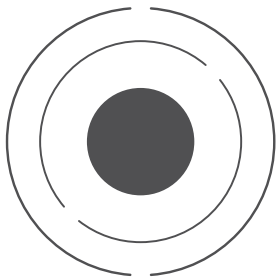


Informe prospectivo de Relyens

Riesgos y oportunidades de los centros
sanitarios en Europa



GRUPO MUTUALISTA EUROPEO
DE REFERENCIA EN SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS



Prospectiva: explorar los caminos de la resiliencia

Los sistemas sanitarios europeos están sometidos a fuertes tensiones y los profesionales afrontan una presión cada vez mayor. Pero, ¿cómo perciben los riesgos las personas que viven esta realidad a diario? ¿Qué prioridades deben abordarse desde ahora y qué herramientas pueden activarse?

Este informe de 2026 ofrece una explicación innovadora sobre estas cuestiones. Este documento riguroso y pragmático no se limita simplemente a tomar nota de hechos, sino que propone vías de reflexión y acción para ayudar a fortalecer la resiliencia de los sistemas sanitarios.

Relyens reunió a un comité científico, realizó una encuesta exclusiva Ipsos con 924 directivos y profesionales sanitarios en cuatro países y llevó a cabo entrevistas cualitativas con agentes institucionales. A través de este enfoque comparativo y transversal, se obtiene una visión detallada de las vulnerabilidades y las posibles áreas de mejora.

El informe va más allá de la simple constatación de hechos, identificando tres vías principales de acción... pero, ¿cuáles son exactamente? Para descubrirlas y explorar las herramientas a nuestra disposición, tendremos que hacer un análisis profundo.

**Presentación
de la metodología
de trabajo, la matriz
de riesgos y el
comité científico**
_____6

¿QUÉ MAGNITUD TIENEN LOS RETOS?
**1 Policrisis y necesidad
de anticipación**
_____10

¿QUÉ IMPACTO TIENE EN LAS PERSONAS?
**2 La seguridad del
paciente en juego**
_____16

¿QUÉ RELATOS MARCARÁN EL 2035?
**De la lucidez a la audacia:
atreverse a imaginar el futuro**
_____46

¿CUÁLES SON LAS VULNERABILIDADES
COMUNES Y LAS ESPECIFICIDADES?
**3 Convergencia europea,
realidades nacionales**
_____22

¿CÓMO SE AMPLIFICAN LOS RIESGOS
ENTRE SÍ?
**4 Riesgos
desencadenantes
y efecto dominó**
_____30

¿CUÁLES SON LAS VÍAS CLAVE PARA
LA RESILIENCIA?
**5 Anticiparse a los
riesgos sanitarios**
_____38

Mirar más allá de la crisis: aprender a interpretar el riesgo de forma diferente

Por Dominique Godet
Director General de Relyens

«Durante mucho tiempo, la gestión de riesgos se limitó a tratar cada crisis como un acontecimiento aislado».

Día a día, nuestros equipos acompañan a los profesionales sanitarios, a quienes cuidan, apoyan y reconfortan a los pacientes. Realizan una misión esencial, que llevan a cabo en un entorno complejo y en constante evolución. En Relyens, compartimos la convicción de que apoyar a las instituciones sanitarias no consiste solamente en gestionar crisis, sino en ayudarles a fortalecer su resiliencia, su capacidad de innovación y su capacidad de anticiparse al futuro.

Cada día, nuestros hospitales e instituciones sanitarias demuestran tanto su fuerza como su fragilidad. Son fuertes gracias al compromiso de sus equipos y a su capacidad para hacer frente a lo imprevisto. Son frágiles porque las crisis a menudo se suceden más rápidamente que nuestra capacidad para responder cuando se producen.

Durante mucho tiempo, la gestión de riesgos se limitó a tratar cada crisis como un acontecimiento aislado: una pandemia, una tensión presupuestaria, un incidente

técnico, etc. Sin embargo, hoy en día, la realidad es más compleja: los riesgos son cada vez más interdependientes. La escasez de personal sanitario puede exacerbar los errores médicos, el envejecimiento de la población aumenta los costes, las restricciones económicas dificultan la implementación de la innovación, etc. En estas situaciones de interdependencia, los vínculos pueden fallar, pero el sistema debe resistir a las perturbaciones.

Así queda demostrado en nuestro diagrama inédito; una red de interdependencias en la que cada riesgo influye en otro. En estas circunstancias, nuestro papel evoluciona: nuestra actividad, la de Relyens y su ecosistema, ya no se limita a frenar las crisis, nuestra función es construir organizaciones sólidas, capaces de aprender, anticiparse y cooperar.

Nuestro propósito: acompañarles en sus reflexiones y decisiones, y ofrecerles información útil para potenciar su trabajo diario.



»

«Nuestra actividad ya no se limita a frenar las crisis, nuestra función es construir organizaciones sólidas, capaces de aprender, anticiparse».

Metodología

Relyens decidió reunir a las partes implicadas de todo el ecosistema sanitario.

Gracias a su larga trayectoria y su profundo conocimiento de los retos que afrontan los profesionales sanitarios, el Grupo logró facilitar la colaboración entre expertos, profesionales, clientes, clientes-mutualistas y agentes institucionales, en torno a un objetivo común: comprender mejor los riesgos e identificar vías concretas para fortalecer la resiliencia de las instituciones sanitarias.

Este estudio prospectivo y su análisis se llevaron a cabo conjuntamente con el comité científico de riesgos sanitarios de Relyens, cuya función consistió en elaborar una matriz de riesgos, antes de la encuesta, para someterla a evaluación por parte de los profesionales sanitarios. Sus miembros desempeñaron un papel esencial en el análisis y los debates.

Una vez definido este marco, Relyens seleccionó a Ipsos, un instituto de investigación reconocido y certificado, para realizar una encuesta sin precedentes entre casi 1.000 directivos y profesionales sanitarios de instituciones sanitarias públicas y privadas de Francia, Alemania, Italia y España. El objetivo: recabar la opinión de los profesionales sanitarios sobre los riesgos que afrontan sus instituciones e identificar posibles vías de acción.

Paralelamente, Relyens llevó a cabo aproximadamente diez entrevistas con las principales federaciones hospitalarias públicas de los países en los que el Grupo está implantado y otras partes implicadas europeas, con el fin de perfeccionar esta visión prospectiva. A través de estos diálogos, fue posible comparar diferentes puntos de vista, aclarar los retos e identificar caminos para la resiliencia.

Todos los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, fueron analizados por Relyens y el comité científico de riesgos sanitarios, lo que garantizó la coherencia y solidez de las conclusiones.

Principales etapas del estudio

Bajo la supervisión del comité científico, garante de la rigurosidad metodológica y la independencia del trabajo

Identificación de los 25 riesgos principales

Matriz de riesgos elaborada con el comité científico de riesgos sanitarios

Entrevistas individuales

Entrevistas con federaciones y partes implicadas europeas

Encuesta europea a gran escala

Administración del cuestionario, consolidación de los resultados y ajuste por parte de Ipsos

Informe prospectivo

Análisis y síntesis de los resultados elaborados con el comité científico de riesgos sanitarios

UN CUESTIONARIO CON VARIAS SECCIONES COMPLEMENTARIAS

PRIMERA PARTE

Situación actual de los riesgos: identificación y jerarquización de 25 riesgos agrupados en seis categorías principales (véase el detalle en la página 8). Se pidió a los encuestados que evaluaran la **probabilidad**, posteriormente, la **gravedad de las repercusiones** y, por último, el **nivel de preparación** de su centro ante estos riesgos, en una escala de 1 a 5.

SEGUNDA PARTE

Riesgos a medio plazo: selección aleatoria de cinco de los 25 riesgos disponibles para cada encuestado, con el fin de hacer un análisis profundo de las **dependencias entre riesgos**, sus **repercusiones en la seguridad de los pacientes** y los niveles de preparación. La asignación aleatoria garantiza un equilibrio estadístico entre todos los riesgos.

TERCERA PARTE

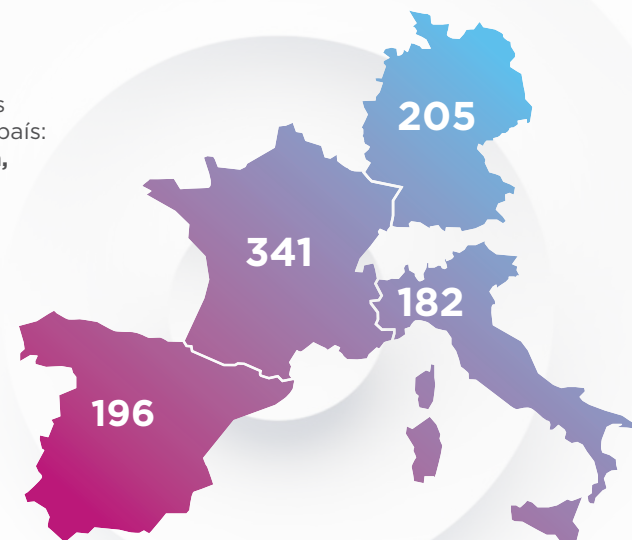
Gestión y acompañamiento: identificación de las necesidades percibidas por los centros sanitarios para reforzar su preparación.

CUARTA PARTE

Barómetro de vigilancia: proyección a más largo plazo (diez años) de la percepción del entorno sanitario, evaluada en una escala que abarca desde «tranquilo» hasta «tormentoso».

Muestra

Distribución de los participantes por país: **Francia, Alemania, Italia y España.**



→ **924**
encuestados
en total

→ **524**
directivos
(direcciones de recursos humanos, sistemas de información, de operaciones clínicas, directores médicos, coordinadores de enfermería, etc.)

→ **400**
profesionales sanitarios
(médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de apoyo)

Los resultados se ponderaron para evitar la sobrerrepresentación de algún país o categoría profesional. El análisis compara las percepciones de los directivos y las del personal sanitario, así como las diferencias nacionales.

Matriz de riesgos

La matriz de 25 riesgos es el resultado de un importante trabajo del comité científico, en colaboración con expertos de Relyens, un esfuerzo conjunto que permitió identificar los riesgos más relevantes, que se incorporaron a un cuestionario accesible (15 minutos en línea) y práctico para uso estadístico.

Riesgos sociales

1. Envejecimiento de la población y aumento de enfermedades crónicas
2. Desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria
3. Desinformación y desconfianza del público

Riesgos económicos

4. Aumento de los costes de la asistencia médica
5. Inestabilidad de los modelos de financiación y reembolso
6. Interrupciones en la cadena de suministro
7. Riesgos financieros y de activos
8. Ralentización económica

Riesgos geopolíticos

9. Inestabilidad política y conflictos
10. Migraciones y presión sobre los sistemas sanitarios transfronterizos
11. Restricciones comerciales y sanciones

Riesgos medioambientales

12. Repercusiones de los fenómenos meteorológicos extremos
13. Evolución de las enfermedades relacionadas con las condiciones meteorológicas
14. Retos relativos a la sostenibilidad de las infraestructuras y los recursos
15. Contaminación y degradación medioambiental

Riesgos tecnológicos

16. Amenazas relacionadas con la ciberseguridad y la protección de datos
17. Fiabilidad de la inteligencia artificial (IA) y la automatización
18. Intercambio de datos y gestión de la información
19. Monopolio tecnológico y dependencia digital

Riesgos específicos de los servicios sanitarios

20. Escasez de personal y agotamiento profesional
21. Errores médicos y seguridad del paciente
22. Retos relacionados con la medicina personalizada y predictiva
23. Descentralización y garantía de la calidad asistencial
24. Adaptación de la normativa
25. Preparación ante pandemias y amenazas sanitarias emergentes

Comité científico

Los riesgos constituyen una materia viva, ya que se transforman, evolucionan, desaparecen o, por el contrario, se intensifican. Analizar su dinámica para comprender mejor las presiones a las que se enfrentan nuestros clientes y acompañarlos de forma más eficaz: esa es la responsabilidad que Relyens ha asumido. El comité científico, creado en 2025, apoya, cuestiona y promueve esta labor con el fin de garantizar que este tema tan complejo sea abordado con rigor y objetividad.

