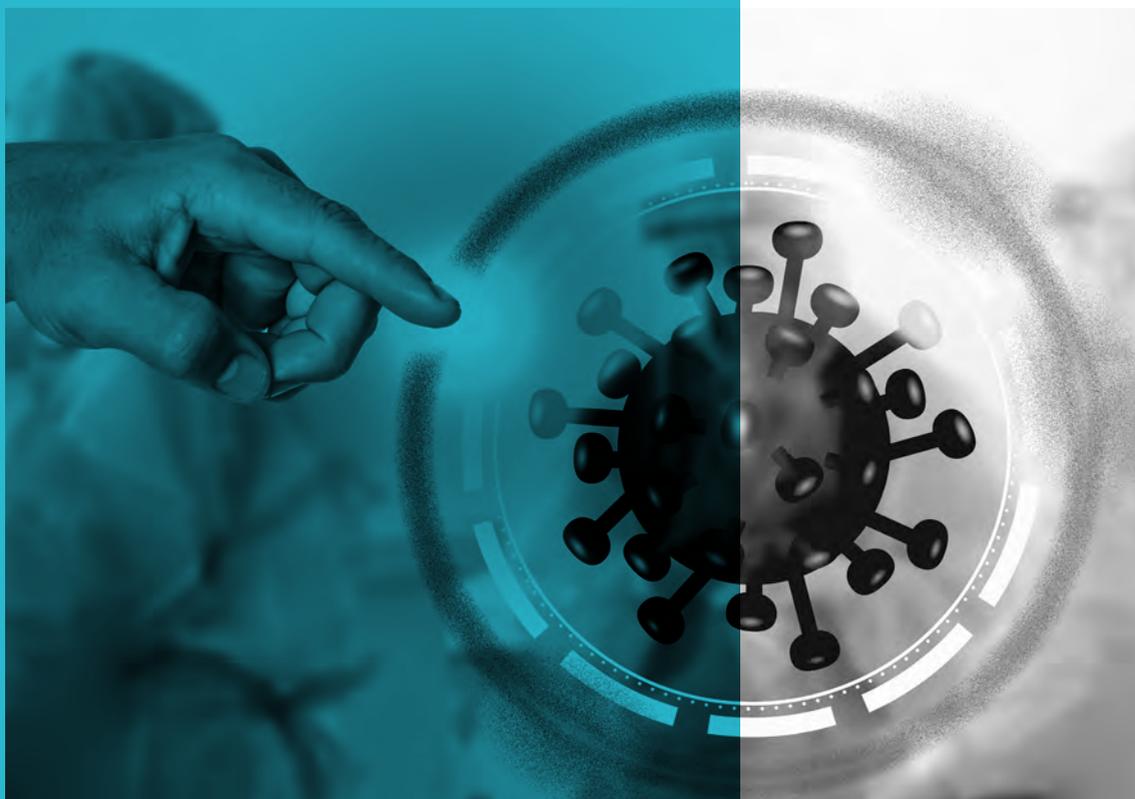


PROPUESTAS DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA ERA POSCOVID

27



Coordinadores:

JAVIER SÁNCHEZ-CARO
FERNANDO ABELLÁN

Título original: **PROPUESTAS DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA ERA POSCOVID**

Colección de bioética y derecho sanitario

ISBN: 978-84-18568-42-8

Año: 2021

© los autores

© Fundación Merck Salud. Se permite la reproducción parcial, sin fines lucrativos, indicando la fuente y la titularidad de la Fundación Merck Salud sobre los derechos de la obra.

