sistemas sanitarios de todo el mundo después de la pandemia, afirma que la mayoría de las iniciativas para generar resiliencia fracasan debido a «un cisma entre la necesidad aguda de una plantilla sólida

y el número de profesionales cualificados que están disponibles, y dispuestos, para trabajar en las circunstancias actuales». Observa que el envejecimiento de la población, coincidiendo con la escasa llegada de nuevos médicos, así como con el flujo de salida por cuestiones de edad y la multiplicación de tareas del personal de enfermería, hacen que un mayor

porcentaje de los profesionales sanitarios se sienta desbordado, se tome una baja por enfermedad o abandone su puesto de trabajo. «La escasez de personal conlleva un aumento de las listas de espera, el cierre de plantas y una mayor presión sobre el resto de la plantilla, lo que se convierte en un círculo vicioso», explica Noppen.

Sin embargo, crear una plantilla sólida no significa simplemente retener a un número suficiente de profesionales. Noppen hace hincapié en que la sostenibilidad y la resiliencia de cualquier organización sanitaria dependen de la capacidad del equipo directivo para

## Salud para la sostenibilidad

Teniendo en cuenta que el sistema sanitario de Bélgica sigue impulsado por el volumen, con el pago por servicios como principal mecanismo de reembolso y financiación, Noppen hace hincapié en que es necesario un cambio de enfoque, y que el objetivo principal de la asistencia sanitaria debería ser apoyar a las personas en el mantenimiento de una buena salud y la prevención de enfermedades. «Tal como está, el sistema belga se beneficia económicamente de que sus hospitales estén a plena capacidad. Esto no es sostenible a largo plazo, y tenemos que reformular nuestra forma de pensar en cuanto al objetivo de la asistencia sanitaria», afirma.

Noppen está entusiasmado con la introducción de la IA y la IA generativa en la asistencia sanitaria. «Creo verdaderamente que cambiará las reglas del juego para facilitar la carga de

priorizar y mejorar el bienestar del personal y la cultura de las operaciones. «Tenemos que predicar con el ejemplo y mostrar aprecio por cómo nos relacionamos con las personas», dice. «Es la suma de una serie de pequeñas y grandes acciones que pueden crear una cultura intangible de apreciación en un hospital lo que nos puede ayudar a crear un sistema sanitario sostenible y resiliente», añade Noppen. Noppen observa además que las personas que trabajan en la asistencia sanitaria están motivadas en gran medida por factores intrínsecos que se construyen sobre una base de autonomía, destreza y propósito y, por lo tanto, una cultura resiliente debe reflejar estas cualidades.

trabajo de los médicos y de los profesionales de enfermería». Añade que algunos ejemplos de tecnología generativa, como los sistemas de voz a texto compatibles con genAI, pueden ser fundamentales en la automatización de diversos flujos de trabajo. «El hecho de que se puedan registrar las consultas de los pacientes elimina gran parte del proceso para los médicos y les deja mucho más tiempo para interactuar con sus pacientes».



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**A menudo, el sector puede aportar puntos de vista alternativos y comentarios que ayuden a los profesionales sanitarios a implantar mejoras y a desarrollar estrategias más resilientes para la asistencia a los pacientes.**



**Experto en personal sanitario, Francia**

*Este punto de vista de un destacado líder de opinión recoge la entrevista con un experto en personal sanitario. Con más de una década de experiencia como director de un hospital en Francia, ofrece su punto de vista sobre cómo prestar una asistencia eficaz tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios. Analiza la importancia de la cultura como elemento central en todos los niveles de una organización, además de cómo la adaptabilidad del sistema sanitario puede favorecer el bienestar de los trabajadores.*

### Toma de decisiones impulsada por los ecosistemas

En opinión del experto en personal sanitario, la cultura es un componente esencial de un sistema sanitario que funciona bien. «Una plantilla resiliente es aquella que puede adaptarse a las condiciones cambiantes del día a día, y esta es la misión que debe estar en el centro de la cultura de una organización».

Afirma que esto requiere que la administración sanitaria tenga un conocimiento exhaustivo y preciso del ecosistema de su organización. «Los líderes solo pueden tomar decisiones de gestión eficaces si saben lo que está sucediendo en su organización, dónde están las ineficiencias y qué áreas tienen pocos recursos», explica.

Sin embargo, argumentan que la cultura es algo que debe inculcarse en todos los niveles de la organización. «Tenemos que cultivar una cultura de resiliencia en el sistema sanitario, y deben participar todos los niveles del personal». Haciendo hincapié en la importancia de motivar al personal, señala que el personal debe entender «no solo cuáles son los problemas, sino cómo se pueden resolver esos problemas y por qué». La vinculación de los desafíos con las perspectivas individuales puede fomentar la resolución proactiva de los problemas, añade.

El experto señala que la resiliencia debe entenderse de manera holística y solo puede lograrse mediante la colaboración con otros interesados, como los ayuntamientos, los responsables políticos y la industria. «Compartir unas buenas prácticas es vital», argumenta. Destacando los beneficios específicos de las colaboraciones con el sector, señala que «a menudo, el sector puede proporcionar puntos de vista alternativos y comentarios que ayudan a los profesionales sanitarios a implantar mejoras y a desarrollar estrategias más resilientes para la asistencia a los pacientes».

### Priorización del bienestar del personal

Al hablar de la situación actual del personal sanitario, señala que las políticas de las organizaciones deben adaptarse para reflejar las necesidades cambiantes de su personal. «El envejecimiento de la plantilla es, por supuesto, un enorme desafío al que nos enfrentamos. Los líderes tienden a pensar que no hay nada que puedan hacer al respecto, pero no es el caso». Proponen que los hospitales puedan introducir programas de mentores, en los que se asigne a cada trabajador más joven a un compañero de mayor edad que pueda ayudarle con su progresión y desarrollo. «Se trataría de una situación en la que todos ganan porque la plantilla de más edad puede formar a una nueva generación de profesionales con cuyo apoyo podrá contar más adelante», explica.

Mencionando brevemente el impacto de la pandemia sobre el personal sanitario, habla del aspecto de la salud mental, aunque desde una perspectiva única. Aunque en los últimos cuatro años se ha hablado ampliamente del problema de desgaste de los trabajadores sanitarios, pone de relieve un reto diferente que se deriva de la reorganización de los flujos de trabajo en los hospitales. «La pandemia requirió cambiar hacia una forma de trabajar más independiente y ahora estamos empezando a ver el impacto negativo de este aislamiento en el bienestar del personal», explica. «La eficiencia debe ser, por supuesto, una consideración primordial, pero, si queremos evitar el desgaste, creo que tenemos que intentar recuperar algunas de las viejas formas de trabajar que son más colaborativas».



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La tecnología presenta infinitas oportunidades para el futuro de la asistencia sanitaria, pero el ritmo al que está evolucionando la tecnología médica puede ser difícil de seguir.**



### Dr. José Luis Cobos Serrano

Vicepresidente III del Consejo General de Enfermería de España y miembro de la Junta Directiva del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), España

*El Dr. José Luis Cobos Serrano cuenta con tres décadas de experiencia como profesional sanitario en España y también ha ocupado puestos de alto nivel en organizaciones sanitarias en las que ha sido responsable de materias como la formación y la garantía de calidad. En esta conversación, el Dr. Cobos Serrano subraya la importancia de impartir formación exhaustiva a los profesionales sanitarios para que puedan aprovechar con eficacia las innovaciones que ofrece el sector MedTech.*

### Empoderamiento del personal sanitario

Según el Dr. Cobos Serrano, la mayoría de los debates sobre la resiliencia sanitaria se centran en la necesidad de reforzar y reponer al personal sanitario. Sin embargo, cree que un aspecto importante que a menudo se pasa por alto es el hecho de que contar con una plantilla sólida no es suficiente en sí mismo

para garantizar que las organizaciones sanitarias funcionen de manera más eficiente. «A menudo, el personal sanitario no tiene la flexibilidad necesaria para adoptar y utilizar de manera eficiente la innovación más reciente», señala el Dr. Cobos Serrano.

«La tecnología presenta infinitas oportunidades para el futuro de la asistencia sanitaria, pero el ritmo al que está evolucionando la tecnología médica puede ser difícil de seguir», explica, a lo que hay que añadir que la financiación de las organizaciones sanitarias debe asignarse no solo a la adquisición de dispositivos de

tecnología médica de vanguardia, sino también a garantizar que la plantilla cuente con la formación necesaria para utilizar estas tecnologías con confianza. «Para evitar que el sistema de salud se estanque, necesitamos empoderar a quienes prestan la asistencia para que evolucionen con ella».

### Responsabilidades compartidas

Un gran desafío al que se enfrenta actualmente el personal sanitario, según el Dr. Cobos Serrano, es que la sociedad pide más a sus profesionales sanitarios. Afirma que «en el pasado, se esperaba que los profesionales sanitarios adoptaran un enfoque paternalista para prestar asistencia, pero ahora se enfrentan a una mayor demanda por parte de los pacientes y las comunidades». Como componente integral de la resiliencia sanitaria, el Dr. Cobos Serrano está preocupado por el bienestar del personal, tanto físico como mental.

«Mejorar la prestación sanitaria no es responsabilidad exclusiva de la plantilla», argumenta, afirmando que lo esencial para resolver estas cuestiones son los distintos interesados que influyen en el sistema sanitario.

Para crear una plantilla competente y cualificada, el Dr. Cobos Serrano hace un llamamiento a los gestores y administradores de la asistencia sanitaria privada para que realicen una contratación eficiente con financiación suficiente para garantizar la continuidad de las personas contratadas y su adecuación para aplicar las mejoras a largo plazo requeridas por el sistema. Concluye haciendo un llamamiento a las autoridades y a los políticos para que cumplan sus respectivas funciones y responsabilidades garantizando el presupuesto para financiar campañas de sensibilización pública.



# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Los países están compitiendo a escala mundial por los profesionales sanitarios.**



## Ana Nicholls

Directora de Análisis Industriales en The Economist Intelligence Unit (EIU), Reino Unido

*Ana Nicholls está especializada en desarrollo económico mundial y es experta en políticas industriales y empresariales de la Administración, trabajando estrechamente con clientes de los sectores sanitario y del automóvil. En esta conversación, Nicholls ofrece una perspectiva macroeconómica del futuro de una asistencia sanitaria sostenible, abordando temas como la continuidad de la plantilla y el gasto sanitario.*

## Alta demanda de trabajadores sanitarios

Nicholls considera que la creciente demanda de profesionales sanitarios cualificados constituye uno de los mayores desafíos para la resiliencia sanitaria a escala mundial. Advierte que «los países están compitiendo a escala mundial por los trabajadores sanitarios. Por un lado, el envejecimiento de la población significa que muchos países están tratando

desesperadamente de que los trabajadores sanitarios vengan a cuidar a sus mayores. Por otra parte, hay países en desarrollo que necesitan trabajadores para desarrollar sus sistemas sanitarios». Nicholls observa que esta competencia se traduce en que los países en desarrollo tienen que introducir medidas e incentivos para tratar de mantener a sus

trabajadores sanitarios en casa, mientras que los países desarrollados intentan robárselos.

Nicholls cree que una cooperación más eficiente podría ser fundamental para aliviar las presiones poniendo en práctica una iniciativa para compartir trabajadores y, por tanto, reforzar la resiliencia sanitaria en todas las regiones. Señala el ejemplo de un programa de ayuda exterior del Reino Unido en el que este impartirá formación, incluidos intercambios de conocimientos, a trabajadores sanitarios

## Estabilización del gasto sanitario

Nicholls explica que el gasto sanitario a nivel mundial se ha transformado en los últimos 4 años. «Se asignó una enorme cantidad de financiación a la «asistencia para la COVID-19», dejando relegada la asistencia no relacionada con la COVID-19». Esto, añade, ha dado lugar a una financiación inestable en diversas áreas de asistencia clínica, especialmente ante el aumento de la inflación. Desde la perspectiva de la asignación del gasto, Nicholls sostiene que, aunque es importante invertir en innovación para desarrollar tratamientos para problemas médicos menos prevalentes, como las enfermedades huérfanas, esto no aborda la necesidad más general de una prestación sanitaria sólida para la población general.

de África. Nicholls sostiene que programas similares podrían ayudar a reducir la competencia por los trabajadores sanitarios, por ejemplo, si los países desarrollados ofrecieran formación con la condición de que el personal formado trabajara tanto en el país anfitrión como en su propio país en el futuro. «Sería realmente útil que hubiera mucho más de este tipo de pensamiento conjunto sobre las carreras internacionales de asistencia sanitaria».

Al considerar la asistencia sanitaria basada en el valor, Nicholls reclama un mayor consenso y claridad sobre el valor que se asigna al producto en función de los resultados individuales de los pacientes y el valor que aporta el producto a la sociedad en su conjunto. Cree que establecer prioridades claras puede ayudar a crear sistemas sanitarios más sostenibles a largo plazo. Nicholls concluye la conversación haciendo referencia a los datos de la Organización Mundial de la Salud que muestran que más del 90 % de la población vive actualmente en zonas en las que la contaminación atmosférica supera los límites de la OMS.<sup>47</sup> Teniendo esto en cuenta, pide a los profesionales sanitarios que reconozcan su responsabilidad de estar lo más sensibilizados posible con el medio ambiente y de comprometerse a reducir los residuos sanitarios.

<sup>47</sup> Organización Mundial de la Salud. Miles de millones de personas siguen respirando aire insalubre: nuevos datos de la OMS; 2022. <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2022-billions-of-people-still-breathe-unhealthy-air-new-who-data>

# Capítulo 3

## Eficiencia

### Generar resiliencia sanitaria: por qué son importantes los procesos

Solo puede lograrse una asistencia sanitaria resiliente si todas las partes del sistema trabajan de manera óptima y con una misma misión. En los capítulos anteriores, la atención se ha centrado acertadamente en los dos principales agentes del sistema sanitario: los pacientes y los trabajadores sanitarios. Sin embargo, hay un componente importante que a menudo se pasa por alto y que aún no se ha abordado.

Este capítulo se dedica a analizar los procesos que conforman la eficiencia de la prestación de la asistencia sanitaria en toda la región de EMEA. Como los datos de la OCDE muestran que «una parte significativa del gasto sanitario (...) es, en el mejor de los casos, ineficaz y, en el peor, se derrocha»,<sup>48</sup> este año analizamos más de cerca este tema y describimos dónde se producen las ineficiencias sistémicas.

El aumento de la inflación está afectando al gasto sanitario en toda la región de EMEA,<sup>49</sup> y la demanda asistencial ha producido un aumento de los costes operativos ya elevados. En consecuencia, las limitaciones del gasto están ejerciendo un efecto dominó sobre la resiliencia de los sistemas sanitarios.

Estas limitaciones repercuten directamente en los problemas salariales de los trabajadores sanitarios, los costes operativos diarios y las perspectivas financieras de introducir nuevas tecnologías e iniciativas para mejorar la sostenibilidad.

Un resumen de la Comisión Europea explica que los sistemas nacionales de salud de toda Europa están tratando de garantizar la igualdad de acceso a una asistencia esencial y de alta calidad, al tiempo que protegen su sostenibilidad a largo plazo. Y, con ello, los gobiernos tienen la intención de identificar formas de mejorar la eficiencia de su sistema de asistencia sanitaria al mismo tiempo que abordan este doble desafío.<sup>50</sup>

Los indicadores que sustentan las puntuaciones de este apartado del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD se seleccionaron cuidadosamente para proporcionar una imagen detallada de la eficiencia. El más importante de ellos es la esperanza de vida saludable (EVS), pero también consideramos

indicadores más específicos como la duración media de la estancia hospitalaria, que refleja la eficacia de los tratamientos y la calidad global de la asistencia. Las muertes evitables también son un indicador clave de la eficacia con la que el sistema sanitario cumple su finalidad prevista.

### El desafío de la sostenibilidad ambiental

Por último, analizamos los desafíos relacionados con la sostenibilidad ambiental en la asistencia sanitaria. Con una huella climática de la asistencia sanitaria equivalente al 4,4 % de las emisiones netas mundiales,<sup>51</sup> existe un imperativo claro de adaptar los procesos siempre que sea posible para minimizar los residuos y reducir el impacto ambiental de las operaciones.

Si no se controla, la contaminación y los riesgos ambientales producidos por la asistencia sanitaria seguirán contribuyendo a los problemas de salud de las mismas poblaciones a las que se pretende atender.

El Barómetro de resiliencia sanitaria de BD muestra que la mejora de la eficiencia es clave para promover la resiliencia y preparar al sistema sanitario para que funcione bien en los momentos de crisis.

**Nuestras conversaciones con expertos sanitarios han revelado que reconocer las oportunidades de MedTech para mejorar la eficiencia del sistema puede generar resiliencia y permitir que el sistema se mantenga fuerte en momentos de crisis**

(consulte la página 64 para conocer el punto de vista del profesor Pascal Verdonck).

La identificación del origen de las ineficiencias puede allanar el camino hacia la mejora de la estructura financiera del sistema para reducir el despilfarro. Esto, a su vez, garantiza que el gasto sanitario se utilice de la mejor manera posible y en el interés de los trabajadores y los pacientes.

<sup>48</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Publicado en línea en 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

<sup>49</sup> Banco Mundial. *Inflation, consumer prices (annual %)*. <https://data.worldbank.org/indicator/FP.CPI.TOTL.ZG?view=map>

<sup>50</sup> Comisión Europea. *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe: an overview of current approaches and opportunities for improvement*; 2019. Consultado el 28 de julio de 2022. <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/650120>

<sup>51</sup> Health Care Without Harm. *Health care climate footprint report*; 2019. [https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimate-Footprint\\_092319.pdf](https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimate-Footprint_092319.pdf)

## Desafíos financieros y operativos

Figura 8: Mapa que muestra los resultados globales del Barómetro sobre «eficiencia» a nivel de EMEA

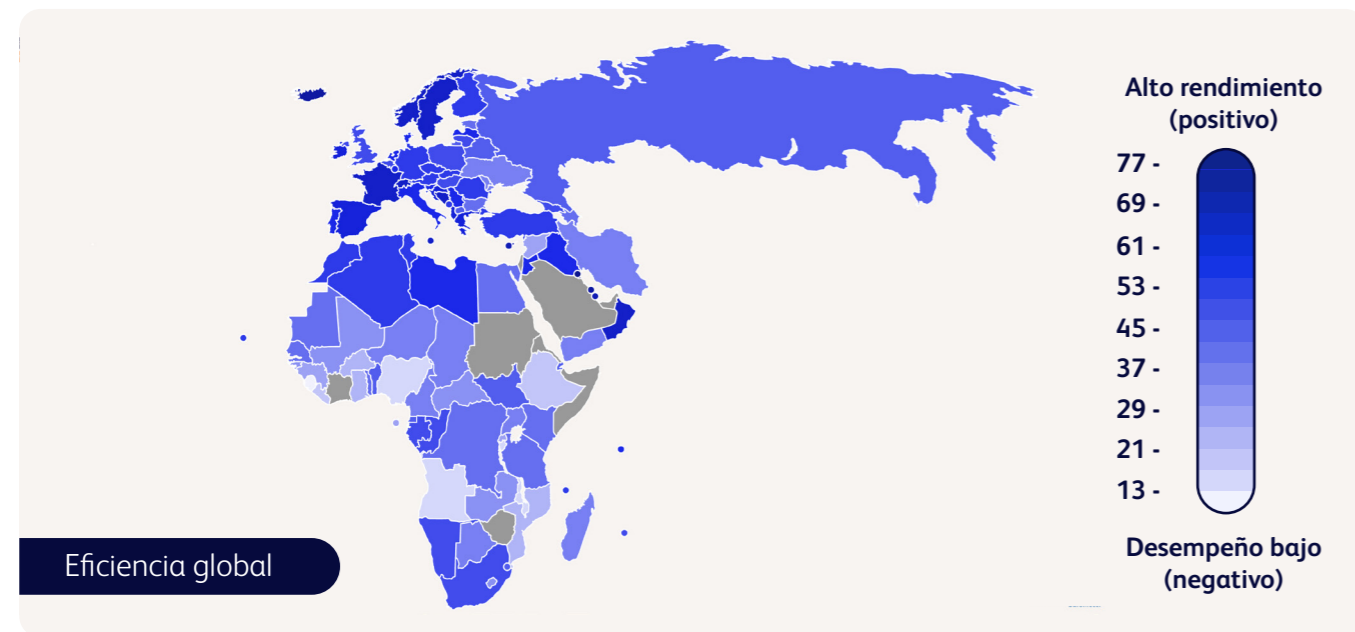


Tabla 8: Resultados globales del Barómetro sobre «eficiencia» en países seleccionados (en orden decreciente)