El comité científico de riesgos sanitarios, adscrito al Consejo de Administración de Relyens y compuesto por expertos independientes y representantes de la dirección del Grupo, se creó para garantizar la calidad del trabajo y asegurar su coherencia con la estrategia de la empresa. Dominique Godet, Director General de Relyens, es uno de sus miembros.

Desde el 21 de enero de 2025, este comité científico reúne a expertos e investigadores internacionales en materia de riesgos médicos y evaluación de riesgos extremos:

«La misión del comité científico de riesgos sanitarios de Relyens es ambiciosa: estudiar la evolución de los riesgos sanitarios. Sus sesiones de trabajo se caracterizan por su elevado nivel de exigencia y la precisión de sus análisis. Los expertos del comité interactúan con el director general del Grupo y sus colaboradores en un ambiente de cooperación, pero conservan su independencia de criterio. Este informe es el fruto de este trabajo en conjunto y refleja una convicción común: anticipar y analizar los riesgos implica preparar respuestas informadas y fortalecer la resiliencia de los profesionales sanitarios».



Paolo Silvano

Presidente del comité científico

de riesgos sanitarios, exdirectivo de tres importantes grupos sanitarios privados franceses, miembro del Consejo de Administración de la Unión Europea de Hospitales Privados (UEHP)



Prof. David Bates

Profesor del Departamento de Política y Gestión Sanitaria

y Jefe de la División de Medicina General del "Brigham and Women's Hospital" de la Facultad de Medicina de Harvard



Prof. Niek Klazinga

Profesor emérito del Centro Médico de la Universidad de Ámsterdam

Profesor emérito del Centro Médico Universitario de Ámsterdam (UMC) y asesor de la OCDE en calidad de la asistencia sanitaria y resultados clínicos



Prof.ª Marie Kratz

Profesora de la ESSEC Business School

y Directora de CREAR, Centro de Investigación en Economía, Finanzas y Ciencias Actuariales sobre Riesgos de la ESSEC Business School.



Alix Roumagnac

Presidente de Predict Services

Solución de predicción y gestión de fenómenos meteorológicos de alto riesgo

1

Policrisis

y necesidad de anticipación

Los encuestados prevén una acumulación de crisis simultáneas, económicas, sociales, sanitarias y climáticas, que podrían tener un fuerte impacto en el sistema sanitario. El estudio también destaca márgenes de progresión en la preparación ante estos riesgos. El nivel de preparación percibido suele parecer desconectado de la gravedad real de las amenazas, lo que pone de relieve la magnitud de las transformaciones que deben llevarse a cabo en el sector. La vulnerabilidad de los sistemas sanitarios europeos se manifiesta a través de la acumulación de amenazas potenciales y una mayor necesidad de anticipación.

Los tres principales riesgos de aquí a cinco años

- 1 > **El envejecimiento de la población**
y el aumento de enfermedades crónicas
- 2 > **La escasez de personal**
y el agotamiento profesional
- 3 > **El aumento de los costes**
de la atención médica

EL 80 %

de los riesgos predefinidos como trascendentales (con una probabilidad y una gravedad evaluadas en 4/5 y 5/5, respectivamente) también **se consideran escasamente anticipados.**

«Fortalecer la resiliencia requiere vincular dos horizontes: resultados rápidos y una visión a medio plazo que dé forma al esfuerzo».

Percepción de los principales riesgos

Más allá de la diversidad de los riesgos, algunos destacan por su carácter crítico, es decir, el producto de la probabilidad y la gravedad. Teniendo en cuenta este concepto, surge un panorama de riesgos más matizado.

Los siguientes riesgos ya no se consideran hipotéticos; su aparición se considera muy probable y sus consecuencias importantes. Por consiguiente, se convierten en una prioridad absoluta para la vigilancia colectiva, y las instituciones sanitarias ya los están abordando.

PERSPECTIVAS CRUZADAS

¿Cuál cree que es el riesgo más subestimado?

El riesgo de desafección del personal sanitario

según Carlos Rus

Ex-presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)



«Observamos un cambio de actitud entre los equipos profesionales, que da prioridad al equilibrio entre la vida personal y la vida profesional. Esta nueva realidad obliga a integrar estas exigencias en las políticas de recursos humanos».

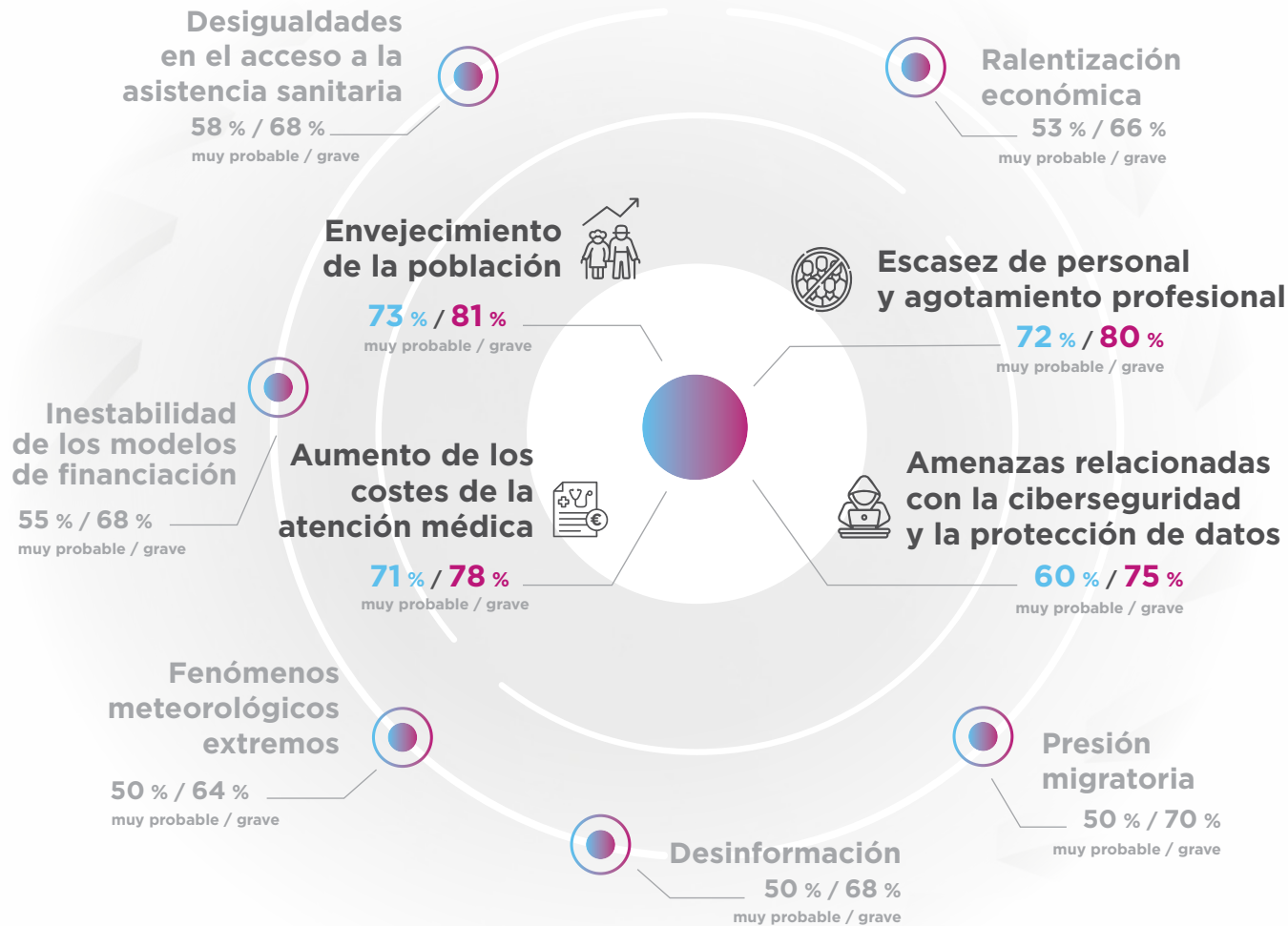
El aumento del coste de las innovaciones terapéuticas

según Fabrizio D'Alba - Director General del Hospital Umberto I de Roma, Presidente de Federsanità



«Los tratamientos personalizados y las terapias génicas ofrecen perspectivas extraordinarias, pero su precio es tan elevado, que es posible que el sistema no pueda asumirlo. Si los ciudadanos descubren la existencia de un medicamento, pero no pueden obtenerlo, nos arriesgamos a una profunda fractura social y a una desconfianza persistente hacia el sistema sanitario».

Cuatro grandes retos para el futuro de los sistemas sanitarios



PRIMER CÍRCULO

Aunque la probabilidad del riesgo de ciberseguridad es menor que la de los tres primeros, sigue teniendo un nivel de gravedad significativo (75 %). Este es el tipo de cálculo de repercusiones que debemos integrar entre las principales prioridades de análisis.

SEGUNDO CÍRCULO

Alrededor de este núcleo, en segundo plano, surge otro círculo de riesgos. A pesar de que se consideran menos probables (aproximadamente un 50 %), estos riesgos pueden ser desestabilizadores, ya que su gravedad se estima entre el 65 % y el 70 %.

Nota de lectura

Cada uno de los 25 riesgos se calificó según su probabilidad de ocurrencia, de 1 (baja) a 5 (alta). Para los riesgos más probables (4-5), se asignó una calificación utilizando la misma metodología (de 1 a 5) con el fin de evaluar su gravedad. Para mayor claridad de la información, la infografía ilustrativa no representa un tercer círculo de riesgos.

Preparación ante los riesgos

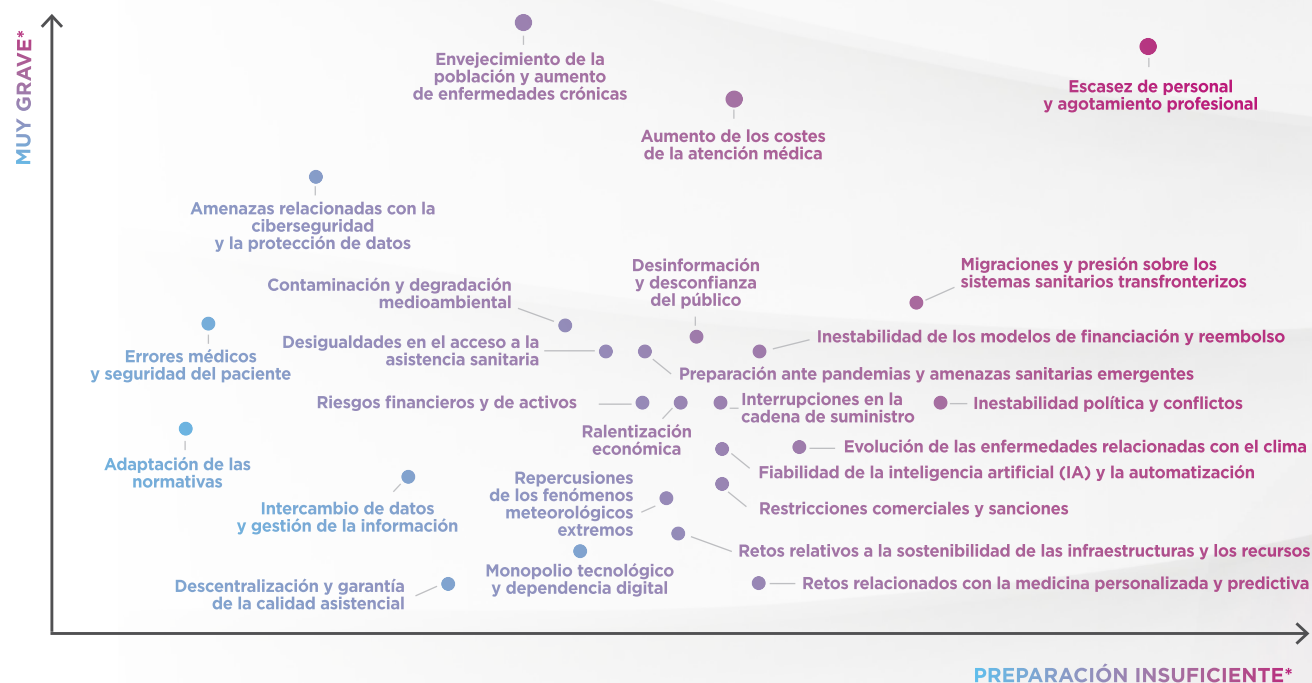
Un riesgo se convierte en motivo de preocupación cuando combina un nivel de repercusión elevado con una preparación insuficiente. Por consiguiente, el diagrama revela las vulnerabilidades, como la presión sobre los recursos humanos, y la sólida capacidad de resiliencia del sistema, especialmente ante riesgos técnicos y normativos.