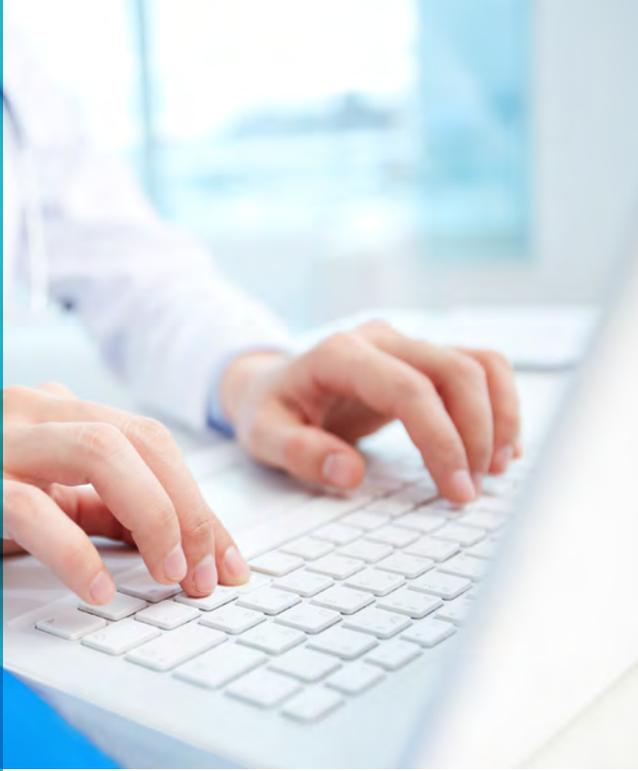
Esta obra se presenta como un servicio a los profesionales sanitarios. El contenido del mismo refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de Fundación Merck Salud.

www.fundacionmercksalud.com

Con la colaboración de: Derecho Sanitario Asesores.

Edición, diseño, maquetación: Canal Editorial S.L.





AUTORES

Abarca Cidón, Juan

Abellán-García Sánchez, Fernando

Arias Díaz, Javier

Baixauli Fernández, Vicente J.

Elola Somoza, Francisco Javier

García-Foncillas López, Jesús

García Navarro, José Augusto

Garrido López, Pilar

Íñiguez Romo, Andrés

Lumbreras Lacarra, Blanca

Martín García, Salomé

Monteagudo Peña, José Luis

Pedregal Trujillo, Manuel

Polanco Álvarez, Ana

Polo García, José

Rivero Cuadrado, Agustín

Sáez Ayerra, Luciano

Sánchez Caro, Javier

Soto Bonel, José

Urrea Portillo, Javier



SUMARIO

» PRESENTACIÓN

Dña. Carmen González Madrid

» PREFACIO 1.

Potenciación de la colaboración público-privada

Dr. Juan Abarca Cidón

» PREFACIO 2.

Un nuevo marco para la atención primaria y de salud

Dr. José Polo García

» PREFACIO 3.

Impulsar la investigación. Perspectiva del gestor

Dr. Javier Arias Díaz

» CAPÍTULO 1.

La Salud Pública y el Sistema Nacional de Salud: situación actual y perspectivas de futuro

Dra. Blanca Lumbreras Lacarra

1. Cumplimiento de la Ley General de Salud Pública y Centro Estatal de Salud Pública
2. Financiación de la salud pública
3. Integración de las competencias de salud pública y atención primaria: salud comunitaria
4. Sistemas de información acordes a las exigencias de la salud pública
5. Perspectivas de la investigación en salud pública
6. Comunicación con la ciudadanía
7. Conclusiones

» CAPÍTULO 2.

Una asignatura pendiente: la coordinación de los servicios sanitarios y sociales

Dra. Salomé Martín García y Dr. José Augusto García Navarro

1. Introducción
2. Reflexión sobre el futuro de la sociedad
3. Experiencia de sistemas de cuidados de larga duración (CLD) en otros países
4. ¿Coordinación o integración sociosanitaria en geriatría?
5. ¿Por qué integrar todos los recursos?
6. ¿Para qué integrar servicios sanitarios y sociales?
7. Aspectos a tener en cuenta en la integración
8. Pautas para la integración de cuidados después de la epidemia de Covid-19

» CAPÍTULO 3.

Estrategia nacional de Transformación Digital del Sistema Nacional de Salud al servicio de una sociedad conectada: ¿Cuál debe ser su contenido?