Países (en orden decreciente)	Clasificación en EMEA (de 100 países)
1. Francia	6.º
2. Suiza	11.º
3. Suecia	12.º
4. España	14.º
5. Irlanda	15.º
6. Dinamarca	18.º
7. Italia	22.º
8. Países Bajos	24.º
9. Alemania	42.º
10. Reino Unido	43.º
11. Bélgica	45.º
12. Polonia	53.º

**Aviso legal:** Con vistas al informe del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, nuestro objetivo principal era ofrecer una visión integral de la resiliencia de los sistemas sanitarios en Europa, Oriente Medio y África (EMEA). Para garantizar la pertinencia y aplicabilidad de nuestras conclusiones, consultamos a una amplia variedad de destacados líderes de opinión de toda la región. Durante nuestras entrevistas se hizo evidente que, aunque es esencial tener una visión general amplia, también es necesario profundizar en los resultados regionales y analizar cómo los desafíos en materia de seguridad del paciente, personal sanitario y eficiencia siguen afectando a la resiliencia de los sistemas sanitarios más avanzados de Europa. La inclusión de cifras centradas en un grupo seleccionado de países sirve para enriquecer el análisis y aportar información más detallada sobre la dinámica regional de la asistencia sanitaria.

En los tres grupos del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, la disponibilidad de recursos para asignar a la prestación de asistencia sanitaria sigue siendo mayor en los países europeos, seguida cada vez más de cerca por Oriente Medio, y con África rezagada.

Sin embargo, Europa en concreto ha estado lidiando con una inflación creciente en los últimos años, lo que ha planteado importantes desafíos para el uso eficaz de los presupuestos en las instituciones sanitarias. Al analizar el gasto sanitario público per cápita, Suiza y Noruega obtienen los mejores resultados de todos los países del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD. Estos países, con sus divisas fuertes, siguen siendo más resilientes frente a la inflación que ha afectado al resto de la zona euro.

Las puntuaciones del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD muestran que la inflación es un desafío inmediato menor en Oriente Medio, donde los países del Golfo pueden aprovechar los recursos disponibles para invertir en asistencia sanitaria y aumentar la calidad de la asistencia a los pacientes para alcanzar gradualmente, y en algunos casos superar, los estándares europeos.

Si nos fijamos en la EVS, Europa es la región con mejores resultados de las tres subregiones, con puntuaciones regionales que son un reflejo del nivel de financiación sanitaria disponible.

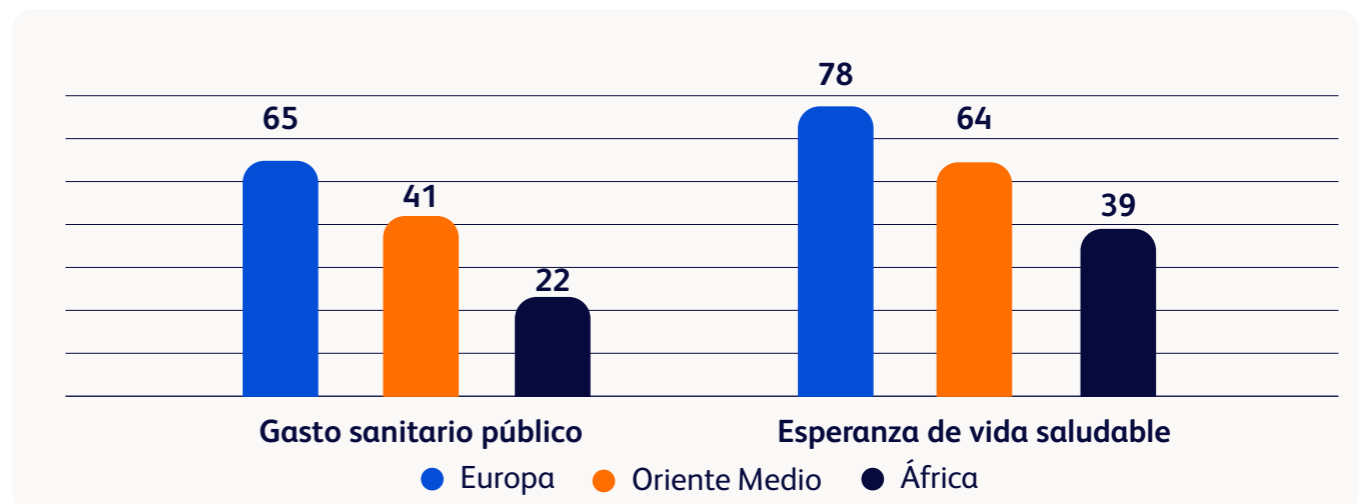
Figura 9: Gasto sanitario y esperanza de vida saludable, puntuaciones medias por región

Fuente 1: Gasto sanitario público general nacional por funciones de atención sanitaria (OMS)

*Escala del Barómetro: 100: buenos resultados (bajo gasto sanitario) – 0: malos resultados (alto gasto sanitario)*

Fuente 2: Esperanza de vida saludable (EVS) al nacer (años) (OMS)

*Escala del Barómetro: 100: buenos resultados (alta EVS) – 0: malos resultados (baja EVS)*



Cuando se trata de muertes evitables, los sistemas sanitarios de los países de Europa occidental y septentrional demuestran una mayor eficiencia, mientras que las naciones de Europa oriental luchan por reducir el número de muertes evitables que se producen.

**Tabla 9:** Muertes evitables – Los 5 países con mejores y peores resultados (Europa)

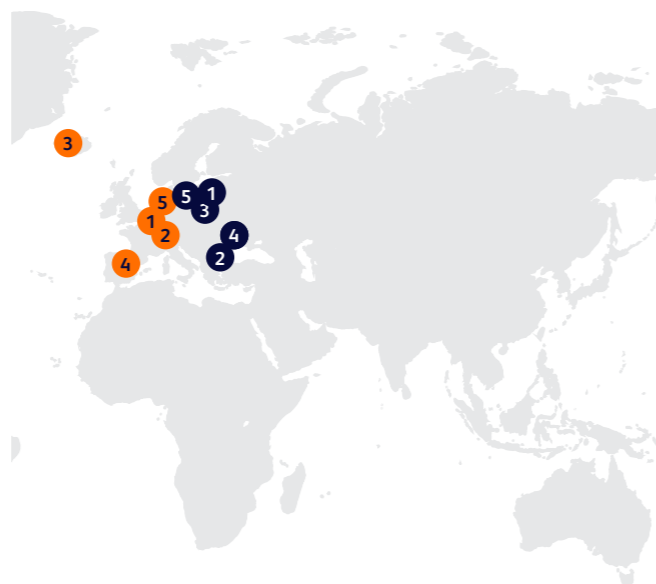
Fuente: Años potenciales de vida perdidos (OCDE)

### Los 5 mejores

- 1 Luxemburgo
- 2 Suiza
- 3 Islandia
- 4 España
- 5 Países Bajos

### Los 5 peores

- 1 Letonia
- 2 Bulgaria
- 3 Lituania
- 4 Rumanía
- 5 Polonia



Un análisis más detallado de los resultados de eficiencia revela que grandes países europeos como Italia, Alemania y Portugal están obteniendo malos resultados en cuanto a la duración media de la estancia hospitalaria. Esto indica la necesidad de una mayor armonización de los diversos factores que influyen en la duración de la estancia hospitalaria, no solo en el tratamiento del paciente y la administración del tratamiento.

**Tabla 10:** Duración de la estancia hospitalaria – Los 5 países con mejores y peores resultados (Europa)

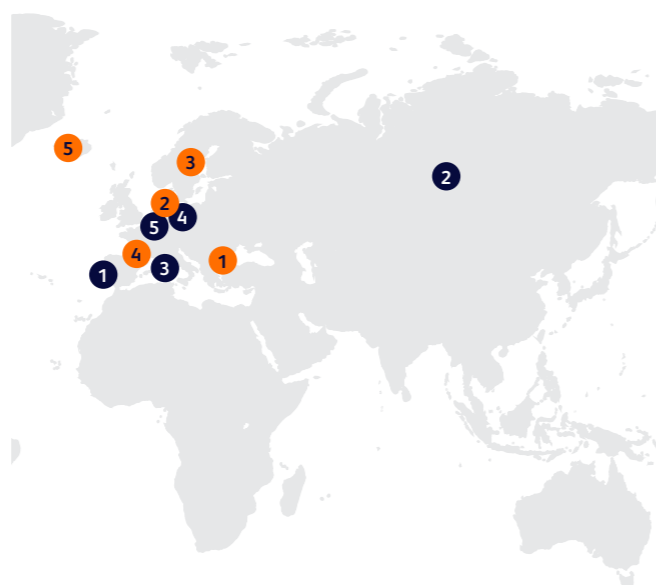
Fuente: Uso de la asistencia sanitaria - Duración de la estancia hospitalaria (cuidados agudos) (OCDE)