La escasez de personal y el agotamiento profesional parecen ser los riesgos para los que los encuestados se sienten menos preparados o para los que no prevén un resultado positivo por el momento. Por el contrario, según los encuestados, los errores médicos, las amenazas relacionadas con la ciberseguridad, la protección de datos, el intercambio de información y la adaptación de la normativa se benefician de una mejor preparación.

El estudio muestra que el nivel de preparación de los centros sanitarios no siempre corresponde a la probabilidad ni la gravedad de los riesgos identificados. Precisamente en esta brecha entre la amenaza y la capacidad de respuesta, residen los principales retos de los próximos años, ya que un riesgo se convierte realmente en motivo de preocupación, cuando combina un nivel de repercusión elevado con una preparación insuficiente.

Para reflejar estos resultados y medir la magnitud de estos retos, los riesgos se han agrupado en una **cartografía de retos del sistema sanitario**. Esta representación permite comprender la situación rápidamente.

VULNERABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES A TODOS LOS RIESGOS



*Porcentaje de encuestados que consideraron la gravedad como elevada (4/5 y 5/5) en el eje Y y su nivel de preparación ante dicho riesgo como insuficiente (1/5 y 2/5) en el eje X

Nota de lectura

Los encuestados pudieron especificar su percepción del riesgo para todos los riesgos considerados probables (con una calificación de 4/5 y 5/5), utilizando dos criterios: gravedad y nivel de preparación. El diagrama, que representa la proporción de encuestados que calificaron los riesgos como graves y su centro como poco preparado para hacerles frente, ilustra el nivel de vulnerabilidad.

Por un lado, el diagrama destaca las **amenazas consideradas más críticas**, es decir, aquellas que combinan un nivel de repercusión elevado (para más del 70 % de los encuestados) con una capacidad de preparación muy insuficiente (para más del 40 % de los encuestados). Estos riesgos, como la escasez de personal o el aumento de los costes de la atención médica, situados en la parte superior derecha del diagrama, representan áreas de vulnerabilidad importantes para las instituciones sanitarias y requieren una mayor vigilancia, así como acciones preventivas prioritarias con inversiones específicas.

Por otro lado, el diagrama también revela **ámbitos de resiliencia**; algunos riesgos, aunque identificados como graves, parecen estar mejor gestionados gracias a las medidas de prevención o preparación ya implementadas. Estos riesgos, situados en la parte superior izquierda, muestran que los centros sanitarios no soportan las amenazas de forma pasiva, sino que desarrollan capacidades de adaptación y respuestas a nivel de la organización. Si bien estas capacidades y respuestas aún requieren mayor desarrollo (puntuaciones de 3 a 5), la zona que incluye, por ejemplo, los riesgos de ciberseguridad y el riesgo de errores médicos, ilustra, como mínimo, una sensibilización y una voluntad de actuar.

Por último, los riesgos situados más abajo en el diagrama, como el riesgo relacionado con interoperabilidad de los datos o la adaptación de las normativas, reflejan asuntos considerados menos prioritarios o mejor controlados. En resumen, este diagrama permite **presentar una visión general completa**, que abarca desde urgencias críticas hasta ámbitos considerados como bajo control, e identificar el punto en el que se concentran las vulnerabilidades prioritarias.

LA MIRADA DEL COMITÉ

Los riesgos percibidos reflejan tensiones ya palpables sobre el terreno



Prof. David Bates

Profesor del Departamento de Política y Gestión Sanitaria en Harvard, miembro del comité científico

«El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas son las principales preocupaciones. Si bien estas amenazas son estructurales, hoy en día hay otras que son aún más acuciantes: la escasez de personal y la presión económica. Estos factores no son indicadores de las tensiones que definirán el sector en el futuro, sino que reflejan tensiones que ya son palpables sobre el terreno.»

El agotamiento profesional del personal sanitario es un claro ejemplo. Subestimado durante mucho tiempo, ahora afecta prácticamente al 50 % de los profesionales en Estados Unidos. El aumento de la carga de las tareas administrativas explica en parte esta tendencia. Algunos médicos trabajan decenas de horas a la semana actuali-

zando las historias clínicas de sus pacientes en el ordenador. Más allá del cansancio, esto altera la propia vocación de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, existen mecanismos para actuar. Por ejemplo, las soluciones de "IA ambiental" en el sector sanitario que permiten generar automáticamente notas de consulta, reduciendo así la carga cognitiva de los profesionales. Asimismo, he observado experimentos sobre el terreno que han demostrado una disminución del 25 % del agotamiento profesional en los equipos involucrados; un resultado sin precedentes, obtenido mediante una reorganización inteligente del tiempo dedicado a la asistencia sanitaria, sin necesidad de grandes reformas.

Son muchas las organizaciones que continúan funcionando con una mentalidad de urgencia y cortoplacista. Por tanto, fortalecer la resiliencia requiere vincular dos perspectivas: resultados rápidos, visibles (y alentadores) para los equipos y una visión a medio plazo que dé forma a los esfuerzos».

2 Seguridad del paciente comprometida

La seguridad del paciente se considera como la consecuencia más tangible de la policrisis. Sufre las repercusiones directas de la escasez de personal, la sobrecarga de trabajo y el aumento de errores médicos que esto conlleva, reflejando tanto la presión a la que están sometidos los profesionales sanitarios como la resiliencia general de los sistemas sanitarios.

El reto es evidente, ya sea para los médicos como para todos los profesionales sanitarios: gestionar los riesgos constituye, ante todo, una forma de brindar una asistencia sanitaria digna y tranquila.

Los 3 principales riesgos para el paciente

Según los directivos, cuatro problemas principales figuran entre los 10 principales riesgos con repercusiones significativas en la seguridad del paciente:

- 1 > **Preparación ante pandemias y amenazas sanitarias emergentes**
- 2 > **Intercambio de datos y gestión de la información**
- 3 > **Desinformación y desconfianza del público**

EL **72 %**

de los encuestados considera que la escasez de personal compromete directamente la seguridad de la asistencia sanitaria.

«La seguridad del paciente refleja la calidad de la gestión de riesgos: si bien se ve afectada por sus deficiencias, también constituye su principal razón de ser».

Retos y dificultades relacionados con la seguridad del paciente

La seguridad del paciente, preocupación central para todos los profesionales sanitarios y administrativos, sigue representando un reto para los sistemas sanitarios. Refleja la interconexión de varias dificultades: humanas, económicas, tecnológicas y organizativas.

RIESGOS PRINCIPALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



72 %

Escasez de personal y agotamiento profesional



65 %

Aumento de los costes de la atención médica



60 %

Interrupciones en la cadena de suministro



57 %

Amenazas a la ciberseguridad y la protección de datos



56 %

Errores médicos y seguridad del paciente



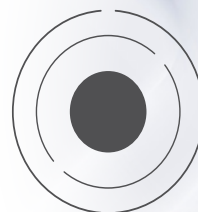
55 %

Ralentización económica

Los riesgos identificados por los profesionales esbozan un sistema sometido a una presión estructural. Para el 72 %, la escasez de personal compromete directamente la seguridad de la asistencia sanitaria, lo que indica que las dificultades relacionadas con el centro, la contratación, el absentismo o las limitaciones organizativas tienen repercusiones en las interacciones clínicas.

El aumento de los costes sanitarios (65 %) y las interrupciones en la cadena de suministro (60 %) ilustran un entorno en el que incluso el más mínimo fallo pone en dificultades a los profesionales sanitarios, lo que podría comprometer la calidad de la asistencia sanitaria. Las amenazas relacionadas con la ciberseguridad y la protección de datos, así como con la seguridad del paciente también se consideran importantes: el 57 %. Esta cifra pone de relieve la relación entre la continuidad de la asistencia sanitaria y la exposición de las infraestructuras digitales.

Aunque los errores médicos (56 %) se sitúan en un lugar inferior en la clasificación, constituyen claramente un riesgo reconocido en lo que respecta a la seguridad del paciente. Este conjunto crea un panorama en el que los riesgos clínicos son simplemente la manifestación final de presiones sistémicas entrelazadas y en el que la seguridad real depende de la calidad de la interacción entre el personal sanitario y el paciente.



Si bien todas las categorías de riesgo están representadas entre los diez principales riesgos que afectan la seguridad del paciente, la escasez de personal y el agotamiento profesional sobresalen claramente.

PERSPECTIVAS CRUZADAS

¿Qué aspectos deberían desarrollarse para mejorar la seguridad del paciente?



Mayor medicalización en las residencias para personas mayores

según Charles Guépratte
Director General de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

«En la actualidad, un paciente de más de 75 años puede pasar 72 horas en una camilla en urgencias, ser hospitalizado en un servicio inadecuada y luego salir con un estado de salud deteriorado debido a la falta de asistencia adaptada a su problema específico: necesidad de una intervención rápida y específica en caso de caída, deshidratación o desnutrición. Esto puede causar una recaída e incluso, posiblemente, la muerte en los meses siguientes. No cabe duda de que si el mismo paciente hubiera podido permanecer en su residencia para personas mayores con el cuidado adecuado, la pérdida de autonomía podría haberse limitado».



Calidad y pertinencia de la asistencia sanitaria

según Zaynab Riet
Delegada general de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

«Afirmar que cada euro gastado en la salud es un euro bien invertido, es fundamental. Para lograrlo, es necesario reducir los procedimientos redundantes, las recetas innecesarias y las interrupciones en el proceso de asistencia sanitaria. Esto es esencial para nuestro sistema sanitario; si somos pertinentes, podremos garantizar la calidad de la asistencia, asegurando a la vez la sostenibilidad del sistema ante los numerosos retos que debemos afrontar.»



Un acceso a la asistencia sanitaria equitativo

según el Dr. Ignasi Carrasco Miserachs
Director, Área Asistencial - Servei Català de la Salut

«La equidad en el acceso al sistema sanitario es una condición esencial para la seguridad del paciente. Cuando el acceso se dificulta, las desigualdades aumentan y los riesgos para la salud se agravan. Generalmente, se habla de seguridad una vez que el paciente recibe atención; pero esta comienza mucho antes, en la capacidad del sistema para garantizar un acceso rápido y equitativo a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento».