D. Luciano Sáez Ayerra y D. José Luis Monteagudo Peña

1. Introducción
2. La empresa de transformación digital del Sistema Nacional de Salud
3. La necesidad de una estrategia nacional de transformación digital del Sistema Nacional de Salud

4. Principios guía

5. Propuestas de grandes líneas de actuación estratégica

6. Elementos críticos para hacer realidad la estrategia

- 6.1. Establecimiento de un marco de Gobernanza
- 6.2. Medir y evaluar para aprender cómo mejorar
- 6.3. Financiación

7. Medidas de acompañamiento

- 7.1. Impulso a la formación y la cultura digital en salud
- 7.2. Atender a los aspectos éticos, legales y regulatorios
- 7.3. Activar la dimensión internacional
- 7.4. Impulsar una agenda de investigación, desarrollo tecnológico e innovación
- 7.5. Facilitar un ambiente favorable al desarrollo de las TIC para la Salud
- 7.6. Difundir la estrategia y los logros de su desarrollo

8. Algunas reflexiones finales

» **CAPÍTULO 4.** **Autonomía y gestión hospitalaria: ¿hacia dónde hay que ir?**

Dr. José Soto Bonel

1. Introducción

2. La gestión hospitalaria

- 2.1. El camino de la salud
- 2.2. Hospitales post-Covid
- 2.3. Visión a medio-largo plazo
- 2.4. El rol de los directivos
 - 2.4.1. Profesionalidad
 - 2.4.2. Autonomía de gestión
- 2.5. Los retos
 - 2.5.1. Seguridad del paciente
 - 2.5.2. Calidad
 - 2.5.3. Solvencia
- 2.6.- Los pacientes

3. El sistema de salud

- 3.1. Valor de la salud
- 3.2. Responsabilidad social corporativa -caso Hospital Clínico San Carlos
- 3.3. Resumen participación y resultados del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en el Hospital Clínico San Carlos

» **CAPÍTULO 5.**
Experiencia investigadora en tiempos de Covid.
Propuestas para facilitar los estudios

Dr. Manuel Pedregal Trujillo y Dr. Jesús García-Foncillas López

1. Introducción
2. Pruebas diagnósticas
3. Externalización de pruebas
4. Comités éticos
5. Negociación de contratos
6. Auditorías presenciales
7. Bases de datos internacionales
8. Reuniones internacionales
9. Propuestas para facilitar los estudios

» **CAPÍTULO 6.**
La mejora en el acceso a la innovación terapéutica.
Perspectiva de la Administración

Dr. Agustín Rivero Cuadrado

1. Introducción
2. Normativa en la que se apoya el desarrollo de la innovación en nuestro país. ¿Debería medirse la innovación?
3. ¿Hacia dónde debería encaminarse la Administración para potenciar la innovación como herramienta útil en la sostenibilidad y el acceso al medicamento?

» **CAPÍTULO 7.**
¿Qué puede aportar la farmacia comunitaria al reforzamiento del Sistema Nacional de Salud?

Dr. Vicente J. Baixauli Fernández

1. **¿Cómo ha afectado a la farmacia comunitaria la era COVID-19?**
 - 1.1. Cambios en la población
 - 1.2. Necesidades de la población
 - 1.3. Cambios en la farmacia comunitaria y en la práctica farmacéutica
 - 1.4. Frecuentación y Servicios farmacéuticos prestados
 - 1.5. Atención farmacéutica domiciliaria (AFD)
 - 1.6. Acceso a la atención sanitaria y a los medicamentos y productos sanitarios
 - 1.7. Test de detección de anticuerpos frente al coronavirus SARS-CoV-2
2. **¿Qué hemos aprendido de la era COVID-19 y por qué es necesario un reforzamiento del Sistema Nacional Salud?**

3. ¿Qué puede aportar la farmacia comunitaria al reforzamiento del Sistema Nacional de Salud?

- 3.1. Seguimiento y control de enfermedades prevalentes
- 3.2. Prescripción complementaria
- 3.3. Dispensación excepcional
- 3.4. La comunicación directa con el médico de atención primaria
- 3.5. Teleatención farmacéutica comunitaria
- 3.6. Atención sanitaria en síntomas menores y Covid-19
- 3.7. La Atención farmacéutica domiciliaria
- 3.8. La dispensación en la farmacia comunitaria de los medicamentos de ámbito hospitalario a los pacientes no hospitalizados
- 3.9. La participación en cribados poblacionales
- 3.10. La vacunación de la población