### Los 5 mejores

- 1 Bulgaria
- 2 Países Bajos
- 3 Suecia
- 4 Francia
- 5 Islandia

### Los 5 peores

- 1 Portugal
- 2 Rusia
- 3 Italia
- 4 Alemania
- 5 Luxemburgo

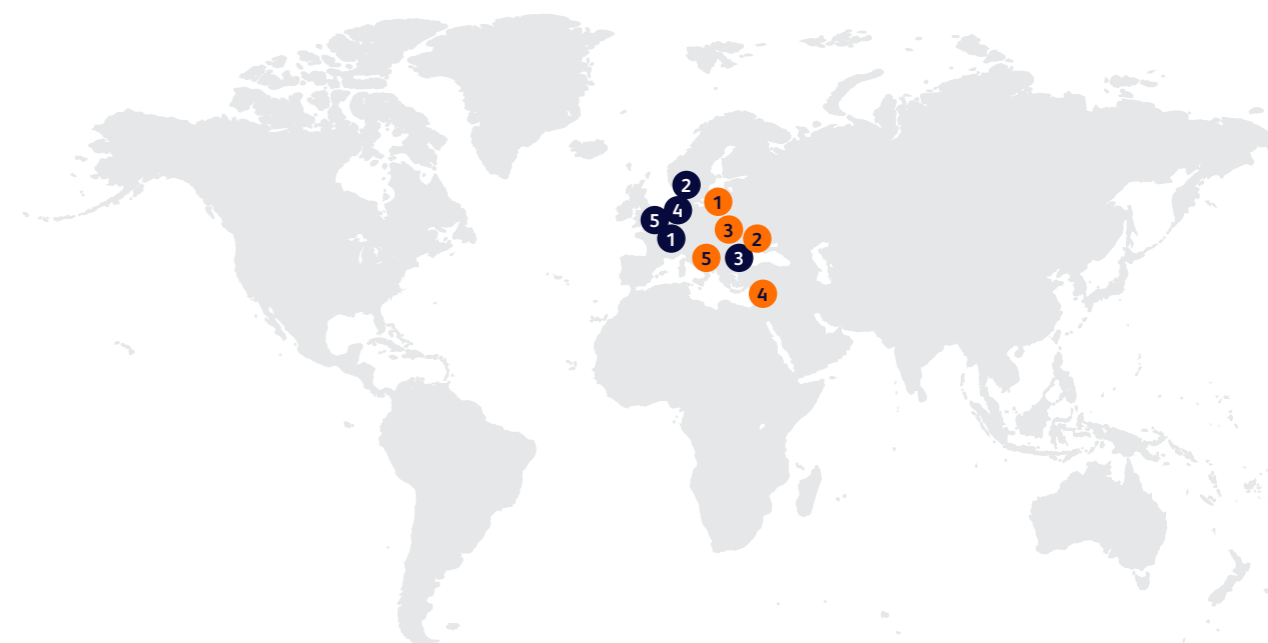


## La sostenibilidad ambiental surge como una preocupación destacada

Con el tamaño y la escala de las estructuras sanitarias de los países europeos, la sostenibilidad ambiental surge como una preocupación destacada. Los países que suelen mostrar buenos resultados en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, como Dinamarca o Suiza, obtienen malas puntuaciones en lo que respecta a la contribución de su sistema sanitario a la huella nacional de CO2. Por el contrario, los países con mejores resultados en esta medición son casi todos los países de Europa oriental con un menor nivel de financiación sanitaria.

**Tabla 11:** % de emisiones de la atención sanitaria respecto a la huella nacional – Los 5 países con mejores y peores resultados (Europa)

Fuente: % de la huella sanitaria respecto a la nacional (WIOD)



### Los 5 mejores

- 1 Lituania
- 2 Rumanía
- 3 Eslovaquia
- 4 Chipre
- 5 Croacia

### Los 5 peores

- 1 Suiza
- 2 Dinamarca
- 3 Bulgaria
- 4 Países Bajos
- 5 Bélgica

Está claro que, en los países desarrollados, el siguiente gran desafío es satisfacer las demandas de los pacientes al mismo tiempo que se desarrollan estrategias para minimizar la cantidad de residuos que genera el sistema sanitario y optimizar el uso de los recursos sanitarios para garantizar la sostenibilidad.

## Eficiencia y sostenibilidad en la asistencia sanitaria: perspectivas de futuro

Con una creciente demanda de asistencia a nivel mundial, combinada con presiones inflacionistas y una financiación limitada, las instituciones sanitarias están hoy en día al límite de sus posibilidades. Los datos del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD muestran que la eficiencia de los sistemas sanitarios depende diversos factores financieros, operativos, clínicos y tecnológicos, así como de factores humanos.

En este contexto, vemos que a la dirección de la asistencia sanitaria a menudo le resulta difícil asignar recursos, capacidad o ancho de banda a inquietudes aparentemente periféricas como la huella ambiental de las operaciones. Sin embargo, dentro de la complejidad de estos desafíos reside el potencial de buscar soluciones innovadoras para todo el sistema.

**Al considerar la sostenibilidad ambiental como una parte integral de la eficiencia de la asistencia sanitaria, el sector puede desarrollar estrategias integrales que aprovechen la tecnología adecuada no solo para abordar los desafíos operativos, sino también para aliviar la presión sobre el personal sanitario, permitiendo la prestación de una asistencia segura y de alta calidad a los pacientes al tiempo que causamos menos daño al medio ambiente.**

La creación de sistemas sanitarios resilientes requiere un esfuerzo colectivo de los interesados a todos los niveles. En el siguiente apartado final de este informe describimos los pasos que pueden dar los responsables políticos, los investigadores, los profesionales sanitarios y el sector para remodelar los sistemas sanitarios y hacerlos más resilientes frente a los desafíos actuales y futuros.



# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La resiliencia de la asistencia sanitaria consiste en desarrollar y poner en marcha sistemas que permitan soportar una amplia gama de problemas que podrían producirse a largo plazo.**



## Lord James O'Shaughnessy

Miembro de la Cámara de los Lores del Reino Unido, socio principal de Newmarket Strategy, miembro del Consejo de administración de Health Data Research UK (HDR UK) y autor de UK Review of Commercial Clinical Trials

*Como figura clave en el sector sanitario del Reino Unido, Lord James O'Shaughnessy desempeña diversas funciones con responsabilidad en cuestiones como la promoción del acceso a la innovación y el desarrollo de políticas sanitarias eficaces. En esta conversación, Lord O'Shaughnessy habla sobre las cuestiones que afectan a la resiliencia sanitaria en el Reino Unido y las estrategias gubernamentales para crear un sistema de salud preparado para el futuro.*

## Comunidad y resiliencia

A lo largo de la conversación, Lord O'Shaughnessy hace hincapié en la posible repercusión de la comunidad en la mejora de la resiliencia sanitaria. Citando los alarmantes datos recientes sobre las caries dentales en niños<sup>52</sup> como ejemplo, observa que, a pesar del creciente interés en la prevención en el Reino Unido en los últimos años, la responsabilidad de las personas en

cuanto al cuidado de su propio bienestar es algo que se sigue subestimando con frecuencia. Lord O'Shaughnessy señala que la ayuda y la orientación de una persona de confianza dentro de la comunidad pueden ser fundamentales para incentivar a las personas a cuidar su salud.

Con esto en mente, Lord O'Shaughnessy hace referencia al sentimiento de comunidad que creció durante la pandemia, con personas que ayudaban a otras con las compras y las tareas cotidianas, y sugiere que el esfuerzo de comunidad colectiva que se generó entonces podría ahora ofrecer apoyo a quienes experimentan problemas de salud mental.

## Acelerar la adopción de MedTech

Haciendo hincapié en la importancia de la innovación tecnológica en la asistencia sanitaria, Lord O'Shaughnessy destaca los programas de cribado como una de las grandes historias de éxito del Reino Unido y un ejemplo destacado de asistencia facilitada por la tecnología que contribuye a la resiliencia en forma de asistencia sanitaria preventiva. Desde una perspectiva política, aunque expresa un sentimiento positivo hacia la introducción de la Estrategia de Tecnología Médica, Lord O'Shaughnessy reconoce que el hecho de que la MedTech no sea evaluada de manera rutinaria por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (NICE) suele considerarse todo un desafío para el reembolso a los hospitales. «Esto significa que la adopción y aceptación de MedTech por parte del Reino Unido es más lenta de lo que debería, y es el paciente quien, en última instancia, asume las consecuencias», afirma.

En lugar de reemplazar las directrices expertas, Lord O'Shaughnessy cree que el apoyo comunitario es un importante «mecanismo complementario que ayuda a abordar la salud mental y otros desafíos de salud y a generar resiliencia».

Lord O'Shaughnessy subraya la importancia de proteger el presupuesto tecnológico en interés de la resiliencia a largo plazo del NHS. Cree que hacerlo lo protegerá y permitirá invertir en la productividad del sistema, en concreto para la plantilla, «de manera que la persona media que trabaje en el NHS utilice cada vez mejores herramientas, llevando la eficiencia operativa a un nivel cada vez más elevado. Por desgracia, hoy no es así», añade. Lord O'Shaughnessy también destaca la necesidad de permitir que los enfoques existentes y nuevos se apliquen simultáneamente durante un tiempo para que la transición se produzca de manera tranquila. «La resiliencia de la asistencia sanitaria consiste en desarrollar y poner en marcha sistemas que permitan soportar una amplia gama de problemas que podrían producirse a largo plazo», concluye.

<sup>52</sup> NHS Confederation. NHS Confederation responds to data showing more than 100000 children have been hospitalised with tooth decay since 2018. <https://www.nhsconfed.org/news/nhs-confederation-responds-data-showing-more-100000-children-have-been-hospitalised-tooth>

## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La asistencia sanitaria no debe enfermar a las personas, y los sistemas sanitarios lo hacen perjudicando al medio ambiente.**



### Daniel Eriksson

Fundador del Centro Nórdico para la Asistencia Sanitaria Sostenible (NCSH), Suecia

*Con más de dos décadas de experiencia en el sector sanitario sostenible, y como fundador de NCSH, Daniel Eriksson conoce en profundidad cómo la sostenibilidad puede transformar el sector sanitario. En esta conversación, ofrece su punto de vista sobre cómo la actividad pionera en los países nórdicos y los Países Bajos se está trasladando a otros países.*

### No hay resiliencia sin sostenibilidad

Comenzando la conversación con su propia definición de resiliencia sanitaria, Eriksson afirma que la resiliencia es «la capacidad de adaptarse ante circunstancias adversas, como una huelga, una guerra, un clima cambiante o una pandemia». Cree que la sostenibilidad es fundamental para lograr una verdadera resiliencia. «Un buen ejemplo de ello se da cuando los hospitales y los

profesionales sanitarios tienen sus propias fuentes de energía y pueden acceder a la energía cuando la fuente principal se ha visto afectada», explica Eriksson.