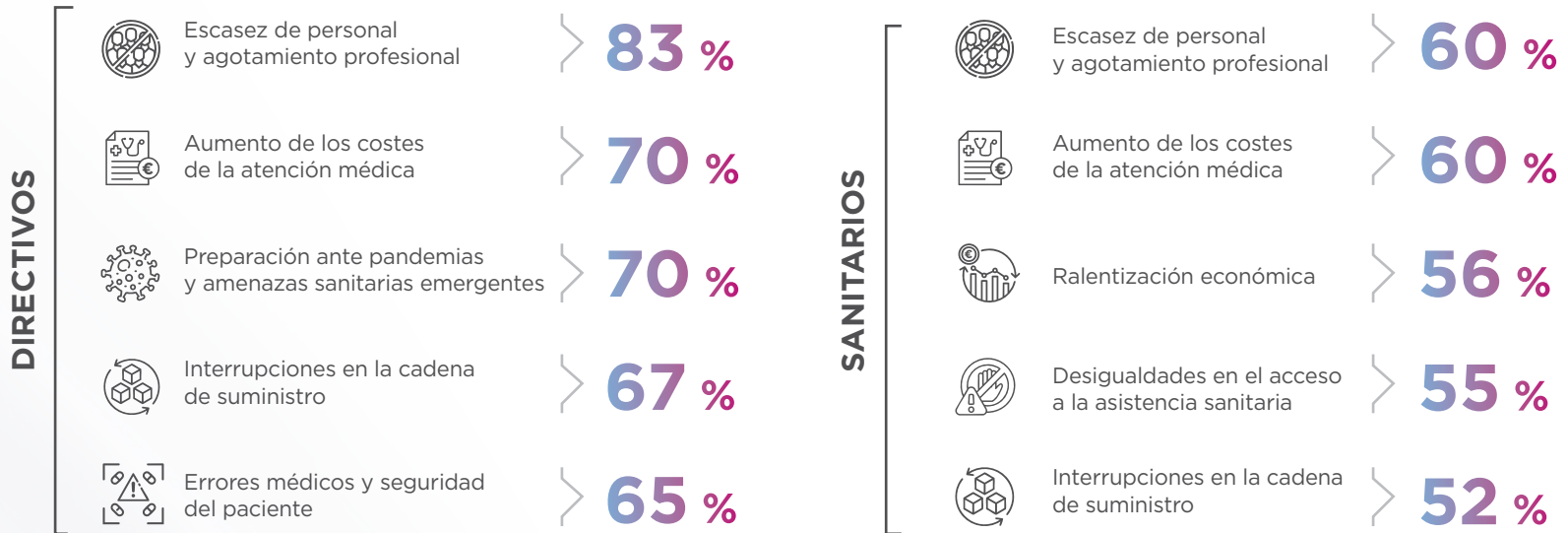
Un enfoque estratégico para la seguridad del paciente

según Stéphane Boulanger
Policy Advisor de l'European Patient Safety Foundation (EUPSF)

«La seguridad del paciente es mucho más que un reto operativo. Es estratégica, tanto a nivel de las instituciones sanitarias como de las políticas nacionales o europeas. Interactúa directamente con la sostenibilidad financiera, la retención del personal, la calidad de la asistencia sanitaria e incluso la “value-based care”*. Estos problemas suelen abordarse de forma aislada, a pesar de que están estrechamente vinculados. Al mejorar la seguridad del paciente, también se mejora la calidad de los procesos de asistencia sanitaria, el desempeño general de las instituciones sanitarias y la salud de los profesionales».

Value-based care es una metodología para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, cuyo objetivo es medir la mejora del estado de salud de los pacientes tras su tratamiento en el hospital.

Directivos y personal sanitario para mejorar la seguridad del paciente



Aunque ambos grupos coinciden en el impacto de la escasez de personal y el aumento de los costes de la atención médica, el personal sanitario evalúa los riesgos para la seguridad del paciente de forma más mesurada.

El 60 % del personal sanitario da prioridad únicamente a los dos principales retos mencionados, mientras que **los directivos califican seis retos con más del 60 %**. Las principales disparidades surgen en la clasificación de ciertos riesgos.

Los directivos clasifican **los riesgos relacionados con las pandemias, el intercambio de datos y la gestión de la información, la desinformación del público y el envejecimiento de la población** entre sus diez principales riesgos en relación con la seguridad del paciente, mientras que estos riesgos no figuran en la clasificación del personal sanitario.

Por el contrario, el personal sanitario destaca **la carga que representa la desigualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, las crisis económicas, la evolución de las enfermedades relacionadas con el clima, así como las migraciones y la presión sobre los sistemas sanitarios transfronterizos**.

En términos de seguridad del paciente, la confianza entre el paciente y el profesional sanitario es crucial para la eficacia de los tratamientos.



Prof. Niek Klazinga

Profesor emérito del Centro Médico Universitario de Ámsterdam (UMC) y asesor de la OCDE en calidad de la asistencia sanitaria y resultados clínicos

«La seguridad del paciente surge de las interacciones permanentes entre tres niveles: micro (el encuentro entre el profesional sanitario y el paciente), meso (la organización hospitalaria) y macro (las políticas públicas).

Sin embargo, los riesgos circulan; la escasez de personal, las limitaciones presupuestarias, la presión administrativa o las perturbaciones logísticas repercuten afectando al paciente. Cuando deberíamos estar escuchando, explicando y verificando datos, falta tiempo; la comunicación se interrumpe, los resultados se retrasan y el error acecha. Aunque se pueden compensar, los cuasiincidentes son numerosos, y cada incidente acarrea una pérdida de eficacia, complica los procedimientos y finalmente afecta de forma negativa el cuidado del paciente. Ante esta realidad, tres posibles vías de acción son necesarias.*

Primero, aceptar la complejidad. Pensar riesgo por riesgo no es suficiente: se necesita un enfoque sistémico, capaz de anticipar las interconexiones y reducir el riesgo de "efecto dominó".

Segundo, adoptar un liderazgo valiente y desarrollar habilidades para establecer límites claros cuando la seguridad ya no esté garantizada, incluyendo la decisión de no asignar camas disponibles si el equipo no puede garantizar el cuidado adecuado del paciente.

Finalmente, desarrollar una relación, un contexto de confianza. Para el paciente: sin este vínculo de confianza, la adherencia del paciente disminuye y aumenta la iatrogenia farmacológica. Para el personal sanitario: una cultura de seguridad dinámica y medida periódicamente atrae y retiene el talento mejor que un tablero de indicadores de seguridad».



* Los cuasiincidentes designan los incidentes que podrían haber resultado en un error médico, pero que se evitaron a tiempo, a menudo mediante acciones correctivas o gracias a una afortunada coincidencia.

3

Convergencia europea, realidades nacionales

En general, los países coinciden en sus observaciones y preocupaciones. Sus valoraciones del riesgo convergen; en todas partes, las restricciones económicas, la fragilidad en cuanto a los recursos humanos y la preparación frente a las crisis figuran entre los principales retos.

Esta realidad refleja desafíos comunes que todos debemos afrontar, a pesar de los contextos nacionales particulares.

«De turbulento a tormentoso»

Una cuarta parte (25 %) de los encuestados percibe un futuro «turbulento» o «tormentoso» de aquí a cinco años.

93 %

de los encuestados cree que la situación del sistema sanitario se deteriorará en los próximos diez años.

«Si reconocemos nuestras interdependencias, preservaremos a largo plazo la capacidad de brindar asistencia sanitaria».

Resultados a escala europea

Los cuatro países encuestados comparten la expectativa común de un deterioro gradual. Una cuarta parte (25 %) de los encuestados ya percibe un futuro «turbulento o tormentoso» de aquí a cinco años; la proporción aumenta al 37 % de aquí a diez años.

Al analizar más detenidamente país por país, esta percepción se vuelve más matizada y diversificada.

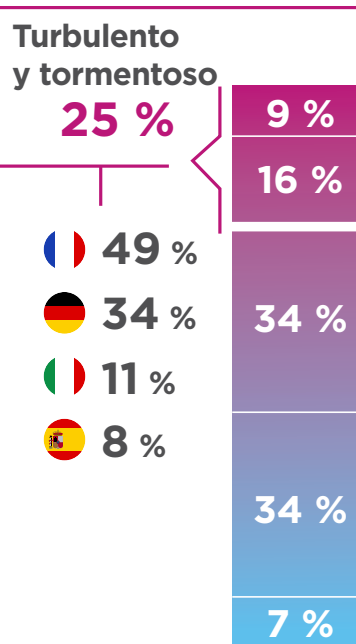
Los encuestados franceses se muestran particularmente pesimistas a medio plazo, con una proporción superior a la media y un futuro «tormentoso» dentro de cinco años. A pesar de que los italianos y los españoles se muestran más serenos a medio plazo, su preocupación aumenta de aquí a diez años.

Los alemanes parecen más estables en sus proyecciones y adoptan una visión moderada, favoreciendo un escenario «inestable» en lugar de uno «tormentoso».

Nota de lectura

De los 100 italianos que respondieron a nuestra encuesta, 11 creen que el futuro será «turbulento» o «tormentoso» de aquí a cinco años. De aquí a diez años, 31 de ellos comparten esta apreciación.

Perspectiva a 5 años



Tormentoso
Riesgo global que amenaza nuestro sistema sanitario de forma duradera

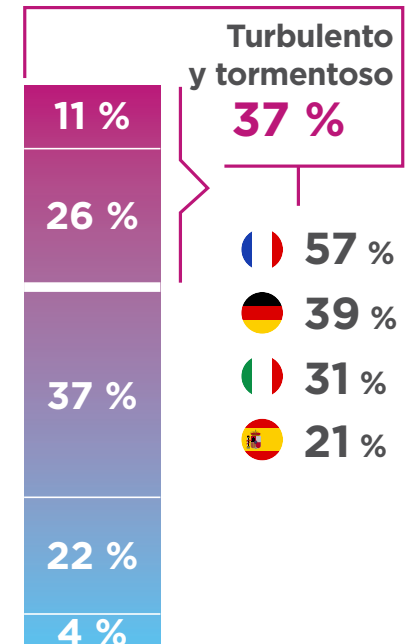
Turbulento
Cambios drásticos y riesgo elevado de catástrofes a nivel mundial

Inestable
Algunas inestabilidades, riesgo moderado de catástrofes a nivel mundial

Estable
Alteraciones aisladas que deben gestionarse a nivel hospitalario

Tranquilo
Riesgo insignificante, sin nuevas alteraciones

Perspectiva a 10 años



VULNERABILIDADES COMUNES

En toda Europa, dos problemas destacan por su probabilidad, gravedad y nivel de preparación que todavía se considera demasiado bajo: la escasez de personal y el agotamiento profesional, así como el envejecimiento de la población asociado a enfermedades crónicas.

La **ciberseguridad** figura también entre las principales preocupaciones, tanto por el aumento de la frecuencia de los ataques como por su nivel de repercusión. Los países también coinciden en el aumento de los **riesgos medioambientales**, entre los que destacan las enfermedades relacionadas con el clima, seguidas de los fenómenos meteorológicos extremos, así como, la **desinformación y la desconfianza del público** hacia las instituciones sanitarias.

Finalmente, todos expresaron una **preocupación por la incertidumbre económica y regulatoria**: fluctuaciones en la financiación, rigor presupuestario y una adaptación insuficiente de las normas respecto a las innovaciones médicas. La idea de una interdependencia cada vez mayor entre los riesgos (por ejemplo, entre la tensión geopolítica y las interrupciones del suministro) es ampliamente compartida.

VARIACIONES LOCALES

Se observan diferencias notables en la priorización de los riesgos y la percepción del nivel de preparación entre países.

- **En Francia**, la preocupación se centra en las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria y los riesgos de interrupciones en la cadena de suministro.
- **En Alemania**, los encuestados parecen mostrar mayor sensibilidad a los movimientos migratorios.
- **En Italia y España**, la desinformación y la desconfianza del público se consideran los problemas más preocupantes.

PERSPECTIVAS CRUZADAS

¿Qué papel desempeña Europa en la resiliencia común?



Conciliar rigor ético, protección de datos y ambición científica

según **Sophie Beaupère**

Delegada General de Unicancer

«El Plan Europeo contra el Cáncer es un muy buen ejemplo, ya que aspira a elevar el nivel de atención en todos los países, estructurar redes de expertos transnacionales y facilitar el intercambio seguro de datos sanitarios. Esto es esencial, especialmente para los cánceres raros o pediátricos que requieren disponer de bases de datos suficientemente grandes para avanzar».



La eficacia de los procesos sanitarios

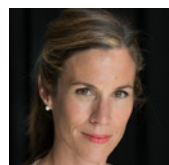
según **Carlos Rus Palacios**

Ex-presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

«La integración y el intercambio de datos, así como la interoperabilidad de las historias clínicas son elementos esenciales para fortalecer la resiliencia de los sistemas sanitarios en Europa. Otro aspecto clave: la transición hacia un “hospital verde” debe consolidarse en toda Europa como una solución para mejorar la sostenibilidad y la eficacia de los procesos sanitarios».

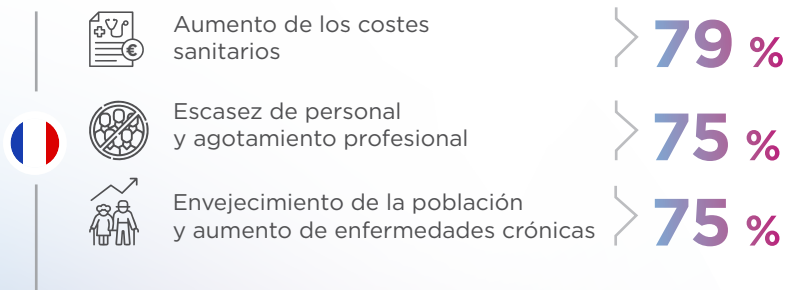
ENTREVISTA

«Percibo la misma voluntad en todas partes: dar nuevamente sentido y valor a la asistencia sanitaria».



