



SHORAI

*Impacto de la pandemia por COVID-19
en el ámbito de la Gastroenterología
y recomendaciones para el futuro*



Noviembre de 2022

C-APROM/ES/ENTY/0499 noviembre 2022

Copyright © 2022 Takeda Pharmaceutical Company Limited. all rights reserved. Takeda and the Takeda Logo are trademarks of Takeda Pharmaceutical Company Limited.

Tabla de contenidos

1	Introducción	4
2	Metodología	7
3	Benchmark – Análisis de buenas prácticas	9
3.1	Asistencia sanitaria a distancia y presencial	9
3.1.1	Teleconsulta	9
3.1.2	Telemonitorización	11
3.1.3	Telefarmacia	13
3.1.4	Diversificación de los lugares de atención a los pacientes	14
3.1.5	Utilización de hospitales provisionales	16
3.1.6	Limitación de contagios en la entrada y circulación por los hospitales	17
3.1.7	Unidades móviles de salud	18
3.1.8	Aumento de las medidas de higiene y seguridad en la realización de endoscopias	19
3.1.9	Designación de hospitales “limpios”	20
3.1.10	“Smart hospitals”	21
3.2	Pruebas y consultas específicas de Gastroenterología	24
3.2.1	Seguimiento de las enfermedades crónicas	24
3.2.2	Enfermedades y consultas multidisciplinares	25
3.2.3	Pruebas de cribado de enfermedades	26
3.2.4	Cirugías oncológicas gastrointestinales programadas y/o urgentes	28
3.3	Formación e Investigación	30
3.3.1	Cursos críticos en la especialidad	30
3.3.2	Formación de los médicos residentes	31
3.3.3	Investigación y estudios clínicos	31
3.4	Relación con la industria farmacéutica	34
3.4.1	Congresos y eventos formativos y de divulgación científica	34
3.4.2	Modelo de relación de la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios	35
3.4.3	Logística de la industria farmacéutica	36
4	Conclusiones y recomendaciones	38
4.1	Telemedicina	38
4.1.1	Impulso de la teleconsulta	38
4.1.2	Impulso de la telemonitorización	39
4.1.3	Impulso de la telefarmacia	40
4.1.4	Formación a los pacientes para el autoconocimiento de su patología	42
4.1.5	Compartición de la HCE de los pacientes a nivel autonómico y a nivel nacional	42
4.1.6	Unificación de los requerimientos legales para el cumplimiento de la LOPD en el contacto a distancia con los pacientes (en aras de la equidad)	43
4.2	Seguridad en la Atención Presencial	45

4.2.1	Diversificación de los lugares de atención a los pacientes	45
4.2.2	Priorización en la atención a pacientes: desarrollo de un protocolo de triaje para la atención a pacientes y la realización de pruebas	46
4.2.3	Aumento de las medidas de higiene y seguridad en la realización de endoscopias.....	47
4.2.4	Designación de hospitales “limpios”	48
4.2.5	Establecimiento de medidas para reducir el número de personas que hay simultáneamente en la sala de espera	49
4.2.6	Teletrabajo en los Servicios de Gastroenterología y Farmacia y otras áreas internas del hospital	51
4.2.7	Construcción de UCIs o REAs que permitan separar o aislar a pacientes infecciosos	51
4.2.8	Unidades móviles de salud para el acceso a zonas alejadas o a pacientes con movilidad reducida	52
4.3	Recomendaciones de Hacer o No Hacer	53
4.3.1	Mantenimiento de los patrones de realización de pruebas de cribado de enfermedades	53
4.3.2	Reducción en el número de pruebas realizadas, en base a los criterios de Sociedades Científicas nacionales e internacionales.....	54
4.3.3	Mejora de la asistencia a los pacientes con carácter multidisciplinar	55
4.3.4	Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y atención especializada.....	55
4.3.5	Realización de ciertas pruebas de especialidad en el centro de Atención Primaria o en el domicilio del paciente	56
4.3.6	Mantenimiento del nivel de seguimiento a los pacientes con patologías crónicas, así como de las cirugías programadas	57
4.4	Formación y relación con la industria farmacéutica	58
4.4.1	Congresos y eventos formativos y de divulgación científica en formato híbrido (presencial y telemático)	58
4.4.2	Impulso de un modelo de relación omnicanal entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios	59
4.4.3	Priorización de la relevancia de los estudios clínicos y proyectos de investigación y definición de un plan de contingencia para la terminación de los mismos en caso de pandemia	59
4.4.4	Establecimiento de la posibilidad de ampliar el tiempo de formación a los Médicos Internos Residentes	60
5	Epílogo	61
	Anexo I – Entrevistas realizadas.....	63
	Anexo II – Miembros de SOFIA revisores del documento.....	64

1 Introducción

Desde diciembre de 2019, el virus Covid-19 se ha propagado globalmente resultando en consecuencias devastadoras para toda la sociedad. Las cifras de infectados y fallecidos por el SARS-CoV-2 varían en función de la fuente utilizada, pero es indudable que se trata de magnitudes desconocidas para el mundo en los tiempos recientes y no previstas al inicio de la pandemia.

- Si bien no existe consenso en las estimaciones de infectados y fallecidos por Covid-19, la Universidad Johns Hopkins establecía, en junio del año 2022, que el SARS-CoV-2 ya había infectado a más de 600 millones de personas y había dejado más de 6,5 millones de muertos en todo el mundo¹.

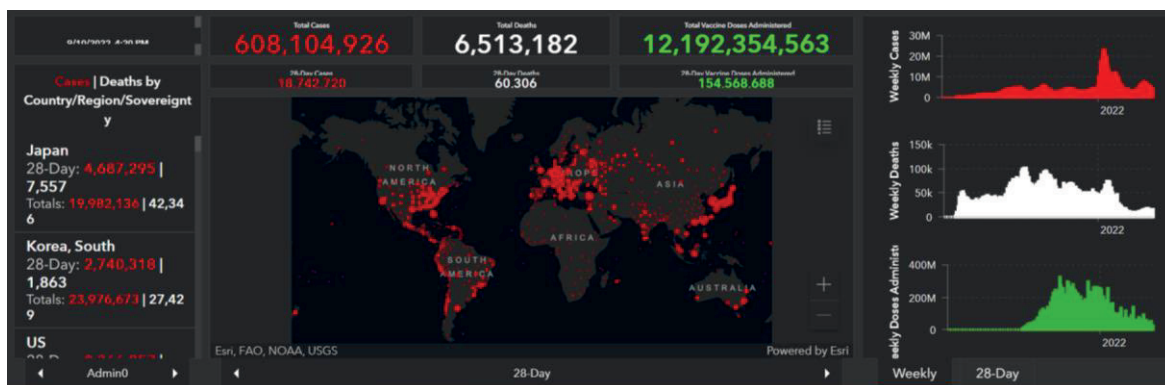


Ilustración 1 - Dashboard COVID-19 del Center for Systems Science and Engineering (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins (JHU) – 10 Septiembre 2022

- Por su parte, la Organización Mundial de la Salud estimaba a principios de 2022 que la Covid había causado, de forma directa o indirecta, 14,9 millones de muertes en todo el mundo desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021². Dicha cifra incluía los decesos por Covid-19 notificados oficialmente a la OMS por sus países miembros en el periodo citado; así como las muertes causadas por el coronavirus, pero que no fueron notificadas como tales, así como aquellas producidas por otras enfermedades que no pudieron ser atendidas debido a la sobrecarga que sufrieron los sistemas sanitarios en la etapa aguda de la pandemia.

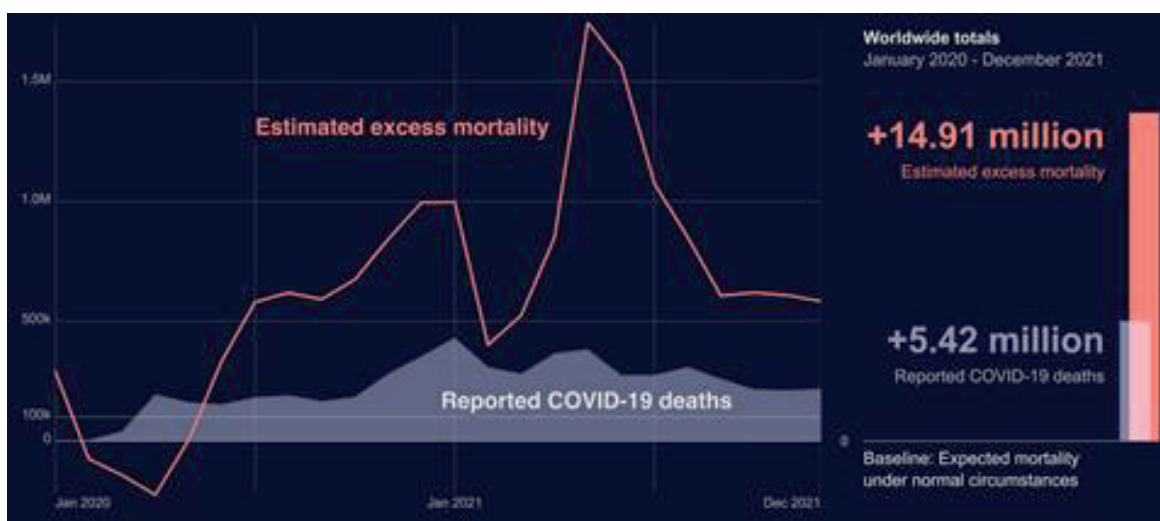


Ilustración 2 - Exceso de mortalidad y casos reportados de fallecimientos por Covid-19 (OMS- Años 2020 y 2021)

¹ [COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center \(jhu.edu\)](https://coronavirus.jhu.edu/map-series)

² [Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020 - December 2021 \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/global-excess-deaths-associated-with-covid-19)

- Por su parte, en marzo de 2022, la revista **The Lancet** elevaba el número de fallecimientos como consecuencia de la Covid a **18,2 millones** de decesos. desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021³.

En todo caso, lo que es indudable es que, además del impacto sobre los fallecidos, los enfermos y sus familias, **la pandemia ha tensionado hasta el extremo a los sistemas sanitarios de todo el mundo**, que se han enfrentado a retos sin precedentes en las últimas décadas. Por ejemplo, en junio de 2022, **en España los casos confirmados notificados superaban los 12,5 millones y los fallecidos se situaban en 107.482 personas**, según datos del Ministerio de Sanidad (actualizados a 17 de junio de 2022)⁴.

Así, el confinamiento generalizado de la población en muchos países del mundo estuvo acompañado de la saturación absoluta de muchos hospitales y sistemas sanitarios, especialmente en los países desarrollados, donde **las administraciones sanitarias se vieron desbordadas ante la magnitud de la crisis**. Hospitales prácticamente focalizados casi en exclusiva en atender a “*pacientes Covid*”, paralización de la realización de pruebas complementarias, imposibilidad de atender de forma presencial a los pacientes (salvo en casos de urgente necesidad), o retraso en los diagnósticos y tratamientos fueron algunas de las realidades a las que se enfrentaron facultativos, profesionales del ámbito sanitario, pacientes y ciudadanía en general.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta no sólo la intensidad, sino también la duración de la pandemia, que se ha extendido durante más de dos años, en los cuales **se han producido distintas olas de impacto: CoViD, patología aguda, patología crónica, y crisis socio-económica**. Así, las distintas olas han dejado su huella sobre los pacientes urgentes (primera ola), sobre la restricción de recursos de los pacientes no-Covid 19 (segunda ola), sobre la atención sanitaria interrumpida a los pacientes crónicos (tercera ola), y la última (cuarta ola) de desgaste psicológico y económico, que crece continua y constantemente hasta superar las olas anteriores.

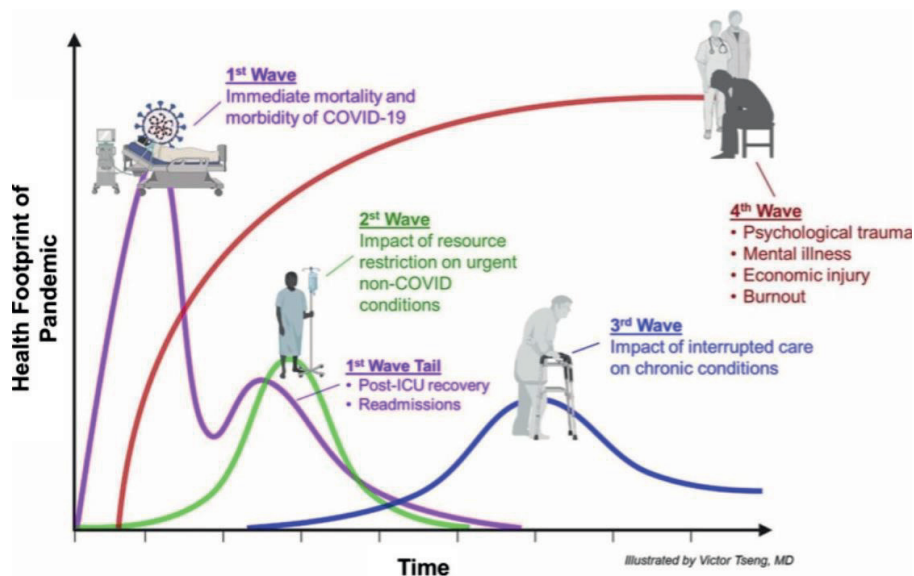


Ilustración 3 - Olas de impacto pandémico en el sistema de salud - infografía del Dr. Víctor Tseng (Neumólogo, Hospital de Veteranos y Universidad de Colorado)

Covid-19 y Gastroenterología

Específicamente, **el ámbito de la gastroenterología y el ejercicio profesional de los profesionales especialistas en aparato digestivo también se vio profundamente afectado**. Así, en todo el mundo, millones de consultas y pruebas relacionadas con la especialidad se suspendieron o cancelaron, principalmente en los años 2020 y 2021, con especial

³ [Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21 - The Lancet](#)

⁴ [Ministerio de Sanidad - Profesionales - Situación actual Coronavirus](#)

intensidad en Europa y en España. Dicha realidad fue especialmente acusada **entre los meses de marzo y junio de 2020**, en los que prácticamente toda la actividad asistencial no-urgente se paralizó de forma absoluta.

Dicha realidad, que experimentaron el mundo desarrollado y concretamente España, supuso **una reingeniería de procesos, una modificación de los patrones de tratamiento a pacientes en muchos casos**, así como la introducción de nuevos modos de trabajo en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de enfermedades en el ámbito de la gastroenterología. Se llevaron a cabo algunas prácticas que no se hacían antes, se intensificaron otras, algunas se realizaron de forma distinta y hubo actividades que no se llevaron a cabo, bien por imposibilidad, bien porque se consideró que era mejor no hacerlo desde el punto de vista médico o desde el punto de vista de la gestión sanitaria y/u hospitalaria.

Al objeto de conocer dicha realidad en profundidad, se ha llevado a cabo este **informe, en el que se analizan las medidas tomadas durante el periodo de la Covid-19 en el ámbito de la gastroenterología**, tanto en el contexto nacional como globalmente, para poder identificar buenas prácticas y aprender de aquellas decisiones que hubieran sido de mayor utilidad para la atención a los pacientes y para la gestión eficiente del sistema sanitario, con un **doble objetivo**:

- **Mejorar los procedimientos habituales** realizados por los servicios de aparato digestivo de los hospitales españoles en un contexto de normalidad, de modo que se puedan implantar las enseñanzas aprendidas durante el periodo de la pandemia en España o en otros países.
- **Preparar de forma más adecuada el sistema sanitario para hacer frente a una eventual pandemia o situación sobrevenida futura** de una intensidad igual o similar.

Para ello, el informe consta de dos partes diferenciadas: en primer lugar, una recopilación de buenas prácticas identificadas en el ámbito sanitario y en concreto en relación con la gastroenterología, que se han llevado a cabo en distintos lugares y hospitales del mundo; y en segundo lugar, una serie de **recomendaciones para la mejora del sistema sanitario español y en particular para la mejora de la atención a los pacientes con patologías de aparato digestivo** en los diferentes hospitales y centros de atención primaria en las distintas comunidades autónomas en España.

2 Metodología

El presente informe ha sido **promovido por Takeda, una compañía biofarmacéutica líder a nivel internacional** con sede central en Japón, basada en los valores centenarios de integridad, honestidad, equidad y perseverancia e impulsada por su actividad de I+D, con foco en diferentes áreas terapéuticas: gastroenterología, oncología, neurociencias, enfermedades raras y hematología.

En este ámbito, las enfermedades gastrointestinales (GI) pueden ser complejas, debilitantes y enormemente condicionantes de la vida diaria de quienes las padecen. Para hacerles frente, durante más de 200 años, Takeda se ha centrado en mejorar la vida de los pacientes, ofreciendo medicamentos innovadores y programas específicos de apoyo a los pacientes. **Takeda es líder en determinadas áreas de la gastroenterología** con importantes necesidades no cubiertas como la enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino corto, terapias con células madre, enfermedades relacionadas con la secreción gástrica ácida y trastornos de la motilidad; y está investigando tratamientos nuevos para la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad celíaca y otras enfermedades lumbinales del intestino, los trastornos de la motilidad y las enfermedades hepáticas.

En colaboración con Takeda, el asesoramiento desde el punto de vista médico ha sido llevado a cabo por **SOFIA, Sociedad para la Formación, Innovación y Asesoría en Medicina**, una asociación de profesionales enfocada en la formación y la asesoría, que cuenta con miembros en distintos sistemas sanitarios y hospitales de las diferentes comunidades autónomas españolas.

Distintos facultativos miembros de SOFIA han orientado los trabajos a realizar desde el punto de vista médico y han ayudado en la identificación de profesionales a entrevistar; asimismo, varios de ellos han sido entrevistados y algunos han participado en un taller de trabajo para valorar las posibles recomendaciones a incluir en el presente informe. Finalmente, cabe reseñar que **la revisión del documento ha sido llevada a cabo por médicos miembros de SOFIA⁵**, que han aportado su visión y experiencia “sobre el terreno”.

Por su parte, **la redacción del documento ha sido llevada a cabo por EY-Parthenon**, área de consultoría estratégica de la firma de servicios profesionales EY, una de las compañías líderes a nivel mundial en el asesoramiento a empresas en materia de auditoría, consultoría, legal y fiscal y transacciones. EY-Parthenon asesora a los CEO y a líderes empresariales a diseñar estrategias de transformación, con el objetivo de crear valor a largo plazo, siendo el área de *Life Sciences* una de las más relevantes, desde el que se trabaja con empresas, entidades y administraciones públicas en el ámbito de la salud y la actividad farmacéutica.

Para la preparación del presente informe **se han llevado a cabo distintas actividades**, que han permitido entender en detalle la realidad del sistema sanitario español y su capacidad de respuesta a la pandemia de la Covid-19, así como identificar posibles áreas de mejora a futuro. Las principales actividades desarrolladas han sido las siguientes:

- **Análisis de buenas prácticas** realizadas en distintos sistemas sanitarios y hospitales en España y otros países del mundo, que puedan servir de ejemplo o inspiración para una mejor gestión en el país, tanto en una situación de “normalidad”, como ante una futura pandemia o situación sobrevenida similar.
- Realización de **35 entrevistas a profesionales sanitarios, relacionados con la actividad de la gastroenterología**.
 - Se entrevistaron a profesionales con diferentes perfiles, como directores médicos, jefes de servicio de aparato digestivo, facultativos especialistas en gastroenterología, así como en medicina preventiva, salud pública e higiene, personal de enfermería, profesionales de farmacia, médicos de atención primaria, organizadores de congresos, o personal de la industria farmacéutica, entre otros.
 - El **objetivo** de las citadas entrevistas fue entender la percepción de la pandemia, los cambios que tuvieron que hacer en su ámbito profesional y los retos a los que se enfrentaría el sistema sanitario español frente a una crisis similar.
 - Para conocer todo ello, se realizaron **diferentes tipos de cuestiones**, relativas a cuatro ámbitos principalmente:

⁵ Los médicos, cargos y hospitales en los que trabajan los diferentes facultativos participantes en la revisión del documento se encuentran citados en el Anexo II del presente documento.

- **Teleasistencia**, que incluía reflexiones sobre la relación telemática del paciente con médicos, resto de personal sanitario y hospitales en su conjunto, medios disponibles en los centros sanitarios, el papel del correo electrónico en la atención al paciente, las implicaciones legales en materia de protección de datos, las necesidades tecnológicas de hospitales y pacientes, etc.
 - **Seguridad en la atención presencial**, ámbito en el que se preguntaba sobre el establecimiento de circuitos para la entrada y desplazamiento por los hospitales, la posibilidad de atención en horarios más amplios, el papel de la sala de espera en un contexto de pandemia, el papel de la endoscopia y el análisis de los procedimientos de admisión, citación, etc.
 - **Recomendaciones de “hacer” y “no hacer”**, mediante la identificación de actividades críticas para prestar un servicio de calidad, así como otras que fueran no imprescindibles, actividades a desarrollar con menor frecuencia, priorización de actividades críticas, análisis de duplicidades, etc.
 - **Formación médica e interacción con otros profesionales e industria farmacéutica**, que permitió comentar el papel de la industria farmacéutica en la era post-Covid, la tipología de formato más adecuado para reuniones y Congresos profesionales, el impacto en la educación y formación, así como en la investigación, etc.
- Desarrollo de un **taller o sesión de trabajo con facultativos de la Sociedad para la Formación, Innovación y Asesoría en Medicina (SOFIA)**, en el que se contrastaron las conclusiones preliminares obtenidas.

A partir de todo ello, se ha redactado **el presente informe, que trata de ser una reflexión sobre el modelo de gestión sanitaria en España durante la Covid-19, y específicamente en relación con el área de Aparato Digestivo**. En ningún caso se trata de valorar la gestión realizada durante el periodo de incidencia de la Covid-19 en España, ni tampoco de evaluar la respuesta dada por las diferentes administraciones sanitarias, sino de identificar buenas prácticas y emitir una serie de recomendaciones a futuro para que España siga siendo un país puntero en la atención y tratamiento a los pacientes de gastroenterología.

3 Benchmark – Análisis de buenas prácticas

3.1 Asistencia sanitaria a distancia y presencial

La llegada de la crisis del Covid 19 conllevó en casi todos los países del mundo la introducción de medidas extraordinarias, desconocidas para la mayoría de los ciudadanos. Así, se definieron estrategias de aislamiento de la población y de identificación-contención del virus, con el objetivo en todo caso de evitar los contagios y limitar la incidencia del virus entre la población. Así, en la mayoría de los países, únicamente servicios muy esenciales siguieron funcionando con cierta normalidad, ya que hasta los hospitales vieron muy limitada su actividad centrada casi en exclusiva en la lucha contra la pandemia y en la atención de urgencias vitales.

En dicho contexto, y con el gran número de pacientes infectados que había, los hospitales se focalizaron en tratar de dar respuesta a la pandemia, dejándose de prestar (o haciéndolo de forma muy limitada) otro tipo de servicios, con el objetivo de **garantizar la seguridad en la atención presencial a los pacientes**. Así, se limitó la atención a pacientes por imposibilidad y falta de recursos fundamentalmente humanos, ya que los hospitales en general, y los servicios de gastroenterología en particular, estuvieron centrados en atender a pacientes COVID. Adicionalmente, proliferaron distintas **iniciativas para poder tratar a distancia a pacientes sin patologías urgentes**, que permitieran dar respuesta a los requerimientos de los pacientes y no generar grandes bolsas de pacientes sin atender.

Estos cambios conllevaron una **importante transformación en los procesos y en la cultura en la mayoría de hospitales del mundo**, en los que tradicionalmente la atención se ha prestado de forma presencial, por lo que ha constituido un aprendizaje en muchas cuestiones, que se podrían aplicar en un contexto de normalidad o que se podrían tener en cuenta de cara a tratar de hacer frente a una situación similar que pudiera plantearse en el futuro.

3.1.1 Teleconsulta

La teleconsulta se basa en la comunicación a distancia entre un profesional sanitario y un paciente a través de medios tecnológicos. Por tanto, puede englobar, en sentido amplio, un concepto muy variado de soluciones, ya que la teleconsulta puede realizarse, según el modo de comunicación, mediante texto (correo electrónico, Facebook Messenger®, WhatsApp®), video (Skype®, Zoom®, Microsoft Teams®, Facetime®, etc.) o audio (teléfono); puede ser sincrónica (en tiempo real: texto, video o audio) o asincrónica (por correo electrónico). Adicionalmente, la comunicación a distancia en el ámbito sanitario tiene otras posibilidades, incluyendo la relación paciente-médico, pero también favoreciendo la relación entre otros actores del sector: médico-médico, trabajador sanitario-paciente o trabajador sanitario-médico.

La utilización de la teleconsulta era una práctica con un **nivel de implantación muy limitado, inferior al 5% en la práctica totalidad de hospitales y servicios en España** en el contexto previo a la pandemia, pero la llegada del Covid-19 impulsó el desarrollo y el uso de distintas tecnologías para permitir, evitando el riesgo de contagio, el contacto entre el profesional sanitario y el paciente. Así, por ejemplo, en España, en el ámbito de la atención primaria, en junio de 2021 se estimaba que las teleconsultas ocupaban hasta el 70% del tiempo de los profesionales de la atención primaria en algunos centros de salud⁶.

En todo caso, para implantar los servicios de la teleconsulta **es necesario tener en cuenta algunas cuestiones que condicionan el acceso a toda la población**, así como las diferencias entre su posible utilización:

- En primer lugar, una cuestión a considerar en relación con el acceso a las comunicaciones a distancia en el ámbito sanitario es la relativa a la **necesidad de encontrar un encaje legal óptimo para los distintos casos**, asegurando la protección de datos a los pacientes, el tratamiento y compartición de información (sensible en muchos casos), etc. En línea con ello, una limitación muy relevante a considerar está en la **imposibilidad de conciliar los sistemas**

⁶ [Teleconsulta en Atención Primaria | FAP \(fundacionap.org\)](https://fundacionap.org/)

de historia electrónica del sistema público con la teleconsulta y la videoconsulta, lo que condiciona en muchas ocasiones la posibilidad de contactar con los pacientes a través de dispositivos electrónicos a distancia.

- En segundo lugar, es evidente que **la videoconsulta no es siempre la mejor alternativa para todos los casos**, ya que hay circunstancias que aconsejan realizar la consulta de forma presencial:
 - Aquellos casos en los que haya que llevar a cabo exploraciones o chequeos visuales que la consulta a distancia no permite
 - Para las primeras citas con los pacientes los profesionales sanitarios coinciden en la conveniencia de que esa consulta se lleva a cabo de forma presencial.
 - Para las citas que no son siempre con el mismo profesional (sino, por ejemplo, simplemente con cualquier facultativo de un servicio) se da un caso homólogo al de la “primera visita”, por lo que también se aconseja la celebración de consultas presenciales.
- También es importante considerar que la teleconsulta podría tener algunos **obstáculos para el uso universal de la misma**:
 - En relación con las limitaciones para su uso por determinadas personas, la videoconsulta aplicada a la tercera edad, la telegeriatría, no siempre es fácil por la dificultad de los pacientes para adaptarse a las nuevas tecnologías (en ocasiones por problemas de audición), especialmente en algunos países. No obstante, en España, el 65% de la población de edad avanzada afirma querer estar al corriente de los avances tecnológicos⁷.
 - Por otro lado, un posible problema en la teleconsulta es el limitado acceso a Internet en la geografía de un determinado país, por su tamaño, su desarrollo tecnológico y/o por la dispersión de su población. En el caso de España, aunque hay zonas rurales con poca conectividad, estas no tienen una densidad de población alta y por tanto no supone un problema para la mayoría de la sociedad. En efecto, según el informe de Cobertura de Banda Ancha en España publicado por el ministerio de Economía y Empresa de junio de 2020, el porcentaje de cobertura total para la red 4G ya era del 99,9% y la cobertura de fibra con más de 100 Mbps del 87,58%. Además, la previsión para el momento de finalización del Programa de extensión de la banda ancha de nueva generación (PEBA-NGA) era que llegara al 92,73% de toda la geografía española.⁸
- Por otro lado, hay una serie de **personas que se ven impactadas positivamente por la generalización del uso de la teleconsulta**: aquellos que se encuentran en una situación de dependencia, padecen una enfermedad crónica o viven alejados del centro sanitario son los que más se benefician de esta alternativa, reduciendo su grado de dependencia de los centros sanitarios, al poder reclamar ayuda a distancia si la necesitan.
 - En este sentido, y aunque esta solución se pueda aplicar a cualquier cita médica en la que no se requiera explorar al paciente, la videoconsulta es especialmente beneficiosa para **pacientes con enfermedades crónicas** (por ejemplo, en el ámbito de la gastroenterología, para pacientes con EII), ya que acuden a citas de forma recurrente para chequear su estado de salud, así como para validar el funcionamiento de la medicación. En este sentido, según un artículo del *British Medical Journal (BMJ)* redactado por tres miembros de la universidad de Oxford, las teleconsultas para los pacientes crónicos con condiciones estables producen una mayor satisfacción en los pacientes y no perjudican la progresión de su enfermedad.⁹
 - Otro ámbito en el que la teleconsulta es una buena alternativa es el **apoyo psíquico y psicológico**, que es uno de los ámbitos en los que la población ha sido más impactada por la Covid-19. Por ejemplo, en China, según un estudio, el 50,7% de los entrevistados sufrió depresión durante la pandemia, un 44,7% ansiedad y un 36,1% insomnio¹⁰. Por esta razón, las instituciones de salud chinas implantaron un

⁷ Sociedad Española de Medicina Geriátrica ([SEMEG](#))

⁸ [Informe de Cobertura de Banda Ancha en España](#), Ministerio de Economía y Empresa (MINECO)

⁹ [“An opportunity in crisis?”](#) Artículo del *British Medical Journal (BMJ)*

¹⁰ [International Journal of Biological Sciences](#), based on the National Health Commission of China

sistema de acompañamiento psicológico en 31 de las 34 provincias del país, disponible en todo momento, en el que se ofrecía atención vía chat, llamada o videoconferencia.