Eriksson señala que el argumento más convincente para la sostenibilidad puede diferir en función de los desafíos específicos de cada servicio del hospital y grupo de

interesados dentro de la asistencia sanitaria. «Es probable que la rentabilidad o la eficiencia sean los argumentos más útiles a la hora de convencer a la división financiera, mientras que, para los trabajadores sanitarios, el argumento es que la asistencia sanitaria no debe enfermar a las personas y que los sistemas sanitarios lo hacen perjudicando al medio ambiente», señala.

Eriksson subraya que no hay una solución única y finita para mejorar la sostenibilidad.

### Exportación de una innovación sanitaria sostenible

Eriksson señala que la gran cantidad de innovación en materia de sostenibilidad que surge de los países nórdicos y los Países Bajos ha carecido históricamente de reconocimiento por parte de otros países. En los últimos años, con el fin de lograr una mayor promoción de los esfuerzos del NCSH, la organización ha puesto en marcha diversas iniciativas para publicitar su trabajo y animar a otros sistemas sanitarios a implantar mecanismos sostenibles. Esto ha incluido una serie de informes disponibles en inglés titulados «Nordic Know-How». «Nuestra misión es conseguir que las personas de otros países que buscan mejorar la sostenibilidad de sus sistemas puedan basarse en las soluciones existentes, en lugar de reinventar la rueda».

El NCSH, menciona, se asegura de hacer hincapié en que el proceso requiere una mejora continua durante un periodo de tiempo significativo. «En muchos países, las normas reguladoras en materia ambiental y las evaluaciones de impacto difieren entre hospitales y cambian anualmente, por lo que se necesita un enfoque flexible y que se pueda adaptar de manera continua».

Al debatir la función de las empresas, Eriksson recomienda que se mantengan centradas en las soluciones y que desarrollen sus ideas cada año, ya que gran parte del impacto climático de la asistencia sanitaria procede de la cadena de suministro. «Las empresas no sobrevivirán los próximos diez años si no se toman en serio la sostenibilidad». Eriksson señala que, aunque las organizaciones sanitarias deben estar abiertas a la innovación, el éxito de la creación de sistemas sostenibles dependerá de otros factores, como los proveedores de energía, las empresas de residuos y las decisiones adoptadas por los responsables políticos y los legisladores.



# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Es necesario conectar con el paciente para integrar con eficacia la asistencia que le rodea y, en este sentido, la tecnología ayudará a lograr una asistencia basada en el valor.**



## Profesor Pascal Verdonck

Profesor de Ingeniería Biomédica y Tecnología Médica en la Universidad de Gante, Presidente del Consejo de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Artvelde y Presidente del Comité Nacional de Ingeniería Biomédica, Países Bajos

*Con formación en ingeniería biomédica y décadas trabajando en todas las áreas del sistema sanitario, el profesor Pascal Verdonck ofrece en esta conversación su punto de vista sobre el impacto actual y potencial de la MedTech para facilitar la eficiencia y la resiliencia sanitarias en Bélgica.*

## Oportunidades para MedTech

El profesor Verdonck reconoce el uso de la tecnología como un primer paso integral hacia el cambio del sistema sanitario. En concreto, al abordar el problema del despilfarro, afirma que la tecnología puede ayudar a garantizar que los pacientes reciban el tratamiento y la asistencia correctos en el momento adecuado. Hablando de la inspiración que

ha encontrado en los sistemas sanitarios de otros países de la UE, el profesor Verdonck nombra a Portugal como un sistema con el que está impresionado debido a su mayor inversión en informática, menor fragmentación en la atención continua de la salud y menos silos que facilitan un menor despilfarro: «No se trata solo de un liderazgo democrático,

sino también de tener la visión común y la voluntad de cambiar el sistema».

Algunos ejemplos destacados de MedTech que el profesor Verdonck considera que van en la dirección correcta incluyen los datos generados por la tecnología ponible

## Facilitar la asistencia basada en el valor

En el contexto de la asistencia basada en el valor, el profesor Verdonck separa la tecnología en este campo en tres categorías: digitalización y optimización (cirujanos respaldados por la asistencia de robots, por ejemplo), tecnología móvil, como wearables e insideables, y ciencia de datos en forma de inteligencia artificial y realidad virtual. Sin embargo, quizás el tipo de tecnología más importante para que todos ellos funcionen con eficacia sea la conexión. «Una conexión fiable es esencial para garantizar la recepción de los datos generados y actuará como incentivo e impulsora del uso de la tecnología antes de aprovechar el valor de esta». El profesor Verdonck detalla que «es necesario conectar con el paciente para integrar con

(wearables) y que se puede incorporar al cuerpo humano (insideables), que pueden ayudar a facilitar la prevención, la detección precoz y la información de seguimiento cuando se utilizan en el momento correcto.

eficacia la asistencia que le rodea y, en este sentido, la tecnología ayudará a lograr una asistencia basada en el valor».

Al concluir la conversación, el profesor Verdonck se toma el tiempo necesario para comentar la función de los pacientes para aprovechar al máximo estas oportunidades tecnológicas con el fin de impulsar el sistema sanitario, afirmando que «el cambio en la actitud de los consumidores hacia el sistema sanitario, así como en la actitud de los organizadores del sistema para que vayan en paralelo, facilitará un mayor respeto por parte de los consumidores para adaptar y cambiar sus comportamientos».



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**La salud sostenible consiste en mejorar la salud y el bienestar de todos al tiempo que se mantiene dentro de los límites del planeta.**



### Profesor Tobias Alfvén

Profesor/pediatra – Instituto Karolinska; Presidente – Sociedad Sueca de Medicina, Suecia

*Con una carrera en salud infantil, la investigación del Profesor Tobias Alfvén analiza los desafíos en salud pública global y el impacto de las desigualdades de acceso en los resultados de salud. En esta entrevista, habla de las diferentes estrategias necesarias para mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios en los países de rentas altas y bajas.*

### Los determinantes sociales de la salud en el punto de mira

El Profesor Alfvén inicia la conversación destacando que el contexto socioeconómico en un determinado país puede plantear importantes limitaciones a la hora de generar resiliencia en la asistencia sanitaria. «Existe una correlación muy clara entre la economía y los resultados de salud», señala. «Reducir problemas de salud globales como la mortalidad

infantil solo se puede lograr si abordamos la pobreza y la desigualdad». El Profesor Alfvén señala que, para crear comunidades saludables en las que los niños puedan crecer, las políticas deben analizar los determinantes sociales de la salud, incluyendo la educación, el agua y el saneamiento, el clima y el ambiente alimentario.

El Profesor Alfvén explica que los determinantes sociales pueden afectar negativamente a la salud infantil incluso en zonas acomodadas del mundo. «En muchos países con ingresos elevados, las familias tendrían los medios para criar a sus hijos de manera saludable, pero la mala «salud» de la ciudad puede suponer una barrera para ello. Si los padres sienten que el barrio no es seguro, llevarán a sus hijos

a la escuela en coche y querrán que se queden en casa, contribuyendo así al problema de obesidad infantil que vemos en distintas regiones». El Profesor Alfvén cree que las políticas dirigidas a crear entornos seguros y limpios deben ser una parte fundamental del desarrollo de la resiliencia sanitaria.

### Qué significa, en la práctica, una salud sostenible

Citando las estadísticas de que el sector sanitario contribuye en un 4 % a la huella de carbono mundial,<sup>53</sup> el Profesor Alfvén subraya que es necesario un enfoque multisectorial para comprender cómo se puede reducir este impacto climático a escala mundial. «No basta con hablar de ello con la dirección sanitaria, necesitamos economistas, ecologistas, urbanistas, el sector alimentario y otros interesados implicados en el diseño de políticas eficaces», comenta.

El Profesor Alfvén afirma que el uso de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es un buen marco para pensar en los determinantes sociales

de la salud y crear resiliencia en la prestación de asistencia. Argumenta que muchas definiciones de salud sostenible se centran en un único aspecto específico, en lugar de considerar la imagen global. «En pocas palabras, la salud sostenible consiste en mejorar la salud y el bienestar de todos al tiempo que se mantiene dentro de los límites del planeta». El Profesor Alfvén concluye afirmando que la resiliencia sanitaria no solo se logra con profesionales sanitarios que realizan un mejor trabajo, sino con interesados que trabajan juntos para crear las condiciones adecuadas para que los profesionales sanitarios hagan su trabajo.

<sup>53</sup> Karliner, J, Slotback, S, Boyd, R, Ashby, B, Steele, K, Wang, J. Healthcare's climate footprint: the health sector contribution and opportunities for action; September 2020. Research Gate. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.843>

# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Con un sector de MedTech y ciencias de la vida realmente dinámico, tenemos una oportunidad extraordinaria para adoptar grandes innovaciones y difundir buenas prácticas.**



## Charlotte Pickles

Directora de Reform Think Tank, Reino Unido

*Con media década como directora del Reform Think Tank, Charlotte Pickles tiene una valiosa visión del estado del sistema sanitario del Reino Unido. En esta conversación, analiza la importancia de la autosuficiencia para las organizaciones sanitarias y las oportunidades para aprovechar la innovación para promover la asistencia preventiva.*

## Reducir la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios

Para Pickles, el desarrollo de resiliencia en la asistencia sanitaria debe comenzar con la adopción de medidas para reducir las dependencias externas del sistema. Señala que, en el Reino Unido, el nivel actual de dependencia de fabricantes fuera del Reino Unido plantea riesgos importantes para la estabilidad de la prestación de asistencia sanitaria.