Laura Goddard

Directora Ejecutiva de Relyens Francia



Los tres principales retos de Francia en la evaluación de probabilidad de los 25 riesgos para los hospitales

«Sobre el terreno, observo un mismo reflejo: los profesionales me hablan primero del presupuesto, de los retos de RR. HH. y luego de la asistencia sanitaria. El peso cada vez mayor de esta lógica financiera, en un contexto económico restrictivo en el que prima el corto plazo sobre el largo plazo, fomenta un sentimiento de degradación: las colas se alargan, los riesgos psicosociales de los profesionales sanitarios se acentúan, la capacidad de ofrecer una asistencia sanitaria constante y equitativa disminuye, las crisis vocacionales se intensifican, mientras que las personas que pueden pagar acceden más rápidamente a los diagnósticos y los tratamientos. Esta situación agrava el fenómeno de un sistema sanitario dual.

Mientras que la transformación digital y tecnológica de las instituciones sanitarias se acelera, el personal sanitario y los médicos piden tiempo, formación y equipos completos, estables y competentes.

Al escucharlos, me doy cuenta de que los clientes buscan asociar nuevamente la gestión a la calidad asistencial, vincular los riesgos humanos, técnicos, tecnológicos y organizativos en lugar de acumularlos simplemente.

Percibo la misma voluntad en todas partes: dar nuevamente sentido y valor a la asistencia sanitaria para que la promesa francesa de atender a todos con equidad, compromiso y excelencia siga siendo una realidad, no solo un recuerdo».

«El sistema sanitario alemán sigue siendo eficaz gracias a su estructura federal».



Dirk Bednarek

Director Ejecutivo de
Relyens Alemania

la mano y fragilizan la atención al paciente. Si bien la innovación tecnológica y la digitalización se consideran promotores para el futuro, su implementación sigue siendo fragmentada, obstaculizada por la complejidad regulatoria, la diversidad de normas informáticas y una prudencia presupuestaria constante.

Las restricciones económicas suelen conducir a las instituciones a privilegiar el equilibrio financiero en detrimento de la transformación.

Alemania representa, por consiguiente, un sistema resiliente pero que se reinventa lentamente: robusto en tiempos de crisis, pero aún poco ágil ante cambios estructurales. Su futuro dependerá de su capacidad para integrar los retos humanos, tecnológicos y de gobernanza en un enfoque integral de gestión de riesgos».



Aumento de los costes sanitarios

> 78 %



Escasez de personal y agotamiento profesional

> 72 %



Envejecimiento de la población y aumento de enfermedades crónicas

> 72 %

«El sistema sanitario alemán sigue siendo eficaz gracias a su estructura federal y a la solidez de su red hospitalaria, pero su adaptación acarrea una presión cada vez mayor. A los directivos y los profesionales les preocupan la sostenibilidad financiera y la falta de recursos humanos, que constituyen los principales riesgos para la calidad y la continuidad de la asistencia sanitaria. El envejecimiento de la población y la escasez de personal van de

Los tres principales retos de Alemania en la evaluación de probabilidad de los 25 riesgos para los hospitales

«La historia clínica única allana el camino hacia un sistema sanitario más fluido».



Philippe Paul

Director Ejecutivo de
Relyens España

taques; todo ello ha reavivado la conciencia del riesgo, incluso en el sector sanitario.

Sin embargo, España se mantiene a la vanguardia en otro frente. Junto con Noruega y Dinamarca, se encuentra entre los países más avanzados en la implementación de una historia clínica única interoperable del paciente. La historia clínica única del paciente allana el camino hacia un sistema sanitario más fluido, entre hospital y medicina ambulatoria, entre médicos generales y especialistas, y próximamente entre el sector público y el sector privado, con un proceso de atención optimizado para el paciente.

En lo relativo a los recursos humanos, cuando hablo con el personal sanitario y los directivos, escucho constantemente una palabra: “flexibilidad” para preservar su salud y poder conciliar su vida profesional y personal a largo plazo. En este sentido, el sector privado español está más adelantado, ya que ofrece horarios más flexibles y una organización más adaptada».



Envejecimiento de la población y aumento de enfermedades crónicas

> 77 %



Escasez de personal y agotamiento profesional

> 77 %



Aumento de los costes sanitarios

> 71 %

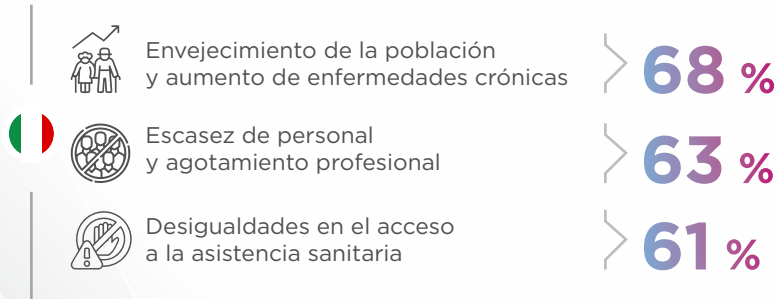
«Si bien España registra un sólido crecimiento, se enfrenta a las mismas tensiones que el resto de Europa: listas de espera interminables, hasta 800 000 pacientes a la espera de cirugía y dificultad para contratar suficientes médicos. El crecimiento económico ya no es suficiente para compensar las dificultades del sistema público, agravadas por el envejecimiento de la población y la importancia de las enfermedades crónicas. Además percibo una sociedad que tiene que lidiar con debates políticos y choques externos. La afluencia de refugiados ucranianos, las sanciones económicas procedentes del otro lado del Atlántico y la amenaza constante de cibera-

Los tres principales retos de España en la evaluación de probabilidad de los 25 riesgos para los hospitales

«El futuro del modelo italiano dependerá de su capacidad para integrar la gestión de riesgos y la ciberseguridad como dimensiones esenciales de la sostenibilidad».



Adriana Modauo
Directora Ejecutiva de Relyens Italia



Los tres principales retos de Italia en la evaluación de probabilidad de los 25 riesgos para los hospitales

«El sistema sanitario italiano se basa en un modelo universal que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria para todos. Si bien es reconocido por su equidad, se enfrenta a fuertes presiones económicas, a una escasez de personal y a grandes desafíos tecnológicos.»

La sostenibilidad del sistema es motivo de preocupación: el aumento del gasto público, el envejecimiento de la población y la complejidad administrativa fragilizan la gestión de los recursos y pueden alejar al paciente del centro de la toma de decisiones.

Las desigualdades regionales y sociales se acentúan, revelando un sistema híbrido en el que el uso del sector privado permite un acceso más rápido a la asistencia sanitaria que el servicio público.

Además, la transformación digital avanza lentamente: a pesar de la implementación de iniciativas, como la historia clínica electrónica y la telemedicina, las disparidades regionales, la falta de personal cualificado y la lentitud burocrática siguen obstaculizando el progreso.

El futuro del modelo italiano también dependerá de su capacidad para integrar la gestión de riesgos y la ciberseguridad como dimensiones esenciales de la sostenibilidad».

Se perfila una Europa sanitaria, entre riesgos comunes y respuestas aún por inventar



Paolo Silvano

Presidente del comité científico de riesgos sanitarios Relyens y miembro del Consejo de Administración de la Unión Europea de Hospitales Privados (UEHP)

«Los sistemas sanitarios europeos afrontan tensiones estructurales ya identificadas: falta de recursos humanos, aumento de los costes y envejecimiento de la población. Si bien se trata de un diagnóstico común, las respuestas siguen siendo profundamente nacionales. A pesar de enfrentarse a las mismas restricciones, cada país debe asumir su propia historia, su modelo de gobernanza y su cultura sanitaria.

Aunque en España un sistema más orientado hacia la prevención y la responsabilidad poblacional* parece atenuar las preocupaciones, la fragilidad de las cadenas de suministro sigue siendo un tema delicado. Italia se beneficia de una formación médica más amplia, pero se enfrenta al deterioro de algunas infraestructuras y a una demografía poco favorable.

Alemania, que ha lanzado una importante reforma de su sistema hospitalario, atraviesa un periodo de inestabilidad regulatoria. En Francia, la cuestión de los recursos humanos es primordial en un contexto de preocupación por la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria y la incertidumbre presupuestaria. A pesar de

que estas diferencias reflejan culturas administrativas y profesionales distintas, más que una brecha en el desempeño general, en todas partes surge el mismo patrón triple: recursos humanos limitados, una ecuación económica deficiente y una demanda creciente de asistencia sanitaria.

«Si reconocemos nuestras interdependencias, preservaremos a largo plazo la capacidad de brindar asistencia sanitaria».

Las partes implicadas no solo manifiestan tener la sensación de caminar sobre la cuerda floja, también expresan una determinación constante: mantener activos los sistemas que se perciben como esenciales para el bien común. Este aspecto representa una oportunidad europea.

Porque si se comparten las preocupaciones, resulta razonable explorar soluciones más coordinadas. Una “Europa sanitaria” no implica abolir la soberanía nacional, sino

organizar la cooperación donde resulta más eficaz: facilitando la movilidad de profesionales y pacientes cuando los recursos están distribuidos de forma desigual; poniendo en común determinadas funciones críticas (adquisición de medicamentos, ciberseguridad, preparación frente a las crisis, datos e interoperabilidad de historias clínicas) y compartiendo las lecciones aprendidas sobre modelos de procesos de atención optimizados para el paciente, gobernanza institucional eficaz, prevención y medicina personalizada que funcionen.

Transformar una preocupación común en un proyecto colectivo es precisamente lo que Europa sabe hacer cuando se fija un objetivo. La sanidad no es una excepción: si reconocemos nuestras interdependencias, preservaremos a largo plazo la capacidad de brindar asistencia sanitaria».

*El concepto de responsabilidad poblacional se basa en la responsabilidad compartida de todos los actores sanitarios de un territorio determinado con respecto a la sanidad de una población específica y la atención a los pacientes de dicha población, la cual desempeña un papel en su propia sanidad y en la prevención.



4

Riesgos desencadenantes y efecto dominó

Los riesgos no surgen de forma aislada; tienden a reforzarse y asociarse. Una crisis económica, por ejemplo, puede agravar la escasez de personal sanitario, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de errores médicos y poner en peligro la seguridad del paciente.

Los resultados de la encuesta europea hacen hincapié en estas reacciones en cadena e intensificación. Destacan que los riesgos interactúan entre sí y que sus repercusiones se acumulan. Esta dinámica exige superar un enfoque compartimentado para comprender mejor la complejidad de las situaciones a las que se enfrentan las organizaciones.

Las tres enseñanzas clave

- 1** Los riesgos identificados en el estudio no se suman; forman una red de dependencias mutuas.
- 2** Una crisis localizada, ya sea financiera, humana, tecnológica o geopolítica, puede propagarse y fragilizar todo el sistema.
- 3** Las crisis no son resultado de un factor aislado, sino de la interacción entre varias vulnerabilidades.

«Un enfoque sistémico e interdisciplinario del análisis y la gestión de riesgos es lo único que permitirá diferenciarse».

Galaxia de riesgos

Nota de lectura

Este diagrama dinámico de vulnerabilidades sistémicas representa las interconexiones entre los 25 riesgos principales: algunos riesgos se retroalimentan mutuamente y otros desencadenan efectos en cascada. A través de este análisis, es posible identificar los nodos críticos, los puntos de inflexión y las vías de propagación de una crisis dentro del sistema sanitario.

1 CÍRCULOS: los riesgos

Cada círculo representa un riesgo.

- **Tamaño:** Indica la probabilidad de ocurrencia; cuanto más grande es la burbuja, más probable se considera el riesgo.
- **Color:** Indica el tipo de riesgo: social, económico, tecnológico, medioambiental, geopolítico o específico del sistema sanitario.

Así pues, el círculo (escasez de personal y agotamiento profesional) es grande y se encuentra en el centro, indicando un riesgo muy probable.