En todo caso, es indudable que la videoconsulta ha sido una de las medidas para **reducir el riesgo de exposición a la Covid-19** en todo el mundo, y especialmente en países con importantes posibilidades tecnológicas, como Estados Unidos, Australia o China. Dentro de Europa, Gran Bretaña y Francia están dentro de los países más adaptados a este modo de relación con el paciente, mientras que Italia, sobre todo en el inicio de la pandemia, ha estado entre los países menos ágiles en su implementación¹¹.

En España, y aun habiendo hospitales en los que la utilización de la teleconsulta fue puntual y únicamente se empleó durante los primeros meses de la pandemia, y siendo aún conscientes de las limitaciones jurídicas, técnicas y culturales para su implantación definitiva, es indudable que **la pandemia ha supuesto un antes y un después en materia de teleconsulta:**

- Antes de la pandemia el uso de la teleconsulta era residual (entre el 0% y el 5% en la inmensa mayoría de los hospitales y servicios de gastroenterología de España), identificándose incluso algún hospital relevante donde únicamente era posible hacer llamadas telefónicas internas (sin posibilidad de comunicarse con los pacientes).
- Durante los momentos más críticos de la pandemia la teleconsulta supuso en muchos hospitales hasta el 80% y el 90% de las consultas realizadas por los facultativos.
- En un contexto de mayor estabilidad (durante el primer semestre de 2022), y en base a las entrevistas realizadas, el nivel de utilización de la teleconsulta fue más variable, si bien hay especialistas en determinados servicios de gastroenterología que mantuvieron hasta el 60% - 70% de las consultas por medios telemáticos.

Así, **la teleconsulta ha venido para quedarse, siendo, en muchos hospitales españoles, una opción tan válida como la alternativa presencial**, utilizándose un tipo u otro de consulta en función del tipo de acto médico a realizar (diagnóstico, revisión, exploración, etc.), de las necesidades personales y profesionales de los pacientes, de la urgencia o relevancia de la consulta, etc.

3.1.2 Telemonitorización

La telemonitorización se basa en la **transmisión de los datos del estado del paciente, desde el domicilio del paciente hasta el hospital**, sin una interacción directa entre el médico y el paciente. Se apoya en el HAT (Home Automated System), que es un sistema basado en tres elementos: un dispositivo electrónico que es capaz de medir las constantes del paciente (una balanza en algunos casos), un ordenador en el que se rellena un formulario periódicamente y que transmite los datos del dispositivo electrónico y un servidor que recibe la información desde el hospital.

La transmisión entre el dispositivo electrónico y el ordenador puede ser **manual o automática**, siendo la primera más rápida, pero necesitando una instalación a domicilio previa y estando la segunda normalmente apoyada en una **plataforma web o aplicación** que no necesita instalación o es muy sencilla de utilizar a través de dispositivos móviles. En el formulario, además de transmitir las constantes del paciente, se transmite **información complementaria**, como su estado general, sus posibles síntomas o el cumplimiento o no de la toma de la medicación.

(i) Estudios previos

- En enfermedades gastroenterológicas como la enfermedad inflamatoria intestinal, se han utilizado varias plataformas de monitorización para generar métricas **del estado y de la evolución del paciente** basadas en sus respuestas, para alertar a un profesional sanitario cuando hubiera una posible incidencia.
- Uno de los primeros resultados de los estudios fue el **aumento del conocimiento de la enfermedad por parte del paciente**. Esto se puede observar en un ensayo clínico que se realizó en Irlanda y Dinamarca, donde los pacientes con colitis ulcerosa (CU) se informaban más sobre su patología y aumentaban su autonomía.¹²

¹¹ [JMIR Public Health and Surveillance](#)

¹² [National Library of Medicine](#): E-health empowers patients with ulcerative colitis

- Entre las ventajas de la telemonitorización también destacan la **menor disrupción en la vida del paciente**, permitiendo una gestión óptima del tiempo y el ahorro de la visita en el gran subgrupo de pacientes en remisión.

(ii) En España

- El Grupo Español de Trabajo y Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (**GETECCU**) desarrolló una plataforma web para **monitorizar de forma remota a los pacientes con EII compleja**, donde los pacientes se conectarían diariamente para responder a las mismas preguntas que un médico o una enfermera le haría de forma presencial o telefónica.
- Aunque en 2017 ya se realizó un estudio para ver el impacto de la telemonitorización en la gastroenterología, los grupos de control y la duración del estudio **no fueron suficientes para observar las diferencias entre los grupos de estudio**.
- Actualmente GETECCU está realizando otro estudio multicéntrico en el que la telemonitorización se compara únicamente con la asistencia presencial, donde **los grupos de control son seis veces superiores** (138 pacientes vs. 23) y **la duración es el doble** (un año vs. seis meses).¹³

(iii) Resultados

- Varios de los estudios que relacionan la telemonitorización con la EII obtienen resultados similares. En primer lugar, los pacientes que se sometieron a la telemonitorización tuvieron una **mejora en la calidad de vida** con respecto a los grupos de control, posiblemente por una reducción en el tiempo invertido en desplazamientos y esperas para comunicar su estado.
- En segundo lugar, varios estudios realizados han demostrado que **diferentes aplicaciones de la telemedicina pueden ser coste-efectivas**, mejoran el control de los pacientes y favorecen la adhesión de los pacientes a sus tratamientos, así como su formación y autocuidado¹⁴.

En lo que respecta al uso de la telemonitorización en el ámbito de la gastroenterología, los estudios previos indican que utilizar la citada tecnología tiene **beneficios tanto para los hospitales**, limitando sus costes por la reducción en la utilización de sus recursos, **como para los pacientes**, dado que disfrutaban de una mayor autonomía y se sienten más responsables del cuidado de su patología.

La implantación de las tecnologías necesarias para poder utilizar la telemonitorización no es siempre sencilla y requiere de un tiempo. Teniendo en cuenta que el grado o nivel de implantación de la citada telemonitorización era escaso, **el uso de la telemonitorización fue muy limitado en todo el mundo** (por ejemplo, entre otras muchas posibilidades que la tecnología permite actualmente, en relación con el seguimiento de las constantes vitales del paciente).

En España, el principal mecanismo para monitorizar el estado de salud de los pacientes a distancia durante la pandemia en los servicios de Gastroenterología y en particular **en las unidades de EII fue el de la enfermería especializada con email**, que permitió a las citadas unidades tener un contacto a distancia con los pacientes y poder hacer seguimiento de la evolución de las enfermedades sin la anteriormente frecuente relación presencial. Si bien no es un mecanismo tecnológicamente avanzado, permitió mantener la relación con el paciente de EII, donde la monitorización de su estado clínico es fundamental para asegurar la calidad de vida de los pacientes.

Dicho lo cual, en otras especialidades y en algunas ubicaciones geográficas se han implantado **algunos modelos de telemonitorización o seguimiento a distancia de la evolución de los pacientes**. Por ejemplo, en lugares como el Área Sanitaria de Lugo, donde cada paciente remitió diariamente un cuestionario clínico con su temperatura y saturación de oxígeno medida tres veces al día, y donde el seguimiento fue proactivo, contactando con todos los pacientes al menos una vez al día. Ello fue posible debido a que el Sistema Gallego de Salud cuenta con una herramienta (TELEA), integrada en la historia clínica electrónica, capaz de realizar telemedicina y telemonitorización domiciliaria. La principal conclusión

¹³ [Plataforma TECCU](#): Impacto de la telemonitorización en el manejo de la EII compleja en España

¹⁴ [El papel de la telemedicina para el seguimiento y el control de la medicación en la enfermedad inflamatoria intestinal](#)

del estudio es que la telemedicina con **telemonitorización domiciliaria, utilizada de forma proactiva, permite un seguimiento clínicamente útil y seguro** en pacientes con COVID-19 de alto riesgo¹⁵.

Otra buena práctica identificada en nuestro país ha sido el **proyecto piloto Soy+¹⁶, una iniciativa desarrollada entre la Universidad de Valladolid y el Hospital Clínico de Valladolid**, a través del Grupo de Investigación de Neurociencias Clínicas Aplicadas y Análisis de la Información de la UVA (INCrease-Tech) y que cuenta con el respaldo de la Consejería de Sanidad de Castilla y León (Sacyl), que se puso en marcha en octubre de 2021 para la telemonitorización de pacientes con infección por Covid-19.

El proyecto consiste en la utilización de una **pulsera de actividad, un pulsioxímetro y una aplicación móvil** que registran las constantes vitales y la saturación de oxígeno de los infectados, y alertan de un empeoramiento al médico de Atención Primaria, al especialista o a emergencias en función de la gravedad (leves, moderadas o graves). Ello permite **obtener información válida sobre el paciente en tiempo real**, ya que se puede recoger de forma periódica (cada 5 o 10 minutos) la saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria e índice de actividad del paciente. Esta información se complementa con un cuestionario que la aplicación requiere al paciente diariamente o cuando alguna de las variables cambia sustancialmente, para poder identificar con mayor precisión el nivel de la urgencia.

Así, la telemonitorización se ha demostrado como un **modelo útil para el seguimiento de la evolución de los pacientes**, de modo que podría implantarse de forma generalizada para el seguimiento habitual de determinadas enfermedades, así como para otra eventual pandemia o enfermedad infecciosa similar. Ello ayudaría a realizar el seguimiento de los pacientes a distancia, así como a detectar a tiempo cuando un paciente con una enfermedad crónica está empezando a tener una evolución desfavorable y no esperar a que se complique.

3.1.3 Telefarmacia

La telefarmacia se refiere a la **dispensación de medicamentos de uso hospitalario por parte de los hospitales en el domicilio del paciente, o en su defecto, en un punto cercano al domicilio**. La telefarmacia contribuye a la reducción del número de personas que acuden al hospital, en especial a la farmacia hospitalaria, por razones que no justifican la presencialidad en una situación de crisis.

Otra de las situaciones donde **la telefarmacia es más útil es en las comunidades rurales, donde los pacientes deben hacer periódicamente largos viajes para recoger un medicamento**, y donde en algunos lugares se han buscado alternativas, como alguna isla en el océano Índico, donde se ha implementado esta solución para poder enviar la medicación desde los hospitales a islas con grandes superficies y difíciles comunicaciones.¹⁷

En este caso, la solución está **financiada por el gobierno local**, lo que permite que el servicio sea gratuito. Para asegurar que el envío se puede realizar en condiciones óptimas, el gobierno ha impuesto **unos protocolos de higiene y unas normas de seguridad que los repartidores y los pacientes deben respetar**. Entre estas medidas, está el mantenimiento de una distancia de seguridad entre el repartidor y el paciente, que se materializa en el repartidor llamando al paciente cuando ya ha dejado el paquete y está abandonando la entrada del domicilio. Otra medida efectiva, es la utilización de un envoltorio de plástico, que el paciente debe desechar cuando recibe el paquete, para eliminar la posibilidad de que, los intermediarios, como el repartidor, transmitan el virus a través del paquete.

En España, este servicio está regulado bajo la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde, en el artículo 3.5, dice: “Se prohíbe la venta, por correspondencia y por procedimientos telemáticos, de

¹⁵ www.sciencedirect.com: Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19 - M.Martínez-García, M.Bal-Alvarado, F.Santos Guerra, R.Ares-Rico, R.Suárez-Gil, A.Rodríguez-Álvarez, A.Pérez-López, E.Casario-Vales en nombre del Equipo de Seguimiento Compartido TELEA-COVID Lugo

¹⁶ [Proyecto Soy+ | Dirigido desde el Grupo de investigación de Neurociencias Clínicas Aplicadas y Analisis de la Información de la Facultad de Medicina de la UNIVERSIDAD DE VALLADOLID en colaboración con el HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID \(SACYL\) \(proyectorsoyplus.com\)](https://proyectorsoyplus.com/)

¹⁷ [Tasmanian Government](https://www.tasmanian.gov.au): Home delivery of outpatient medications from pharmacies

medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción”¹⁸. Por esta razón, actualmente, **únicamente los hospitales pueden enviar medicamentos a los pacientes, siempre que estos no obtengan ingresos por sus dispensaciones.**

Para cuantificar la implantación de la telefarmacia en el contexto de la pandemia, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) realizó **una encuesta a las seis semanas del inicio del periodo de confinamiento** con el objetivo de analizar la situación de la implantación y desarrollo de la telefarmacia aplicada a pacientes externos de los servicios de farmacia hospitalaria en España.¹⁹

Según la encuesta, si bien el 83,2% de los hospitales no utilizaba los medios de la telefarmacia antes de la pandemia, **casi 120.000 pacientes de todas las comunidades autónomas** utilizaron el servicio de la telefarmacia a lo largo de la primera ola. Esta entrega, aunque fue en un **68% a domicilio**, también se realizó en ocasiones en el centro de salud más cercano del paciente, en una oficina de farmacia, o incluso en una asociación de pacientes. Por último, **en un 87,6% de los casos, se produjo la teleconsulta antes del envío de la medicación**, lo que indica una correlación entre la utilización de los medios digitales para realizar citaciones y para enviar medicamentos.

En esta misma línea, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) presentó los resultados del proyecto ENOPEX (Encuesta de opinión y experiencia de los pacientes externos atendidos mediante telefarmacia en los Servicios de Farmacia Hospitalaria durante el periodo de confinamiento de la pandemia por la COVID-19) en un artículo publicado el 31 de diciembre de 2021 en la revista *Journal of Multidisciplinary Healthcare*²⁰. En dicho estudio, un **96,7% de los más de 9.000 pacientes** encuestados de más de 80 hospitales, refirieron **estar satisfechos o muy satisfechos con la telefarmacia**, mientras que el 91% manifestaron que en caso de no tener que acudir al hospital por otro motivo, preferirían recibir su medicación a domicilio (76%), en la oficina de farmacia (10%) o en el centro de salud (5%).

Durante la pandemia, en el **ámbito de la EII**, donde la mayoría de los tratamientos son de dispensación hospitalaria, cada centro en España ha buscado la mejor forma de hacer llegar los medicamentos a sus pacientes desde la farmacia del hospital para que no tuvieran que acudir a buscarlos, de modo que permitía evitar contagios en personas especialmente vulnerables.

Teniendo en cuenta que los pacientes de EII son vulnerables no como consecuencia de la pandemia, sino por la enfermedad que tienen y por la tipología de medicación que reciben, **el modelo de telefarmacia probado podría mantenerse perfectamente después de la Covid-19**, si bien habría que tener en cuenta y analizar en profundidad el coste de implantación de la medida.

En resumen, **la telefarmacia es una opción muy valorada por los pacientes**, porque les ahorra tiempo y dinero en desplazamientos, permitiéndoles conciliar su asistencia sanitaria, la monitorización que necesitan y la relación con la farmacia con la vida laboral y familiar. **Por lo tanto, sería muy interesante adaptarla a una situación de normalidad**, pero habría que analizarla en detalle, especialmente por las repercusiones en materia de incremento de coste para el sistema sanitario, así como por las implicaciones que pudiera tener desde el punto de vista jurídico, ya que habría que flexibilizar las condiciones para la dispensación de medicamentos bajo receta (en el marco de la normativa relativa a las garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios).

3.1.4 Diversificación de los lugares de atención a los pacientes

Esta solución es una **medida ágil para descongestionar los hospitales**. Se basa en **trasladar una parte de los pacientes de un hospital**, que está atendiendo a pacientes por encima de su capacidad, a un hospital o centro sanitario donde la demanda de recursos es menor. Estos pacientes, en función de la situación, pueden tratarse de pacientes hospitalizados o de pacientes en la unidad de cuidados intensivos, suponiendo el traslado, en especial en el segundo caso, un riesgo para la salud del paciente.

La región Emilia-Romaña fue una de las zonas más afectadas en Italia, lo que provocó que todo el sistema sanitario italiano se volcara para resolver la emergencia de casos de Covid-19 de la zona, materializándose, en muchos casos, en

¹⁸ [BOE](#): Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

¹⁹ [SEFH](#): Encuesta Telefarmacia Durante la Pandemia Covid-19

²⁰ [Outpatients' Opinion And Experience Regarding Telepharmacy During The COVID-19 Pandemic: The Enopex Project](#)

traslados de pacientes de Covid-19 ingresados en UCI a otros hospitales menos congestionados. Dado que estos traslados fueron una práctica común, y como medida para mejorar la eficacia del proceso, **se formalizó un protocolo de traslado de pacientes basado en las directrices de la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos.**²¹

Para comenzar la organización del traslado, **un comité de gestión** recibe la llamada de un hospital de envío de pacientes (HE) y se encarga de buscar, en función de la disponibilidad de camas de UCI y de las condiciones clínicas del paciente que se va a trasladar, un hospital de recogida (HR), así como el vehículo a utilizar para el transporte, en el que generalmente van un anestesiólogo o un intensivista, junto a una enfermera de cuidados intensivos. El traslado, en el protocolo la región de Emilia-Romaña, puede hacerse por medio de una ambulancia o de un helicóptero, por lo que al equipo anteriormente mencionado se debe añadir un conductor profesional de ambulancias o un piloto profesional.

Para minimizar el riesgo de contagio, se emplean varias medidas. En primer lugar, se divide todo el espacio del vehículo en zonas, en función de su exposición al paciente. **La cabina del conductor (o piloto) se establece como la zona limpia**, dado que no tiene interacción con el paciente y el resto del personal, por lo que deberá estar cerrada en todo momento. En esta zona se guarda el equipamiento limpio, como las pertenencias del equipo. **La zona contaminada, que es la cabina del paciente, se divide en otras dos áreas:** la primera, dedicada a la **supervisión del sistema respiratorio instalado en el paciente**, y una **zona de monitorización de las constantes del paciente**, supervisadas por personal de enfermería. Una ejemplificación de esta disposición en una ambulancia se puede observar en la Ilustración 4. En cuanto al **equipamiento, del personal sanitario** de la zona contaminada tiene la obligación de llevar en todo momento una mascarilla FFP2, guantes quirúrgicos y una protección en los ojos.

C.A. Mazzoli et al. / Air Medical Journal 39 (2020) 423–426

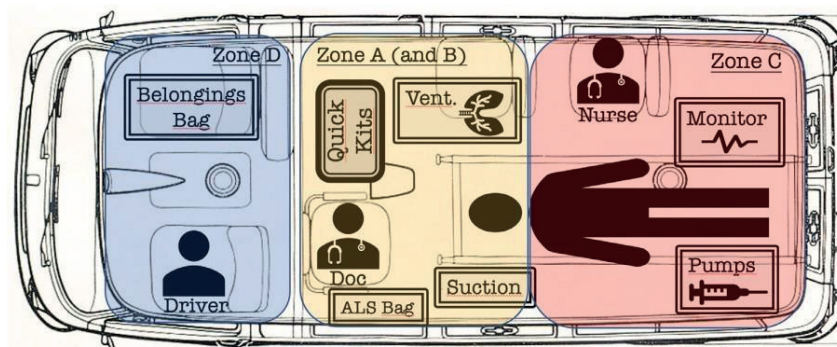


Ilustración 4 - Esquema de las divisiones de una ambulancia para el traslado de pacientes en situaciones críticas

Por otro lado, un estudio realizado por varios hospitales de la ciudad de Chicago y uno de San Francisco, analizó la diferencia en el **resultado del tratamiento entre aquellos pacientes que habían sido ingresados en el hospital desde la unidad de Emergencias y aquellos pacientes que habían sido trasladados desde otro hospital.**²² Aunque los pacientes que habían sido trasladados de otro hospital **necesitaron en mayor medida asistencia respiratoria**, los resultados indican que hubo el **mismo número de fallecidos** en los dos grupos analizados (43%).

En **España, durante la pandemia se llevaron a cabo algunos traslados de pacientes entre hospitales** principalmente en dos circunstancias: la derivación de pacientes a hospitales privados en aquellos momentos de máxima presión en el sistema hospitalario público, y el traslado de pacientes a los hospitales provisionales (como el habilitado en IFEMA en Madrid) o nuevos destinados a pacientes Covid (como el hospital Isabel Zendal, también en Madrid). En el resto de casos, el movimiento de pacientes fue menor y generalmente en casos de grave necesidad.

²¹ [Emilia-Romaña](#): Interhospital Transfer of Critically Ill COVID-19 Patients: Preliminary Considerations From the Emilia-Romagna Experience

²² [Chicago](#): Interhospital Transfer Outcomes for Critically Ill Patients With Coronavirus Disease 2019 Requiring Mechanical Ventilation

3.1.5 Utilización de hospitales provisionales

En el contexto de la crisis pandémica, la capacidad de los hospitales no pudo contener la demanda de los pacientes infectados por la Covid-19, por lo que, para estabilizar la situación, algunas de las entidades gubernamentales tomaron la decisión de **construir un centro sanitario de contención** para recibir los enfermos de Covid-19.

Uno de los proyectos más interesantes es la construcción del hospital Huoshenshan, un hospital diseñado para atender únicamente a personas que padecen el Covid-19. Este hospital, construido en Wuhan a finales de enero de 2020 en **diez días, tiene una capacidad de 1.000 camas**. El hospital estuvo dirigido por un equipo médico militar de 1.400 personas, formado por personal con experiencia contra los virus SARS y Ébola, dado que en ese momento nadie tenía experiencia con SARS -CoV-2.



Ilustración 5 - Hospital Huoshenshan en proceso de construcción

En España, y en concreto en Madrid, se habilitaron dos hospitales con el objetivo de estabilizar la situación sanitaria. La respuesta rápida al pico de pacientes en los hospitales fue **la conversión del recinto ferial de IFEMA en un hospital temporal de Covid-19**. Este proyecto comenzó el 20 de marzo de 2020 y en 18 horas el primer pabellón estuvo construido, habilitando 1.300 camas, con la colaboración del Ejército español. Una vez estuvieron remodelados todos los pabellones de IFEMA, la infraestructura tenía una capacidad de 3.000 camas, contando las camas de la UCI, y pudiendo aumentar la capacidad hasta 5.500 camas, en caso de que fuera necesario.²³²⁴

La construcción del hospital Zendal, por otro lado, fue una infraestructura puesta a disposición del sistema sanitario madrileño que **se habilitó a finales del año 2020 para contrarrestar otra posible infección masiva de Covid-19**, comparable con la de la primera ola. Este hospital de 80.000 metros cuadrados está dotado de 1.000 camas de hospitalización organizadas modularmente en torno a los controles de enfermería y 50 para UCI y críticos y se pudo construir en menos de tres meses, unas seis veces menos de la duración habitual, gracias a métodos constructivos innovadores basados en la tecnología fast-track, que se basa en la construcción del edificio a la vez que los arquitectos redactan el proyecto. El hospital permite habilitar circuitos diferenciados entre pacientes y profesionales, circuitos de limpio y de sucio, diferenciar entre altas e ingresos y entre logística o aprovisionamiento y pacientes, lo que minimiza el riesgo de contagios entre personas dentro del recinto hospitalario.

Otro proyecto de construcción de infraestructuras hospitalarias es el realizado por el cuerpo de Ingenieros del Ejército de los Estados Unidos. Este organismo recurrió a empresas privadas para poder convertir **un total de 38 edificios, como centros comerciales, universidades, estadios, hoteles o centros de convenciones, en hospitales de campaña**, con una

²³ Página oficial de [IFEMA](#), #EsteVirusLoParamosUnidos

²⁴ Official Journal of the Spanish society of Chemotherapy: [Temporary hospitals in times of the COVID pandemic. An example and a practical view](#)

financiación de 1.800 millones de dólares²⁵. Las más de 15.000 camas instaladas han sido muy útiles en picos de contagios en 2021, especialmente en algunos estados en el sur de Estados Unidos, como Alabama, Georgia, Misisipi y Texas.

3.1.6 Limitación de contagios en la entrada y circulación por los hospitales

La pandemia ha puesto de manifiesto la **necesidad de asegurar la separación de los pacientes** durante su entrada, estancia y salida de los hospitales, de modo que se limite lo más posible el contacto entre pacientes, para de este modo evitar los contagios de enfermedades infecciosas.

La **realidad estructural hospitalaria es muy diferente en los distintos hospitales españoles**, con un número de entradas y salidas muy diversas según hospitales, lo que hace que la gestión deba hacerse *ad hoc* en cada caso. Pero en lo que hay una gran coincidencia es en la realidad de la **sobrecarga de las salas de espera en la mayoría de los hospitales** del país, donde coinciden un número de personas muy superior al inicialmente previsto, debido a diversas causas: retraso en los horarios previstos, llegada de algunos pacientes con mucha antelación, asistencia al hospital con un número elevado de familiares, etc.

Estas realidades se han puesto de manifiesto especialmente durante la pandemia y meses posteriores, en los que, ante el riesgo de contagio, se han hecho **notables esfuerzos por limitar dichos contactos** en los hospitales. Así, en España se han puesto en marcha distintas iniciativas, como la limitación (o la eliminación) del número de acompañantes en las visitas hospitalarias, la “intercalación” de las consultas telefónicas y presenciales, la obligación de no poder acudir con más de 15 minutos de antelación respecto al horario previsto, etc., todas las cuales han ayudado a **limitar la saturación en los hospitales**.

Asimismo, y más allá de las medidas de control del número de personas que acuden al hospital, así como de gestión de los flujos que se han puesto en marcha en España, también se han desarrollado algunas **soluciones destinadas a mejorar la atención al paciente**, que se centran en la optimización de la gestión de la entrada de los pacientes de forma que el hospital esté menos saturado, aunque el número de citas en el hospital no sea menor.

Entre estas soluciones, destaca una que está implementada en una plataforma utilizada por la MacKenzie Health Foundation, que es un grupo de hospitales de la ciudad de Toronto²⁶. La plataforma MyChart es una **solución orientada al paciente**, dado que todas las interacciones que hace con el hospital se pueden hacer desde la plataforma y quedan registradas en ella, asignándose a un perfil de usuario que cuenta con la información de contacto y estado del paciente.

El procedimiento que el paciente sigue a lo largo de una cita comienza con la reserva por la plataforma web, o por teléfono. Unos días antes de la cita, **el paciente recibe un correo que le permite confirmar la cita** y permite al hospital informar sobre el protocolo de entrada o las restricciones generales del hospital en ese momento. Cuando el paciente ha confirmado la cita, recibe **un código QR que puede ser escaneado en la entrada del hospital** para informar al sistema de su llegada y redirigirle a la zona de espera asignada. Este formato es compatible con el formato telefónico, aunque los pacientes que han reservado la cita por teléfono tienen que cumplimentar un formulario a la llegada a modo de check-in, aumentando la cantidad de documentos en papel existentes y el trabajo de los profesionales.