«Necesitamos establecer cadenas de suministro nacionales para reducir esta vulnerabilidad», dice Pickles. Señala que, sobre todo si tenemos en cuenta el volátil panorama geopolítico, la capacidad de adquirir y proporcionar productos clave a nivel nacional es más importante que nunca. Pickles sostiene que el gobierno es fundamental para facilitar el

cambio a la fabricación nacional. «El gobierno debe ser un mejor socio para el sector y garantizar que el Reino Unido se considere un buen lugar para invertir en la fabricación de los productos de los que dependemos».

Otro desafío clave que destaca Pickles es el modelo sanitario excesivamente centrado en los hospitales del Reino Unido. «Al comparar muchos sistemas sanitarios internacionales, vemos que en el Reino Unido somos atípicos, con un modelo especialmente centrado en los hospitales», explica. Pickles sostiene que se deben canalizar más recursos hacia la intervención temprana, las consultas de

## Tecnología y eficiencia

Terminando la conversación con una nota optimista, Pickles afirma que son muchas las oportunidades que el sistema sanitario del Reino Unido puede aprovechar para hacerse más resiliente de lo que es en la actualidad. «Con un sector de MedTech y ciencias de la vida realmente dinámico, tenemos una oportunidad extraordinaria para adoptar grandes innovaciones y difundir buenas prácticas», comenta, añadiendo que «el Reino Unido es líder mundial en este tipo de innovación». Pickles afirma que un objetivo clave debería ser integrar más tecnologías que aumenten la productividad, como la automatización de los procesos, y un análisis más inteligente de los datos para crear un flujo de pacientes más eficiente.

los médicos de familia y los entornos de asistencia comunitaria. Cree que un cambio de enfoque generaría al mismo tiempo mayores oportunidades para promover la salud preventiva. «Tenemos un sistema que está orientado a los proveedores, no a los pacientes», señala Pickles. Haciendo hincapié en la importancia del empoderamiento de los pacientes, afirma que «la asistencia sanitaria debe consistir en conversaciones para comprender al paciente en su conjunto, apoyarle para que elija hábitos de vida más saludables y aprovechar al máximo las nuevas tecnologías para el autocontrol de su enfermedad».

«Hay todo tipo de tecnología (sensores, monitores, etc.) que pueden aplicarse en los hogares, permitiendo así que los pacientes autogestionen sus enfermedades», añade Pickles. Menciona que también se están haciendo avances significativos en medicina personalizada, con el Reino Unido a la cabeza en el campo de la genómica. El desafío, señala Pickles, será poner en práctica con eficacia estas innovaciones a escala dentro del NHS. Aprovechar plenamente estas oportunidades, comenta Pickles, requiere un consenso de un grupo suficiente de agentes formado por políticos, patronatos y grupos de interés del NHS para hacer oír su voz y demostrar su compromiso con el cambio. «Esto va a requerir unas conversaciones realmente sinceras y la voluntad de intentar ser un poco más radicales sobre nuestra manera de hacer las cosas», concluye.

# Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Tenemos que proteger el tiempo de los profesionales sanitarios para que puedan pasar tiempo con los pacientes y compartir la toma de decisiones.**



## Profesor Hamish Laing

Profesor de Mejora de la Innovación, Compromiso y Resultados de la Universidad de Swansea y Director de la Value-Based Health and Care Academy, Reino Unido

*Con décadas de experiencia en el ámbito académico y la investigación en todo el sector sanitario en Gales, el profesor Hamish Laing contribuye al debate sobre el futuro de la asistencia sanitaria sostenible, en el que expresa sus opiniones sobre la importancia de la asistencia basada en el valor para lograr una asistencia sanitaria sostenible.*

## Conservar la humanidad en la asistencia sanitaria

El profesor Laing explica que la tensión generada de los últimos años ha tenido un impacto significativo en la satisfacción laboral de los trabajadores sanitarios. Comenta que «el trabajo debería ser gratificante, pero muchos de mis colegas dicen que, ahora, ir a trabajar es simplemente una obligación, y están considerando dedicarse a otra cosa».

Reconocer que la oferta de trabajadores sanitarios no satisface suficientemente la creciente demanda de pacientes ha revelado que hay margen para la innovación tecnológica, y el profesor Laing destaca «el potencial de la automatización de los procesos con robots y otras tecnologías digitales para aliviar la carga de trabajo de la plantilla existente».

Sin embargo, subraya la importancia de lograr un equilibrio entre la aplicación de la tecnología y la conservación del valor del elemento humano a la hora de prestar asistencia. «Creo que la asistencia sanitaria es un negocio humano, se trata de relaciones personales y existe la preocupación de que pensemos que podemos hacerlo todo con tecnología y perder ese toque

humano». El profesor Laing señala que el riesgo adicional de aplicar la tecnología es que el aumento de la capacidad de los profesionales sanitarios se llene simplemente con más volumen en lugar de más valor. «Tenemos que proteger el tiempo de los profesionales sanitarios para que puedan pasar tiempo con los pacientes y compartir la toma de decisiones».

## Cómo contribuye a la sostenibilidad la asistencia sanitaria basada en el valor

Durante esta conversación, el profesor Laing promueve la importancia de la asistencia sanitaria basada en el valor para garantizar un sistema sanitario sostenible, especialmente para reducir el despilfarro. Explica que existe una sólida correlación entre la asistencia sanitaria basada en el valor y los programas de salud verdes porque «cada cita a la que no era necesario que el paciente acudiera en coche, cada procedimiento que no satisface sus necesidades, cada medicamento que se prescribe y no se toma y hay que destruir, cada prueba que hay que repetir porque no se puede encontrar la última realizada», afirma, no solo tienen un valor muy bajo, sino que también están generando una importante huella de carbono.

En cuanto al impacto de la tecnología en constante evolución en la sostenibilidad ambiental, el profesor Laing critica las

tecnologías digitales que se han vuelto obsoletas después de tres o cuatro años debido a la falta de actualizaciones de software. «No debería ser aceptable que tiremos un dispositivo en perfecto estado porque no hay una actualización de software para él. Creo que un objetivo real de la MedTech es ayudarnos a reducir la huella ambiental de sus dispositivos y también la huella de carbono de los profesionales sanitarios». Al concluir el debate, el profesor Laing aborda el posible desafío de cómo percibirán los pacientes los cambios aplicados para reducir el impacto ambiental de la asistencia sanitaria. Especula que habrá que dejar claro que estos cambios son necesarios para garantizar la sostenibilidad del sistema, en lugar de afirmar que lo son para mantener la prestación de una asistencia continua.

## Punto de vista de destacados líderes de opinión



**Resulta esencial encontrar soluciones económicas de bajo impacto, porque puede haber mejores maneras de usar nuestros recursos.**



### Dr. Fabrizio d'Alba

Presidente Nacional de Federsanità, Italia

*Gracias a su función en Federsanità, el Dr. d'Alba ofreció su punto de vista sobre la eficiencia del sistema sanitario italiano. En esta conversación, el Dr. d'Alba analiza las posibles mejoras del sistema y cómo podemos satisfacer mejor las necesidades de nuestros ciudadanos más vulnerables.*

### ¿Cómo deben adaptarse nuestros sistemas sanitarios?

En su definición de resiliencia sanitaria, el Dr. d'Alba subraya la importancia de la adaptabilidad en tres áreas clave: el sistema nacional de salud, los profesionales y los ciudadanos. Adoptando un enfoque centrado en las soluciones para los problemas que afectan al sistema sanitario a nivel mundial,

cree que la solución está «en el cambio, la innovación y la ingeniería de sistemas».

En primer lugar, considera que es necesario identificar el origen del problema para, a partir de ahí, poder desarrollar y aplicar soluciones diagnósticas y terapéuticas.

Para mejorar el sistema en Italia, el Dr. d'Alba habla de la necesidad de optimizar la integración y la prestación de servicios. Como resultado, esto mejoraría las vías de asistencia de los pacientes, lo que requeriría preguntas sobre los procesos organizativos y el modo en que se prestan los servicios a escala local. También habla del impulso para la reforma de la atención primaria dentro del sistema sanitario italiano. Para el Dr. d'Alba, se necesita una mejor organización facilitada por nuevas funciones profesionales, como ingenieros de gestión y expertos en logística, además de un proceso de gestión digital.

En cuanto a la sostenibilidad del sistema sanitario, el Dr. d'Alba afirma que existe un vínculo entre la salud y el lugar donde uno vive y trabaja. Refiriéndose al vínculo entre los resultados sanitarios y las políticas integrales, afirma que «sería útil poder cuantificar los beneficios económicos para entender mejor el vínculo entre el bienestar y los sistemas de salud». El Dr. d'Alba añade que podría merecer la pena considerar nuevos lugares de prestación de asistencia sanitaria, pero es realista respecto a esta perspectiva debido a problemas de viabilidad. «Resulta esencial encontrar soluciones económicas de bajo impacto, porque puede haber mejores maneras de usar nuestros recursos».

### Rendimiento para los más vulnerables

En última instancia, el Dr. d'Alba hace hincapié en que un sistema sanitario debe evaluarse en función de su capacidad para atender a los más vulnerables, es decir, a las personas con discapacidad o problemas de salud mental. En tiempos de cambio, dice, es responsabilidad de los políticos ser más pragmáticos en sus elecciones sobre cómo prestar cuidados y qué recursos hay disponibles: «Es una elección respecto a la distribución».

Para concluir la conversación, el Dr. d'Alba hace hincapié en la necesidad de reconocer y priorizar el objetivo colectivo del sistema nacional de salud en Italia, dejando de lado las aspiraciones individuales para mejorar los resultados para los ciudadanos, especialmente los más vulnerables.