2 LÍNEAS: las interconexiones

Las líneas conectan los riesgos que los encuestados perciben como relacionados entre sí. No implican causalidad, sino que representan una interconexión entre dos riesgos.

- **Grosor:** La longitud de las líneas no es representativa. El grosor es lo único que es significativo para indicar esta interconexión.
- **Selección:** Solo se muestran las 80 conexiones más sólidas (de las 600 posibles, 25x24) para facilitar la lectura.

Esto significa que la escasez de personal sanitario está estrechamente relacionada con las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria, los errores médicos y la seguridad del paciente, así como con el envejecimiento de la población.

3 ANÁLISIS: el sistema

El gráfico no clasifica los riesgos individualmente, sino que destaca grupos de vulnerabilidades interconectadas.

- **Los riesgos principales** (escasez de personal, envejecimiento de la población, seguridad del paciente) constituyen el núcleo del sistema.
- **Los riesgos intermedios** (tecnología, interoperabilidad, confianza, gobernanza) actúan como nodos que conectan diferentes ámbitos.
- **Los riesgos periféricos** (medioambientales, geopolíticos) ejercen una presión subyacente que influye en la estabilidad general sin manifestarse necesariamente de forma directa.



Una dinámica sistémica

Ante estas interconexiones, comienzan a perfilarse varios escenarios que revelan las posibles dinámicas del sistema.

1

El núcleo ecohumano:
tensión presupuestaria
y fragilidad de los recursos

La economía y los recursos humanos constituyen el núcleo interdependiente del sistema.

La subfinanciación crónica limita la inversión en prevención, tecnología digital y formación. A su vez, la escasez de personal reduce el rendimiento colectivo, fomenta el agotamiento y deteriora la calidad de la asistencia sanitaria.

Debido a esta doble restricción, económica y humana, se genera un círculo vicioso: **las tensiones financieras agravan la escasez, la escasez fomenta la desconfianza, la desconfianza debilita la legitimidad de las políticas públicas, etc.**

2

La tecnología:
un amplificador
transversal

A pesar de que suele considerarse como un aspecto periférico, la tecnología resulta ser un catalizador importante.

Los riesgos relacionados con la IA, la ciberseguridad y la interoperabilidad de los datos vinculan los retos económicos, la seguridad sanitaria y la confianza del público. Una gestión inadecuada de estas herramientas puede incrementar las tensiones existentes, mientras que una estrategia digital gestionada correctamente puede, por el contrario, fortalecer la resiliencia, asegurando los flujos, garantizando la continuidad de la asistencia sanitaria y mejorando el carácter atractivo del sector.

La tecnología digital no es, por tanto, un riesgo aislado, sino una variable amplificadora, positiva o negativa, para todo el sistema.

3 Gobernanza y confianza: los ejes invisibles

El análisis de nuestro diagrama muestra que la confianza del público y la gobernanza institucional desempeñan un papel más importante de lo previsto.

Vinculan grupos de riesgos económicos, de recursos humanos y tecnológicos: **cuando la confianza se deteriora, la coordinación se desmorona, la comunicación se debilita y la capacidad de respuesta colectiva disminuye.**

Estos dos aspectos no son consecuencias, sino determinantes sistémicos de la estabilidad. La confianza se convierte en un riesgo transversal: cuando flaquea, todos los demás riesgos se intensifican.

4 Medio ambiente y geopolítica: las presiones subyacentes

Los riesgos medioambientales, geopolíticos y migratorios actúan como fuerzas exógenas, pero constantes, puesto que perturban los equilibrios económicos (inflación, suministro), humanos (movilidad, estrés laboral) y tecnológicos.

El papel que desempeñan no es tanto el de desencadenantes aislados como el de factores de inestabilidad latente, fomentando un clima de incertidumbre estructural.

Conexiones cruzadas entre vulnerabilidad y resiliencia

Aunque las conexiones de interdependencia pueden amplificar las crisis, también pueden generar dinámicas positivas. Una mejor gobernanza refuerza la confianza; la confianza facilita la adopción tecnológica; la tecnología mejora el rendimiento y reduce la tensión del factor humano.

Es decir, que el sistema contiene las herramientas de su propia resiliencia. En esto radica el verdadero valor de esta galaxia, ya que permite revelar tanto las vulnerabilidades como las posibles vías de transformación.



LA MIRADA DEL COMITÉ

Prof.ª Marie Kratz

Profesora de la ESSEC Business School y Directora de CREAR (Centro de Investigación en Economía, Finanzas y Ciencias Actuariales sobre Riesgos de la ESSEC Business School),

«Un desequilibrio local, como la escasez de personal, puede desencadenar un efecto dominó en todo el sistema sanitario».

«De manera general, los riesgos a los que se enfrenta el sistema sanitario se toman en consideración por separado (por ejemplo, envejecimiento de la población, escasez de personal, cambio climático, transformación digital), cuando en realidad son particularmente interdependientes. Si se analizan de forma aislada, se pasan por alto las relaciones que los unen y las dinámicas sistémicas que generan. Las crisis recientes han demostrado que un desequilibrio local, como la escasez de personal, puede desencadenar un efecto dominó en todo el sistema sanitario.

El acceso a los datos y, en particular, la capacidad de combinar conjuntos de datos, sigue siendo un obstáculo importante para el desarrollo de un enfoque integrado. Los requisitos normativos, como el RGPD, que son importantes y necesarios, así como la fragmentación de las bases de datos existentes limitan la capacidad de asociar fenómenos que en realidad están estrechamente relacionados.

Al mismo tiempo, el desarrollo de herramientas de análisis de datos de alta dimensión está abriendo nuevas perspectivas. Si bien el análisis multivariante ya es común, por ejemplo en epidemiología, la complejidad de las dependencias, que a menudo son no lineales, requiere enfoques que vayan más allá de la correlación lineal.

Por tanto, debería ser posible anticipar el efecto dominó por el que una crisis económica genera escasez de personal y, posteriormente, un aumento de errores médicos, utilizando métodos cuantitativos consolidados (y recientes), en particular los del sector de los (rea) seguros para modelar riesgos extremos y sistémicos.

Aunque estas herramientas existen, su eficacia depende, en última instancia, del compromiso colectivo para integrar los conocimientos científicos en los procesos de toma de decisiones».



LA MIRADA DEL COMITÉ

«Reflexionar sobre el clima significa anticipar el propio funcionamiento de nuestros sistemas vitales».



Alix Roumagnac
Presidente de Predict
Services

«El cambio climático ya no es una amenaza lejana; ya está en marcha. A pesar de que los fenómenos meteorológicos extremos (olas de calor, inundaciones, tormentas, etc.) son cada vez más frecuentes y afectan a todas las regiones, en muchos sectores, incluido el sanitario, la percepción del riesgo climático sigue siendo fragmentada. Las partes implicadas lo asocian principalmente a enfermedades emergentes u olas de calor, sin considerar sus efectos estructurales en los edificios, la organización de la asistencia sanitaria ni la continuidad de la actividad.

Esta subestimación es consecuencia de un sesgo colectivo; la prioridad que se otorga al corto plazo. Al igual que la sociedad en su conjunto, la comunidad médica gestiona la emergencia visible (restricciones presupuestarias, escasez de personal, presiones diarias, etc.) en detrimento de la preparación para las crisis climáticas. Sin embargo, el sector sanitario es uno de los más vulnerables; muchas instalaciones, construidas en zonas inundables, están particular-

mente expuestas, con salas técnicas ubicadas en el sótano y servicios de emergencia en la planta baja.

Si se produce un fenómeno meteorológico extremo, unos minutos son suficientes para paralizar todo un hospital. Aunque estas vulnerabilidades son conocidas, pocas veces se incluyen en las estrategias de planificación.

Ante esta realidad, un enfoque sistémico e interdisciplinario del riesgo climático es lo único que permitirá diferenciarse. Como se vio durante la crisis de la COVID-19, solo un enfoque interdisciplinario de los conocimientos, que asocie el clima, la sanidad, las infraestructuras y los comportamientos permitirá comprender las interdependencias y elaborar respuestas proactivas basadas en el conocimiento y la cooperación.

Reflexionar sobre el clima significa anticipar el propio funcionamiento de nuestros sistemas vitales».

5

Anticiparse a los riesgos sanitarios

Tres vías de acción principales constituyen el consenso entre los profesionales sanitarios de los cuatro países para hacer frente a los riesgos y fortalecer la capacidad de adaptación de los sistemas sanitarios. Dos de estas tres prioridades están bajo el control directo de las instituciones.



Más de 500 actas analizadas

El 93 % propone vías de acción claras y concretas.



Prioridades absolutas

Los recursos humanos y las condiciones de trabajo son las principales soluciones mencionadas.



Atractivo, carga de trabajo y formación

Más de un tercio de los encuestados opta por estas tres vías.

Hacia una cultura reforzada de la gestión de riesgos

Siguiendo el trabajo preparatorio realizado con el comité científico, nuestra encuesta presentó a los encuestados cinco vías de acción destinadas a reforzar la gestión de riesgos en los centros sanitarios.

DOS VÍAS SISTÉMICAS Y POLÍTICAS

→ Asesoramiento y apoyo específicos del sector

Las agencias nacionales elaboran reglamentaciones o directrices para el sector sanitario, brindando apoyo técnico, formación y asesoramiento estratégico adaptados a las necesidades de los centros sanitarios.

→ Apoyo en materia financiera y de infraestructuras

Existen mecanismos de financiación y subvenciones para ayudar a los hospitales a modernizar sus sistemas, invertir en nuevas tecnologías y llevar a cabo evaluaciones de riesgos.

TRES VÍAS DISPONIBLES PARA LAS INSTITUCIONES

→ Implementación de un marco de gestión integrada de riesgos


Los hospitales identifican, evalúan y gestionan los riesgos en todas sus actividades, ya sean clínicas, operativas, tecnológicas o financieras. Las herramientas, como paneles de control y de simulación, pueden contribuir a hacerlo.

→ Gobernanza de riesgos y clarificación de responsabilidades

La creación de comités especializados y la definición de funciones específicas (responsables de riesgos, seguridad informática, jefes de departamento, etc.) garantizan una protección contra los riesgos, una asignación eficaz de recursos y una mayor capacidad de respuesta ante incidentes.

→ Formación continua y aprendizaje organizativo

Se fomenta una cultura de sensibilización sobre el riesgo mediante la formación periódica del personal, la implementación de ejercicios de simulación y el análisis de la experiencia para reforzar el perfeccionamiento continuo en las organizaciones.



Para cada riesgo que se considera prioritario, es decir, probable, grave y poco preparado, se pidió a los participantes que identificaran la vía de acción más relevante.

Cinco vías de acción para coordinar la gestión de riesgos

Esta vía, según el riesgo, que solo es mencionada por entre el 15 % y el 22 % de los encuestados, conserva un valor estructurante para asuntos sistémicos (acceso a la asistencia sanitaria, gobernanza, migración). Su pertinencia es más de nivel «macro» que local, ya que refleja la necesidad de un marco político y de coherencia nacional o europea de respuesta a los riesgos.

Apoyo oficial y sectorial

Esta es la vía de acción más citada y transversal: se considera la mejor para cinco de los doce riesgos, a menudo con puntuaciones cercanas o superiores al 40 %.

Esta vía predomina claramente sobre:

- el aumento de los costes de la atención médica (47 %);
- la escasez de personal y el agotamiento profesional (47 %);
- el envejecimiento de la población (39 %);
- los riesgos de interrupciones en la cadena de suministro (36 %);
- les desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria (26 %).

Por tanto, se considera como la condición de base para actuar, sobre todo en lo que respecta a los retos estructurales.

Formación continua y cultura de aprendizaje

Esta vía ocupa el primer lugar en materia de **seguridad del paciente (35 %)**, **pandemias relacionadas con el clima (27 %)**, fenómenos meteorológicos extremos (24 %). También es prioritaria en materia de **amenazas relacionadas con la ciberseguridad y la protección de datos y los riesgos relacionados con la IA (21 %)**. Esta vía sería especialmente eficaz para reforzar la preparación interna, mejorar la capacidad de respuesta y difundir una cultura de riesgo compartida.