Adicionalmente, para reducir el número de personas en el hospital, **se pueden añadir funcionalidades al sistema MyChart**, como permitir el escaneo del código QR desde un tiempo antes de la cita, el triaje de pacientes una vez que se escanea el código QR o la utilización del SMS para informar al paciente de su sala y de la hora aproximada de la cita.

Este tipo de propuestas intenta reducir la interacción entre pacientes y entre el paciente y el profesional sanitario, pero al estar dedicada a optimizar los recursos físicos con los que cuenta el hospital, **debe particularizarse para cada uno**.

En este sentido, por ejemplo, una posibilidad para limitar el número de personas que se encuentran simultáneamente en el hospital es **la ampliación del número de horas que el paciente puede pasar a consulta** (lo cual es de especial aplicación en España, donde la inmensa mayoría de la actividad, especialmente en la red pública, se concentra entre las 8 y las 15h, de lunes a viernes). Un ejemplo ello son **los NYC Health + Hospitals han aumentado el número de horas en las que se puede reservar una cita**, de forma que puedan atender a pacientes por la tarde, e incluso, en algunos casos,

²⁵ [US Army Corps of Engineers](#): Quad Charts for U.S. Army Corps of Engineers Alternate Care Site Construction locations

²⁶ [MyChart](#)

en fin de semana. Además de descongestionar el hospital, esta medida permite **que las citas se ajusten mejor al horario de los pacientes**, que pueden acceder al hospital en horas no laborales.

Otra propuesta que puede ser beneficiosa para controlar mejor el flujo de pacientes en el hospital consiste en crear dos circuitos, uno de salida y otro de entrada, para que **los pacientes que circulan por el hospital no se crucen frontalmente, lo que reduce la probabilidad de contagio**:

- En primer lugar, si la arquitectura del hospital lo permite, es importante tener una gestión adecuada de las entradas. Si el hospital, por ejemplo, en Urgencias, tiene varias puertas de acceso para una misma función o tiene dos puertas en un mismo acceso, estas **se pueden dividir en entrada y salida**. En segundo lugar, esta solución se ocupa de gestionar **la circulación de los pacientes dentro del hospital** dando un sentido a cada pasillo, en caso de que haya posibilidad de crear un pasillo de ida y uno de vuelta, o dividiendo el pasillo en dos carriles de diferente sentido de circulación.
- Para informar a los circulantes de los sentidos de circulación existen varias posibilidades, como paneles informativos que indiquen el sentido de entrada o salida en las puertas de acceso al hospital, o líneas marcadas en el suelo que indiquen el sentido de la marcha.

En resumen, la incorporación de este tipo de medidas sería beneficiosa para el sistema sanitario incluso en situación de normalidad, dado que facilitaría la gestión de los pacientes que acceden al hospital, **organizando a los pacientes en salas de espera** o en zonas de la sala de espera según su patología, **facilitando la circulación segura** de los pacientes y profesionales sanitarios y **puediendo posponer o cancelar algunas de las citas** con algún paciente en caso de previsión de saturación del hospital.

3.1.7 Unidades móviles de salud

El **despliegue de unidades móviles de atención** es un recurso que ya se utilizaba antes de la pandemia en algunos lugares para atender a colectivos específicos, pero que en algunos casos se ha redefinido para satisfacer las nuevas necesidades de la población y reducir la cantidad de recursos utilizados, de forma que el personal sanitario y los hospitales estén menos desbordados.

Las unidades móviles de salud están **tradicionalmente dirigidas a dos grupos de personas**: en primer lugar, se utiliza para dar servicios a aquellas **personas que viven en zonas rurales de difícil accesibilidad** y que en muchas ocasiones no se pueden desplazar hasta el hospital; y en segundo lugar, este recurso aplica a los **pacientes con problemas de movilidad**, (como pacientes de la tercera edad, enfermos crónicos, enfermos en cuidados paliativos, etc.). En estos casos el profesional sanitario se desplazaba hasta el domicilio del paciente para proporcionarle atención primaria.

Una de las **iniciativas que han transformado las unidades móviles de salud** viene dada por la Organización Panamericana de la Salud (el organismo regional de la OMS en América), que ha promovido varias **iniciativas para promover la atención a través de unidades móviles**, en muchos casos **atendidos por personal de enfermería de práctica avanzada** (Advanced Practice Nurses, APN), a los que se les da formación específica. Así, los enfermeros con esta formación tienen autoridad para tomar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes y son responsables de la rehabilitación y recuperación del paciente, lo que además de facilitar el acceso al sistema a una parte de la población, también reduce la dependencia del médico, ayudando a la gestión del conjunto de pacientes (presenciales o a distancia) ²⁷

Los enfermeros de formación avanzada se desplazan a las comunidades remotas para realizar la atención primaria a la población, **reduciendo el número de pacientes que acuden a emergencias en los hospitales** con causas relacionadas, o no relacionadas con el Covid-19, permitiendo reducir la ratio de contagios, de personas ingresadas, sí como el número de readmisiones hospitalarias hasta 30 días y la mortalidad.

²⁷ [PAHO](#): Lessons learned from the COVID-19 pandemic: Why we need to invest in advanced practice nurses

Otro ejemplo de la transformación en el despliegue de unidades de atención móviles es el **proyecto EGALURG**, que entra dentro del marco del proyecto POCTEFA, un **proyecto de cooperación española, francesa y andorrana** para abordar los problemas transfronterizos más importantes de la región fronteriza de los pirineos.²⁸

El proyecto EGALURG se diseñó para crear una **red operacional de cooperación fronteriza en medicina de emergencia y en gestión de catástrofes** para proporcionar un acceso equitativo en situación de emergencia. Con este objetivo y en el contexto de la Covid-19, el hospital universitario de Toulouse, que es uno de los socios principales del proyecto, construyó la **Unidad Móvil Polivalente Europa Occitania (UMPEO)**: un espacio transportable en un camión que se puede convertir, con la ayuda de 4 personas, en un **hospital móvil capaz de tratar hasta a 18 personas**, donde 8 pueden ser pacientes de urgencias vitales. La unidad ocupa un área máxima de 66 metros cuadrados y alcanza los 12 metros de largo, tal y como se muestra en la Ilustración 6. De esta forma, los habitantes en estas zonas rurales no necesitan desplazarse para ir a Urgencias, y reducen la congestión de los hospitales con una inversión limitada de recursos.

En conclusión, existen datos que demuestran que **las unidades móviles de salud pueden ser de gran utilidad para mejorar la atención que se presta a los pacientes** que viven en zonas de difícil acceso, o donde la densidad de atención sanitaria es muy baja, así como a pacientes con miedo a acudir a los hospitales por el riesgo de contagio y que necesitan atención sanitaria.



Ilustración 6 - Unidad Móvil Polivalente Europa Occitania (UMPEO)

3.1.8 Aumento de las medidas de higiene y seguridad en la realización de endoscopias

La alta incidencia del coronavirus en la población, la existencia de los casos asintomáticos y el aumento de la probabilidad de contagios en las endoscopias debido al uso de aerosoles, y en especial en las gastroscopias, conllevaron que los Servicios de Digestivo y las Sociedades Científicas tuvieran que **anular la realización de muchas endoscopias programadas, y por supuesto, extremar la precaución en las pruebas endoscópicas realizadas.**

Un estudio de la revista sanitaria internacional Nature titulado: *"SFED recommendations for IBD endoscopy during COVID-19 pandemic: Italian and French experience"* expone las **medidas de seguridad e higiene tomadas en las endoscopias realizadas a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal** basándose en las directrices indicadas por el Humanitas Research Hospital (Rozzano, Milán, Italia) y por la Sociedad Francesa de Endoscopia Digestiva (SFED), para garantizar la seguridad de los médicos que las realizan y de los pacientes EII, que pertenecen a los grupos de riesgo.²⁹

El procedimiento de seguridad en las endoscopias comenzaba unos días antes de la prueba cuando los pacientes recibían una llamada del área de enfermería, que **identificaba aquellos pacientes con riesgo de tener Covid-19** (fiebre mayor que

²⁸ Proyecto [POCTEFA](#) y proyecto [EGALURG](#)

²⁹ Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology: ["SFED recommendations for IBD endoscopy during COVID-19 pandemic: Italian and French experience"](#)

37,5°C, tos, disgeusia, disosmia o disnea, o si un paciente había estado en contacto con un caso de Covid-19 positivo confirmado o con posibilidades de serlo). En función del caso, se sugería al paciente que se realizara una prueba de detección del Covid-19 o que se pusiera en contacto con el número de atención al paciente para emergencias Covid-19.

En el día de la entrada al hospital, el paciente tenía un punto de control en la entrada del hospital para medir la temperatura corporal y comprobar los síntomas del paciente. Una vez se había descartado la posibilidad de que fuera un enfermo sintomático, el paciente recibía una mascarilla quirúrgica y gel hidroalcohólico para desinfectar sus manos. A menos que el paciente requiriera asistencia específica (menor de edad, silla de ruedas), **ningún acompañante podía acceder a la sala de espera, que, dentro de lo posible, estaba ocupada por un único paciente**. En el caso de la sala de endoscopias, el acceso estaba permitido únicamente al paciente y al personal sanitario necesario en cada caso.

Las autoridades sanitarias aconsejaban la mascarilla FFP2 para la realización de la prueba, y en caso de que no se pudiera utilizar una para cada prueba, usar la misma mascarilla FFP2 durante el día y cubrirla con una mascarilla quirúrgica. Además, se aconsejaba que llevara puesta una red de pelo, unas gafas protectoras, una bata impermeable de un solo uso, unos guantes de nitrilo, y unos guantes de un solo uso que se ponía antes de la operación. El paciente, por otro lado, aconsejaban que llevara una bata de algodón, una red de pelo y la mascarilla quirúrgica.

En la sala de endoscopias, todas las superficies y dispositivos se desinfectaban con una solución de 0,05% de hipoclorito sódico o de 70% etanol. Además, si el cuarto no trabajaba a presiones ambientales negativas, se recomendaba vaciar la sala dejando únicamente el equipo imprescindible, para favorecer la posterior limpieza y desinfección del espacio.

Si se requiere el empleo de anestesia, el informe mencionado sobre buenas prácticas en Francia e Italia recomendaba utilizar la **intubación orotraqueal** para proteger al equipo de los aerosoles, aunque contemplaban la posibilidad de que el anestesiólogo estuviera ocupado tratando pacientes de Covid-10 en la UCI, por lo que también concebían la **sedación consciente** como una opción posible.

Al final de la intervención, los guantes y la bata debían ser retirados en primer lugar y se debían poner un nuevo set de guantes para evitar la contaminación de los profesionales. Después, se retiraban, en el siguiente orden, las gafas, la mascarilla, la red de pelo y, por último, el nuevo par de guantes. En cuanto a la ventilación, el estudio no indicaba abrir las ventanas de la sala después de cada intervención, sino que recomendaba realizar una desinfección del cuarto con una disolución 1:100 de lejía con agua diariamente.

Al menos una semana después de la operación, la enfermera de endoscopia debía llamar al paciente para **identificar posibles síntomas de Covid-19 y comprobar que las medidas de protección habían sido efectivas**, teniendo en cuenta que el paciente se había podido contagiar en otro momento.

En el futuro, es posible que se mantengan algunas de las medidas previamente explicadas, si bien con un nivel de intensidad más limitado. Así, lo más probable en base a las opiniones de los profesionales entrevistados, es que se continúe trabajando con guantes y bata, que se utilicen mascarillas por parte de los pacientes y los facultativos y personal de Enfermería y que se generalicen la limpieza recurrente de las salas de endoscopia (o la ventilación, si es posible), entre otras medidas. Sin embargo, la realización de pruebas de detección de enfermedades, la intubación orotraqueal o el uso de disoluciones específicas para la limpieza únicamente se emplearán en momentos en los que vuelvan a incrementarse los contagios de forma masiva, en esta u otra situación similar.

3.1.9 Designación de hospitales “limpios”

En una crisis sanitaria causada por un brote de un virus contagioso y mortal, los servicios no imprescindibles ni urgentes pasaron a un segundo plano para poder concentrar los recursos en resolver la crisis. Sin embargo, **el tratamiento de pacientes con determinadas patologías**, o de determinadas especialidades (como la oncología, por ejemplo), **no se puede demorar sin que haya repercusiones graves para el paciente**.

Por esta razón, una práctica que se ha llevado a cabo en algunos lugares durante la pandemia ha sido la de **reservar estratégicamente ciertos hospitales para los pacientes no contagiados y que requieran asistencia sanitaria por otros motivos** (por ejemplo, los que están en tratamiento de un cáncer) de forma que puedan ser tratados correctamente y sin estar expuestos al SARS-CoV2. Para ello, los hospitales “limpios”, implantaron unas **medidas estrictas de detección del citado virus**, para asegurarse que ni el personal sanitario ni los pacientes se contagiaban de Covid-19 y exponía al resto.

Adicionalmente, estos hospitales siguieron un **procedimiento de protección** para reducir la probabilidad de contagio en caso de que la detección fallara.

Esta situación se dio, por ejemplo, en dos hospitales de la región de Lombardía, **el Instituto Europeo de Oncología y el Instituto Nacional del Cáncer**. Como son los dos únicos hospitales de la región dedicados a tratar cánceres, estos dos hospitales tuvieron que gestionar los casos de una región muy amplia, lo que conllevó que el hospital cancelara las visitas de seguimiento para **dar prioridad a los pacientes con enfermedad activa**. En pacientes con alteraciones analíticas (como leucopenia y linfopenia), se les retrasó el tratamiento hasta el fin de la cuarentena como medida de protección frente a la Covid-19³⁰.

Otro ejemplo de un hospital que limitó sus servicios a los pacientes con cáncer que no tenían Covid-19 es el **Bristol Haematology and Oncology Centre**, ubicado en la ciudad de Bristol (UK). Este hospital, para asegurar la protección frente al SARS-CoV2, se basó en la guía rápida preparada por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), que proporciona unas **recomendaciones al personal sanitario para gestionar de forma metódica y sistemática el manejo del cáncer** en una situación de Covid-19.³¹

Se trata de medidas importantes para favorecer el seguimiento de los tratamientos en pacientes con patologías complejas y con bajos niveles de inmunidad, que, sin embargo, han sido **difíciles de aplicar de forma generalizada**, ya que los sistemas sanitarios no contaban con procedimientos específicos para ello, además de que la creación de “hospitales limpios” conlleva un riesgo de inequidad por habilitar como “limpios” unos hospitales en detrimento de otros (teniendo unos mayor nivel de experiencia en unas patologías o especialidades que otros), además de “separar” a los pacientes de sus facultativos habituales.

En todo caso, **en relación con la Gastroenterología y el tratamiento de las EII, no se han identificado prácticas** en relación con la designación de hospitales específicos para la atención a este tipo de pacientes y patologías, ni en España ni en el extranjero. Así, es una medida compleja de definir y de ejecutar, que en todo caso debería planificarse con tiempo de antelación y con una estrategia clara y en la que participaran diversos agentes del sistema sanitario.

3.1.10 “Smart hospitals”

Los “smart hospitals” son “hospitales inteligentes”, que optimizan, rediseñan y construyen nuevos procesos clínicos y sistemas de gestión, **apoyándose en la infraestructura de red digitalizada subyacente que interconecta todos los activos**, para lograr una mejor atención al paciente, experiencia y eficiencia operativa. Así, un “hospital inteligente” permite mejorar la eficiencia en los procesos, facilita **contar con datos en tiempo real, así como disponer de la trazabilidad** de los mismos, ayudando a la toma de decisiones en el diseño y la gestión del hospital. Igualmente, facilita la **interconexión entre los profesionales del centro, la relación con los pacientes**, el control de los consumos, etc., de modo que ayuda a mejorar el funcionamiento general del hospital.

Todo ello, es de gran utilidad y valor en cualquier momento, pero **en una situación de pandemia, se vuelve especialmente crítico** porque allí donde las personas no pueden llegar por las limitaciones al desplazamiento y al contacto físico, la tecnología ayuda a tener datos para tomar decisiones, así como a monitorizar los procesos asistenciales, pero también los de gestión de tipo más administrativo.

Un buen ejemplo de “hospital inteligente”, diseñado con el objetivo de mejorar la atención que se presta a un paciente y reducir la cantidad de tareas que se emplean y que no aportan valor, es el **Ankara Bilkent City Hospital**, construido en 2019 bajo la fórmula de colaboración público-privada (PPP, por sus siglas en inglés), con un presupuesto de c. 1.000 millones de dólares y más de 3.800 camas, 1.312.358 m² construidos y con capacidad para atender a más de 30.000 pacientes diarios³².

³⁰ [Entrevista a Giuseppe Curigliano](#), jefe de la División de Desarrollo Temprano de Medicamentos en el Instituto Europeo de Oncología, Italia

³¹ [NICE](#): COVID-19 rapid guideline: delivery of systemic anticancer treatments

³² [About Us \(saglik.gov.tr\)](#)



Ilustración 7 – Hospital Ankara Bilkent City Hospital (Ankara, Turquía)

Para mantener dicha actividad asistencial, es fundamental la incorporación de tecnología de forma intensiva al hospital, lo cual además permitió **durante la pandemia conocer la situación epidemiológica real y tomar medidas casi “en tiempo real”**:

(i) Monitorización del equipo médico

- El personal de Enfermería consume una parte considerable de su jornada laboral en el hospital en encontrar el material sanitario que necesita utilizar, lo que no favorece un aprovechamiento óptimo del tiempo. El **“hospital inteligente” instala sensores en el equipo**, que permiten conocer su posición o si están siendo utilizados o no, lo que permite a los profesionales localizar con su teléfono el material que necesita y aumentar la productividad.
- Esta solución se denomina **Servicios de Posicionamiento en Tiempo Real (RTLS)**. Adicionalmente, el sistema utiliza los sensores para realizar mantenimiento predictivo, que es una técnica que utiliza las señales que emiten sensores del equipo para **asegurar un mantenimiento predictivo** del equipo, que es la predicción del momento donde el equipo va a dejar de funcionar de forma óptima, para repararlo antes de que ocurra.

(ii) Monitorización de las constantes de una sala

- Para mejorar la experiencia del paciente, una serie de sensores y actuadores se instalan en las habitaciones del paciente, de forma que **las condiciones de la sala**, como la luz, el aire o las persianas, **se puedan controlar de forma sencilla a través de una pantalla** del tamaño de un teléfono instalada en la pared. Esta solución también es adaptable a los quirófanos, para poder mejorar las condiciones de la intervención.
- Cuando la sala no está en uso, la pantalla permite poner la habitación en *standby-mode* para reducir la ventilación, apagar las luces y así reducir el consumo de energía. Además, las pantallas tienen una jerarquía, que permiten que un dashboard maestro controle los cuartos remotamente.

(iii) Conectividad del paciente

- Para mejorar la experiencia del paciente, el centro sanitario pone a su disposición una *“tablet”* con la que puede acceder a sus cuentas personales, de forma que pueda **comunicarse por videollamada con sus familiares**. Ello es importante por la satisfacción de los pacientes, pero también para la mejora de su salud, por lo que, además de por una cuestión de humanidad, es una medida también relevante en términos de salud pública. Así se ha visto en muchos lugares del mundo, entre los que se encuentra España, donde en muchos hospitales se facilitó la conexión entre los pacientes y sus familiares durante la pandemia
- Asimismo, los dispositivos tecnológicos, en caso de padecer una enfermedad altamente contagiosa, permiten **conectar con el personal sanitario**, para mantenerle informado de su evolución clínica y estado de salud general. Además, cuando el médico visita al paciente, una aplicación permite revisar las constantes y los resultados de las pruebas realizadas al paciente en pocos *clicks*.

(iv) Dashboard

- El departamento administrativo del hospital tiene a su disposición una plataforma de gestión llamada Desigo CC que le permite ver **la disponibilidad horaria del personal sanitario y de los servicios del hospital**, para equilibrar y repartir de forma eficiente a los pacientes en el hospital, así como facilitar la gestión de turnos de los profesionales.

(v) Gestión de la energía

- El sistema tiene integrado una solución de **optimización de la energía**, lo que permite reducir hasta un 30% del consumo. Además, el “hospital inteligente” cuenta con un **sistema de generación de energía renovable** formado por paneles solares, baterías para almacenar la energía y un sistema eléctrico de repuesto.
- Son todavía los “primeros pasos” de un camino en el que aún hay mucha área de mejora, en el que algunos países y hospitales están trabajando y que repercutirá en menores costes, por lo que los presupuestos se podrán focalizar en dar un mejor servicio asistencial a los pacientes, así como en la mejora del cuidado del medio ambiente.

Así, un “hospital inteligente” permite **optimizar los servicios prestados al paciente**, mejorando la productividad de los empleados, reduciendo los costes energéticos y el mantenimiento de los equipos, mejorando la calidad de servicio y el resultado de los pacientes y permitiendo optimizar el espacio del hospital; todo lo cual es importante en un contexto “normal”, pero más aún en una situación de pandemia como la vivida entre los años 2020 y 2022 a nivel mundial.

3.2 Pruebas y consultas específicas de Gastroenterología

La Gastroenterología es una especialidad que se ha visto especialmente perjudicada por la pandemia. Uno de los principales problemas causados por la priorización de los recursos al tratamiento de los pacientes con Covid-19 se basa en la **reducción drástica de las intervenciones quirúrgicas y diagnósticas**, lo cual puede conllevar un empeoramiento de la patología del paciente, como un cáncer colorrectal o el diagnóstico tardío de cánceres en estados más avanzados, respectivamente.

Otro problema importante en el ámbito de la Gastroenterología es **la difícil armonización de la gestión de la enfermedad de la Covid-19 con la de una enfermedad crónica**, dado que la primera necesita una atención de urgencia, que colapsa los centros sanitarios, **imposibilitando a los pacientes de la segunda ser atendidos cuando es necesario**. Los enfermos crónicos, como los que padecen una enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en muchas ocasiones tienen una situación clínica razonablemente estable de forma general, si bien ésta puede cambiar en cualquier momento, lo que puede conllevar que el paciente necesite atención, ya sean consultas, pruebas u otros procedimientos, en ocasiones de forma programada y otras incluso de forma urgente, por lo que el sistema debe estar preparado para esta realidad.

3.2.1 Seguimiento de las enfermedades crónicas

Uno de los grupos de riesgo frente a la Covid-19 es el formado por los enfermos crónicos, bien por estar más expuestos a contagiarse o bien por tener una peor respuesta al virus, como consecuencia de la patología crónica o de los tratamientos que reciben para combatir la misma. Se trata de pacientes para los que es crítico contar con un seguimiento médico y de enfermería para poder encontrar respuestas “en tiempo real” a sus necesidades sanitarias.

En el ámbito de la gastroenterología, hay una parte relevante de **pacientes crónicos con Enfermedades Inflamatorias Intestinales a los que hay que hacer un seguimiento permanente**, imprescindible para evitar la progresión y limitar el aumento de las secuelas. Sin embargo, la situación que se generó en la pandemia supuso que una parte del grupo de pacientes crónicos encontrara obstáculos para continuar recibiendo ese seguimiento que precisaban, lo que hace que sean un colectivo que ha sufrido de forma clara el impacto de la Covid-19.

De forma más concreta, un estudio realizado por **la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) estudia el impacto que ha tenido la Covid-19 en pacientes con enfermedades crónicas**.³³ En este estudio se realizaron tres encuestas, en etapas diferentes de la pandemia, siendo la primera entre el 29 de abril y el 21 de junio de 2020, la segunda encuesta entre el 3 de septiembre y el 22 de diciembre 2020 y la tercera encuesta entre el 19 de mayo y el 14 de junio de 2021. Los problemas que los enfermos crónicos han sufrido son los siguientes:

i. Demora en la atención tras un brote:

- Según la encuesta, entre un empeoramiento en la enfermedad crónica hasta la cita que el médico pudo concertar transcurrieron, **de media 48 días**, teniendo un **diagnóstico final a los 117 días desde la aparición de los síntomas agudos**.

ii. Acceso a la medicación:

- En especial en la primera encuesta realizada, **sólo un 20,7% de los entrevistados no presentó ninguna dificultad para conseguir el tratamiento farmacológico en la farmacia comunitaria**. Dentro de las dificultades de los pacientes, están el miedo al contagio, o la incapacidad de visitar la farmacia por problemas físicos.
- Asimismo, dicha realidad pone de manifiesto la **falta de canales directos para comunicarse con los Servicios de Aparato Digestivo en algunos hospitales españoles**, si bien se identifica alguna buena práctica, como el hospital universitario Puerta de Hierro de Madrid, donde existe un correo

³³ [POP](#): Estudio del impacto de Covid-19 en las personas con enfermedad crónica

electrónico a disposición de los pacientes para poder trasladar a los facultativos y personal de enfermería cualquier pregunta o modificación en su estado de salud.

iii. Calidad de vida:

- En cuanto a la capacidad de seguir la vida con normalidad, **el 41% indicó que tenía problemas leves** (21,1%) o moderados (20%) y **cerca del 30% tenía problemas de autocuidado**, como lavarse o vestirse. En el plano emocional, tres cuartas partes de los entrevistados manifestaban algún grado de ansiedad y/o depresión.

Como consecuencia de lo expuesto, entre los entrevistados, un **54% y un 57% afirmaron en la segunda y tercera encuesta estar insatisfechos con la atención sanitaria recibida**, siendo este porcentaje solo de un 28% en la primera encuesta. Estos datos indican que los pacientes con enfermedades crónicas, si bien eran conscientes de que su enfermedad no era prioritaria en la primera ola de la pandemia, vieron carencias en su atención en las siguientes, donde tampoco se priorizó su atención, estando los hospitales menos congestionados que al principio de la pandemia.

Respecto al nivel de satisfacción con el tratamiento de su enfermedad crónica, una empresa en USA llevó a cabo una encuesta realizada a pacientes con enfermedades crónicas sobre la calidad asistencial recibida en la pandemia.³⁴ Un **54% de los encuestados afirmó haber tenido un retraso en la atención asistencial**, y un **26% afirmaron haber encontrado problemas en localizar al médico**.

En cuanto al tratamiento de su enfermedad desde el domicilio, **un 52% no recibió la prescripción de medicamentos**. Adicionalmente, el recurso más deseado para poder mejorar su estado es, según la mayoría (un 29% de los encuestados), la gestión del estrés. Por último, un 80% de las personas que tuvieron problemas para comunicarse con su médico defendieron la utilidad de la teleconsulta.

3.2.2 Enfermedades y consultas multidisciplinares

La atención multidisciplinar es un **modelo de atención necesario para pacientes que padecen una patología que requiere de una atención por parte de varios especialistas**, o para aquellos que tienen más de una patología simultáneamente, y que, por tanto, el diagnóstico, el tratamiento y la medicación, deben ser únicos y estar relacionados con sus patologías concretas. Esta práctica, aunque merece una gestión más compleja de los horarios disponibles de los médicos, puede mejorar enormemente la experiencia de los pacientes con diversas patologías que requieran la atención de facultativos de varias especialidades.

Los pacientes que padecen una **EII tienen una mayor probabilidad de padecer otras enfermedades inmunomediadas (IMID)**, como las espondiloartropatías, la uveítis, psoriasis o hidradenitis. Las IMID son patologías producidas por un sistema inmunológico alterado, y su aparición suele tener un componente genético y unas condiciones ambientales de estrés asociadas.³⁵ Estas patologías afectan a más de 2,5 millones de personas en España, de los cuales un 12% padecen una enfermedad inflamatoria intestinal.