## Punto de vista de destacados líderes de opinión



### Dr. Paolo Petralia

Vicepresidente nacional de FIASO, Italia

*Como miembro de la Federación Italiana de Autoridades Sanitarias y Hospitalarias (FIASO), el Dr. Petralia ofrece un valioso punto de vista sobre las barreras y oportunidades relacionadas con el desarrollo de resiliencia en el sector sanitario. En esta conversación ofrece su punto de vista sobre la función de la responsabilidad colectiva y la importancia de unos valores coherentes en asistencia sanitaria.*



**Los sistemas sanitarios sostenibles deberían basarse en un conjunto de valores y expectativas universales.**



### Promoción de la salud y compromiso colectivo

Al hablar de estrategias para crear sistemas de salud más sólidos, el Dr. Petralia comienza subrayando que un mayor enfoque en la promoción de la salud y las medidas preventivas debe ser parte integral de las iniciativas para mejorar su sostenibilidad. «A medida que los recursos se vuelven cada

vez más insuficientes para cubrir los costes cada vez mayores de los servicios sanitarios, evitar que la gente caiga enferma es la estrategia de inversión más eficaz que tenemos a nuestra disposición», afirma. El Dr. Petralia se refiere al concepto de salud única, que fomenta un enfoque holístico de la asistencia sanitaria

e implica un aumento de las iniciativas para involucrar a los ciudadanos y promover un sentido de empoderamiento de la salud. «Más allá del deber de cuidar a todos y cada uno, debemos esforzarnos para que las personas, en la medida de lo posible, vivan en condiciones de bienestar y sin enfermedades», afirma.

El Dr. Petralia cree que una responsabilidad generalizada debe ser introducir un cambio en el sistema sanitario italiano y señala que modificar los métodos y objetivos existentes

### Armonización en todo el sistema

El Dr. Petralia subraya la necesidad de garantizar una gestión adecuada del sistema, que incluye la definición y difusión de sistemas de normas que sean coherentes entre sí y que puedan aplicarse con facilidad. La armonización es necesaria en tres niveles: entre los niveles central y regional, entre los niveles regional y corporativo, y dentro de las propias empresas con los distintos interesados. «La armonización de los enfoques es esencial para que los diversos componentes del sistema social y sanitario funcionen juntos», afirma el Dr. Petralia.

Es importante señalar que la resiliencia en materia de salud no puede lograrse sin «reconocer y abordar los factores limitantes,

y transicionar hacia un modelo más sostenible requerirá acciones individuales que se convertirán en una responsabilidad colectiva. «Los sistemas sanitarios sostenibles deben basarse en valores y expectativas de equidad y universalidad para ser sostenibles», explica el Dr. Petralia. «En Italia, los estándares de atención al paciente y la obligatoriedad de los niveles esenciales de asistencia deben estar armonizados y los pacientes deben tener las mismas oportunidades para ser atendidos y cuidados», añade.

incluidas las lagunas en los recursos económicos, el capital humano y el aparato regulador». El Dr. Petralia concluye afirmando que «crear resiliencia significa sobre todo reconocer que no somos únicamente usuarios, sino protagonistas activos en la creación de un nuevo sistema de salud».





**Priorizar la seguridad del paciente durante todo el proceso asistencial**



Garantizar que la seguridad del paciente siga ocupando un lugar destacado en todas las consultas de atención sanitaria, aumentando la eficiencia operativa y mejorando los resultados para los pacientes.



**Abordar la escasez y el desgaste de la plantilla**



Aplicar estrategias para aliviar la escasez de personal sanitario y mitigar el desgaste profesional, optimizar los recursos existentes y mejorar la eficiencia operativa.



**Promover un enfoque holístico para comprender la resiliencia de la asistencia sanitaria**



Reconocer la interconexión de la seguridad del paciente, el bienestar del personal y la eficiencia de los sistemas y aplicar estrategias integrales para abordar los desafíos en estas áreas, fomentando un círculo virtuoso que beneficie a todos los agentes implicados.



**Reconocer la importancia de la sostenibilidad ambiental en la generación de resiliencia**



Hacer hincapié en la importancia de crear sistemas sanitarios sostenibles, tanto en términos de reducción de las emisiones de carbono como de conservación del acceso continuado a una asistencia segura y de alta calidad para las generaciones futuras.



**Fomentar la colaboración entre todos los agentes sanitarios**



Fomentar la colaboración entre responsables políticos, reguladores, profesionales sanitarios, financiadores, aseguradoras, pacientes y el sector para desarrollar soluciones innovadoras que permitan que los sistemas sanitarios se adapten a las necesidades cambiantes de la sociedad.

**Tabla 12:** Descripciones completas y fuentes de los indicadores

Fuentes de datos principales y secundarios			
Grupo de indicadores	Indicador	Descripción completa	Fuente
Pacientes	Efectos adversos del tratamiento médico	<u>Efectos adversos del tratamiento médico: muertes (por cada 100 000 habitantes)</u>	IHME, Estudio sobre la carga global de la enfermedad
Pacientes	Complicaciones después de procedimientos terapéuticos	<u>Complicaciones después de procedimientos terapéuticos*</u>	IHME, Estudio sobre la carga global de la enfermedad
Pacientes	Muertes relacionadas con la RAM	<u>Muertes por RAM</u>	IHME, Estudio sobre la carga global de la enfermedad
Pacientes	Septicemia	<u>ASIR de septicemia por cada 100 000 habitantes</u>	Publicación en Lancet
Pacientes	Prevalencia de IRAS	<u>Estimación del número de pacientes con al menos una IRAS en cualquier día</u>	ECDC
Pacientes	Prevalencia de ILQ	<u>Infecciones en el lecho quirúrgico (combinadas)</u>	ECDC
Pacientes	Directrices sobre IRAS	<u>Directrices sobre notificación en hospitales para la prevención de IRAS</u>	ECDC
Pacientes	Vigilancia de IRAS	<u>Hospitales que notifican sobre la vigilancia como parte de las estrategias de prevención de IRAS</u>	ECDC
Pacientes	Cobertura sanitaria universal	<u>Índice de cobertura de servicios de CSU (ODS 3.8.1)</u>	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
Personal sanitario	Número de profesionales por paciente (profesionales de enfermería)	<u>Profesionales de enfermería y matronas (por cada 10 000 habitantes)</u>	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
Personal sanitario	Número de profesionales por paciente (médicos)	<u>Médicos (por cada 10 000 habitantes)</u>	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
Personal sanitario	Proporción entre profesionales de enfermería y médicos	<u>Proporción entre profesionales de enfermería y médicos (OCDE)</u>	OCDE

Fuentes de datos principales y secundarios			
Grupo de indicadores	Indicador	Descripción completa	Fuente
Personal sanitario	Profesionales de enfermería mayores de 55 años	<u>Profesionales de enfermería mayores de 55 años</u> <u>Havas Lynx – Healing the Healers (datos del punto 1)</u>	OMS
Personal sanitario	Desgaste del personal	<u>Proporción entre profesionales de enfermería y médicos (OCDE)</u>	Havas Lynx y un estudio de mercado adicional
Personal sanitario	Políticas de seguridad y salud en el trabajo	<u>Existencia de instrumentos de política nacional en materia de seguridad y salud en el trabajo para los trabajadores sanitarios</u>	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
Eficiencia	Inflación	<u>Inflación, precios al consumo (% anual)</u>	Banco Mundial
Eficiencia	Duración de la estancia	<u>Uso de la asistencia sanitaria - Duración de la estancia hospitalaria (cuidados agudos)</u>	OCDE
Eficiencia	Gasto sanitario	<u>Gasto sanitario público general nacional por funciones de atención sanitaria</u>	Base de datos mundial sobre gasto sanitario de la OMS
Eficiencia	Esperanza de vida saludable	<u>Esperanza de vida saludable (EVS) al nacer (años)</u>	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS
Eficiencia	Muertes evitables	<u>Años potenciales de vida perdidos</u>	OCDE
Eficiencia	% de la huella sanitaria respecto a la nacional	<u>% de la huella sanitaria respecto a la nacional</u>	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD), Agencia Europea de Medio Ambiente
Eficiencia	Huella de la asistencia sanitaria per cápita	<u>Huella de la asistencia sanitaria per cápita (tCO<sub>2</sub>e/cápita)</u>	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD), Agencia Europea de Medio Ambiente



**Tabla 13.** Lista completa de entrevistados

Nombre	País	Cargo y organización
Dra. Eva Marie Castro	Bélgica	Jefa del Departamento de Calidad de RZ Tienen
Pascal Verdonck	Bélgica	Profesor de Ingeniería Biomédica y Tecnología Médica en la Universidad de Gante
Denis Herbaux	Bélgica	Director general de la Plataforma para la Mejora Continuada de la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente/Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS)
Dra. Ilke Montag	Bélgica	Presidenta del Consejo de Administración de The Institute
Marc Noppen	Bélgica	Director general de UZ Bruselas
Dr. Ron Daniels	Reino Unido	Director general de Sepsis Trust
Lord James O'Shaughnessy	Reino Unido	Miembro de la Cámara de los Lores del Reino Unido
Charlotte Pickles	Reino Unido	Directora de Reform Think Tank
Stefan Krojer*	Alemania	Fundador de Future Hospital Purchasing/Zukunft Krankenhaus-Einkauf (ZUKE Green)
Dra. Ruth Hecker	Alemania	Presidenta de Patient Safety Action Alliance y Hospital Universitario de Essen (AöR)
Daniel Eriksson	Suecia	Fundador del Centro Nórdico para la Asistencia Sanitaria Sostenible (NCSH)
Tobias Alfvén	Suecia	Profesor clínico de Salud Infantil Global en el Instituto Karolinska
Dra. María Cruz Martín Delgado	España	Jefa del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid
Dr. José Luis Cobos Serrano	España	Vicepresidente III del Consejo General de Enfermería de España
Dr. Fabrizio d'Alba	Italia	Presidente Nacional de Federsanitá

Nombre	País	Cargo y organización
Dr. Paolo Petralia	Italia	Director general de ASL4 Chiavarese (Liguria, Italia) y Vicepresidente nacional de FIASO
Ana Nicholls	Reino Unido	Directora de Análisis Industriales en Economist Intelligence Unit
Profesor Hamish Laing	Reino Unido	Profesor de Mejora de la Innovación, Compromiso y Resultados de la Universidad de Swansea
Dra. Neda Milevska Kostova	Macedonia del Norte	Directora de la International Alliance of Patient Organisations (IAPO)

\* Punto de vista de un destacado líder de opinión que se incluirá en el informe del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD de Alemania



# Sistema de puntuación del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD

## Clasificación

En el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, cada país recibió una puntuación total de resiliencia comprendida entre 0 y 100, que es una medición combinada calculada como la media de las puntuaciones de resiliencia en las tres áreas temáticas: pacientes, personal sanitario y eficiencia.