Apoyo financiero y organizativo

Gobernanza y responsabilidades

Figura entre las tres principales vías de acción para nueve de doce riesgos y ocupa el primer lugar respecto de los **fenómenos meteorológicos extremos (22 %)** y la **inestabilidad política (23 %)**. También ocupa un lugar importante en materia de amenazas relacionadas con la **ciberseguridad y la protección de datos (22 %)** y la **desinformación (28 %)**.

Esta vía se considera como un factor de coherencia, ya que apoyaría la coordinación, la transparencia y la toma de decisiones colectiva.

Marcos integrados de gestión de riesgos empresariales (ERM)

Esta vía, mencionada solo por entre el 15 % y el 22 % de los encuestados, rara vez ocupa el primer puesto, salvo en lo que respecta a las **amenazas relacionadas con la ciberseguridad y la protección de datos (22 %)** y los riesgos de monopolio tecnológico y dependencia digital (24 %).

Encarna un enfoque más estructural y metodológico de la resiliencia, que es útil, pero que aún se percibe como poco operativa o demasiado abstracta por los actores sobre el terreno.

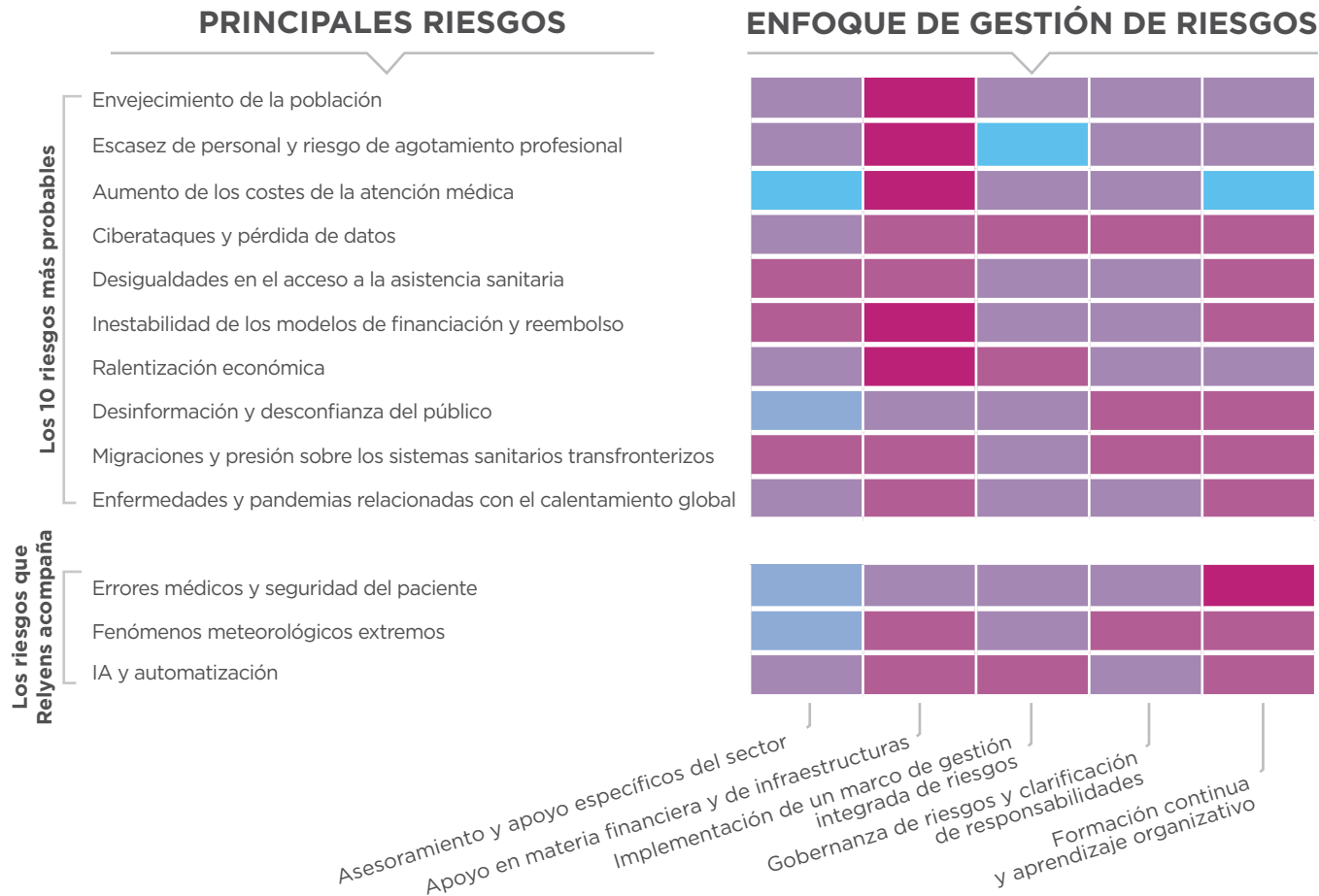
Las medidas de gestión de riesgos que destacan

¿Cómo abordar los riesgos identificados? Combinar riesgos y palancas de acción. A continuación, se presenta un análisis simétrico de las vulnerabilidades y propuestas de respuesta.

El análisis pone de relieve tres palancas de acción principales percibidas como los más eficaces para reforzar la resiliencia de las instituciones sanitarias:

- apoyo financiero y organizativo;
- formación continua y cultura de aprendizaje;
- gobernanza y responsabilidades.

Las otras dos herramientas, apoyo oficial/sectorial y marcos de gestión de riesgos empresariales, desempeñan un papel secundario, más transversal que prioritario.



Nota de lectura

El gráfico ilustra la percepción de los encuestados con respecto a la pertinencia relativa de los diferentes instrumentos de gestión de riesgos para abordar cada riesgo identificado. Cada casilla indica la proporción de encuestados que consideran un instrumento prioritario, como el más eficaz para abordar un riesgo determinado.

Escala de colores:

Porcentaje de encuestados que han optado por este enfoque

- 0-9 %
- 10-15 %
- 16-19 %
- 20-29 %
- sup. al 30 %

¿Qué papel desempeñan las instituciones sanitarias?

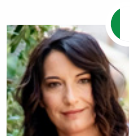


Cooperación entre los sectores público y privado

según **Lamine Gharbi**

Presidente de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

«Debemos crear condiciones favorables para ofrecer un auténtico servicio sanitario dedicado a la ciudadanía, que reúna a los actores de todos los niveles, con los mismos derechos y responsabilidades, en torno a misiones que satisfagan las necesidades de la población y, además, partir de las necesidades, no de la oferta, y dejar de pensar únicamente en términos de "estructuras" para dar prioridad a la dimensión del "servicio prestado" al paciente».



Aprovechar un ecosistema local mejor interconectado

según **Rita Petrina**

Asesora de Federsanità, experta en gestión de riesgos

«La OCDE ya había advertido sobre la necesidad de mejorar nuestro sistema hospitalario local incluso antes de la pandemia de COVID-19, que ha acelerado esta evolución, promoviendo la telemedicina y la digitalización.

Si el Decreto Ministerial DM 77, relativo a la reforma del sistema sanitario territorial, se implementa correctamente, los hospitales podrán centrarse en la atención hospitalaria y las urgencias, mientras que las nuevas instalaciones territoriales (centros y hospitales comunitarios) asumirán las actividades que quedan fuera del ámbito de competencia de los hospitales y que actualmente los saturan».

La voz de los profesionales

Como parte del cuestionario europeo realizado con Ipsos, los participantes pudieron proponer libremente soluciones basadas en su propia experiencia. El mensaje es claro: las partes implicadas ya tienen ideas sobre el aspecto operativo y muestran una determinación real para ponerlas en práctica.

El análisis de las más de **500 citas textuales recopiladas** confirma el firme compromiso de los encuestados: el 93 % de las respuestas presenta vías de acción concretas y específicas. Se trata de proposiciones centradas en torno a varios temas, comenzando por los que afectan directamente a la actividad cotidiana de los encuestados.

«Prepararse para afrontar los riesgos, diagnosticar, formar al personal y apoyar a la institución en caso de desinformación o ciberataque».

Las soluciones centradas en los **recursos humanos y las condiciones de trabajo** son las que se mencionan más frecuentemente. Más de un tercio de los encuestados menciona tres tipos de iniciativas deseables, centradas en los siguientes temas: atractivo y fidelización, gestión de la carga de trabajo y, por último, formación continua y adquisición de nuevas competencias.

El segundo conjunto de soluciones se centra en la eficacia y la fiabilidad de las estructuras sanitarias, en particular, para mejorar su resiliencia. Los profesionales reclaman una **organización más sólida y procesos internos** más rigurosos para optimizar la normalización y la calidad, garantizando al mismo tiempo una mejor coordinación, así como **transformación digital y por extensión, la ciberseguridad**. Si bien se considera que la digitalización y la interoperabilidad de las herramientas (historia clínica informatizada) son factores facilitadores, el refuerzo de las defensas contra ciberataques se considera una prioridad para

proteger la integridad de los datos y la continuidad de la asistencia sanitaria. Los profesionales sanitarios, conscientes de la necesidad de un apoyo específico, esperan, por consiguiente, la llegada de innovaciones.

«Desarrollar las teleconsultas, integrar la IA en las prácticas, mantenerse alerta e informados para tomar las decisiones correctas».

Además, desde una perspectiva más amplia, más allá de las necesidades de **financiación e inversión**, las proposiciones exigen **estabilidad y coherencia en el marco normativo**, así como la adopción de una estrategia sanitaria clara y sostenible que trascienda los ciclos a corto plazo.

Por último, muchos de los encuestados piden

«Centrar las inversiones en riesgos a gran escala, como el aire acondicionado en los edificios, anticipándose al aumento de temperaturas».

más visibilidad, esencial para la planificación a largo plazo, especialmente por parte de su gobierno o incluso de Europa.

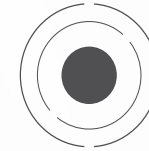
«Tener acceso a una visión plurianual, a notas coyunturales para comprender los riesgos y su gestión a nivel nacional, europeo y mundial, a estudios prospectivos precisos y a sus repercusiones en materia de necesidades sanitarias para la próxima década».



El tamaño de la palabra es proporcional al número de ocurrencias identificadas durante el análisis semántico de las más de 500 citas textuales recopiladas.

De la lucidez a la audacia: atreverse a imaginar el futuro





A lo largo de este informe, hemos analizado la complejidad de nuestros sistemas, identificado las tensiones y cartografiado las interdependencias. Esta evaluación objetiva, indispensable para cualquier estrategia responsable, nos permite visualizar el futuro con lucidez, pragmatismo y audacia.

Sin embargo, esto no es suficiente... porque tras las estadísticas y las matrices de riesgos se encuentra, sobre todo, el factor humano, es decir, la capacidad ejemplar de los profesionales sanitarios para adaptarse y perseverar, así como, algunas veces, la resistencia de las organizaciones para afrontar los cambios. El análisis racional no es suficiente para hacer frente, también hay que saber utilizar la imaginación. Debemos hacer uso de imaginación; la visión de un futuro deseable encarna el motor para actuar.

Por eso hemos decidido no terminar este informe con un resumen, sino abriendo una ventana. Dejemos de lado, por un momento, la gestión del presente para explorar el largo plazo.

Aunque los relatos que siguen son ficticios, se basan en la realidad. Representan vías concretas hacia la resiliencia para 2035 y no pretenden predecir el futuro, sino recordarnos que aún no está escrito. Son una invitación a creer que, juntos, tenemos el poder de transformar, el poder de actuar.

Ahora, permitámonos imaginar que lo mejor es posible.

Dominique Godet
Director General de Relyens

RELATO 1

O nos arriesgamos o abandonamos

El sistema sanitario, bloqueado entre la escasez de profesionales sanitarios y las crecientes necesidades, va camino del colapso en 2035. Este escenario muestra cómo el director de un hospital elige la audacia pragmática (delegación, reorganización, gobernanza compartida) para dar un nuevo impulso a los equipos y mantener el acceso a la asistencia sanitaria a pesar del aumento de los gastos que debe cubrir el paciente. Es la historia de un sistema al borde del colapso y de instituciones que se reinventan.

3 de febrero de 2035, seminario anual de las instituciones sin fines de lucro

«**E**stimadas y estimados colegas: Todos los presentes en esta sala somos directoras y directores de clínicas, hospitales y establecimientos sociosanitarios de Europa.