Dado que las IMID provienen de una alteración en el sistema inmunológico y no de una patología en una parte del cuerpo, **es muy común que un paciente tenga varios tipos de IMID al mismo tiempo**. Por ejemplo, para un enfermo que tiene IMID, es 89 veces más probable desarrollar espondilitis anquilosante que para un paciente sano; igualmente, es 8,7 veces más probable que desarrolle una EII que una persona sana; y 6,9 veces más probable que padezca una hidradenitis supurativa.³⁶

Para poder dar respuesta a este tipo de pacientes que necesitan un **diagnóstico completo para coordinar el tratamiento**, un equipo multidisciplinar permite poner en común los conocimientos sobre las patologías del paciente, dando una respuesta coordinada, teniendo en cuenta todas las patologías del paciente. Sin embargo, ello requiere de una coordinación de distintos servicios y de muchos profesionales, lo que es enormemente complejo en condiciones de

³⁴ [Wellframe](#): Chronic Condition Patient Population Report

³⁵ [UNIMID](#): Qué son las IMID

³⁶ [UNIMID](#): Concurrencias de las IMID

normalidad, mucho más aún en un momento de pandemia, en el que muchos pacientes sufrieron grandes dificultades para ser tratados de forma multidisciplinar.

En este sentido, las reuniones que en ocasiones se desarrollan con carácter periódico en muchos hospitales españoles para **tratar de forma multidisciplinar a los pacientes debieron ser canceladas o reducidas a la mínima expresión** en la práctica totalidad de los centros sanitarios en España, lo que impactó en el diagnóstico y tratamiento a este tipo de pacientes y sobre este tipo de patologías. Siendo esta la realidad más frecuente durante la pandemia no es menos cierto que en algunos hospitales se llevaron a cabo *webinars* dentro de cada hospital para discutir casos entre distintos especialistas, si bien generalmente de forma no planificada y de modo oportunístico.

Aunque en España existen muchos modelos y ejemplos de buena atención multidisciplinar, posiblemente la mejor práctica sea la del hospital general universitario Gregorio Marañón (HGUGM) de Madrid, que cuenta con un centro especializado para este tipo de patologías, denominado **Centro de Enfermedades Inflammatorias Mediadas por la Inmunidad (CEIMI)**, en el que se manejan de forma conjunta diferentes IMID digestivas, reumatológicas, dermatológicas y oftalmológicas³⁷, y que durante la pandemia permitieron mantener la atención multidisciplinar, aunque adaptada a las complejas circunstancias que vivió el país.

El CEIMI es un centro de referencia a nivel europeo³⁸ en la atención a personas con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (IMIDS) en el ámbito asistencial y de investigación. En el Centro participan de forma directa **especialistas de los servicios** de Reumatología, Aparato Digestivo, Dermatología, Oftalmología, Endocrinología y Nutrición, Medicina Preventiva, Psiquiatría y Farmacia, además de las enfermeras de práctica avanzada y del hospital de día.

En la atención al paciente, desde que una persona es identificada como potencial paciente, se genera **una citación interdisciplinar para valorar el plan de atención que se le va a realizar**, donde médicos de múltiples especialidades y en ocasiones apoyo externo estudian el caso y discuten sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente. Para reforzar la valoración del paciente, los médicos se pueden apoyar en múltiples recursos, entre los que se encuentran el diagnóstico por imagen, técnicas invasivas, o pruebas *in vitro*.

Una vez el paciente ha sido diagnosticado de forma conjunta, se inicia un tratamiento consensuado entre los diferentes servicios implicados y se le cita para **consultas interdisciplinares periódicas que aseguran una correcta evolución de las diferentes enfermedades que padece**. El centro también cuenta con psicólogos, nutricionistas, además de apoyo externo, como grupos de autoayuda y terapias de grupo, y asociaciones de pacientes (UNIMID), para realizar un seguimiento completo del tratamiento del paciente y asegurar que no tiene ninguna necesidad insatisfecha.

Finalmente, destaca la preocupación del CEIMI por la **educación del paciente y de su familia**, que es uno de los objetivos del centro, fomentando su autonomía, proporcionándole las habilidades necesarias para mejorar la gestión de los síntomas y fomentando la adherencia al tratamiento, todo lo cual ha sido muy relevante para la gestión de la situación de incertidumbre a la que muchos de estos pacientes han tenido que hacer frente durante la Covid-19.

3.2.3 Pruebas de cribado de enfermedades y otros procedimientos

Desde hace muchos años, se vienen realizando en la sanidad española y en muchas especialidades, distintos procedimientos médicos y en particular pruebas de cribado de enfermedades cuya realización se han visto afectadas por la pandemia. En relación con las pruebas de cribado, y en especial en la **prueba de cribado de cáncer de colon**, el objetivo es diagnosticar la presencia de pólipos en el colon y recto, que puedan ser tratados sin cirugía, o bien detectar el cáncer colorrectal en fases muy iniciales, aumentando las probabilidades de curación. Aunque hay una gran variabilidad entre las situaciones donde la realización de pruebas de detección de cáncer colorrectal está indicada, las Sociedades Científicas recomiendan generalmente la realización de pruebas de detección con una periodicidad de varios años, a partir de los 50 años en personas asintomáticas. Por ejemplo, en la Guía de Práctica Clínica publicada por la Asociación Española de

³⁷ [Comunidad de Madrid](#): Centro de Enfermedades Inflammatorias Mediadas por la Inmunidad

³⁸ El CEIMI ha sido reconocido por la [Comisión Europea](#) en 2021 como una “Best Practice” en materia de salud pública por su “Nuevo modelo colaborativo de atención clínica a pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por el sistema inmunológico en tratamiento con terapias biológicas y nuevas moléculas sintéticas”

Gastroenterología, recomienda que este grupo realice una prueba de determinación de sangre oculta en heces cada dos años.³⁹

El **número de pruebas de cribado de cáncer colorrectal** realizadas en la pandemia **se vio reducido drásticamente** con respecto a la situación previa a la Covid-19, variando entre un 40% y un 90% en los hospitales españoles, según la AECC⁴⁰ por lo que la detección precoz de cáncer después en la primera ola de la pandemia fue inferior a la detección en años anteriores en el mismo periodo de tiempo. Una consecuencia directa fue, además de la **aparición de pacientes con tumores más avanzados** y por tanto con peor pronóstico, pacientes con complicaciones derivadas de estos tumores, como por ejemplo, cuadros de obstrucciones intestinales.

Para contrarrestar la escasez de pruebas endoscópicas con objeto de la detección de cáncer colorrectal, varios hospitales han **aumentado la realización de pruebas de heces como otra medida de prevención del cáncer**, como el Massachusetts General Hospital, que ha optado por utilizar la prueba inmunoquímica fecal de detección de sangre en heces (SOH-I), desarrollando un sistema para que el paciente realice la prueba desde el domicilio, sin tener que desplazarse al hospital para recoger el kit ni para depositarlo. La prueba de detección de sangre en heces se realizaba tradicionalmente como prueba de cribado la detección de SOH basada en resina de guayaco (SOHg), pero los profesionales sanitarios migraron hace años hacia la prueba de sangre oculta en heces SOH-I, por tener una mejora en las tasas de detección. Esta prueba se basa en la utilización de un anticuerpo monoclonal o policlonal para unirse a la hemoglobina existente en la sangre y de esta forma cuantificar la cantidad que hay en una muestra fecal.

En España también ha habido alguna iniciativa en dicho sentido, como pone de manifiesto un informe publicado por la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco** titulado “Prueba inmunológica de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal: recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y su utilización en el Sistema Nacional de Salud”, donde se indican las pruebas de detección de sangre oculta en heces que pueden realizarse, distinguiendo los casos sintomáticos de los asintomáticos.⁴¹

En el caso de la prueba para los pacientes sintomáticos, afirman que el SOH-I tiene una alta precisión diagnóstica, superior que la de los criterios SIGN y NICE que se aplican en la práctica clínica, utilizando un punto de corte de entre 50 y 100 ng/mL (unidad de medida correlacionado con la cantidad de sangre en las heces). De este estudio se deduce que, para los pacientes con síntomas compatibles con un cáncer colorrectal, un resultado bajo en la medición de concentración de hemoglobina fecal puede ser **una prueba suficiente para descartar una enfermedad colorrectal significativa, y por tanto, reducir el número de endoscopias a realizar**.

Una prueba de detección de sangre oculta en heces no reemplaza a una endoscopia. No obstante, en muchos casos una prueba de SOH, que **consume menos recursos hospitalarios y económicos y es menos incómoda** para el paciente, **es una sencilla medida de descartar un porcentaje de las endoscopias programadas**. Por ejemplo, un estudio realizado por la Universidad de Zaragoza afirma que la utilización de SOH y calprotectina, (que es una prueba similar destinada a la detección de una EII) como pruebas previas a una endoscopia redujeron el 39,4% de las endoscopias realizadas, significando una reducción de los costes del tratamiento medio de 774,13€ por paciente⁴².

Esta estrategia de la SOH está implantada en muchas regiones de España desde hace muchos años y se aplica con éxito en muchos hospitales españoles. Sin embargo, **durante la pandemia se dejaron de hacer también test de SOH** y cuando se retomó en muchos sitios se priorizó la colonoscopia a aquellos con niveles de SOH más elevados, ya que hay evidencia de que la probabilidad de encontrar una patología es mayor, lo cual podría ser un aprendizaje para el futuro.

En resumen, la paralización de los programas de cribado de cáncer de colon y otros procedimientos durante la pandemia han tenido (y siguen teniendo) importantes repercusiones sobre los paciente y sobre el sistema (que aún sufre retrasos relevantes en distintos tipos de procedimientos), si bien **hay iniciativas que** algunos centros han puesto en marcha, y sobre las que se puede seguir investigando en el futuro, que **permiten de una manera más sencilla identificar o descartar**

³⁹ [AEGastro](#): Guía de Práctica Clínica

⁴⁰ [AECC](#): Inequidad en los programas de cribado de cáncer de colon

⁴¹ [Prueba inmunológica de sangre oculta en heces](#) en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal...

⁴² [Universidad de Zaragoza](#): La combinación de sangre oculta en heces y calprotectina fecal es una herramienta coste-efectiva...

posibles patologías, de modo que los facultativos cuenten con información sin necesidad de hacer determinadas pruebas, que en tiempos de pandemia pueden ser más complejas de realizar.

3.2.4 Cirugías oncológicas gastrointestinales programadas y/o urgentes y otro tipo de cirugías

En el caso de los pacientes con cánceres gastrointestinales, como el cáncer colorrectal, posponer una cirugía de un tumor puede significar el crecimiento de éste, **reduciendo las probabilidades de supervivencia del paciente y aumentando los costes del tratamiento** de la enfermedad si tiene que someterse a radioterapia o a quimioterapia antes de una cirugía más agresiva. Por esta razón, es importante establecer unos criterios para priorizar la atención de un paciente que debe someterse a una cirugía colorrectal, lo que ayudaría a la toma de decisiones en el marco de una pandemia como la de la Covid-19, en los distintos estadios en los que se encuentre la enfermedad.

En este sentido, la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos (SAGES) definió en abril de 2020 unos **criterios en los que los cirujanos se basaran** para decidir el tratamiento de un paciente de Covid-19 en los hospitales⁴³. Para analizar la situación, la SAGES definió cuatro posibles situaciones en las que el sistema sanitario se puede encontrar en un momento dado en relación con la saturación de los recursos de la Covid-19, que son las siguientes:

- (i) **Fase 0** - Funcionamiento normal, sin pacientes Covid-19.
- (ii) **Fase 1** - El hospital tiene pacientes Covid-19, pero los recursos, tanto de camas de UCI como de ventiladores no están congestionados.
- (iii) **Fase 2** - El hospital tiene pacientes Covid19 y los recursos, tanto de camas de UCI y ventiladores como de EPIs, son limitados.
- (iv) **Fase 3** - Situación de crisis donde la mayoría de las camas de UCI y ventiladores están asignadas a pacientes Covid-19 y los EPIs son mínimos o inexistentes.

Las recomendaciones de la SAGES, por otro lado, clasifican las **posibles patologías gastrointestinales del paciente** en tres categorías, por urgencia en la operación:

- (i) **Categoría 1** - Cirugía de baja prioridad de un paciente sano, como cirugía ambulatoria. Se puede posponer la operación porque no se pone en peligro la vida del paciente. Todos estos procedimientos son electivos y se recomiendan retrasarse **hasta que se reequilibren los recursos y el riesgo vuelva a los niveles iniciales**, siendo posible realizar la operación, en función de cada hospital, a partir de la Fase 1.
- (ii) **Categoría 2** - Cirugía de prioridad intermedia de un paciente sano: no es una amenaza para la vida, pero posponer la operación puede tener morbilidad y mortalidad futuras. Pertenecen a esta categoría la mayoría de los pacientes de cáncer, en estadios bajos. Los pacientes requerirán información multidisciplinaria (virtual, a ser posible). En situaciones de alto riesgo en la patología del paciente y de fase 2 o superior del hospital, se les debe ofrecer preferentemente **medidas alternativas a la cirugía para reducir el número de pacientes hospitalizados**.
- (iii) **Categoría 3** - Cirugía aguda necesaria en procedimientos urgentes para la supervivencia del paciente. Todos los pacientes **deben someterse a los procedimientos adecuados** para remediar su afección urgentemente.

Este tipo de procedimientos de priorización para la realización de cirugías, que fueron necesarios en los momentos de mayor impacto de la pandemia, supusieron la priorización de las cirugías sobre pacientes oncológicos, lo cual ha supuesto importantes demoras (sine die en algunos casos) en la **atención a pacientes con patologías quirúrgicas no oncológicas**, como por ejemplo la EII, que han sufrido y siguen sufriendo retrasos quirúrgicos muy importantes y cuya situación clínica debe también tenerse en cuenta en futuras estrategias de abordar una pandemia.

También es importante mencionar que en el caso de que el paciente se someta a una cirugía gastrointestinal a pesar de los riesgos de exposición al SARS-CoV-2, otros organismos han publicado recomendaciones técnicas sobre cómo minimizar el riesgo de contagio debido a la utilización de aerosoles. La Asociación Española de Coloproctología muestra varias medidas que se pueden aplicar **en las cirugías laparoscópicas para permitir una extracción segura del CO2** y del

⁴³ [SAGES](#): Recommendations for management of colorectal patients during the Covid-19 Crisis

posible SARS-CoV-2 presente en él, introduciéndolo en una solución de ácido hipocloroso al 10% a la salida del CO2 del organismo, de forma que este quede atrapado en la solución.⁴⁴

En resumen, la **realización de cirugías gastrointestinales durante la pandemia se redujo enormemente** respecto a una situación de normalidad previa a la pandemia, lo que generó relevantes retrasos en las intervenciones, que han supuesto un aumento de la morbilidad y una sobrecarga posterior para los servicios de gastroenterología en la mayoría de hospitales españoles, tanto en relación con pacientes oncológicos, como en pacientes “no oncológicos”.

En relación con los pacientes oncológicos, de forma concreta, varios estudios realizados sobre el impacto del retraso quirúrgico en el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR), pusieron de manifiesto que el citado **retraso quirúrgico puede ocasionar una reducción de la supervivencia en el cáncer** colorrectal (CCR), ya que, en el cáncer de colon primario con extirpación, un retraso quirúrgico de >30-40 días se asoció con una peor supervivencia⁴⁵.

⁴⁴ [AECP](#): Eliminación segura de CO2 en pacientes con COVID19 positivo

⁴⁵ [El retraso en la cirugía por CCR puede reducir la supervivencia | Univadis](#)

3.3 Formación e Investigación

Como el resto de cuestiones relativas a la gestión de la crisis de la pandemia de la Covid-19 en el ámbito sanitario, la formación y la investigación se han visto también notablemente afectadas, ya que durante muchos meses han convivido varias **circunstancias que hacían imposible mantener el nivel de desarrollo de actividades formativas y de investigación**: los profesionales estaban trabajando desde sus hogares y no podían acceder a los recursos del centro hospitalario; el número de consultas, quirófanos, laboratorios, etc., que estaban cerrados hacía imposible mantener los niveles de actividad; y además el miedo y la prudencia de los profesionales dificultaba enormemente que se prestaran en muchos casos a participar del sistema, bien impartiendo formación, participando en estudios, atendiendo la lectura de tesis doctorales, etc.

Es por todo ello que **durante varios meses la actividad se paralizó o se ralentizó notablemente** (de forma variable y sin un patrón uniforme en los distintos hospitales analizados), lo que ha impactado tanto en la formación de los profesionales (especialmente de los médicos internos residentes), como en muchos estudios realizados, que o bien se han tenido que cancelar, o **se han retomado posteriormente, tratando ya de garantizar las condiciones de seguridad** para todos los participantes que formaban parte de un curso de formación, de un estudio de investigación, etc.

3.3.1 Cursos relevantes en la especialidad

La posibilidad de que el personal sanitario siguiera una formación clínica continuada en el transcurso de las primeras olas de la Covid-19 fue muy limitada debido a que la crisis sanitaria condicionó su actividad. Es por ello, que, de forma generalizada, incluso **los cursos programados prácticos de atención asistencial se vieron cancelados**, por la urgencia del tratamiento a los enfermos con Covid-19.

En la práctica, la falta de formación “académica” ha supuesto que los profesionales contaran únicamente con un **modelo de formación basado casi en exclusiva en el trabajo diario**, muy relevante durante la residencia para todas las especialidades, pero que debe ser complementado con una formación más teórica. Sin embargo, la realidad en este ámbito ha superado a la planificación, de modo que muchos médicos, y en especial residentes, han tenido que adquirir conocimientos de forma práctica, dando respuesta a situaciones de urgencia⁴⁶.

En el ámbito de la formación, y en relación con la pandemia, una buena práctica de la Organización Mundial de Salud (OMS) fue la de **publicar varios cursos online gratuitos de prácticas relacionadas con el Covid-19 en un ámbito extendido**, impartiendo cursos variados que trataban, desde la detección de síntomas de Covid-19, prevención y control de la enfermedad, hasta el diseño de instalaciones de tratamiento para infecciones respiratorias agudas graves⁴⁷.

El problema, más allá de la formación en el tratamiento de la Covid-19, fue que la pandemia hizo que **la formación específica (en sus especialidades) de los médicos y otros profesionales se viera limitada**, no pudiéndose hacer de forma presencial en casi ninguno de los casos. Así, se generalizaron los *webinar* y otros modelos online, que dieron una respuesta puntual a la situación, pero que no deberían constituir el único recurso formativo de cara al futuro.

En la transición hacia el retorno a la normalidad, **están volviendo a celebrarse en condiciones de normalidad los cursos de asistencia presencial**, entre los que se encuentran la variedad de cursos que ofrecen las diferentes sociedades científicas de cada especialidad, como la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) o GETTECU, en el ámbito de la gastroenterología, que permitirán al personal sanitario complementar su formación.

En dichos cursos, los recursos online son una alternativa, un apoyo o un complemento (en muchos casos con mayor intensidad que antes de la pandemia), pero **se recupera de forma generalizada la formación presencial** (manteniendo generalmente también la opción virtual), que es fundamental para que los profesionales tengan la posibilidad de conocer

⁴⁶ [Laerdal Medical is a world leading provider of training](#): What Have Hospitals Learned So Far From COVID-19?

⁴⁷ [OMS](#): Free COVID-19 online courses on OpenWHO

en detalle la práctica clínica y los detalles requeridos para el ejercicio de su especialidad, y que en el formato únicamente online se ve limitada la experiencia.

3.3.2 Formación de los médicos residentes

Uno de los colectivos de profesionales sanitarios más afectados por la crisis de la pandemia ha sido el de los médicos residentes, dado que se han visto forzados a abandonar o limitar temporalmente su formación en la especialidad, para posicionarse en la primera fila de la atención asistencial a paciente de la Covid-19. Por esta razón, es posible que parte de los médicos residentes no hayan completado su formación de residencia y necesiten una formación complementaria adicional. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos publicó en diciembre de 2020 un informe titulado: “Percepción de la situación de la formación sanitaria especializada en España”, donde expone en detalle este problema.⁴⁸

Según el informe, **la relación entre la parte formativa y la parte laboral de los médicos residentes ya estaba desequilibrada**, antes de la pandemia, por ejemplo, en el incumplimiento sistemático de los derechos laborales en lo relativo a los descansos obligatorios post-guardia. No obstante, en la pandemia, el desequilibrio entre trabajo y formación fue mucho más evidente.

Desde la declaración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020, y la posterior Orden SND/232/2020 el 15 de marzo 2020 por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social, **las condiciones de los residentes se vieron alteradas**. En primer lugar, se estableció la prórroga de la contratación de los residentes de último año que terminaban en mayo en algunas especialidades. Además, los programas rotativos, los programas formativos y las cirugías quedaron temporalmente suspendidos. Por último, se permitía el traslado de residentes a otros centros hospitalarios que se podían encontrar en una provincia o comunidad autónoma diferente y pudiendo no ser centros con acreditación docente, lo que viola el deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, pero que era una respuesta excepcional a una situación sin precedentes. Una medida que empeoró la situación de los médicos residentes fue el retraso en la incorporación de los médicos residentes de primer año, pasando de ser tradicionalmente en mayo a ser en septiembre, por lo que aumentó la carga asistencial de los residentes del año anterior, y resultó también en un aumento del número de guardias para cubrir las guardias que estos residentes de primer año deberían haber hecho.

Como consecuencia, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos realizó una encuesta en noviembre de 2020 a casi 3.000 médicos residentes, para conocer, principalmente **el papel desempeñado por los médicos residentes y el grado de supervisión de su actividad asistencial** durante el estado de alarma, además de conocer **la voluntad de prolongar la residencia** por la alteración de los programas formativos en los últimos meses.

Dentro de los resultados, destaca que el 50,6% afirmó haber tenido que aumentar el número de guardias en la primera ola, de los que un 50% continuó realizando más guardias en la segunda ola. Adicionalmente, el 97,3% afirmó que sus hospitales habían suspendido los quirófanos. En materia formativa, el 47,3% de los residentes que han realizado acciones relacionadas con la Covid-19 afirmó que no les ha aportado nada a nivel formativo, y el 35,3% afirma que no se han sentido supervisados. Como consecuencia, el 59,9% de los médicos residentes de esta encuesta ve necesaria la ampliación del tiempo de formación para recuperar la formación perdida durante los meses de crisis sanitaria.

En base a lo anterior, los médicos residentes se podrían ver beneficiados de un **plan de acción para poder reequilibrar su formación**, si bien es posible que una parte de estos prefiera terminar su etapa de residencia para poder formarse de forma autónoma como médico adjunto, buscando así suplir sus posibles carencias de forma autónoma.

3.3.3 Investigación y estudios clínicos

En materia de investigación, **la pandemia ha condicionado enormemente el desarrollo de la mayoría de los estudios que estaban previstos o en curso** porque los recursos asistenciales y de investigación se han focalizado en la atención y la respuesta a la situación de urgencia generada por la Covid-19. Tanto los ensayos clínicos, como los estudios de

⁴⁸ [CGCOM](#): Percepción de la situación de la formación sanitaria especializada en España

evolución de pacientes, como las tesis doctorales se vieron paralizados durante varios meses, porque además dichos trabajos no contaban con un “plan B” o una alternativa para continuar llevándose a cabo en una situación como la generada.

Además de la dedicación de los facultativos y otro personal asistencial a la lucha contra la pandemia, la situación exigía **asegurar las condiciones de los pacientes que participaban en los estudios**, para garantizar el que no se contagiaran, en la medida de lo posible. Para ello, “se redefinieron los criterios de inclusión para por ejemplo requerir tests SARS-CoV2 o la realización de las visitas en áreas libres de la Covid-19. Por otro lado, se tardó un tiempo en garantizar la seguridad de los pacientes que entraban en nuevos estudios y los requerimientos de los promotores se tuvieron que reformular para dar tranquilidad a los investigadores de que no ponían en riesgo a los pacientes. Una vez adaptados a la nueva normativa, el esfuerzo realizado por los equipos de investigación ha mitigado en gran medida el parón de varios meses que representó la irrupción de la pandemia”⁴⁹.

Sin embargo, la pandemia ha conllevado el **desarrollo de numerosos estudios relacionados con la Covid-19 a una gran velocidad**, lo cual:

- Ha permitido **mejorar la respuesta a la enfermedad de la Covid19**, desarrollar vacunas en tiempo récord, etc. De hecho, España es uno de los líderes mundiales en materia de estudios clínicos relacionados con la Covid-19, superando en julio de 2020 el centenar de ensayos clínicos con posibles medicamentos contra el SARS-CoV-2, con una participación de más de 28.000 pacientes y 162 hospitales. Asimismo, en 2020 se publicaron más de 75.000 artículos sobre la pandemia.
- Así, y consecuencia de lo anterior, se ha puesto de manifiesto que las aprobaciones administrativas requeridas se han hecho de forma muy rápida, bajo un modelo que debería ser extendido al resto de estudios de investigación de otras patologías.

En el lado contrario, el **resto de las áreas de especialidad ha experimentado una reducción drástica en los estudios terminados** (principalmente los que requerían la realización de pruebas diagnósticas y otras prácticas que se llevan a cabo en un centro hospitalario), por una deceleración en el ritmo de investigación de los estudios que se estaban realizando antes de la pandemia y por la ausencia de nuevos estudios que reactivaran la actividad. El paso de los meses más críticos permitió retomar algunos estudios, mientras otros fueron definitivamente cancelados, además de que el ritmo de comienzo de programas de investigación (más allá de los relacionados con la Covid-19) ha sido limitado en los años 2020 y 2021, donde la mayoría de los equipos asistenciales tenían el foco puesto en responder a la pandemia de la mejor manera posible.

En este sentido, la **paralización de la investigación** es una de las consecuencias dentro del entorno pandémico producido por la Covid-19. Así lo señala el **Banco Interamericano de Desarrollo**, que pone de manifiesto que, como consecuencia de las medidas de seguridad establecidas para evitar contagios (entre las que destacaba el distanciamiento social), resultó afectada la continuidad de las actividades académicas, especialmente aquellas que tienen que ver con la investigación, ya que los laboratorios, que requieren la presencia de sus investigadores para desarrollar los procesos necesarios para generar ciencia, estuvieron cerrados durante algún tiempo⁵⁰.

Por su parte, los organismos españoles especializados en materia de investigación, como el **Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC)** o el **Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)** siguieron **trabajando** en la medida de sus posibilidades e incrementando el número de ‘papers’ que se publicaban pese a tener dos ‘handicaps’ con los que no se encontraban antes de la aparición de la pandemia: la importancia de conocer más sobre el SARS-CoV-2 y la necesidad de trabajar con unas medidas de seguridad que antes no se tenían.

Otra buena práctica identificada en este ámbito, y más concretamente en el ámbito hospitalario, es el **Instituto de Investigaciones Biomédicas del Hospital Clínic (Idibaps)** que prácticamente mantuvo el nivel de reclutamiento de pacientes sin restricciones destacables, sobre todo en oncología. Para ello, el Idibaps habilitó un sistema para que los científicos pudiesen **acudir a la sede del organismo con seguridad** a hacer labores básicas como el mantenimiento de

⁴⁹ [Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge \(IDIBELL\)](#), que es un centro de investigación en biomedicina creado en 2004, que está participado por el Hospital Universitario de Bellvitge y el Hospital de Viladecans del Instituto Catalán de la Salud, el Instituto Catalán de Oncología, la Universidad de Barcelona y el Ayuntamiento de L’Hospitalet de Llobregat.

⁵⁰ [Realidad y perspectivas de los Centros de Investigación Universitarios en América Latina ante el Covid-19](#)

animales de experimentación o el control de cultivos celulares; y puso en marcha un sistema de teletrabajo para que el personal administrativo y los científicos pudieran continuar trabajando, incluyendo el acceso a bases de datos de forma remota y segura.

Adicionalmente, **el Idibaps hizo una apuesta muy fuerte desde el comienzo de la pandemia por la investigación en relación con la Covid-19**, para lo que creó al inicio de la pandemia un biobanco de muestras de pacientes con Covid-19 y otros controles, con todo tipo de garantías de confidencialidad, lo que le permitió contar con varios miles de donantes y decenas de miles de muestras para abordar nuevos proyectos de investigación, en una entidad con más de 500 investigadores acreditados y más de 1.000 contratados⁵¹.

⁵¹ [Diario médico – Julio 2020](#)

3.4 Relación con la industria farmacéutica

Históricamente, la relación de los facultativos y del personal sanitario con la industria farmacéutica se ha basado en **relaciones profesionales entre los delegados farmacéuticos y los propios médicos**, basadas en encuentros presenciales en los centros hospitalarios, así como en la organización de congresos y eventos del sector, siempre también de índole presencial, en los que se aprovechaba para presentar novedades de la compañía, nuevos procedimientos, estudios de investigación clínica, etc.