## Asignación de puntuaciones a nivel de indicador

Para cada uno de los indicadores individuales de resiliencia, convertimos la puntuación de los datos sin procesar a una escala del 1 al 10, con el fin de normalizar y permitir la comparabilidad. Las puntuaciones entre 1 y 10 se multiplicaron por 10 y se presentaron en una escala de 0 a 100 en el Barómetro para permitir el uso de números enteros para las medias nacionales y regionales.

Esto supuso crear intervalos individuales por indicador con el objetivo de crear un intervalo que permitiera una buena distribución de los puntos de datos de cada país de la región de EMEA, con el fin de obtener una curva de distribución normal, manteniendo al mismo tiempo un tamaño de intervalo estándar siempre que fuera posible.

En el caso de algunos indicadores, no fue posible lograr esta distribución de datos en el intervalo del 1 al 10 debido a los niveles de resultados de los diferentes países incluidos en el Barómetro. Esto se debe a que, naturalmente, los datos se agrupan mucho por región, de modo que los países europeos obtienen puntuaciones cercanas a la parte superior de los intervalos, mientras que los países africanos obtienen puntuaciones más cercanas a la parte inferior de los intervalos para la mayoría de los indicadores.

## Interpretación de los resultados del Barómetro

Dado que los puntos de datos originales en los que se basa el Barómetro se definen en diferentes escalas y con diferentes mediciones, se creó el sistema de puntuación de 0 a 100 para poder clasificar e interpretar los datos de las distintas fuentes de forma normalizada.

Según este sistema unificado, 100/100 es la mejor puntuación posible en todos los indicadores. Como muestra la tabla de clasificación del apartado anterior, una puntuación más alta siempre es más positiva, ya que indica un mayor nivel de resiliencia sanitaria en un país.

Para respaldar la interpretación de los gráficos y tablas a lo largo del informe, los dos ejemplos siguientes ilustran el marco utilizado en el proceso de normalización.

### Indicador 1: Muertes relacionadas con la RAM (IHME)

En este indicador, la mayor prevalencia de muertes relacionadas con la RAM se convierte en una puntuación más baja (más débil) en el Barómetro, mientras que una menor prevalencia se convierte en una puntuación más alta (más fuerte) en la escala de 0 a 100 del Barómetro. En otras palabras, una puntuación baja en las muertes relacionadas con la RAM en el Barómetro no significa que la prevalencia de muertes relacionadas con la RAM sea baja. Significa que el país obtiene malos resultados en la medición de muertes por RAM.

Valor original (tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes)	Puntuación del Barómetro asignada
<18	100
>162	10

### Indicador 2: Número de profesionales por paciente – Profesionales de enfermería (OMS)

En este caso, el conjunto de datos original muestra el número de profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes en cada país. Un mayor número de profesionales de enfermería es mejor desde el punto de vista sanitario, por lo que un mayor número de profesionales de enfermería se traduce en una puntuación más alta en el Barómetro y un menor número de profesionales de enfermería se traduce en una puntuación más baja en la escala de 0 a 100.

Valor original (número de profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes)	Puntuación del Barómetro asignada
<10	10
>115	100

La escala de 0 (débil) a 100 (fuerte) se incluye en cada tabla de este informe como recordatorio de cómo debe interpretar el lector las puntuaciones.



**Tabla 14:** Sistema de puntuación del Barómetro por indicador

Indicador	Fuente	Unidad de medida de la escala original	Puntuación del Barómetro asignada
Efectos adversos del tratamiento médico	IHME, Estudio sobre la carga global de la enfermedad	Tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes	<0,25 = 100 >14 = 10
Complicaciones después de procedimientos terapéuticos	IHME, Estudio sobre la carga global de la enfermedad	Tasa de prevalencia por cada 100 000 habitantes	<10 = 100 >70 = 10
Muertes relacionadas con la RAM	IHME, Estudio sobre la carga global de la enfermedad	Tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes	<18 = 100 >162 = 10
Septicemia	Lancet	ASIR de septicemia por cada 100 000 habitantes	<100 = 100 >2000 = 10
Prevalencia de IRAS	ECDC	%	<1 = 100 >9 = 10
Prevalencia de IRAS - ILQ	ECDC	% de ILQ por cada 100 operaciones	<1,2 = 100 >10,80 = 10
Directrices sobre IRAS	ECDC	Número de hospitales	<10 = 10 >90 = 100
Vigilancia de IRAS	ECDC	Número de hospitales	<9,5 = 10 >85,50 = 100
Cobertura sanitaria universal	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS	Cobertura media de los servicios esenciales	<40 = 10 >87,50 = 100
Número de profesionales por paciente (profesionales de enfermería)	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS	Número de profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes	<10 = 10 >115 = 100
Número de profesionales por paciente (médicos)	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS	Número de médicos por cada 10 000 habitantes	<8 = 10 >72 = 100
Proporción entre profesionales de enfermería y médicos	OCDE	Proporción	<4,5 = 100 >40,50 = 10
Profesionales de enfermería mayores de 55 años	OMS	%	<4,5 = 10 >40,50 = 100
Desgaste del personal	Havas Lynx	Cálculo personalizado	<6,7 = 100 >13,2 = 10

Indicador	Fuente	Unidad de medida de la escala original	Puntuación del Barómetro asignada
Políticas de seguridad y salud en el trabajo	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS Existencia de instrumentos de política nacional en materia de seguridad y salud en el trabajo para los trabajadores sanitarios	<1 = 10 >9 = 100
Inflación	Banco Mundial	% anual medido por el índice de precios al consumo	<2 = 100 >18 = 10
Duración de la estancia	OCDE	Número medio de días pasados en el hospital	<4 = 100 >7,20 = 10
% de gasto sanitario en asistencia sanitaria (per cápita)	OMS	Gasto interno de las administraciones públicas per cápita (US\$)	<50 = 10 >8800 = 100
Esperanza de vida saludable	Observatorio Mundial de la Salud de la OMS	Número medio de años	<50 = 10 >74 = 100
Muertes evitables	OCDE	Medición resumida de la mortalidad prematura que se puede prevenir	<950 = 100 >8550 = 100
% de la huella sanitaria respecto a la nacional	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD), Agencia Europea de Medio Ambiente	%	<0,7 = 10 >6,30 = 100
Huella de la asistencia sanitaria per cápita	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD), Agencia Europea de Medio Ambiente	tCO2e per cápita	<0,09 = 100 >0,81 = 10

**Tabla 15:** Puntuación global por país en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2024

Lista de países (100)	Región	Puntuación global en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD	Lista de países (100)	Región	Puntuación global en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD	Lista de países (100)	Región	Puntuación global en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD	Lista de países (100)	Región	Puntuación global en el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD
Albania	Europa	54	Dinamarca	Europa	62	Letonia	Europa	49	Qatar	Oriente Medio	65
Argelia	África	54	Yibuti	África	43	Lesoto	África	36	Rumanía	Europa	63
Angola	África	33	Egipto	África	47	Liberia	África	36	Rusia	Europa	54
Austria	Europa	63	Guinea Ecuatorial	África	46	Libia	África	59	Ruanda	África	39
Azerbaiyán	Europa	54	Estonia	Europa	54	Lituania	Europa	58	Santo Tomé y Príncipe	África	43
Bahréin	Oriente Medio	63	Esuatini (Suazilandia)	África	42	Luxemburgo	Europa	58	Senegal	África	41
Bielorrusia	Europa	63	Etiopía	África	35	Madagascar	África	39	Serbia	Europa	56
Bélgica	Europa	57	Finlandia	Europa	66	Malawi	África	35	Seychelles	África	63
Benín	África	36	Francia	Europa	69	Mali	África	29	Sierra Leona	África	28
Bosnia y Herzegovina	Europa	55	Gabón	África	47	Malta	Europa	60	Eslovaquia	Europa	61
Botsuana	África	46	Georgia	Europa	54	Mauritania	África	42	Eslovenia	Europa	56
Bulgaria	Europa	51	Alemania	Europa	64	Mauricio	África	51	Sudáfrica	África	58
Burkina Faso	África	27	Ghana	África	44	Moldavia	Europa	46	Sudán del Sur	África	35
Burundi	África	33	Grecia	Europa	56	Montenegro	Europa	60	España	Europa	58
Camerún	África	39	Guinea	África	29	Marruecos	África	47	Suecia	Europa	70
Cabo Verde	África	50	Guinea-Bisáu	África	34	Mozambique	África	34	Suiza	Europa	74
República Centroafricana	África	29	Hungría	Europa	57	Namibia	África	46	Siria	Oriente Medio	42
Chad	África	28	Islandia	Europa	69	Países Bajos	Europa	61	Tanzania	África	46
Comoras	África	44	Irán	Oriente Medio	46	Níger	África	32	Togo	África	45
Congo (República Democrática del)	África	42	Irak	Oriente Medio	47	Nigeria	África	29	Túnez	África	58
Congo (República del)	África	45	Irlanda	Europa	63	Macedonia del Norte	Europa	55	Turquía	Europa	59
Croacia	Europa	65	Italia	Europa	62	Noruega	Europa	76	Uganda	África	49
Chipre	Europa	63	Jordania	Oriente Medio	59	Omán	Oriente Medio	63	Ucrania	Europa	53
República Checa	Europa	57	Kenia	África	49	Polonia	Europa	57	Reino Unido	Europa	60
			Kuwait	Oriente Medio	67	Portugal	Europa	63	Yemen	Oriente Medio	40
									Zambia	África	42



Comprometidos con una asistencia sanitaria sostenible

[Ip.bd.com/healthcare-resilience-Barometer-2024](https://ip.bd.com/healthcare-resilience-Barometer-2024)

BD y el logotipo de BD Logo son marcas comerciales de Becton, Dickinson and Company o sus filiales.

© 2024 BD. Todos los derechos reservados. BD-124972 (07/24)