Al igual que vosotros, durante los diez años que llevo al frente de una clínica privada sin fines de lucro en Milán, he perseverado. Los equipos y yo hemos perseverado. Y he disfrutado cada año de trabajo.

Incluso cuando recurrimos a profesionales sanitarios jubilados para que nos ayudaran, de forma voluntaria, a afrontar las consecuencias de las repetidas olas de calor. Incluso cuando acepté cerrar camas para proteger, como mínimo, a nuestros equipos. Incluso cuando intentamos colaborar con gigantes de los datos para implementar cabinas de prediagnóstico automático.

Teniendo en cuenta la ambigüedad de la situación actual, hoy puedo deciros, claramente: **o nos arriesgamos o abandonamos**. Concretamente, os propongo que os unáis a nuestra red de centros de **Cliniques Libérées**.

En este momento, estamos probando un nuevo modelo de gobernanza en nuestras instalaciones, en colaboración con la universidad de La Statale para evaluar las repercusiones en la calidad de la asistencia sanitaria.

Hemos rediseñado nuestra gestión interna con:

- un círculo de pacientes;
- un círculo de personal sanitario;
- un círculo de operaciones y administración.

El nuevo consejo de la alianza, compuesto por personal sanitario, administradores, pacientes y un voluntario externo, todos elegidos por sus pares, asume la toma de las decisiones importantes.

La regla ya no es “¿quién decide?”, sino: “¿qué es lo mejor para la asistencia sanitaria y el paciente?”



Como resultado, implementamos un proceso de delegación basado en la validación de aprendizajes y experiencias previas, y desarrollamos una aplicación específica para voluntarios que les permite elegir sus misiones, horarios y objetivos, pero, sobre todo, apreciar concretamente el impacto de su trabajo. Por ejemplo, con una notificación de tipo:

“Gracias a su presencia hoy, doce pacientes han recibido asistencia más rápidamente”.

Pero más allá de la simple gobernanza, todos intentamos aplicar una medida verdaderamente disruptiva: el “derecho a la desconexión”. Hemos institucionalizado lo que nadie se atrevía a formalizar: el derecho a **desconectarse completamente**, sin justificación, sin sospechas, sin sentimiento de culpa.

Gracias a nuestro grupo interno de sustitutos voluntarios, cada profesional dispone de:

- diez días al año de desconexión total, que no se descuentan de las vacaciones;
- que pueden activarse en 24 horas;
- y que no pueden rechazarse, salvo en caso de emergencia absoluta validada por nuestro consejo de alianza.

Este derecho no es un premio a la fragilidad; protege la longevidad. Reconoce, en última instancia, que trabajamos en una profesión en la que la intensidad psicológica es superior a la de la mayoría de los sectores.

Desde que lo implementamos, las ausencias prolongadas han disminuido.

Y por primera vez, algunos empleados nos han dicho:

“Puedo darme un respiro.”

**No sé si todo saldrá bien.
Ni siquiera tengo la certeza de que sea suficiente.
Pero por primera vez en diez años, mi centro no está asfixiado.
Nos arriesgamos. Eso es lo que propongo.**

Intentarlo, en lugar de aguantar».

RELATO 2

Aprendices sanitarios

En 2035, mientras que los hospitales pierden el equilibrio a causa de crisis climáticas, las epidemias emergentes y la escasez de personal sanitario, una forma de resiliencia diferente echa raíces lejos de las urgencias. Este es el relato de una profesional sanitaria que no ha abandonado la profesión, sino que la ha reinventado: después de vivir catástrofes y trabajar en la seguridad civil, descubre en las escuelas y los servicios pediátricos una nueva forma de prestar asistencia, transmitiendo, jugando y aprendiendo con los niños. Cuando las reformas son difíciles de implementar, sus acciones, pequeñas pero esenciales, son las que dan un nuevo impulso a la asistencia sanitaria.



3 de febrero de 2035, seminario en las instalaciones de Relyens

«Soy profesional sanitaria en 2035, pero he dejado de cuidar. Bueno... no lo hago como antes.

Me explico. Estuve a punto de dejarlo varias veces. En 2027, cuando el dengue arrasó el suroeste de Europa. En 2031, cuando las olas de calor multiplicaron los casos de descompensación cardíaca y deshidratación pediátrica, con 41 días de calor extremo en Bruselas. Con cada crisis, algo dentro de nosotros se iba consumiendo cada vez más. En mí, sobre todo.

Así que ese año, en lugar de abandonar la profesión, decidí tomar distancia; me incorporé a la unidad

nacional de seguridad civil creada para intervenir en zonas afectadas por catástrofes climáticas. Esos años me ayudaron a dejar de lado, por un tiempo, el sentimiento de impotencia. Adquirí habilidades que nunca imaginé que tendría que aprender: triaje en situaciones de desastre, tratamiento de enfermedades tropicales, atención psiquiátrica de emergencia para niños y sus padres, gestión de tensiones y violencia en entornos hospitalarios, etc. Sobre el terreno, tenía el aura de una bombera. Un nuevo sentimiento de orgullo. Incluso me convertí en la imagen de una campaña contra las noticias falsas sobre medicina, coordinada por los Ministerios de Salud y Educación Nacional.

Fue precisamente desempeñando ese rol, como embajadora, visitando cada vez más escuelas, que todo cambió.

Un día, después de una presentación muy seria y muy científica, una niña, de siete u ocho años, me pidió que me quedara a jugar a “La Petite clinique des patients en herbe” (La pequeña clínica de aprendices sanitarios). Ese momento, en ese lugar, fue un detonante de apenas un metro de alto, sin expedientes, solo juego y asistencia.

La idea germinó. Utilicé mi imagen... y mis conexiones en ambos ministerios para convertirla en un programa nacional de prevención que ahora lleva el mismo nombre que le había inventado aquella niña.

El programa se estructura en dos partes, que evocan los dos ministerios que lo supervisan: *La petite clinique* (la pequeña clínica), en hospitales, y *Les soignants en herbe* (Aprendices sanitarios), en escuelas primarias.

La petite clinique: cuando comprender ya cura un poco

En cada hospital público, una clínica en miniatura recibe a los niños. Van a observar, tocar y jugar, pero en el fondo, van a familiarizarse con lo que les da miedo. Sorprendentemente, su juego favorito es ponerle una vía intravenosa a su peluche, que luego pasean, «conectado», por todo el servicio de pediatría.

Los mayores de diez años también pueden obtener **“un certificado de Embajador de la Prevención”**

Los aprendices sanitarios: a partir de la primaria

En la escuela, un programa de servicio cívico sanitario, cuyo nombre se ha cambiado por “Los aprendices sanitarios”, ahora es obligatorio. A pesar de ese nombre tan serio, se trata principalmente de un momento de juego.

Aprenden a detectar el calor peligroso en su cuerpo: mareos, piel caliente como un radiador. A refrescarse incluso cuando falta el agua: mojándose las muñecas, cubriéndose, descansando a la sombra o en los “refugios frescos” que ofrecen los ayuntamientos. A proteger a los más vulnerables: bebés, vecinos mayores, animales.

Una clase de quinto grado incluso inventó una canción: “Agua en las muñecas, sombra en las mejillas, lento como una tortuga, fuerte como una piedra.” Es la que se escucha, con música de la Orquesta Filarmónica Real de Lieja, en la campaña de prevención en la radio. También se les enseña a evacuar de forma segura sin correr por todas partes, a preparar una bolsa “útil” con una botella de agua, un número de emergencia y un pequeño kit de apósitos.

A cuidar sus emociones como si se tratara un rasguño.

A evitar las cosas que pueden hacer que se enfermen “sin que se note”, como el agua de mala calidad. Y sobre todo, sobre todo: el cuidado y la responsabilidad compartidos.

Un día, un niño me dijo: “Cuando haga demasiado calor, mantendré a mi hermanito fresco como un cubito de hielo que no se derrite”.

Lo que importa son los niños y sus acciones minúsculas. Estos pequeños que se mantienen firmes en una época en que la gravedad del mundo parece haber empeorado; cada vez más. El clima está descontrolado. Los recursos sanitarios disminuyen. Las tensiones se acumulan.

Pero he visto a niños de tres años poner una pegatina con forma de sol en una vía intravenosa para no tenerle miedo. He visto a adolescentes aprender a proteger a sus amigos durante un ataque de asma causado por la contaminación, o por “esa nube que se comió unas cosas feas”, como me dijo ayer Lina, que tiene seis años.

He visto a clases enteras comprender que la sanidad no es un servicio: es un vínculo.

Sigo yendo a escuelas y hospitales.

Los niños me muestran sus acciones, sus rimas, sus cuadernos.

Convierten el miedo en conocimiento, el conocimiento en poder y el poder en cuidado.

Entonces sí, ya no cuido como antes.

Pero nunca he cuidado tanto como enseñando a los niños a cuidar».

RELATO 3

Ninguna gestión, excepto mi recuperación

Ante la escasez y la fragmentación tecnológica, Europa apuesta a una profunda integración digital. Para 2035, esta infraestructura será clave para la soberanía clínica. A través del proceso de asistencia al paciente, este escenario muestra cómo la coordinación instantánea y la uniformidad europea transforman la supervivencia individual en éxito colectivo.

3 de febrero de 2035, testimonio en un programa de radio matutino

«Tengo 49 años, vivo en Oporto, y si sigo vivo es gracias a algo que no existía cuando mi padre falleció del mismo cáncer hace diez años: una Europa unificada con un sistema sanitario interconectado, capaz de movilizar a los mejores especialistas dondequiera que estén.

Nunca imaginé que la supervivencia podría depender de la geografía digital y no de la geografía física.

En 2032 comencé a perder peso y a quedarme sin aliento. Solo una pequeña molestia, pensé.

Un día, mi médico me llamó porque la IA conectada a la historia clínica electrónica en la UE había detectado que no se había realizado un escáner de control en el marco de mis riegos hereditarios. Me pidió que me presentara para realizar un examen específico... En 48 horas, me hicieron un escáner en el Centro Oncológico de Oporto.

Resultado: un cáncer de mediastino poco frecuente, detectado de forma precoz con respecto a la mayoría de los pacientes.

En una semana, me sugirieron tres centros: Milán, Múnich y Róterdam.

El sistema no buscó “el centro más cercano”, sino el centro europeo más competente para este tumor raro, teniendo en cuenta los resultados clínicos, las innovaciones disponibles y el índice de supervivencia asociados.

Elegí Róterdam. No por la distancia, sino por un protocolo de inmunoterapia experimental optimizado por IA.

Llegué a los Países Bajos y recibí atención. Solo tuve que pagar por adelantado.

En 2025, esa posibilidad no existía. En 2035, es algo común.

Una vez completado el protocolo, continué mi rehabilitación en Oporto. Los Países Bajos y Portugal intercambiaban continuamente mis datos: imágenes, fatigabilidad, frecuencia cardíaca, pruebas cognitivas. No tenía que hacerme cargo de ninguna gestión, excepto mi recuperación.

Sobreviví a mi cáncer. El mismo cáncer que se llevó a mi padre.

Y creo que la única diferencia entre nuestras dos historias es el surgimiento de una “Europa sanitaria”.

**Nací en Portugal la primera vez
y en Europa la segunda».**



Agradecimientos

Este primer informe prospectivo es el resultado de una **dinámica colectiva**, que movilizó a muchas partes implicadas del **ecosistema sanitario**, tanto a nivel interno como externo.

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos aquellos que contribuyeron a este proceso, que es esencial para aclarar los retos e identificar vías de acción para **fortalecer la resiliencia de las instituciones sanitarias**.



La prospectiva como guía para actuar,
para abrir caminos hacia la resiliencia.

**Más detalles sobre
nuestra metodología:**



relyens.eu

Relyens Mutual Insurance

Sede: 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Mutua de seguros con cuotas fijas. Empresa regida por el Código de Seguros
779 860 881 RCS Lyon. Organismo de formación profesional registrado
con el n° 82690051369 en el Préfet de région. Número de IVA intracomunitario: FR 79779860881.



**GRUPO MUTUALISTA EUROPEO
DE REFERENCIA EN SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS**