La llegada de la pandemia supuso también un **cambio drástico en las relaciones entre facultativos y delegados farmacéuticos**, porque los profesionales no acudían en muchos casos a su puesto de trabajo (bien porque lo hacían desde casa, bien porque reforzaron los servicios de Urgencias o de Medicina Interna), y los delegados de las compañías farmacéuticas estaban confinados por prescripción legal, bajo las directrices establecidas en el Estado de Alarma, por lo que el mantenimiento de la relación no podía hacerse del mismo modo.

Así, surgieron **otros medios de comunicación alternativos**, de tipo telemático y especialmente a través de *webinars* a los que se invitaba a los médicos o personal de enfermería, así como otro tipo de formatos a distancia, con los que las compañías del sector trataron de mantener la relación profesional con los facultativos y el personal de enfermería.

3.4.1 Congresos y eventos formativos y de divulgación científica

Como medida para dificultar la propagación del virus y para proteger al personal sanitario, en marzo de 2020 se impuso la **prohibición de la celebración de congresos y eventos presenciales**. Para poder mantener parte de la actividad de cursos y congresos, se impulsó el formato *webinar*, que permitió a los profesionales asistir a determinados eventos, limitando los riesgos inherentes a la celebración de estos y limitando los desplazamientos. Sin embargo, la asistencia activa a estos eventos no fue siempre la óptima, ya que un porcentaje relevante de participantes seguía prefiriendo el antiguo sistema y no se adaptó al nuevo modelo online; pero fue sin duda un buen sustitutivo, si bien hay algunas cuestiones que pueden mejorarse.

En la **transición hacia un contexto postpandemia**, las organizaciones científicas y entidades organizadoras, están trabajando en modelos híbridos que combinen las bondades de ambos sistemas (presencial y online) en un mismo congreso. La solución lógica se basa en un **evento híbrido**, en el que el ponente, a la vez que realiza la ponencia, es grabado para que asistentes virtuales puedan participar en el evento.

Para que esta modalidad tenga éxito, es necesario que **los organizadores adapten el evento o congreso a esta modalidad híbrida** para aprovechar las **ventajas que brinda la tecnología**, teniendo en cuenta las siguientes cuestiones:

- **Aumento de personal:** para realizar un evento híbrido, una parte del personal debe dedicarse al congreso presencial (recepción de asistentes, aseguramiento de la iluminación, accesos, etc.); mientras que otra parte de la organización debe focalizarse en asegurar la experiencia del participante o asistente online. Para ello, se deberá crear el entorno virtual, atender los problemas técnicos o de conexión de los asistentes en la distancia, asegurar que la acústica es buena, que la visión es atractiva para un tercero que no se encuentre en la sala, y realizar al final una encuesta en la que se obtengan opiniones que pudieran tener los asistentes online.
- **Redistribución del presupuesto:** definir los objetivos que se buscan en la atención a los asistentes presenciales y virtuales, y repartir el presupuesto equitativamente para que los dos grupos de asistentes puedan salir beneficiados del evento.
- **Aceptación de las limitaciones de cada modelo:** el sistema virtual y el sistema físico tienen limitaciones no controlables por la organización que se deben aceptar, como una mala conectividad de un asistente virtual, o los retrasos de un asistente físico que fomentan la pérdida de concentración del público.
- **Adaptación de contenidos y nuevos roles para las ponencias:** El ponente tiene que adaptar los contenidos al nuevo formato, así como emplear sus habilidades de captación de atención a los dos públicos diferentes, que tienen necesidades diferentes, así como favorecer la participación de los asistentes, tanto en la sala como en la distancia, sin diferencias entre ellos.

- **Adaptación de la infraestructura:** para que la conferencia pueda atraer a los asistentes virtuales, el evento debe cumplir dos puntos básicos, que son una buena conectividad y la instalación de cámaras y micrófonos que permitan presenciar correctamente la conferencia virtualmente.

Uno de los primeros congresos con modalidad híbrida realizados en España fue el **Congreso de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia** que se realizó entre el 17 y el 19 de junio de 2021 en Palma de Mallorca, con el lema de “**Más que presencial, más que virtual**”. Este congreso aplicó iniciativas de potenciación de las comunicaciones científicas, en un formato innovador, dinámico y colaborativo. Algunas de las medidas fueron los espacios de networking, los mensajes del día o los casos clínicos integrados en formatos del tipo *gaming* o *escape room*, que permitieron asegurar la atención del asistente en los puntos de mayor importancia⁵².

Otros **ejemplos** que considerar para la organización de eventos y Congresos online en España son los organizados por la **Sociedad Española de Cardiología**, que ha realizado alguno en los últimos meses con buenos sets de televisión, buena cobertura y organización; o en el ámbito de la gastroenterología la **Asociación de Enfermedad Inflamatoria de Galicia (EIGA)**, que en su último Congreso realizó algunas iniciativas de interés para mantener la atención de los asistentes online y fomentar su participación.

3.4.2 Modelo de relación de la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios

Una dinámica que se ha visto alterada durante la pandemia de la Covid-19 es la **relación entre los representantes de las compañías farmacéuticas con el personal de los hospitales**, ya que los primeros se han visto desplazados de los hospitales, donde podían interactuar con los profesionales sanitarios. Como consecuencia, la industria farmacéutica vio dificultado su acceso a la promoción de medicamentos y se ha reposicionado en la forma de interactuar con el personal de los hospitales en general y con los facultativos en particular.

(i) Previo a la Covid-19

- En el contexto previo a la pandemia, el representante farmacéutico se desplazaba al hospital para poder tener **encuentros presenciales con los profesionales**, llevándose a cabo las reuniones en la consulta del médico o en otras dependencias del centro sanitario, donde los delegados de la industria podían contactar con los facultativos, personal de enfermería, etc.
- Esto generaba **dinámicas positivas en términos de relación entre representantes de la industria farmacéutica y médicos**, lo que permitía tener frecuentes encuentros profesionales, para la presentación de fármacos, novedades en materia de investigación, etc.
- Sin embargo, el **acceso tan sencillo y directo del personal de la industria a los facultativos también en ocasiones suponía que las reuniones se vieran interrumpidas por la actividad propia, pero no planificada, de los médicos** (ej. llamadas telefónicas, respuestas requeridas a correos electrónicos, consultas de otros profesionales, etc.), lo que hacía complicado que en todas las ocasiones las reuniones pudieran realizarse de continuo.

(ii) Durante las primeras olas de la pandemia del Covid-19

- Es evidente que **la relación con el representante farmacéutico, tal y como se ha presentado, en la primera ola de la pandemia fue prácticamente inexistente**, por la saturación de los recursos hospitalarios y la priorización de los casos críticos de enfermos Covid-19 sobre el resto de las tareas. El personal de la industria no podía entrar en los hospitales y la relación con los profesionales de los centros hospitalarios se limitó (cuando fue posible) al correo electrónico, al teléfono o a la concertación de videollamadas para hablar con los profesionales, pero de forma muy puntual y para cuestiones generalmente urgentes.
- Aunque las posteriores congestiones hospitalarias fueran de menor intensidad, la relación con el profesional de la industria continuó siendo escasa, siendo muy limitado en la mayoría de los casos el acceso a los

⁵² [XXVII](#) Congreso de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

hospitales para un encuentro presencial. En su lugar, **los representantes de las compañías farmacéuticas trasladaron (de forma masiva) su interacción con los facultativos a un formato de cita telemática**, concertada y con una duración determinada, con el objetivo de presentar información sobre fármacos y otras cuestiones profesionales.

(iii) En momentos de menor incidencia de la Covid-19 en la presión hospitalaria o asistencial

- Durante los años 2020 y 2021 ha habido momentos en los que la presión asistencial o el número de casos de Covid-19 ha sido más limitado en algunas regiones o provincias, lo que ha permitido en ocasiones **relajar las medidas impuestas para asegurar la atención en muchos hospitales** o comunidades autónomas.
- En este contexto, algunas de **las interacciones entre el personal de la industria y el facultativo han sido presenciales**, si bien existe una gran variabilidad en las dinámicas de relación con el médico, debido principalmente a que, en ocasiones, el personal de la industria farmacéutica únicamente puede acceder al hospital o visitar a profesionales durante un periodo de tiempo tasado a la semana, dado que los hospitales mantienen unas medidas estrictas con respecto a la visita de personal externo al hospital (así, se han generalizado las charlas o reuniones con varios profesionales de forma simultánea o de un profesional con varios representantes a la vez).

3.4.3 Logística de la industria farmacéutica

Un agravante de la crisis de la Covid-19 ha sido la **ausencia de medicamentos y equipamiento necesario** en algunos ámbitos para poder tratar a la población en los momentos de mayor incidencia de la pandemia, en los que había una demanda urgente y masificada de productos farmacéuticos, que no siempre pudo ser atendida de igual forma en todos los hospitales y realidades geográficas, que contaban con distintos modelos logísticos.

En relación con ello, una asociación de empresas farmacéuticas europeas llamada *Medicines for Europe* publicó en un informe titulado *“Lessons Learned from Covid-19”* varias recomendaciones que se pueden aplicar a la cadena logística para asegurar la contingencia frente a una futura crisis.⁵³

(i) Revisión del stock en los puntos cercanos al paciente

- Para aumentar la resiliencia contra cualquier posible contratiempo, es recomendable que los lugares donde se almacenan y dispensan los medicamentos (farmacias de calle, farmacias hospitalarias, centros logísticos farmacéuticos locales) revisen el inventario de seguridad que poseen, para que este pueda contrarrestar un posible error en la logística del producto o un aumento puntual de la demanda.
- En este sentido, se prevé un mayor acercamiento de la industria farmacéutica al plano local, para reducir la distancia entre la producción o el gran almacenamiento y el consumo, reduciendo de esta forma la complejidad en la cadena de distribución y como consecuencia la duración entre la creación de una necesidad por el paciente y la entrega del producto que necesita. Un ejemplo donde esta medida mejoraría la atención prestada en la pandemia es en la gestión de la producción de las mascarillas quirúrgicas, dado se ha visto una congestión en la producción de mascarillas en el continente asiático, lo que ha significado un retraso en la entrega prevista.

(ii) Colaboración de las entidades públicas

- Un problema muy común en las entidades regulatorias es la baja eficiencia de sus procesos, lo que aumenta la duración de los trámites. En la época de la pandemia, esto se ha traducido en retrasos en la aprobación de licencias que permiten el envío internacional de medicamentos, lo que perjudica al dinamismo de la logística farmacéutica. Por ello, una de las propuestas de la asociación es incentivar una mayor digitalización de los organismos reguladores, de forma que se puedan agilizar los procesos burocráticos.
- Por otro lado, es recomendable que las organizaciones gubernamentales participen en un diálogo constante con las compañías farmacéuticas para poder asegurar el envío de medicamentos y equipamiento de forma prioritaria

⁵³ [Medicines for Europe](#): Lessons Learned from Covid-19

en situaciones de extrema urgencia y, cuando sea necesario, políticas que aseguren un acceso igualitario a las medicinas.

Si bien en un modelo de estabilidad la entrega de medicamentos está asegurada por las compañías farmacéuticas, la revisión de los mecanismos de prevención de estas compañías y la optimización de los procesos de los agentes presentes en toda la cadena logística permitirían alcanzar un modelo más resiliente a la variabilidad y más eficiente.

4 Conclusiones y recomendaciones

4.1 Telemedicina

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la **telemedicina supone la aplicación de la telemática a la medicina**; es decir, el empleo de técnicas de la telecomunicación y de la informática a la transmisión de información computarizada, con aplicación en la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir.

Así, la telemedicina ha sido un concepto sobre el que se ha escrito mucho en los últimos años, pero sobre el que se había practicado bastante poco antes de la pandemia de la Covid-19. En España, **únicamente algunas iniciativas de hospitales o compañías aseguradoras privadas**, y especialmente focalizado en algunas especialidades que se prestan más a la atención a distancia, como la dermatología, entre otras. En otros países, como Estados Unidos o Australia, las experiencias eran mayores, pero en ningún caso generalizadas a ningún sistema sanitario del mundo.

Sin embargo, la llegada de la pandemia obligó a buscar **soluciones para poder seguir atendiendo a pacientes** que estaban confinados en sus hogares y que no podían salir de ahí, salvo por una patología o dolencia de urgencia vital. Y es en ese contexto en el que **surgió con fuerza la telemedicina** como la opción para seguir atendiendo a pacientes en la distancia, a través de distintos modelos o sistemas de comunicación.

En general, **la experiencia de los pacientes y de los profesionales ha sido buena** y ha ayudado a mantener un cierto nivel de actividad en el sistema que, si bien no ha sido suficiente para evitar las listas de espera en la actualidad, sí que permitieron limitar en cierto modo el impacto de la pandemia en los “pacientes no-Covid”. Especialmente en los pacientes de Gastroenterología, que en muchos casos necesitaban del contacto con sus profesionales sanitarios para resolver dudas relevantes en cuanto a su enfermedad, la adherencia a sus tratamientos, la aparición de un brote o cualquier otro tipo de síntoma o patología que frecuentemente surgen en muchas de las enfermedades asociadas al aparato digestivo, especialmente aquellas de carácter crónico.

El paso de los meses ha permitido volver a la atención presencial en muchos casos, pero **los aprendizajes de las relaciones telemáticas han supuesto un impulso a la telemedicina importante**, especialmente para médicos y pacientes, que han encontrado una nueva vía de comunicación. Ahora es el momento de encontrar el punto de equilibrio entre la atención presencial y la telemática, de modo que el paciente, el profesional y el sistema en su conjunto, se queden con lo bueno de cada opción, limitando las debilidades que cada modelo o sistema tiene.

4.1.1 Impulso de la teleconsulta

La telemedicina es una práctica que muchos hospitales nacionales e internacionales se han visto obligados a implantar para poder dar respuesta a las nuevas necesidades pandémicas. Es un procedimiento para **desviar parte del flujo de consultas** que se realizan tradicionalmente por un médico en un hospital a un modelo de **atención a distancia**, lo que permite eliminar el contacto físico (y los posibles riesgos de contagios) entre médicos y pacientes, así como limitar el número de personas que deben acudir diariamente a los centros hospitalarios. Además, la teleasistencia (consulta, monitorización...) es muy importante para que el paciente crónico pueda conciliar mejor su atención médica con la vida personal, profesional y familiar, convirtiéndose en muchos casos no en un privilegio a demanda, sino en una necesidad vital para muchos pacientes que, gracias a este tipo de atención a distancia, pueden acceder a determinados empleos, pueden cuidar a sus familiares e incluso limitar el coste de sus desplazamientos, que son muy elevados en ocasiones.

En España, el modelo de atención a distancia de forma generalizada durante la pandemia se ha limitado a la **realización de consultas de modo telefónico**, que, si bien permitió mantener el contacto con los pacientes durante varios meses, constituye un **modelo de atención con muchas limitaciones**. En este sentido, la consulta telefónica no permite la realización de exploraciones físicas a través del teléfono, tampoco el contacto visual entre médico y paciente, y reduce notablemente el compromiso del paciente con el acto médico (por ejemplo, cuando el médico llama al paciente y está haciendo otra cosa, por lo que en ocasiones es muy difícil hacer una visita eficaz). Es por ello que, en el futuro, su uso

debería posiblemente limitarse a cuestiones concretas, como por ejemplo dar un resultado concreto de una prueba o un seguimiento de un paciente ya conocido y que se encuentra bien, etc.

Algunas de estas limitaciones se reducirían con el **uso de la videoconferencia**, que es el sistema de conexión en remoto a través de imágenes, de modo que el paciente y el médico se puedan ver durante la consulta, lo que permitiría percibir las reacciones de los pacientes a las preguntas o recomendaciones del profesional sanitario, que le puede dar una información muy valiosa en algunas ocasiones, además de permitirle hacer algún chequeo visual que no requiera el contacto físico (aspecto general, palidez del rostro, etc.).

Es por ello que, si bien no pueda ser de aplicación para todos los pacientes ni para todas las consultas, se podría valorar la **incorporación de la teleconsulta en muchos casos** porque permitiría (i) facilitar la asistencia a consulta a determinados pacientes o en situaciones concretas; (ii) reducir el número de personas que acudirían a los hospitales, limitando los riesgos de contagios de diversos tipos de enfermedades contagiosas; y (iii) estar mejor preparados ante una eventual pandemia.

Para poder implementar esta solución, **el sistema sanitario español necesita prepararse** correctamente porque la mayoría de los hospitales españoles tienen importantes limitaciones tecnológicas: no cuentan con ordenadores con micrófonos ni cámaras, ni tampoco con sistemas adecuados. Asimismo, el personal sanitario necesita una formación básica de utilización de las tecnologías que permiten la teleconferencia, como el propio sistema de videoconferencia o la conexión con la Historia Clínica del paciente (si fuera posible). Por último, para instalar esta solución, es necesario proveer al paciente de una guía que le permita fácilmente conectarse a la cita.

Esta medida es propuesta para los pacientes que no van a la consulta por primera vez, y especialmente a los **pacientes de enfermedades crónicas**, para las consultas periódicas en las que se chequea la evolución del paciente. La propuesta también favorece a los médicos, pues les podría permitir **teletrabajar** los días que tengan videoconferencias, eliminando el transporte al hospital y por tanto mejorando su calidad de vida y reduciendo la huella carbono de su actividad profesional.

En la implantación de la solución, el sistema debe plantearse la **plataforma de conectividad a escoger**. Por un lado, puede optar por un proveedor gratuito de servicios de teleconferencia, si bien habría que analizar en qué medida sus **políticas de protección de datos** están alineadas con la legislación europea y nacional en materia de Protección de Datos de Carácter Personal. Otra alternativa es la contratación de un proveedor de videoconferencias privado no gratuito, en el que se pueda negociar las medidas de protección de datos del paciente.

Se trata de limitar las dudas de algunos profesionales que aún son escépticos ante la posibilidad de que se haga un mal uso de la teleconsulta y degenere en un abuso del sistema, que puede llegar a convertir el acto médico en algo de consumo rápido. Es por ello por lo que la educación y la sensibilización, a médicos y pacientes, es clave para **que la telemedicina sea una alternativa real en el ámbito de la gastroenterología**.

En todo caso, es importante contar con los medios tecnológicos necesarios para la puesta en marcha de forma generalizada de la telemedicina como **opción para la atención a los pacientes**, sin necesidad de que se imponga de forma masiva, de modo que se tenga en cuenta que **el criterio principal en el modelo de atención a los pacientes debe ser la humanización**, lo que supone la adaptación de la atención de las consultas a cada paciente, dando a cada uno lo que necesita en cada momento, en función de sus características personales, lugar de residencia, edad, situación laboral, acceso a la tecnología, patología que sufre, nivel de avance de la enfermedad, adherencia a los tratamientos, etc.

4.1.2 Impulso de la telemonitorización

La telemonitorización es la especialidad dentro de telemedicina cuyo propósito es hacer un seguimiento de algunos parámetros biológicos del paciente desde su domicilio, habiendo sido útil en el contexto de la pandemia para reducir la comunicación presencial con el paciente. **El profesional sanitario recibe la información del estado de paciente a través de medios telemáticos, limitando la interacción presencial que tiene con él.** También aplica a las pruebas normales que se hacen en el hospital: analíticas normales (sangre, heces, orina, etc.), pruebas de imagen, etc. y cuyos resultados se pueden informar telemáticamente vía email. En todos estos casos, el centro sanitario puede informarse o informar al paciente de la evolución de la sintomatología o de las constantes vitales del paciente utilizando otros recursos. La

telemonitorización se aplica para reducir la interacción física médico-paciente, si bien en ningún caso es aconsejable para eliminar las visitas presenciales completamente.

Adicionalmente, la monitorización permite el **seguimiento de la evolución clínica del paciente en tiempo real**, de modo que la respuesta a posibles incidencias de salud se puede realizar de modo más rápido que en caso de que el paciente tuviera que ir al hospital a llevar los resultados de las pruebas. Además, permite tener **información constante de la evolución del paciente** en algunos aspectos, no únicamente de forma puntual.

Por otra parte, es importante considerar el papel fundamental de la telemonitorización en la **prevención** porque la recepción de datos del paciente puede permitir al profesional anticiparse a posibles patologías; así como la **fiabilidad** porque al automatizar la recogida de datos, se minimizan los errores de transcripción.

Algunas de las **alternativas que se pueden implantar** en materia de telemonitorización son las siguientes:

- (i) **Utilización de formularios para el seguimiento de un paciente:** La utilización de la telemonitorización para controlar la evolución de un paciente es una práctica muy útil en pacientes con enfermedades crónicas, donde la sintomatología se debe controlar regularmente. Consiste en sustituir la reunión periódica de seguimiento por **un formulario que permite al profesional sanitario recibir una actualización del estado del paciente**, como la sintomatología de este o la gravedad de su dolor, pero también sobre sus hábitos de vida, como su movilidad o sus hábitos alimenticios.
- (ii) **Utilización de sistemas de envío de información automática:** Otra posibilidad que se puede implementar, en función de las necesidades del paciente, es la **instalación de dispositivos de medida de las constantes vitales del paciente**, como un medidor de tensión arterial o una báscula. Los valores que este dispositivo recoge se envían automáticamente al centro hospitalario, de forma que el paciente reduce el número de visitas que realice a su médico y este puede controlar el paciente desde la distancia.
- (iii) **Envío del resultado de pruebas al paciente por parte del profesional:** Supone simplemente que el médico o el personal de enfermería, de forma automática o de forma proactiva, envían por medios telemáticos a los pacientes los resultados de las pruebas realizadas, los tratamientos prescritos, las siguientes citas para las pruebas, etc.

Adicionalmente, hay que mencionar la actividad desarrollada por la enfermería especializada, que, conectada con los pacientes vía email, funciona como gestora de casos, siendo una opción posiblemente más barata y accesible que cualquier otra medida. Se trata de actos de enfermería especializada en los que también participa en muchas ocasiones el facultativo, constituyéndose en actos médicos, que necesitan de su tiempo, espacio y atención. En todo caso, requieren agendar tiempo médico para la realización de la telemonitorización.

Una de las principales ventajas de la telemonitorización es la **reducción de recursos**, y por tanto también de costes como consecuencia del seguimiento de los pacientes crónicos, así como la posibilidad de que los resultados de las pruebas les lleguen simultáneamente a varios profesionales, lo que facilita el seguimiento de pacientes pluripatológicos. Adicionalmente, una monitorización combinada con visitas presenciales puntuales **mejora la calidad de vida del paciente**, pues le hace menos dependiente del hospital y del contacto con el médico, lo que, en algunos casos, favorece que se sienta más responsable de su enfermedad, ayudando también a la toma de decisiones conjunta con el profesional, cuando la ocasión lo permite.

En este sentido, la telemonitorización entronca perfectamente con uno de los principales objetivos actuales de la Organización Mundial de la Salud que es precisamente el de **potenciar la autonomía del paciente** y fomentar un envejecimiento activo y saludable, de modo que la implantación de un servicio de telemonitorización es una solución que responde a muchas de las necesidades de la sociedad actual.

4.1.3 Impulso de la telefarmacia

El confinamiento fue una medida necesaria para frenar el contagio del virus, pero limitó o imposibilitó (según los casos) la realización de las actividades diarias que necesitan una interacción física, como la recogida de fármacos en la farmacia hospitalaria. En esta situación, **la telefarmacia se generalizó para enviar al domicilio del paciente los fármacos que**

debían ser proporcionados por la farmacia del hospital y que en una situación pandémica son mucho más complejos de dispensar en la forma habitual.

Esta solución **permitió el acceso de los medicamentos a muchos pacientes** y especialmente a dos de los grupos con más dificultad de acceder físicamente al hospital: en primer lugar, los pacientes que viven lejos del hospital y tienen dificultades para acercarse al centro periódicamente a recoger los fármacos; y en segundo, lugar, la población de riesgo que necesita medicación, que corría el riesgo de contagiarse al trasladarse al hospital para recoger las medicinas y en muchas ocasiones no tenían una buena movilidad.

En este contexto, en España el **coste del envío de la medicación** fue asumido por los hospitales o servicios de salud de las comunidades autónomas, y el **modelo de envío** fue muy distinto según los casos: generalmente a casa de los pacientes, pero también a las farmacias comunitarias en otras ocasiones. En cuanto al **transporte**, en algunos casos se llevó a cabo con empresas privadas, con transportistas del hospital, con otros transportistas autónomos o con entidades sin ánimo de lucro, como la Cruz Roja, pero en todos los casos identificados, con satisfacción por parte de los Servicios de Farmacia y agradecimiento por parte de los pacientes.

Sin embargo, la situación posterior a la pandemia está permitiendo ver una **gran variabilidad en relación con la adopción de la telefarmacia de forma permanente**: hay hospitales en los que la práctica se ha abandonado totalmente, en otros en los que su utilización es residual, en algunos en los que se utiliza para casos tasados y pre-establecidos y en otros en los que se ha introducido de forma recurrente como un servicio adicional, al que se acoge un porcentaje relevante de pacientes.

En estos casos, en los que la telefarmacia **se está convirtiendo en un servicio a gran escala**, se plantean algunas cuestiones en cuanto a la financiación y la logística eficiente:

- En primer lugar, hasta la fecha no hay un consenso sobre quien es **el agente que debe asumir el sobrecoste derivado de la telefarmacia**, lo cual provoca que su nivel de implantación sea limitado en muchas ocasiones y en todo caso, requiera de un análisis en profundidad de la cuestión y una toma de decisión por parte del sistema sanitario, que asegure la equidad y facilite el acceso al sistema en condiciones de igualdad.
- En segundo lugar, la escalabilidad necesaria para un envío masivo de fármacos requiere la creación de **un módulo específico en el hospital que se encargue** de la preparación del envío de los fármacos, que engloba el empaquetado, el etiquetado con la dirección y destinatarios y la optimización de la ruta de envío de los repartidores. Este tipo de tareas, no necesitan las competencias de un profesional sanitario dado que son únicamente logísticas. Por esta razón, es recomendable que **estas tareas sean realizadas por personal cualificado para ello**, de modo que no sea un motivo de congestión de los servicios sanitarios.
- Adicionalmente, el incremento en el número de envíos dificulta que el destino del envío sea el domicilio de cada paciente. En su lugar, la tendencia general de los hospitales que han adaptado esta medida está siendo diversa, focalizándose en algunos casos en **suministrar los fármacos a las farmacias comunitarias de la zona de residencia del paciente**. De todos modos, en caso de aplicación masiva de la medida, requeriría un estudio en profundidad de la cuestión (sociológico y económico) y una toma de decisiones consensuada para el sistema sanitario.

En todo caso, se propone la **generalización de la telefarmacia, ya que presenta indudables ventajas para el sistema sanitario**, para la comodidad y conciliación de la vida personal y profesional de los pacientes, e incluso para el bienestar del planeta, que debería ver limitado el número de desplazamientos por la implantación de la telefarmacia. Asimismo, permitiría reducir el número de personas presentes en el hospital, lo que redundaría en la mejora de seguridad en la atención presencial a los pacientes y en la protección de los propios profesionales del hospital.

En todo caso, en materia de telefarmacia, hay que analizar también las posibilidades de hacer la **atención farmacéutica a distancia**, lo que también redundaría en las ventajas previamente explicadas, si bien hay que ser conscientes de que es un modelo que seguramente no sirva para todos los casos, ya que para pacientes en primera consulta o para pacientes con cambios de tratamiento se requiera la atención presencial, en aras de obtener la mayor adherencia posible a los tratamientos.

4.1.4 Formación a los pacientes para el autoconocimiento de su patología

Uno de los problemas que se han identificado durante la pandemia en relación con muchos de los pacientes de gastroenterología es la **limitación en el conocimiento sobre su propia patología**, lo que dificulta continuar con el tratamiento del médico. Como consecuencia de ello, en ocasiones, el paciente no sigue unos hábitos de vida adecuados, lo que contribuye a que su enfermedad empeore. Otro ejemplo radica en el abandono de la medicación para eliminar los efectos secundarios, aunque no conozca las consecuencias, que pueden ser irreversibles.

Estas situaciones, que ya existían y se producían antes de la pandemia, en ocasiones eran resueltas por la facilidad de acceso a los médicos y al personal de enfermería por parte de los pacientes, que ante cualquier duda sobre su tratamiento y sobre las consecuencias de una conducta, podían resolverlas con sus profesionales de referencia. Sin embargo, **la Covid-19, que en ocasiones ha limitado la relación médico-paciente** y ha obligado a suspender o postponer muchas consultas, ha puesto de manifiesto la necesidad de que los pacientes conozcan mejor sus patologías, que sepan identificar síntomas de posibles brotes, que tengan capacidad de discernimiento sobre lo que pueden o no pueden hacer, etc.

En definitiva, **el sistema sanitario debe preocuparse de ayudar al paciente a conocer su enfermedad**, sus síntomas, sus riesgos, límites, etc., ya que eso redundará en una mejor situación clínica de los pacientes, en avances más moderados de las patologías, en un menor coste para el sistema sanitario, en una reducción de la saturación de las consultas, en un número menor de visitas a los hospitales, etc., todo ello necesario para poder mantener un sistema sanitario universal, de calidad y en condiciones de equidad para todos los españoles.

Una solución que puede contribuir a eliminar este problema es la promoción de cursos divulgativos presenciales y/u online que les permita aprender sobre la enfermedad. La modalidad online tiene como principal objetivo **no irrumpir en la vida cotidiana del paciente**, y, además, estas formaciones pueden ayudar a conectar pacientes que comparten una patología para **intercambiar experiencias, consejos y sensaciones**. Como consecuencia, el paciente será más consciente de su enfermedad y tomará decisiones más responsables en su vida que le permitirán tener un tratamiento más efectivo y una mayor calidad de vida y menor dependencia del sistema sanitario.

En este sentido, **es clave que el paciente conozca su enfermedad para poder identificar los síntomas que le obliguen a ir al hospital**, acudir a su médico o ir a Urgencias, porque de no hacerlo, las consecuencias sobre su salud pueden ser relevantes en el medio plazo. Así, el perfil de los pacientes crónicos de gastroenterología (generalmente con un umbral del dolor alto y una capacidad de sufrimiento muy elevada), unido a su miedo a un posible contagio durante la pandemia por acudir a un hospital, ha hecho que muchos hayan preferido pasar brotes y situaciones complejas en su hogar, sin ir al médico, cuando su situación clínica lo requiriera, y ello en ocasiones ha tenido consecuencias relevantes para su salud. Sin duda, un mejor conocimiento de la enfermedad por parte de algunos pacientes habría limitado dicha realidad.

Finalmente, hay que apuntar que un **acceso rápido a la unidad de gastroenterología en la que el paciente es habitualmente tratado**, aunque sea de modo telemático, puede ayudar a discriminar la prioridad que necesita el paciente para ser atendido en cada momento, por lo que es importante establecer los medios para que el paciente pueda acceder a su unidad cuando lo considere relevante.

4.1.5 Compartición de la HCE de los pacientes a nivel autonómico y a nivel nacional

Uno de los primeros recursos que debe disponer un médico cuando recibe la visita de un nuevo paciente es la Historia Clínica del paciente. Esta, idealmente, informa al médico de las patologías del paciente, de sus alergias, pero también de toda su interacción con el sistema sanitario, como las citas que ha tenido y las pruebas que ha realizado, acompañadas de los resultados. La no disposición de una Historia Clínica puede suponer **la toma de riesgos por el médico, o la duplicidad de pruebas previas por el médico**, por el desconocimiento del pasado clínico del paciente. Para tener un seguimiento de la historia clínica del paciente, existe un repositorio local en el hospital donde se almacena la información del paciente, bajo el nombre de Historia Clínica Electrónica (HCE).

El nivel de adopción de las tecnologías de información en los centros hospitalarios se mide a través del “Electronic Medical Record Adoption Model” (EMRAM), que para ese fin clasifica a un centro hospitalario dentro de siete niveles, en función de su digitalización. Aunque una parte de los hospitales españoles son altamente digitales, el mayor defecto del sistema

sanitario español es la **falta de interoperabilidad de los sistemas informáticos de salud que utiliza cada hospital**, por la variabilidad de los sistemas utilizados a distintos niveles.

Como **ejemplos** de esta situación podría citarse el caso de la Comunidad de Madrid, donde conviven varios sistemas de información hospitalaria, como HP-HIS, Selene o IMDH, lo que imposibilita la comunicación de la información automáticamente, entre la que se encuentra la HCE; otro ejemplo sería la Comunidad Valenciana, donde los profesionales sanitarios de los hospitales pueden acceder a la información clínica de Atención Primaria (porque aunque tienen sistemas distintos, pueden acceder a ellos), pero no pueden ver la información histórica del paciente en su relación con otros centros hospitalarios. En el contexto nacional, además de cambiar los sistemas digitales entre centros y niveles de atención, el término de historia clínica electrónica cambia, llamándose, por ejemplo, historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3).

Con visión nacional el problema se agrava, ya que en **ningún caso un médico de una comunidad autónoma tiene acceso a la HCE del paciente proveniente de otra comunidad autónoma**, lo que supone un problema especialmente relevante para muchos de los pacientes con enfermedades digestivas, que son crónicos y con un largo historial clínico. Esto supone la duplicidad de multitud de pruebas y consultas, con el consiguiente **coste para el sistema sanitario español**, además de un problema logístico y de conciliación para estos pacientes, principalmente en dos casuísticas: (i) cuando por motivos laborales o personales cambian de residencia fuera de su comunidad autónoma de origen, y (ii) en caso de periodos vacacionales, en los que si tienen un brote estando en otra región, es imposible que el médico al que acuden les atienda con toda la información histórica de la que debería disponer.

Si bien esta realidad nacional, salvo casos muy puntuales, no se ha visto especialmente agravada con la Covid-19, por las limitaciones a la movilidad de personas; no es menos cierto que la falta de interoperabilidad entre sistemas de información de una comunidad autónoma ha sido y es un **problema muy relevante para los pacientes de Gastroenterología porque dicho problema les obliga a acudir a un centro sanitario más veces de las que deberían** si se compartiera la HCE. Y no hay que olvidar que se trata de pacientes expuestos en muchas ocasiones a tratamientos inmunosupresores y con un riesgo de contagio alto, por lo que el sistema debería de tratar de limitar la necesidad de que acudan a un centro hospitalario.

En resumen, **los profesionales sanitarios de los hospitales tienen la capacidad de acceder únicamente a las HCE de los pacientes que están dados de alta con su mismo sistema digital**. Uno de los retos del sistema sanitario español actualmente en materia de digitalización es el de resolver este problema, proponiendo un sistema que pueda agrupar e interconectar los sistemas de información, al menos a nivel regional en el corto/ medio plazo, pero sin olvidar la perspectiva nacional en un plazo de tiempo mayor.

4.1.6 Unificación de los requerimientos legales para el cumplimiento de la LOPD en el contacto a distancia con los pacientes (en aras de la equidad)

Actualmente, la **situación en materia de cumplimiento de la legislación en relación con la protección de datos en el ámbito de la telemedicina** en los distintos hospitales, centros de especialidades, centros de atención primaria y sistemas de salud autonómicos es **absolutamente diferente según el caso**. Cada uno de ellos da una respuesta diferente ante una situación de partida idéntica, que viene determinada por la legislación europea y nacional.

Así, **la casuística es tan extensa como realidades sanitarias hay en España**: lugares en los que se obliga a los pacientes a autorizar de forma expresa el contacto en remoto, otros en los que se estima que si el paciente ha dado un mail o un teléfono de contacto es porque ha dado su autorización tácita (y suficiente) al contacto, algunos en los que se permite el mail corporativo personal, en otros el corporativo de la unidad, u otros en los que se utiliza un correo del servicio (creado en gmail, yahoo, etc.).

Se han identificado lugares en los que se permite el contacto por teléfono, pero no por mail, y otros en los que la situación es la inversa. hospitales en los que los profesionales se pueden comunicar con los pacientes por mail, pero sin enviar datos clínicos del paciente; otros en los que únicamente pueden responder a consultas, pero no se pueden poner en contacto de forma proactiva con los pacientes; e incluso centros en los que solo se puede atender de forma telemática a pacientes que estén dados de alta en una aplicación sanitaria específica de la comunidad autónoma.

En todo este entramado y realidad, además del personal sanitario y los pacientes, hay otros dos actores clave que juegan un papel relevante, si bien no es, de nuevo, el mismo en cada caso: el **personal jurídico** (del hospital y/o del servicio regional de salud) y los **profesionales de sistemas** de los hospitales y los servicios regionales de salud de cada comunidad autónoma. La realidad es que el nivel de intervencionismo de cada uno de ellos en la cuestión es también muy variable según los casos, pudiendo ser en ocasiones más permisivos o menos, tanto en relación con el marco jurídico como con los requisitos técnicos exigidos para el cumplimiento de los estándares de ciberseguridad requeridos.

Lo que está claro es que **la respuesta es muy diferente en cada lugar, lo que supone que no haya una equidad real en el acceso a la telemedicina en España**. Y más allá de capacidad inversora de cada sistema de salud, de la formación de los profesionales o del modelo de sistemas de cada hospital, estas diferencias en la respuesta o en el entendimiento de los límites de la normativa en materia de protección de datos, genera que haya pacientes que tengan un mejor y más sencillo acceso a su médico que otros, según la región o el hospital en el que se encuentre su médico.

En aras de la citada equidad, **desde la Administración General del Estado se podrían emitir una serie de criterios o recomendaciones** dirigidos a los sistemas regionales y hospitales del país en relación los límites jurídicos y técnicos para la implantación efectiva de la telemedicina, en sus diferentes modalidades. El objetivo de ello sería que la implantación de la telemedicina, desde el punto de vista jurídico, fuera homogéneo en toda España y con un marco claro para los profesionales, que en algunas ocasiones trabajan sin un marco regulatorio claro, generalmente guiados por su intuición y por su buena voluntad de atender a los pacientes de la mejor forma desde el punto de vista asistencial.

4.2 Seguridad en la Atención Presencial

Una de las principales preocupaciones para profesionales y pacientes durante la pandemia del Covid-19 en todo el mundo ha sido, en la medida de lo posible, el **garantizar la atención sanitaria a los pacientes** en los hospitales y centros médicos, tratando de mantener el contacto con ellos a través de diversos medios y tecnologías. Sin embargo, la situación en muchos países ha sido tan crítica durante semanas, e incluso meses, que **la atención a “pacientes no-Covid” se vio prácticamente paralizada**, salvo para (i) casos muy puntuales o urgencias críticas, y (ii) en relación con la atención en centros o unidades de maternidad.

Así, algunas **consultas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y procedimientos se han paralizado**, suspendido o dilatado en el tiempo en algunos momentos durante la pandemia, con distintas consecuencias para los pacientes y para el funcionamiento y costes de los sistemas sanitarios: se han retrasado revisiones o primeras consultas de pacientes, no se han podido desarrollar algunos procedimientos de cribado, y no se han podido llevar a cabo algunas cirugías cuando estaban previstas.

En parte, esto ha sido consecuencia de la casi total implicación de los hospitales y los profesionales en la atención a los “pacientes Covid”, así como de los confinamientos masivos que ha habido en los países occidentales. Pero, más allá de ello, las **limitaciones de los centros hospitalarios para mantener la seguridad en la atención presencial**, unido al temor de muchos ciudadanos ante un posible contagio en los hospitales, ha hecho que la atención no siempre ha sido la que hubieran requerido determinados pacientes o patologías.

En todo caso, más allá del impacto (en la atención clínica, organizativamente, etc.) en los primeros meses de la pandemia en España, esta situación ha puesto de manifiesto la **importancia de garantizar la seguridad en la atención presencial a los pacientes de forma permanente**, con el objetivo de: (i) limitar los contagios de cualquier tipo de enfermedad en los centros hospitalarios de forma permanente, con independencia de la situación epidemiológica, (ii) facilitar el mantenimiento de las consultas y procedimientos en caso de una pandemia o situación sobrevenida similar, y (iii) aumentar la confianza de la población y los pacientes en la “limpieza” de los hospitales, de modo que se pueda hacer seguimiento de la situación de cada uno de ellos en todo caso.

La realidad de partida en la inmensa mayoría de centros médicos en nuestro país no era, ni es, la mejor, ya que **el nivel de saturación en la atención a pacientes es muy elevado** en términos generales, lo que provoca la concentración de muchas personas en los hospitales (personal médico, de enfermería, de farmacia, celadores, personal de limpieza, pacientes, familiares, visitantes médicos, etc.), habitualmente concentrados en lugares de tamaño reducido y sin grandes medidas de seguridad para evitar los contagios.

Si bien es indudable que **hay aspectos que mitigan esta realidad en función de diversas variables** (ej. tamaño del hospital, año de construcción del mismo, población a la que atiende, tipología de especialistas con los que cuenta, etc.), no es menos cierto que en muchos de ellos no es sencillo diseñar circuitos diversificados para un tipo de pacientes (ej. “pacientes con Covid” o con cualquier otra enfermedad infecciosa) respecto a otro tipo de personas; así como que las salas de espera o las áreas de Citaciones, entre otras dependencias, se encuentran generalmente saturadas o al menos muy congestionadas, “conviviendo” todo tipo de personas, con situaciones y patologías muy diversas.

En base a dicha realidad, y con una vocación estructural de facilitar el mantenimiento de las distancias sociales en los hospitales, se proponen una serie de **posibles medidas a implantar en los hospitales españoles de forma permanente**, que en algunos casos se han puesto en marcha de forma aislada, en otros casos son buenas prácticas identificadas a nivel internacional, y en otros son propuestas emitidas por los profesionales y organizaciones de la industria sanitaria en diversos foros.

4.2.1 Diversificación de los lugares de atención a los pacientes

Uno de los grandes retos a los que se enfrentan los gestores sanitarios en nuestro país, y más concretamente de los directivos de hospitales y centros médicos, es la **limitación de espacios en los que atender a los pacientes**, con instalaciones antiguas, con notables limitaciones tecnológicas y sin posibilidad de atender a pacientes en otros sitios que los ya establecidos para ello.

Una de las medidas más efectivas para separar a los pacientes no contagiosos de los que tienen una enfermedad como el Covid-19 se basa en **reubicar las citas de los primeros en centros alejados del hospital en el que se tratan los pacientes contagiosos**. Para ello, los profesionales sanitarios que se ocupan de estos pacientes se trasladarían a centros más específicos, como centros privados o de especialidades para poder realizar, de igual manera, la cita, la prueba médica o la operación que el paciente necesita.

De igual modo, se podría establecer la **posibilidad de habilitar como lugares provisionales de atención a pacientes** determinados espacios disponibles en las distintas ciudades y municipios, como pueden ser los Colegios Oficiales de Médicos o de Enfermería, edificios disponibles de titularidad de los ayuntamientos o comunidades autónomas, cuarteles y otras dependencias de los Ejércitos de Tierra, Mar y Aire, dependencias de organismos públicos de implantación nacional que en ocasiones cuentan con espacios no utilizados o infrautilizados (ej. Correos, Renfe, Adif, etc.).

Para ello, se requiere un profundo **trabajo de planificación transversal en el que participen todos los organismos implicados**, liderados por el Ministerio de Sanidad, poniendo a su servicio los distintos edificios disponibles por parte de las diferentes Administraciones Públicas en España, así como otras entidades privadas, entre las que destacan los hospitales privados, a los que se podrían derivar pacientes para una mejor atención. En este sentido, aunque en la pandemia hay varios ejemplos nacionales de **hospitales que derivaron a sus pacientes a los centros privados**, el protocolo nacional de derivación de pacientes tiene camino por recorrer para poder responder como **alternativa estandarizada en el caso de una saturación del sistema sanitario**.⁵⁴

- En primer lugar, el protocolo de actuación de derivación a hospitales debe determinar bajo qué **situaciones excepcionales pueden** utilizarse para desviar parte de sus pacientes a centros médicos específicos, y que límites tiene el flujo de pacientes, en cada caso.
- En segundo lugar, todos los hospitales que se vean afectados por el protocolo necesitan tener acceso a un **registro de los recursos de los centros privados y de salud de la zona**, para poder decidir ágilmente qué pacientes pueden continuar su tratamiento siendo derivados a otro hospital y qué pruebas se pueden realizar en él.
- En tercer lugar, es importante concretar bajo qué situaciones **parte de los médicos también podrían ejercer, de forma transitoria, en los centros sanitarios privados**. En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas que ven desplazadas sus citas a las dependencias de otro hospital, una buena práctica es la de desplazar igualmente a los médicos para que **los pacientes puedan seguir el tratamiento con el mismo médico**. No obstante, en momentos de saturación del hospital donde los recursos son escasos, desplazar únicamente a los pacientes de una especialidad permite que los profesionales sanitarios estén liberados para centrarse en resolver la crisis del hospital.
- Un protocolo de diversificación de pacientes adaptado a la realidad vivida en la pandemia **sería beneficioso para optimizar el tiempo del personal sanitario**, dado que aplicar unos criterios estipulados en el protocolo para desviar de forma eficaz un grupo de pacientes reduciría las interacciones individuales del personal de un hospital para conocer la situación de otro centro y permitiría invertir más tiempo en los pacientes que no se van a trasladar.

Y en todo caso, se pueden poner en marcha distintas **iniciativas a nivel local y autonómico** que podrían ser de utilidad en caso de necesidad, de modo que, bajo el liderazgo de las Consejerías de Sanidad o los Servicios Regionales de Salud, o incluso a nivel hospitalario, puede llegarse a acuerdos con entidades sanitarias privadas, que han sido clave durante la pandemia, o con otro tipo de entidades públicas o privadas que supusieran un **“plan B” para garantizar la atención presencial a los pacientes en caso de necesidad**.

4.2.2 Priorización en la atención a pacientes: desarrollo de un protocolo de triaje para la atención a pacientes y la realización de pruebas

Una de las medidas aplicadas en la Covid-19 en los servicios de Aparato Digestivo de muchos hospitales que se pueden aplicar en los hospitales en una situación de estabilidad se basa en la **optimización de los procesos de priorización de los**

⁵⁴ [Gobierno de España](#), Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del sistema nacional de salud (CSUR),2008

pacientes que acuden al hospital, tal y como se hace en los Servicios de Urgencias, de forma que no sean los pacientes que han llegado al hospital los que se atienden primero, sino los pacientes con una situación más grave o urgente.

Este **procedimiento de triaje**, que ya se realizaba en la mayor parte de los hospitales antes de la pandemia en los Servicios de Urgencias, **se ha trasladado en algunos centros de modo forzoso a otros Servicios**, con el objetivo de poder atender más rápidamente a aquellos pacientes que requerían una atención más urgente. Sin embargo, esta priorización ha sido realizada, en términos generales, de manera oportunista, sin criterios consensuados y comunes por todos los profesionales del mismo servicio, y simplemente para resolver una situación puntual en un momento crítico.

En el caso de los **Servicios de Aparato Digestivo y/o Unidades de Enfermedad Inflamatoria Intestinal**, se han producido situaciones similares en muchos hospitales, de modo que tanto las consultas como las pruebas más urgentes tuvieron que priorizarse *ad hoc*, con el objetivo de poder atender con mayor celeridad a los pacientes que tenían una mayor necesidad de atención por parte de los profesionales sanitarios.

En términos generales, la experiencia ha sido muy positiva y se considera una buena práctica por parte de los profesionales, por lo que se propone su **incorporación de forma permanente al sistema de salud y a la operativa hospitalaria de los Servicios de Aparato Digestivo**. Así, debería priorizarse la urgencia requerida en la atención a los pacientes, bien sea en consulta, en la realización de alguna prueba, etc., lo que debería ayudar a tener una percepción consolidada de todo el Servicio sobre el estado general de los pacientes, así como a estar mejor preparados para una eventual pandemia o situación sobrevenida futura similar.

Para ello, en primer lugar, habría que **consensuar unos criterios comunes de priorización**, idealmente a nivel nacional, o al menos a nivel autonómico o en cada hospital, de modo que todos los profesionales conozcan los mismos y todos los pacientes sean valorados de igual modo, con independencia del médico que le haya asistido. Posteriormente, debería **incorporarse a los procedimientos de cada hospital y servicio**, así como formar a los profesionales en la metodología adoptada, para que su puesta en práctica sea lo más sencilla posible. Finalmente, sería necesario incorporar herramientas de mejora continua, para que el sistema puesto en marcha se pueda revisar periódicamente y en su caso introducir los cambios que sean necesarios.

4.2.3 Aumento de las medidas de higiene y seguridad en la realización de endoscopias

La realización de endoscopias en la mayoría de los hospitales y centros médicos en España **antes de la pandemia de la Covid-19 se llevaban a cabo sin especiales medidas de higiene y seguridad**, lo que provocaba que el contacto entre pacientes y personal sanitario, fuera muy intenso, lo que podía favorecer los contagios de cualquier tipo de enfermedad contagiosa que el paciente, y/o el profesional del centro, tuvieran.

La llegada de la Covid-19 a España y su rápida propagación, unida a la necesidad, en el ámbito de la especialidad de Gastroenterología, de seguir realizando endoscopias en algunos casos, supuso la **puesta en marcha de algunas medidas de protección muy estrictas**: utilización de Equipos de Protección Integral (EPIs), mascarillas, gafas, limpiezas en profundidad de las salas de endoscopia después de cada procedimiento, etc., lo que conllevó un enorme esfuerzo para los profesionales y una serie de cambios drásticos en relación con los procedimientos habituales definidos en los hospitales. Entre otros, la posibilidad de realizar un menor número de endoscopias al día porque los tiempos entre la finalización de una y la realización de la siguiente eran superiores al tiempo de “parada” antes de la pandemia.

Dichos cambios, que fueron improvisados, exigidos por la situación extrema, escasamente planificados, de distinta aplicación según hospitales y en muchos casos como mecanismo simplemente de “autodefensa” o salvaguarda de la propia integridad de los profesionales, deben ser **incorporados de manera sostenible y razonada al conjunto del sistema sanitario nacional**.

Así, y teniendo en cuenta que las condiciones que presentan actualmente las salas de endoscopias en los hospitales españoles son muy diversas, en primer lugar, debería realizarse un **análisis en profundidad de las condiciones requeridas en las salas de endoscopias**, en relación con el tamaño, utensilios requeridos o sistemas de ventilación necesarios, entre otros, para intentar aplicarlo en los centros hospitalarios del país.

Adicionalmente, es importante consensuar un **protocolo para la realización de endoscopias que se aplique en el conjunto de hospitales en España**, en relación con las medidas de seguridad e higiene, entre las cuales se mantengan algunas de las que se pusieron en marcha durante la pandemia, pero de modo consensuado entre los profesionales y sistemático en todos los centros médicos en los que se realicen endoscopias. Así, la realización de endoscopias debería llevarse a cabo **con mayores medidas de protección que antes de la pandemia**: con mascarillas, gafas de protección, limpieza frecuente de las salas, etc.

En términos generales, deberían ser medidas de sencilla aplicación, que afectaran únicamente a los procedimientos llevados a cabo y al **aumento de la seguridad en la atención presencial a los pacientes, pero que no requieran grandes inversiones o modificaciones relevantes** en los centros hospitalarios. Sin embargo, en algunos casos, podrán exigir inversiones más relevantes o cambios estructurales en algunos hospitales, que no cuentan con salas de endoscopias con las condiciones de ventilación, tamaño, etc., para garantizar la adecuada seguridad en la atención para pacientes y profesionales.

4.2.4 Análisis del establecimiento de hospitales “limpios” o “monográficos”

Una de las consecuencias de la pandemia de la Covid-19 en España, unida al desconocimiento general sobre la misma de la población y de los profesionales sanitarios, fue que **la atención en un primer momento fuera también desordenada y desestructurada**, en un contexto en el que la ciudadanía, atemorizada, optó por intentar no acudir a los centros hospitalarios, tanto en los casos en los que tenían síntomas de Covid-19, como en aquellas situaciones en las que las posibles patologías podían ser de otra índole, por miedo al contagio de la infección.

El confinamiento general de la población, junto al creciente número de fallecidos, hospitalizados y contagiados, fue agravando el citado comportamiento por parte de la población, que llegó un momento en el que **únicamente acudía a un hospital en caso de grave o urgente necesidad, principalmente relacionada con problemas respiratorios derivados de la Covid-19**. Ello, unido a la rápida saturación de muchos hospitales, especialmente en algunas regiones de España (o de otros países como Italia), hicieron que los pacientes acudieran a cualquier centro hospitalario, público o privado, siendo en muchos casos el principal criterio para la elección de Hospital el pensar que no estuviera saturado.

Además, el colapso que sufrieron muchos centros hospitalarios supuso igualmente que tuvieran que **derivarse pacientes a otros hospitales**, porque ya no cabían en algunos de ellos, que durante algunas semanas llegaron a duplicar o triplicar el número de camas de UCI y de hospitalización respecto a su situación habitual.

Así, la falta de planificación o de previsión de que la situación epidemiológica estuviera tan fuera de control y de que el número de contagios y de pacientes graves fuera tan elevado, provocó que **prácticamente en el 100% de los hospitales de nuestro país hubiera “pacientes Covid”**, lo que agravó el miedo de la población a acudir a un hospital, debido a la creencia generalizada del elevado riesgo de contagio que en ellos había.

En el caso de los pacientes con patologías de Aparato Digestivo, dichas reticencias tuvieron **importantes consecuencias sobre muchos pacientes**, que, a pesar de sus síntomas, prefirieron quedarse en casa antes que acudir al hospital. Así, ello ha supuesto: (i) el diagnóstico tardío de determinadas patologías, que por lo tanto no se han tratado como se debía desde el momento en que podría haberse hecho en condiciones normales; (ii) el “no tratamiento” o el tratamiento tardío de las patologías de pacientes crónicos, que en muchos casos han podido agravar sus enfermedades, lo que ha conllevado la necesidad de acelerar después determinados tratamientos; o (iii) la realización de pruebas relevantes de forma retardada, lo que ha empeorado la evolución de ciertas enfermedades.

Teniendo en cuenta todo ello, y en aras de evitar que, ante una situación sobrevenida similar en el futuro, todos los hospitales sean lugares con “pacientes Covid” y que la ciudadanía tenga la seguridad de que hay centros hospitalarios en los que el riesgo de contagio es mucho menor, se podría **estudiar la posibilidad de reservar algún hospital** (o parte de ellos) en cada ciudad, o provincia o región (según el tamaño y número de hospitales) **en los que no hubiera pacientes infectados**; o de determinar algún hospital en el que **se trataran de forma monográfica a pacientes de determinadas patologías o con sintomatologías similares**.

Ello podría aumentar la confianza de la población para acudir a los hospitales para tratarse de sus patologías, lo cual sería además muy positivo para el sistema, porque, además del avance de las enfermedades para los pacientes, su “no

tratamiento” en tiempo y forma, supone un mayor coste para el sistema, que debe hacer frente a retos sanitarios de mayor envergadura.

Algún caso ha habido en España, por ejemplo, la clínica Anderson en Madrid, que únicamente trató pacientes oncológicos; por lo que **se podría estudiar la posibilidad de designar espacios “limpios” o “monográficos” en determinadas circunstancias o lugares**, tal y como se hizo en Milán o Lombardía, lugares en los que muchos pacientes fueron tratados de sus patologías, a pesar de la situación epidemiológica en Italia, que en muchos momentos fue incluso peor que en España.

Ello, sin embargo, debe realizarse **en condiciones de equidad** porque existe el riesgo de que los hospitales “limpios” o “monográficos” estén focalizados en determinadas especialidades o patologías, de modo que se pudiera “beneficiar” a unos pacientes frente a otros (motivo por el que esta medida no se puso en marcha en algunas regiones españolas en los años 2020 y 2021). Sin embargo, con una **adecuada planificación** y un eventual traslado de profesionales de algunas especialidades a otros hospitales, podría ofrecerse una alternativa a la ciudadanía que le permitiera confiar en el sistema, de modo que continuara acudiendo al sistema incluso en una situación crítica.

4.2.5 Establecimiento de medidas para reducir el número de personas que hay simultáneamente en la sala de espera

Uno de los **problemas más recurrentes en los centros hospitalarios en España es la congestión** de estos, el excesivo número de personas que se encuentran simultáneamente en los mismos, el alto nivel de saturación de las salas de espera, también el exceso de personas que hay en ocasiones en determinadas plantas de hospitalización, en las Urgencias o incluso en los hospitales de día para la realización de determinadas pruebas. En ello influyen muchas cuestiones, como el tamaño y disposición de los hospitales, las limitaciones de las infraestructuras sanitarias, la cultura familiar y del acompañamiento en España, los horarios más habituales de atención a los pacientes, etc.

Dicha situación conlleva una **mayor interacción con un número elevado de personas**, ya que el contacto cercano o la compartición de espacios supone un riesgo de contagio, especialmente en un momento en el que una enfermedad infecciosa se convierte en una pandemia y la situación epidemiológica está descontrolada, como ha ocurrido en muchos momentos en nuestro país.

Todo ello es **especialmente importante en relación con los pacientes de Aparato Digestivo, y concretamente los aquejados de enfermedad inflamatoria intestinal**, generalmente tratados con tratamientos inmunosupresores, lo que supone que sus niveles de defensa sean más bajos y por lo tanto su riesgo de contagio más elevado. Y en consecuencia, su miedo a acudir a lugares congestionados sea también mayor.

Es por todo ello, que se han identificado varias **propuestas enfocadas a limitar el número de personas presentes en el hospital**, y en especial en las salas de espera, donde un paciente tiene más riesgo de contagiarse con otro paciente o acompañante.

(i) Utilización de los exteriores del hospital

- En función de la infraestructura y de la casuística de cada centro sanitario, una posibilidad sería maximizar las zonas de atención al paciente, explotando las zonas exteriores al hospital para dar un servicio al paciente. Este tipo de zonas se pueden utilizar en primer lugar, como una zona alternativa de espera en el ambulatorio para aquellos pacientes que su condición se lo permita.
- Otra alternativa es utilizar los recursos del hospital para ubicar un punto de dispensación farmacéutica hospitalaria en los exteriores del hospital, de forma que los pacientes no se vean expuestos al virus en los casos en los que tienen que asistir al hospital únicamente para recoger un fármaco.

(ii) Utilización de sistemas de registro inteligentes

- Para agilizar el proceso de triaje de pacientes en el contexto ambulatorio, una medida que han desarrollado varios hospitales nacionales e internacionales es la creación de un sistema digital de registro, que permite al paciente notificar su llegada y ubicarse en la sala de espera que le corresponde sin la ayuda de ninguna persona física. Para materializar esta solución, se pueden utilizar varios sistemas, como una plataforma web orientada al

paciente, o un sistema de administración electrónica de número de turno, en el que el paciente introduce su DNI o tarjetas sanitarias para identificarse y recibir indicaciones.

(iii) Ampliación de los horarios de citas médicas

- Una distribución temporal de las citas médicas es una posibilidad para reducir la cantidad de personas que coinciden en el hospital simultáneamente. Si bien los horarios de los profesionales (médicos, personal de enfermería, auxiliares, etc.) no tienen por qué aumentar con esta medida, para poder realizar las consultas por la tarde, o en fin de semana, los profesionales sanitarios deberían tener un horario más flexible. Además, la complejidad añadida de los horarios de cada médico requiere una mejor coordinación sanitaria en materia de citación.
- Como consecuencia a esta propuesta, no solo habría menos coincidencia de pacientes en las salas de espera, sino que los pacientes disfrutarían generalmente de una oferta más amplia de horarios de citación, lo que les permitiría adaptar la cita mejor a su vida laboral. Esto es especialmente importante para muchos de los pacientes de Gastroenterología, que son crónicos, de modo que su enfermedad requiere frecuentes asistencias al hospital, lo que en muchas ocasiones impacta sobre su vida profesional.

(iv) Limitación a la entrada de familiares

- La participación de familiares en la estancia del paciente en el hospital puede facilitar la satisfacción de las necesidades del paciente, siendo un apoyo emocional y asistencial. En los pacientes hospitalizados, los familiares son en muchas ocasiones los que asisten al paciente en la realización de las tareas básicas, como comer o ducharse. En pacientes ambulatorios, la presencia de un acompañante puede ser clave para la comprensión total del diagnóstico del paciente, facilitándose la posterior adherencia al tratamiento. Este tipo de soporte asistencial de un familiar o persona de confianza ha sido imposible en el transcurso de la pandemia, lo que ha perjudicado la experiencia hospitalaria del paciente.
- Si bien el acompañamiento de familiares es necesario, una medida necesaria para controlar los aforos en el hospital es reducir el número de acompañantes que pueden acceder al hospital, para reducir el número total de personas en las salas de espera y otras dependencias de los hospitales. El número de acompañantes que pueden acudir dependerá de cada caso, siendo absolutamente necesario un acompañante en el caso de menores de edad y personas mayores o dependientes.

(v) Limitación del tiempo de estancia en el hospital

- Una práctica común de algunos pacientes ambulatorios es la de la llegada al hospital con mucha antelación a su cita con el médico, lo que satura las salas de espera, en especial cuando el ritmo de atención en consulta va con retraso. Por ese motivo, una recomendación para reducir la congestión, en los hospitales en general y en las salas de espera en particular, es la de permitir el acceso únicamente unos minutos antes de la cita, lo que reducirá el tiempo medio de espera por paciente y aumentará el espacio disponible.
- Se trata de una medida sencilla, que ya es de aplicación en algunos hospitales en España y que está teniendo un impacto notable sobre el número de personas que están simultáneamente en el Hospital.

(vi) Concentración de la realización de pruebas en lugares adyacentes

- Una medida útil para reducir localmente la congestión de pacientes en una sala de espera es la de desviar una parte de las pruebas a realizar a otros lugares donde se puedan realizar que estén menos congestionados. Estos centros pueden ser centros de atención primaria, centros privados, o para ciertas pruebas, desde el propio domicilio del paciente.

Con la implementación de todas estas propuestas (junto al teletrabajo de determinados profesionales, en los casos en los que sea posible), los centros sanitarios operarán con niveles de congestión menores, lo que les permitirá tener una **mejor capacidad para gestionar un incremento de la demanda esporádico**, así como mejorar la experiencia del paciente y del personal sanitario, tanto en el día a día como en el caso de que hubiera una pandemia o situación sobrevenida similar.

4.2.6 Teletrabajo en los Servicios de Gastroenterología y Farmacia y otras áreas internas del hospital

Uno de los problemas más relevantes de la saturación de los hospitales, además del exceso de pacientes y familiares que se concentran en ellos, es el **elevado número de profesionales que desarrollan su trabajo diariamente en las instalaciones de los hospitales** o centros de salud.

Es evidente que **en muchos casos es necesaria la presencia de los facultativos y otros profesionales sanitarios** para el tratamiento de los citados pacientes porque hay que explorar a los enfermos, hacerles determinadas pruebas, tener contacto visual con ellos, trasladarlos de una planta a otra, etc., por lo que hay una serie de personas que deben trabajar de forma presencial, salvo causa de fuerza mayor o imposibilidad física.

Sin embargo, **la citada presencialidad se ha trasladado a todos los profesionales del hospital, sin valorarse en la inmensa mayoría de los casos si es necesaria o no su presencia en el centro**, habiéndose convertido en una cuestión cultural en la inmensa mayoría de los centros sanitarios españoles. En el caso de los **médicos gastroenterólogos**, por ejemplo, podría valorarse la posibilidad de teletrabajar alguno de los días de la semana (o alguna parte de su jornada diaria), de modo que: (i) realizaran desde casa o cualquier otro lugar algunas consultas telefónicas o telemáticas, (ii) pudieran preparar informes o reportes administrativos que con frecuencia tienen que hacer, (iii) e incluso llevaran a cabo tareas propias de su labor investigadora, publicación de artículos, etc. de forma telemática.

Asimismo, el **personal de otras especialidades** podría hacer algo similar, teniendo en cuenta sus propias particularidades, siendo conscientes de que el margen de teletrabajo para los facultativos de los Servicios de Radiología o Dermatología será mucho mayor que para los de especialidades quirúrgicas, como Cirugía Maxilofacial, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, etc.

En relación con el **Servicio de Farmacia**, y en función del nivel de implantación de la telefarmacia, también podría implantarse de forma recurrente el teletrabajo, especialmente para las comunicaciones con pacientes que no requieren una cita presencial o para la gestión administrativa del área (solicitud de pedidos, relación con la industria farmacéutica, citaciones, etc.).

Finalmente, y en aras de reducir el número de personas presentes en los hospitales, habría que valorar también la posibilidad de **implantar el teletrabajo**, de forma total o parcial, de forma permanente o recurrente, **entre el personal interno del hospital**, de modo que el personal responsable de Tecnologías de la Información, los profesionales de Recursos Humanos, de Finanzas, etc. no trabajaran de forma presencial en el hospital, sino que lo pudieran hacer desde sus propias casas.

Todo ello **reduciría el contacto entre personas, disminuiría el uso de las instalaciones y por lo tanto limitaría el riesgo de contagios** (y la necesidad de limpieza con tanta frecuencia), permitiría ampliar las salas de espera o consultas a instalaciones ahora utilizadas por profesionales internos y en definitiva mejoraría la seguridad en la atención presencial. También podría permitir “desbloquear” plazas de aparcamiento, de modo que muchos pacientes pudieran acudir en transporte privado en vez de público, lo que también redundaría en un menor número de contactos con terceros, especialmente importante para pacientes inmunodeprimidos (como lo son muchos de los que tienen patologías referidas al aparato digestivo). Sin duda todo ello **requiere un cambio cultural importante**, pero las ventajas serían notables en un contexto normal, mucho más en uno de pandemia o de urgencia asistencial.

4.2.7 Construcción de UCIs o REAs que permitan separar o aislar a pacientes infecciosos

Una parte importante del **sistema hospitalario español cuenta con unas instalaciones de tamaño y funcionalidades limitadas**, lo que hace que la posibilidad de modificar los espacios, de crear circuitos o de duplicar espacios sea también limitada. En ocasiones esto se debe a que se trata de construcciones antiguas y no dimensionadas para la población que atienden actualmente; en otros casos a que la ubicación imposibilita que el espacio sea mayor, por encontrarse rodeados de edificios o de otros accidentes geográficos; o simplemente a que el diseño del hospital no fue el más adecuado desde su concepción y puesta en marcha.

Ello tiene importantes consecuencias sobre la toma de decisiones en el ámbito hospitalario, sobre las posibilidades de mejorar la atención a los pacientes, de garantizar la seguridad en la atención presencial, etc., de modo que en ocasiones es **complejo adaptar el hospital en base a requerimientos médicos y a criterios de planificación asistencial**.

Especialmente crítico se ha demostrado durante la pandemia la **necesidad de contar con Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) que permitan la separación entre pacientes infecciosos y no infecciosos**, ya que en muchas ocasiones las mismas eran únicas, habiéndose hecho verdaderos “encajes de bolillos” para asegurar la separación entre ambos tipos de pacientes, y no siempre con la máxima seguridad o al menos con la seguridad deseada por el personal facultativo. Así, el sistema debería de tratar de garantizar esa diferencia en todos los hospitales, de forma planificada, tanto en el habitual funcionamiento de los mismos, como ante la llegada de una nueva pandemia o situación sobrevenida similar.

Igualmente, es muy relevante **asegurar espacios diferenciados para los pacientes en las Salas de Reanimación (REAs)**, que generalmente no están preparadas para poder separar entre distintos tipos de pacientes. Así, sería importante tratar de contar con espacios que permitan aislar a los pacientes infecciosos, asegurando al resto de pacientes el “no contacto” con dichos pacientes.

Todo ello, más allá del efecto inmediato de evitar contagios entre un tipo de pacientes y otros, tiene una **enorme relevancia desde el punto de vista cultural, de modo que ello debería ayudar a que los pacientes y la sociedad en general perciban los hospitales como lugares más seguros**.

4.2.8 Unidades móviles de salud para el acceso a zonas alejadas o a pacientes con movilidad reducida

Uno de los retos a los que se enfrenta el Sistema sanitario español es la **necesidad de garantizar las mismas prestaciones sanitarias todos sus habitantes**, en un territorio muy extenso y con amplias zonas rurales, alejadas de los principales núcleos de población. Además, otra realidad del sistema es, en términos generales, la **concentración de la actividad asistencial para patologías o tratamientos graves o específicos en hospitales concretos**, generalmente en las capitales de provincia y no siempre bien ubicados, con dificultades de acceso o de estancia en algunos lugares.

En este caso es **difícil generalizar porque hay casi tantas realidades como hospitales**, como ciudades y como sistemas autonómicos de Salud, pero no es menos cierto que hay una parte relevante de la población que no tiene un acceso sencillo a los hospitales. Sin duda alguna, ahí se encuentra uno de los motivos de la saturación de la Atención Primaria en España, aunque es indudable que determinadas patologías requieren de la atención de otro facultativo especialista, así como de la realización de determinadas pruebas que exigen un instrumental y/o una formación del personal médico o de enfermería para lo que únicamente están preparados algunos hospitales (en algunos casos un único centro de referencia a nivel autonómico).

Teniendo en cuenta lo anterior, unido a la situación de pandemia en determinados lugares, se han llevado a cabo algunas **experiencias en el ámbito internacional en materia de atención sanitaria presencial a través de unidades móviles** que han sido de gran utilidad para centros de población alejados de las principales ciudades. Ello permite limitar el número de personas que acceden a los hospitales, trasladar a algunos profesionales fuera del mismo e incluso revisar con mayor frecuencia el estado de salud de algunas personas en ámbitos rurales o con altos niveles de dependencia, lo que permite identificar determinadas patologías en un estado menos avanzado.

Y ello tiene importantes **consecuencias para el paciente** (menor necesidad de revisiones, mejor probabilidad de recuperación, limitación en los tratamientos requeridos, etc.), pero también **para el sistema de salud** (ya que reduce los costes de los tratamientos, limita el número de veces que un paciente tiene que acudir al hospital, etc.), e incluso **para la eficiencia del sistema público sanitario** (ya que permite a los pacientes reducir su tiempo de baja laboral, lo que reduce los costes para la Seguridad Social y aumenta la productividad de dichos pacientes-empleados).

Lógicamente se trata de una **medida de impacto parcial y diferente por regiones**, pero que podría ser de aplicación en zonas rurales de Castilla y León, de Castilla la Mancha o de Extremadura, entre otras; así como en zonas montañosas alejadas de las capitales de provincia, como en los Pirineos, en la montaña salmantina, etc.

4.3 Recomendaciones de Hacer o No Hacer

La pandemia de la Covid-19 ha supuesto una **importante modificación del “modo de hacer” en la mayoría de hospitales**, centros sanitarios o centros de atención primaria en todo el mundo: desde el modo de hablar con un paciente hasta la frecuencia de las consultas, desde las pruebas a realizar hasta las consultas multidisciplinares, todo el sistema se vio trastocado durante semanas y meses, lo que llevó a los sistemas sanitarios del mundo a tener que tratar de mantener los sistemas sanitarios en condiciones muy diferentes a las habituales.

Así, dichos sistemas sanitarios buscaron **fórmulas de todo tipo para poder, en la medida de lo posible, seguir atendiendo a los pacientes**, realizando diagnósticos, haciendo seguimiento a las patologías de los pacientes, asegurando la adherencia a los tratamientos, enviando los fármacos a los que los necesitaban, etc. Y ello en un contexto nunca visto anteriormente y además de alta incertidumbre porque era difícil prever el impacto real que todo ello iba a tener y el tiempo que iba a durar.

Es por ello por lo que **los profesionales del mundo entero tuvieron también que priorizar sus actuaciones**, además de buscar alternativas para poder seguir ejerciendo, de modo que algunas acciones se dejaron de hacer por no considerarlas urgentes, otras se mantuvieron, aunque de otro modo, etc. Pasadas las primeras olas de la pandemia llega el momento de hacer examen, de reflexionar, de recapitular qué se ha hecho y qué no y sobre todo de **tomar decisiones que permitan mejorar el funcionamiento del sistema**, en base a las lecciones aprendidas.

Se trata de **reflexionar sobre “otros modos de hacer (o no hacer) las cosas”**, en una profesión con dinámicas en general muy acusadas y difíciles de cambiar, pero en las que la pandemia ha puesto de manifiesto que hay algunas cuestiones en las que existe un cierto margen de mejora. Se trata de pensar, con la mente abierta, en posibles modificaciones al modo de actuar histórico, que además permita mejorar no sólo la atención clínica o asistencial, sino también el bienestar general de los pacientes, la lucha contra la contaminación, etc.

4.3.1 Mantenimiento de los patrones de realización de pruebas de cribado de enfermedades

Según el Observatorio del cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el **cáncer de colon** es el que tiene una mayor incidencia en España, por delante del de mama o próstata, con 38.890 casos diagnosticados y 15.778 fallecidos en 2020. No obstante, el cáncer de colon, junto con el cáncer de mama, tienen la ventaja de poder ser detectados en **pruebas de detección precoz, lo que reduce la mortalidad entre un 30% y un 35% de los casos⁵⁵**, resultando en el ahorro de unas 4.000 vidas al año en España.

Durante la pandemia, la **saturación de recursos en el sistema sanitario, unido al riesgo de contagio o a la falta de profesionales dedicados a la especialidad** (muchos de ellos pasaron a los servicios de medicina interna de los hospitales), redujo la capacidad de los gastroenterólogos para ocuparse de los procedimientos propios de su ámbito de especialidad, lo que se vio reflejado en la **cancelación de un importante porcentaje de las pruebas previstas de cribado de cáncer de colon**, en función del hospital, según la AECC.

Aunque la gravedad de las consecuencias de este problema está aún por determinar, una gran parte de los gastroenterólogos ya ha percibido el aumento de la **detección de cánceres de colon en estados avanzados, que se podrían haber detectado precozmente en una situación de normalidad**. En especial, un estudio de la Universidad de Bolonia presentado a finales del año 2020 analizó el impacto del retraso de entre 7 y 12 meses en las pruebas para el diagnóstico de cáncer colorrectal, que se estima en un aumento de la mortalidad del 3% y para aquellos de más de 12 meses, de un 12%⁵⁶.

En España, **durante la pandemia, se paralizaron durante semanas, e incluso meses, los cribados de cáncer de colon en la mayoría de hospitales**, en los que la realización de endoscopias se reservó para situaciones de extrema urgencia, para

⁵⁵ [Cáncer de colon: los programas de cribado pueden salvar 3.600 vidas al año en España | El Periódico de España \(epe.es\)](https://www.epe.es/cancer-de-colon-los-programas-de-cribado-pueden-salvar-3600-vidas-al-año-en-españa)

⁵⁶ [Las muertes por cáncer colorrectal crecen un 12% durante la pandemia | Somos Pacientes](https://somospacientes.es/las-muertes-por-cancer-colorrectal-crecen-un-12-durante-la-pandemia)

pacientes crónicos, para pacientes con sintomatología compatible con un cáncer de colon, etc., pero se cancelaron los programas de cribado basados en la edad, en antecedentes familiares, etc.

Ello, unido a los datos anteriormente expuestos, hicieron que **los profesionales sanitarios tuvieran que retomar en el corto plazo la regularización de los programas de cribado de cáncer**, acelerando el ritmo de las endoscopias de esta índole para corregir el retraso generado en la pandemia, si bien se han detectado patologías con un mayor nivel de avance del deseado.

En base a todo ello, y para preparar al sistema sanitario para una posible futura pandemia, las direcciones sanitarias tienen la oportunidad de **establecer unos protocolos de actuación y priorización de endoscopias en situaciones extraordinarias de urgencia**, con la intención de poder seguir realizando este tipo de operaciones en un contexto de urgencia médica global.

Para ello, **se pueden arbitrar distintos tipos de medidas**, como pueden ser el establecimiento de espacios limpios dentro del hospital que permitan seguir realizando las pruebas sin riesgos relevantes; el traslado de las máquinas para la realización de endoscopias y colonoscopias a otros centros sanitarios en los que no haya pacientes infecciosos para poder seguir realizando los cribados; concentrarlos en días concretos, de modo que se limite la exposición de pacientes y facultativos; realizar otra tipología de cribados no tan invasivos (aunque no sean de la misma precisión), con análisis de heces en casa, extracciones de sangre o similares; etc.

En todo caso, parece claro que **la paralización de los programas de cribado de enfermedades graves** (como el cáncer de colon en relación con los especialistas de Aparato Digestivo) **debería tratar de limitarse** porque es una cuestión muy relevante para la salud de los pacientes, para el futuro vital de los mismos, para el coste del sistema sanitario y para la propia saturación del sistema, ya que una detección precoz de un cáncer, además de tener un ratio de curación superior, también supone generalmente una curación en un tiempo menor y con un menor número de pruebas a realizar y por lo tanto con un coste más contenido para el sistema en general.

4.3.2 Reducción en el número de pruebas realizadas, en base a los criterios de Sociedades Científicas nacionales e internacionales

Las **Sociedades Científicas nacionales e internacionales establecen unos protocolos para la realización de pruebas**, para la atención a los pacientes, etc., que vienen a ser una especie de recomendaciones o buenas prácticas en el desempeño clínico, que los profesionales toman como guía para la realización de su actividad profesional. Marcan una serie de pruebas a realizar según el caso o según la sintomatología del paciente, establecen la frecuencia con la que realizar determinadas pruebas, etc., pero no tienen carácter vinculante, por lo que cada facultativo finalmente decide el tratamiento a realizar a cada paciente.

Ello, unido a la promoción de una **medicina cada vez más colaborativa** (en la que la opinión del paciente cuenta mucho a la hora de decidir las pruebas a realizar, tratamientos a recibir), y a la existencia de una **medicina frecuentemente más defensiva** (para evitar problemas legales o posibles reclamaciones posteriores por los pacientes) ha hecho en los últimos tiempos que haya **proliferado la realización de pruebas con mayor frecuencia de la realmente aconsejada** por las Sociedades Científicas.

Sin embargo, **la llegada de la pandemia** y las dificultades para realizar determinados procedimientos o para atender a los pacientes en las mismas condiciones que antes de marzo de 2020 **ha supuesto muchos cambios en el ámbito de la gastroenterología**. Entre otros, ha conllevado que muchos profesionales hayan tenido que revisar la frecuencia con la que tenían consulta con sus pacientes y específicamente, el número y la frecuencia de pruebas realizadas. Así, se ha limitado la realización de pruebas, no suponiendo un peor nivel de atención, sino más bien una racionalización de la misma, adecuándose a los estándares establecidos por las Sociedades de la especialidad de Aparato Digestivo.

El reto en una situación de “normalidad” es **mantener** (o adoptar en el caso de los profesionales que aún no lo hubieran hecho) **las frecuencias y tipologías de pruebas recomendadas por las Sociedades Científicas**, no cayendo en la repetición de las mismas en cortos periodos de tiempo, no realizando pruebas casi por duplicado para confirmar diagnósticos, ni llevando a cabo distintos procedimientos para minimizar al máximo el margen de error en los diagnósticos y en los tratamientos, más allá de las recomendaciones de las distintas Sociedades.

4.3.3 Mejora de la asistencia a los pacientes con carácter multidisciplinar

La especialidad médica de **Aparato Digestivo presenta unas particularidades específicas respecto a otras especialidades**, lo que hace que se enfrente a retos específicos en el diagnóstico y el tratamiento a los pacientes. Entre otras cuestiones, destaca el alto porcentaje de pacientes crónicos, así como las **interacciones que se necesitan con otras especialidades**, ya que algunos de los pacientes con enfermedades inflamatoria intestinal (EII) requieren de atención por parte de otros profesionales, entre los que pueden estar los especialistas en Reumatología, Dermatología, Oftalmología en ocasiones, etc. Es por ello, que la **colaboración entre facultativos y Servicios es especialmente relevante** para dar un adecuado servicio a esta tipología de pacientes de gastroenterología.

Esta es una **realidad no siempre sencilla de gestionar en el ámbito hospitalario** por múltiples razones (de organización, de espacios, de enfoques clínicos, de personalidad de los profesionales, etc.), que además se ha visto impactada notablemente por la pandemia del Covid-19 en la mayoría de los hospitales españoles. Con excepciones, como el Centro de Enfermedades Inflamatorias Mediadas por la Inmunidad (CEIMI) del hospital general universitario Gregorio Marañón de Madrid, el *modus operandi* habitual se basa en las **relaciones personales entre facultativos y en la compartición de datos de forma presencial entre los médicos**, que “caso a caso”, van resolviendo las cuestiones que se les presentan y los casos clínicos a los que se enfrentan.

Sin embargo, la pandemia ha puesto de manifiesto las **dificultades de mantener esas redes informales en un contexto de urgencia sanitaria**, donde la presencialidad se vio muy limitada y donde la coincidencia de profesionales en el propio hospital fue mucho más limitada que habitualmente. Además, los pacientes trataban de pasar el menor tiempo posible en el centro sanitario, y en muchos casos, las consultas o lugares análogos son de un tamaño que dificultaba el tener reuniones en las que participen 4, 5 o 6 personas, según los casos.

Así, **la asistencia multidisciplinar durante la pandemia se vio afectada en muchos hospitales**, lo que provocó que, o bien el médico responsable de Aparato Digestivo tuviera que dedicar mucho tiempo a resolver cuestiones con facultativos de otras especialidades; o incluso que algunas consultas a otros especialistas que pudieran estar indicadas no se pudieran hacer en el tiempo y forma deseados.

Y como consecuencia de todo ello, se ha puesto de manifiesto de forma clara la **necesidad de protocolizar la atención multidisciplinar a los pacientes de Aparato Digestivo, y específicamente a los de EII**, que requieren de tratamientos específicos, en los que deben de estar implicados en muchas ocasiones profesionales de diferentes especialidades. Y en la medida de lo posible, **la atención telemática debe jugar un papel relevante** (al menos de modo subsidiario) en los planteamientos que se definan, de modo que puedan seguir aplicándose ante cualquier situación. Así, **ante una eventual pandemia, la atención a dichos pacientes no se verá afectada** en la misma manera que se vio impactada en el año 2020, especialmente en los primeros meses de la Covid-19 en España, lo cual repercutirá en una mejor atención, en mayor tranquilidad para los propios pacientes y en un aumento de la seguridad para los profesionales, que dispondrán de las herramientas (horarios fijos, tecnologías digitales, reservas de consultas, etc.) para desarrollar la atención que consideren más adecuada para cada paciente.

4.3.4 Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y atención especializada

De forma similar a la falta de protocolos para la atención multidisciplinar a los pacientes de EII, la **limitada coordinación entre Atención Primaria y especializada es otro de los temas de mejora recurrentes** en los análisis que se realizan del sistema sanitario en España. Así, esta cuestión, afecta tanto a los protocolos de derivación de pacientes a la atención especializada, como a la responsabilidad para la resolución de determinadas consultas por parte de unos u otros facultativos.

Es sin duda una **cuestión compleja y que merecería de un análisis específico**, pero es muy relevante por dos realidades propias de nuestro sistema sanitario: la Atención Primaria es la puerta de entrada habitual al sistema público nacional (con la excepción de las Urgencias), y el citado nivel de atención tiene un nivel de saturación que en muchos casos es casi endémico.

Así, **la pandemia no ha venido a “descubrir” ningún problema nuevo, sino que se ha visto agravado**, principalmente por la congestión casi absoluta del sistema y específicamente de los Centros de Atención Primaria, de modo que en muchas ocasiones los facultativos derivaban a la atención especializada muchos casos que en condiciones normales habrían podido resolver por sí mismos, lo que a su vez ha generado también un colapso de algunos especialistas en distintos hospitales y municipios españoles.

No es objeto de esta publicación resolver en su totalidad este problema, de gran profundidad y complejidad, pero sí que sería importante **establecer canales de comunicación fluidos y constantes entre los médicos y el personal de atención especializada y el personal de atención primaria** donde no los haya previamente, para así poder definir procedimientos para los casos de derivaciones, los tratamientos para determinadas patologías, los mecanismos de coordinación para el tratamiento conjunto de algunos pacientes, etc. Asimismo, es importante mejorar la formación de los facultativos de atención primaria en el ámbito gastroenterológico, de modo que puedan resolver por sí mismos el mayor número de casos, lo que también ayudaría a limitar la saturación de los hospitales.

Se trata de medidas relevantes a poner en marcha en los distintos sistemas regionales de salud y hospitales, si bien **ya hay diferentes iniciativas en el territorio nacional en las que ya se está trabajando en esta línea**, aunque de momento de forma poco estructurada y más como consecuencia de iniciativas particulares o para dar respuesta a situaciones o problemas concretos.

4.3.5 Realización de ciertas pruebas de especialidad en el centro de Atención Primaria o en el domicilio del paciente

La **realización de pruebas complementarias para el diagnóstico o el seguimiento de enfermedades durante la pandemia ha sido un problema relevante en muchos casos**, por diversos motivos: (i) en algunos casos, la limitación de acceso a los centros hospitalarios ha hecho que a muchos pacientes únicamente se les tratara de modo telemático, especialmente en las primeras olas de la pandemia; (ii) en otros casos, la necesidad de incrementar las medidas de limpieza, seguridad e higiene ha hecho que multitud de pruebas se hayan retrasado o cancelado, ya que en el mismo tiempo se podían hacer menos pruebas; (iii) el miedo de los pacientes les ha hecho limitar su interacción con los profesionales y especialmente su asistencia a los hospitales, prefiriendo no hacerse determinadas pruebas si ello conllevaba tener que acudir a un centro hospitalario; etc.

Se trata de una **situación no deseable porque limita enormemente la capacidad del facultativo para conocer la evolución de los pacientes**, y por lo tanto para poner los tratamientos más adecuados en cada momento. Esto ha supuesto que **muchos facultativos hayan buscado fórmulas alternativas para la realización de determinadas pruebas**, básicamente con el objetivo de poder llevarlas a cabo, en condiciones de seguridad para el paciente y tratando de tener los resultados necesarios para el correcto diagnóstico o tratamiento a los pacientes. Así, en ocasiones, algunas pruebas se han podido realizar por ejemplo en centros de atención primaria en vez en los hospitales, como las extracciones de sangre o los análisis de heces; o incluso en los domicilios por los propios pacientes, en el caso de determinados test de aliento.

Ello ha permitido, en ocasiones, realizar las **pruebas que los facultativos tenían previstas** o consideraban más adecuadas para el diagnóstico, pero fuera del hospital; mientras que en otros casos, las **pruebas realizadas han sido “sustitutivas” de las que en un principio los médicos habrían llevado a cabo en un contexto de “normalidad”**, pero han permitido también cumplir con la función diagnóstica o de seguimiento para la que se solicitaron. En estos casos, muchos profesionales han percibido que incluso en una situación “normal” o “habitual”, hay determinadas pruebas que podrían sustituirse por otras más “sencillas” o menos “invasivas” que podrían llevarse a cabo fuera de los hospitales.

De este modo, **se facilitaría la conciliación a los pacientes**, especialmente a los crónicos, que en ocasiones tienen más dificultades para dicha conciliación del seguimiento de sus patologías con su vida profesional. Igualmente, al ser pruebas en general más “sencillas”, supondría un menor coste para el sistema sanitario; también se reduciría el número de personas que acuden a los hospitales (y por lo tanto ayudaría a favorecer la seguridad en la atención presencial), así como el número de desplazamientos y por lo tanto la contaminación asociada.

Pero, sobre todo, **se asegura el poder seguir realizando determinadas pruebas a pacientes** que, en determinadas circunstancias, como durante la pandemia, son reacios a acudir al hospital y por lo tanto a hacerse algunas pruebas, lo

que va en detrimento de su salud, pero también del sistema en su conjunto y del incremento de coste futuro. Es por ello que estas prácticas puestas en marcha por una causa de fuerza mayor, deben ser consideradas una opción a futuro y ser tenidas en cuenta por los profesionales para (a) facilitar la realización de las mismas y reducir su coste en un contexto de “normalidad”; y (b) asegurar que se llevan a cabo en una situación de excepcionalidad, evitando o reduciendo las “lagunas” en el seguimiento de los pacientes.

4.3.6 Mantenimiento del nivel de seguimiento a los pacientes con patologías crónicas, así como de las cirugías programadas

Otro problema relevante identificado durante la pandemia fue la **dificultad para mantener el nivel de seguimiento de la evolución de las enfermedades a determinados pacientes con patologías crónicas, así como de la realización de las cirugías programadas**. La compleja situación epidemiológica que vivió nuestro país durante muchos meses, las limitaciones tecnológicas de los hospitales, el que un número no menor de profesionales se vieran también infectados por la Covid-19, o la falta de priorización de los pacientes, generó que muchos seguimientos no se llevaran a cabo con la misma periodicidad con las que se habían realizado previamente, así como que fuera imposible realizar las cirugías previstas según lo programado.

Además, si bien es cierto que en algunos centros hospitalarios los pacientes contaban, ya incluso antes de la pandemia, con medios para ponerse en contacto con su médico o con el Servicio de Aparato Digestivo de su hospital; en otros **no había mecanismos de contacto establecidos**, por lo que para algunos pacientes ha sido muy complejo poder tener contacto con los profesionales que debían seguir la evolución de su patología.

La suma de todo ello, unida al ya citado miedo de algunos pacientes a acudir a los hospitales, a pesar de estar en ocasiones en situaciones de brote o con dolores intensos, ha generado que en muchos casos el **nivel de seguimiento de los pacientes crónicos haya sido muy variable** en el sistema sanitario español. Por su parte, la realización de cirugías se ha visto enormemente limitada durante varios meses, habiéndose circunscrito prácticamente en exclusiva a cuestiones de urgencia. Lo cual ha generado, por una parte, frustración en los pacientes, que en ocasiones se han visto “desamparados”, pero también desazón en los profesionales que, pasados los meses, se están encontrando con pacientes en situaciones clínicas mucho peores de las que deberían tener en base a una evolución “normal” de sus patologías en un contexto de “normalidad”.

En definitiva, **mantener el nivel de seguimiento de los pacientes crónicos y realizar las cirugías programadas en la medida de lo posible, es clave de cara al futuro**, sea cual sea el nivel de excepcionalidad que viva nuestro país. Para ello, es fundamental concienciar de la importancia del seguimiento a los pacientes (que no deben además asumir dolores superiores a los habituales sin consultarlos con sus facultativos o personal de Enfermería de los Servicios que los atienden); pero también dotar a los hospitales de los medios tecnológicos para poder hacer seguimiento a distancia; así como establecer protocolos que permitan que los pacientes crónicos puedan ser seguidos por el Servicio de Aparato Digestivo, con independencia de la situación del facultativo (muy especialmente en los casos más graves, más complejos o más prioritarios). Y en materia de cirugía, es importante mantener abiertos los quirófanos, tratar de no cancelar ni retrasar operaciones y asegurar la higiene y limpieza para que profesional y paciente se puedan encontrar en un entorno seguro para ambos.

4.4 Formación y relación con la industria farmacéutica

La industria farmacéutica es sin duda un importante actor en el sistema sanitario mundial, donde lidera el apoyo a la investigación y donde garantiza la fabricación y distribución de medicamentos a facultativos y pacientes, para la mejora de la salud de estos últimos. El sector farmacéutico es también un importante motor de la economía de un país gracias al alto valor agregado que produce, a la capacidad de generar empleos de alta cualificación que tiene, así como al elevado grado de inversión en investigación y desarrollo que realizan las empresas para ofrecer tratamientos cada vez más eficaces y que mejoran la vida de los pacientes.

En España, el **modelo de relación más frecuente y habitual entre los médicos y los delegados de las compañías farmacéuticas estaba basado en encuentros presenciales** en los centros sanitarios, así como en eventos, congresos y reuniones sectoriales, donde en muchas ocasiones se presentaban las novedades en materia de investigación y de nuevos medicamentos comercializados por las compañías farmacéuticas. Sin embargo, el confinamiento y la imposibilidad de entrar en los hospitales o de celebrar eventos sectoriales, provocó que **hubiera que buscar alternativas** al tradicional modelo de relación presencial.

Así, surgieron los **webinars y otros modos de contacto a distancia**, se regularon posteriormente las entradas en los hospitales, se hicieron reuniones con grupos de delegados, etc., en resumen, se está en cierto modo “repensando” el modelo de relación, que deberá encontrar un punto de equilibrio entre aquello que se hacía bien y las cuestiones que la pandemia ha permitido valorar como positivas.

Se trata de unas reflexiones estratégicas para el sector sanitario, porque **la relevancia de esta relación es muy importante** para los propios facultativos y gestores de hospitales, para los delegados y para la industria farmacéutica y para el sector sanitario y la sociedad en general, porque dicha relación es la base para hacer llegar productos e introducir nuevos medicamentos en el ámbito clínico, para definir y poner en marcha proyectos de investigación y para mantener a ambos actores actualizados sobre los requerimientos de los facultativos y de las posibilidades que las compañías farmacéuticas ofrecen.

4.4.1 Congresos y eventos formativos y de divulgación científica en formato híbrido (presencial y telemático)

De forma generalizada, los Congresos médicos y otros modelos formativos **se celebraban en modo presencial en España y en el resto del mundo antes de la pandemia**, siendo la fórmula más habitual la de la impartición de charlas o debates por parte de profesionales sanitarios (bien en solitario o en modo “panel”, con varios profesionales participantes), de modo que los eventos online eran prácticamente residuales.

Sin embargo, la abrupta llegada de la pandemia, junto a la necesidad de mantener algunos eventos relevantes en muchas especialidades supuso que **el modelo telemático se impusiera** en eventos del tipo de congresos, conferencias o cursos, habiéndose demostrado como un formato muy útil, tanto para un contexto de estabilidad, como para poder mantener la actividad formativa ante una posible futura pandemia.

El paso de los meses fue permitiendo una recuperación progresiva de algunos eventos de forma presencial, si bien manteniéndose la posibilidad de conectarse también a los eventos de modo telemático, en un primer lugar porque existían notables restricciones en relación con el número de asistentes, así como por la prudencia que todavía muchos de los mismos mostraban, de modo que preferían la conexión a distancia.

Con la recuperación de la “normalidad pre-pandemia”, se propone **que los eventos se puedan realizar en formato híbrido o bimodal** lo que permite la asistencia, tanto presencial como telemática de los asistentes, utilizando cámaras, micrófonos y los servicios de conexión remota para conectar a los asistentes telemáticos con los asistentes presenciales. Asimismo, permite que las conferencias o ponencias puedan ser grabadas, para posibilitar el visionado en diferido.

Esta solución acaba con dos limitaciones de la presencialidad: en primer lugar, el **aforo del evento no se ve limitado por la capacidad del recinto**, dado que el canal online es capaz de acoger a un mayor número de personas. En segundo lugar, esta posibilidad **elimina la limitación geográfica y temporal**, pudiendo los asistentes conectarse en remoto o cuando no tengan disponibilidad horaria para ver la ponencia en tiempo real. De la misma forma, algunos de los ponentes podrían

conectarse desde una localización lejana para atender al congreso, pudiendo incluso participar de forma activa, al poder ser proyectados en una pantalla en el evento presencial.

Por otra parte, el modelo tradicional presenta ventajas que no serían posibles con un modelo completamente telemático. La presencialidad permite, por un lado, **intercambiar impresiones** dentro del público y con los ponentes (el *networking*), pero también facilita a la organización transmitir una **imagen de marca** y dar visibilidad a los **patrocinadores**. En este sentido, en un evento realizado por la *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) se estima que el 35% de los 42.000 asistentes eran activos en Twitter, lo que acabó convirtiéndose en dos eventos paralelos: la conferencia y la propia discusión en Twitter.⁵⁷

Esta alternativa al modelo tradicional, aunque es aplicable desde hoy, tiene todavía un **importante margen de desarrollo**: tecnologías todavía en desarrollo como la IA, los chatbots, los cuartos virtuales o las plataformas de aprendizaje virtual podrán aportar nuevas experiencias a la propuesta online de este nuevo modelo.

4.4.2 Impulso de un modelo de relación omnicanal entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios

La **relación entre los representantes de las compañías farmacéuticas con el personal de los hospitales** se vio muy impactada desde el comienzo de la pandemia de la Covid-19, obligando a los primeros a desarrollar modelos de interacción no experimentados con carácter previo. Así, se trataron de mantener los contactos a través de vías telemáticas y a distancia, lo que obligo a los representantes de la industria a desarrollar nuevas y diferentes capacidades para poder mantener la cooperación, mantener informados a los profesionales, etc.

Si bien la salida de la crisis ya permite vislumbrar la posibilidad de que **los representantes farmacéuticos puedan volver a establecer encuentros presenciales como antes de la pandemia** con un número relevante de facultativos y otros profesionales sanitarios, es importante que la industria valore la definición de mecanismos para mantener la relación con los profesionales sanitarios en una eventual situación sobrevenida similar.

En este sentido, la pandemia debe servir para ahondar en los procesos de mejora de la experiencia del cliente, de modo que la industria farmacéutica profundice en la **relación omnicanal con los facultativos**, a través de interacciones presenciales, pero también de contactos virtuales (reuniones, webinars, etc.), utilizando las redes sociales para “impactar” en sus clientes, desarrollando procesos de *gaming* y otros modelos de relación, etc.

En definitiva, **la relación presencial deberá ser piedra angular de la relación entre la industria y los profesionales sanitarios**, pero no es menos cierto que **la metodología de reunión telemática debería mantenerse**, tanto para dar respuesta a las preferencias de determinados facultativos, como para favorecer contactos puntuales con los mismos, evitando desplazamientos a los representantes de la industria y maximizando así su actividad comercial. Asimismo, este nuevo formato es positivo en aras de la equidad porque permite a los profesionales de hospitales comarcales, de determinadas islas o de centros más alejados, tener acceso a la industria en muy parecidas condiciones a las que tienen los profesionales de las capitales de provincia, hospitales de referencia, etc.

4.4.3 Priorización de la relevancia de los estudios clínicos y proyectos de investigación y definición de un plan de contingencia para la terminación de los mismos en caso de pandemia

La situación de pandemia ha tenido también un **alto impacto sobre la realización de estudios clínicos y proyectos de investigación**, que se han visto retrasados, modificados o cancelados por la excepcionalidad de la situación vivida en España y otros países del mundo. En ninguno de los casos identificados había realizada una priorización de la relevancia de los proyectos, ni a nivel de servicio ni a nivel del hospital, ni tampoco estaban definidos planes de contingencia para poder continuar con los estudios en caso de una situación pandémica.

⁵⁷ ASCO 2021: Conundrums in First-Line Urothelial Carcinoma: Is More Always Better?

Así, se podría afirmar que **ha habido tantos tipos de soluciones como estudios o proyectos había en marcha** en el momento de “estallar” la pandemia, de modo que cada profesional o cada Servicio ha tomado la decisión que mejor ha considerado en cada caso, en base a su propio criterio y a la situación de su hospital (en relación con la incidencia de la pandemia, de la situación epidemiológica, del tamaño y posibilidades del hospital e incluso en base a la relación de los facultativos con el personal de Laboratorio en muchos casos).

Ello se debía a que **no había criterios de actuación para una situación como la sobrevenida** en el mes de marzo de 2020 y a que cada facultativo ha tratado de hacer lo que consideraba mejor en cada momento, lo que ha hecho que se hayan priorizado estudios en ocasiones poco relevantes, que se hayan tenido que retrasar o que cancelar otros que a lo mejor se podrían haber continuado de otro modo, etc.

Con el objetivo de evitar todo ello en caso de una situación similar, o en caso de saturación del Hospital o de los Laboratorios o de cualquier otra situación de similar complejidad, sería importante, (a) por una parte, **priorizar la importancia y/o urgencia de los estudios o proyectos** realizados en cada hospital y servicio, de modo que se puedan mantener lo más relevantes, en la medida de lo posible; y (ii) y por otra parte, **definir para cada estudio o proyecto de investigación un “plan B”** que permita no paralizar los mismos o hacerlo durante el menor tiempo posible.

En este caso, el **ejercicio de definición o planificación de un escenario de investigación alternativo** debe llevarse a cabo de modo amplio, teniendo en cuenta la posibilidad de contar con todos los recursos sanitarios del país (públicos y privados), valorando el coste de su ejecución y la relevancia de cada estudio, además del impacto que su paralización o cancelación tendría sobre determinados tratamientos a pacientes o sobre el propio sistema.

4.4.4 Establecimiento de la posibilidad de ampliar el tiempo de formación a los Médicos Internos Residentes

Los médicos internos residentes han sido uno de los grupos más damnificados por la situación que se ha vivido en la pandemia, puesto que en los seis meses de mayor incidencia de contagios de Covid-19 muchos de ellos no han podido trabajar en la práctica de su especialidad **al concentrarse en la atención más urgente de los pacientes en estado crítico de la enfermedad**. La situación ha tenido un impacto mayor para los médicos residentes de último año de formación, dado que han pasado a ser médicos adjuntos, con mayores responsabilidades y con necesidad de tomar decisiones y de realizar pruebas de forma autónoma sin haber tenido formación específica en algunos ámbitos.

Dentro de las especialidades, una de las que más se han visto afectada por la pandemia es la traumatología, así como las especialidades quirúrgicas (cirugía maxilofacial, cirugía torácica, etc.), pues el número de operaciones realizadas en el confinamiento ha sido baja. La pandemia también ha tenido un **impacto notable en los médicos residentes gastroenterólogos**, que han participado en menos procedimientos endoscópicos de los que necesitan para completar su formación.

Por todo ello, **es recomendable que se pueda ofrecer a los residentes que lo consideren necesario para completar su proceso formativo, poder ampliar su estancia como MIR**, pudiendo pasar por un periodo de formación suplementario para cubrir las carencias que hayan tenido en su aprendizaje, de forma que puedan practicar su especialidad en las mismas condiciones que cualquier médico en su posición que no haya pasado por la pandemia.

Ello posiblemente requiera un análisis a nivel ministerial en aras de la equidad para todos los médicos del país, pero si alguna iniciativa pudiera realizarse a nivel autonómico o a nivel hospitalario sería bueno para el sistema en su conjunto, ya que se **aseguraría que todos los facultativos terminan su periodo de residencia con el mismo nivel de formación**. Y así se mantendría el nivel de los especialistas en España, que permiten situar a nuestro país como un **país de referencia en materia de formación de los profesionales sanitarios a nivel mundial**.

Es indudable que la pandemia de la Covid-19 ha supuesto un **desafío de proporciones desconocidas para la inmensa mayoría de los sistemas sanitarios del mundo**, y especialmente para aquellos de países más desarrollados, entre los que se encuentra España. Nuestro país tuvo que hacer frente, prácticamente “de la noche a la mañana”, a unos **retos difícilmente imaginables poco tiempo antes** y para los que no estaba preparado adecuadamente en la mayoría de las regiones y hospitales españoles.

Así, ni el tamaño de los centros sanitarios, ni su distribución en muchas ocasiones, ni el dimensionamiento de las plantillas en los hospitales, ni las medidas de higiene y seguridad requeridas, etc., estaban dispuestas para dar respuesta a un aumento exponencial de las necesidades sanitarias de forma generalizada, por lo que un trasvase de pacientes, una ordenación de los recursos o un aumento de la dedicación de los profesionales no podían resolver la situación sobrevenida de forma óptima.

Además, en el **ámbito de la gastroenterología**, objeto principal de este documento impulsado por Takeda y la sociedad científica SOFIA y en el que ha colaborado la consultora EY-Parthenon, muchas de estas dificultades fueron incluso más importantes, porque se trata de una especialidad que trabaja habitualmente con pacientes crónicos, inmunodeprimidos, y con síntomas recurrentes, que afectan a la vida diaria de los mismos.

En este contexto, una vez más, **el sistema sanitario español ha demostrado su capacidad y resiliencia durante las diferentes olas de la pandemia**. La excepcional respuesta y dedicación de la mayoría de los profesionales sanitarios, la flexibilidad de muchos directivos del ámbito de la salud, y la buena respuesta de pacientes y familiares a la situación, permitieron paliar en cierto modo la situación, atender a los enfermos y salvar una gran cantidad de vidas, además de ayudar a muchas personas a morir a con dignidad.

En línea con ello, el presente informe identifica **buenas prácticas que se han llevado a cabo** en muchos lugares, tanto en España como en el extranjero. Prácticas que, junto a las conclusiones extraídas de las entrevistas realizadas, pueden constituir una guía de recomendaciones para: (i) incorporar en el día a día de los profesionales del ámbito de gastroenterología algunas acciones que ayudarían a tener un sistema sanitario más moderno, más centrado en el paciente, más flexible y eficiente; y (ii) estar mejor preparados ante una eventual pandemia o crisis similar sobrevenida, de modo que el sistema tuviera incorporados mecanismos para dar respuesta a la situación, no teniendo que improvisar muchos de ellos como ocurrió a partir del mes de marzo de 2020 en la mayoría de los casos.

En este sentido, a modo de decálogo final, algunas de las **principales recomendaciones** contenidas en el presente documento, y sin ánimo de ser exhaustivos, son las siguientes:

1. Necesidad de incorporación de forma más intensa de la **medicina a distancia** a la práctica clínica (telemedicina, telemonitorización, etc.), que facilitaría la vida de los pacientes en muchas ocasiones, unificando los requerimientos legales para el **cumplimiento de la LOPD** en el contacto a distancia con los pacientes, lo que permitiría homogeneizar el servicio prestado en todos los lugares de España;
2. Desarrollo de una estrategia para la implementación más generalizada de la **telefarmacia** en la práctica hospitalaria en España;
3. Necesidad de la priorización de la **higiene y seguridad en la atención presencial** a pacientes y en la realización de pruebas;
4. Impulso a la **formación a los pacientes para el autoconocimiento de su patología**, que les permitan conocer y manejar mejor los síntomas relacionados con sus enfermedades, pudiendo así valorar mejor la necesidad de contacto con su médico y personal de enfermería de referencia;
5. Importancia de la **identificación de actividades críticas** para la buena atención, que deberían continuar realizándose de forma obligatoria y bajo cualquier circunstancia;
6. **Mantenimiento de los cribados de enfermedades** en prácticamente cualquier escenario;
7. Mejora de la **asistencia a los pacientes con carácter multidisciplinar**, así como de la coordinación entre Atención Primaria y atención especializada
8. Mantenimiento del nivel de **seguimiento a los pacientes con patologías crónicas**, así como de las cirugías programadas

9. Establecer una serie de **prácticas o recomendaciones clínicas que hay que hacer en todo caso y otras que podrían ser prescindibles** en determinadas circunstancias, lo que ayudaría a tener foco incluso en situaciones de máxima tensión y dificultad:
10. Impulso a la celebración de **jornadas formativas o divulgativas en formato híbrido**, en aras de una mayor equidad y posibilidad de acceso a distintos profesionales y/o pacientes, con independencia de su ubicación geográfica, condiciones laborales o familiares / personales, etc.

Se trata de una serie de conclusiones o recomendaciones que supondrían una notable mejora en la prestación de los servicios sanitarios, y que también ayudarían a los mismos a estar mejor preparados ante una eventual pandemia o situación sobrevenida similar, pero que requieren **ampliar de forma notable los recursos técnicos y sobre todo humanos, del sistema sanitario español**, ya que son la piedra angular del mismo.

En todo caso, es claro que la pandemia ha supuesto una prueba como no se había vivido antes, por lo que el sistema en su conjunto, y los profesionales en particular, han tenido que **dar lo mejor de sí ante la falta de instrumentos definidos** previamente, poniendo de manifiesto una notable capacidad de adaptación a la situación por parte de la Administración sanitaria, profesionales y otras entidades del sector.

Dicho lo cual, parece claro que en la gestión de la pandemia ha habido **ámbitos de mejora en diversas áreas**, para los que este documento presenta algunas reflexiones y recomendaciones, con el objetivo de ayudar a reflexionar a los distintos agentes del sistema sanitario, **de cara a estar más y mejor preparados de cara al futuro**.

Anexo I – Entrevistas realizadas

Gerentes de Hospital / Directores médicos:

- Dr. Antoni Castells Garangou - Director Médico - Hospital Clinic (Barcelona)

Jefes de Servicio de Gastroenterología:

- Dr. Fernando Alberca de las Parras - Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)
- Dr. Daniel Ceballos - Hospital Univ. Doctor Negrín (Las Palmas de Gran Canaria)
- Dr. Eugeni Domenech - Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona, Barcelona)
- Dr. Luis Fernández Salazar - Hospital Clínico Universitario (Valladolid)
- Dr. Daniel Ginard - Hospital Universitario Son Espases (Mallorca, Islas Baleares)

Médicos especialistas en Gastroenterología:

- Dr. Guillermo Bastida - Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia)
- Dr. Daniel Carpio - Complejo Hospitalario de Pontevedra (Pontevedra)
- Dr. Yago González Lama - Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)
- Dr. Alfredo Lucendo - Hospital de Tomelloso (Toledo)
- Dr. Ignacio Marín - Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
- Dr. Fernando Muñoz – Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca)
- Dra. Elena Ricart - Hospital Clinic (Barcelona)
- Dra. Susana Tabernero - Hospital de Alcalá de Henares (Madrid)

Médicos especialistas en Medicina Preventiva:

- Dra. Alicia Díaz Redondo – Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

Médicos Internos Residentes:

- Dr. Federico Bighelli - Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
- Dr. Ignacio Omella –Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)
- Dr. Pablo Parada - Complejo Hospitalario de Pontevedra (Pontevedra)

Personal de Enfermería:

- D. Pablo Bella - Unidad EII - H.U. Puerta de Hierro (Madrid)
- Dña. Laura Marín - Vocal - GETEII (Badalona)

Asociaciones de pacientes:

- Dña. Carina Escobar – Presidente - Secretaria General UNIMID y Asociación Nacional de Plataformas de Pacientes
- Dña. Ruth Serrano – Vocal - ACCU

Servicio de Admisión:

- Dña. Sabela Lariño - Complejo Hospitalario de Pontevedra (Pontevedra)
- D. Octavio Jiménez – Hospital Universitario Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canaria)

Servicio de Farmacia:

- D. Carlos Folguera - Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)
- D. Jose Manuel Martínez Sesmero - Hospital Clínico San Carlos (Madrid)
- Dña. Belén Menchén - Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)
- D. Biel Mercadal - Hospital Mateu Orfila (Menorca – Islas Baleares)
- D. Ramón Morillo - Hospital Universitario Virgen de Valmes (Sevilla)

Consejerías o Servicios de Salud de CCAA

- D. Carlos Mur – exdirectivo público Comunidad de Madrid

- D. José Luis Trillo Mata – exdirectivo público Comunidad Valenciana

Centros de Atención Primaria:

- Dr. Juan Manuel Mendive - Centro de Atención Primaria La Mina (San Adrián del Besós, Barcelona)

Profesionales de la industria farmacéutica:

- D. Juan Reig – Director General - Nueva Investigación

Sociedades organizadoras de Congresos:

- Dr. Francisco Javier de Oca Burguete - Fundación Médico Quirúrgico
- Dña. Marta Guimaraens – Directora - Océano Azul Comunicación

Anexo II – Miembros de SOFIA revisores del documento

La revisión del presente documento ha sido llevada a cabo por los siguientes profesionales miembros de la Sociedad para la Formación, Innovación y Asesoría en Medicina (SOFIA):

- Dr. Daniel Carpio López, médico adjunto del servicio de aparato digestivo del Complejo Hospitalario de Pontevedra
- Dr. Daniel Ceballos Santos, jefe de servicio de aparato digestivo del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, de Las Palmas de Gran Canaria
- Dr. Yago González Lama, médico adjunto del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Majadahonda (Madrid)
- Dr. Ignacio Marín Jiménez, médico adjunto del servicio de aparato digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid

Disclaimer

“Todos los derechos de propiedad intelectual de la presente publicación son propiedad de Takeda y de SOFIA (Sociedad para la Formación, Innovación y Asesoría en Medicina), salvo aquellas imágenes, gráficos o citas en los que se indica expresamente su propia autoría. Independientemente de la finalidad para la que fueran destinados, la reproducción total o parcial, uso, explotación, distribución y comercialización de la publicación, requiere en todo caso de la autorización escrita previa por parte de Takeda y de SOFIA (Sociedad para la Formación, Innovación y Asesoría en Medicina). Cualquier uso no autorizado previamente se considera un incumplimiento grave de los derechos de propiedad intelectual o industrial del autor”.