» CAPÍTULO 8. Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud

Dr. Javier Urra Portillo

1. Introducción
2. La salud mental en España
3. Mirando a otras latitudes
4. Volviendo la mirada a lo más próximo
5. Antes de la pandemia

» CAPÍTULO 9. El papel de las sociedades científicas en la mejora del Sistema Nacional de Salud

*Dr. Andrés Íñiguez Romo, Dr. Francisco Javier Elola Somoza,
Dra. Pilar Garrido López*

1. Introducción
2. La realidad actual del Sistema Nacional de Salud
3. Mirando al futuro. El papel de las Sociedades Científicas
4. Conclusiones

» CAPÍTULO 10. El papel del sector biotecnológico en la mejora de los retos en salud

Dña. Ana Polanco Álvarez

1. Introducción: biotecnología y salud
2. El sector biotecnológico en España
 - 2.1. Impacto económico y social del sector biotecnológico en España
 - 2.2. Inversión en I+D del sector biotecnológico español
 - 2.3. El papel central de la ciencia en el sector biotecnológico español

3. La biotecnología en la lucha contra la Covid-19

- 3.1 Soluciones de diagnóstico, detección y predicción
- 3.2. Nuevos tratamientos para la emergencia sanitaria
- 3.3. Las vacunas contra la Covid-19
- 3.4. La producción de las vacunas contra la Covid-19

4. El futuro de la biotecnología aplicada a la salud: un pipeline extraordinariamente prometedor, la potencialidad de las terapias génicas y la medicina de precisión y su oportunidad para España

- 4.1. Los medicamentos que vienen: el Pipeline biotecnológico en salud
- 4.2. El futuro de la biotecnología: las terapias génicas y la medicina de precisión y su gran potencial en España
- 4.3. Medicina genómica y de precisión: una oportunidad para España

5. La biotecnología, una ventana a un futuro más sostenible y resiliente

» **CAPÍTULO 11.**

Bioética y derecho en la era posCovid. Nuevos enfoques y nuevos derechos de los pacientes

Prof. Javier Sánchez-Caro y Dr. Fernando Abellán-García Sánchez

1. El paciente digital o tecnopaciente. Derecho a beneficiarse de la telemedicina

- 1.1. La utilización de la telemedicina se justifica fundamentalmente por el mejor interés del paciente
- 1.2. El profesional sanitario y el paciente tienen que disponer de elementos de identificación recíproca fiables y la consulta ha de producirse a través de medios que garanticen la seguridad de las comunicaciones
- 1.3. El consentimiento del paciente al uso de la telemedicina.
- 1.4. Debe dejarse constancia de su práctica y de su contenido en la historia clínica para permitir el seguimiento adecuado del paciente
- 1.5. Deben seguirse las guías clínicas y protocolos del centro asistencial o de las sociedades científicas y profesionales; y también las normas deontológicas.

2. El paciente sociosanitario o sociopaciente. Derecho a una protección integral

- 2.1. Introducción
- 2.2. Decálogo ético en tiempos de pandemia
- 2.3. Refuerzo de la coordinación asistencial

3. Paciente y pasaporte de vacunación

4. Conclusiones



PRESENTACIÓN

Dña. Carmen González Madrid

Ante un reto sin precedentes como la pandemia a la que nos hemos enfrentado, nos ha hecho poner el foco en todos los ángulos de mejora de nuestro Sistema Sanitario Nacional. Se han tratado temas sobre su gestión, recursos y planificación. Nos ha dado tiempo a reflexionar y aprender de lo que hemos vivido. Es momento de replantearse la situación y hacer propuestas de valor para fortalecer nuestro Sistema Sanitario Español.

La **Fundación Merck Salud** este año celebra su 30 aniversario, un acontecimiento que marca un largo recorrido en el que se han llevado a cabo muchas actividades e iniciativas en materia de investigación, difusión del conocimiento, defensa de la salud y apoyo a la bioética, enmarcadas en las líneas estratégicas de la Fundación. Desde 1991 llevamos apostando por mejorar la salud de las personas y por estar al lado de los profesionales sanitarios.

Dentro de nuestra línea estratégica de apoyo a la Bioética, se presenta esta monografía sobre 'Propuestas de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud en la era Post COVID-19', que forma parte de la colección de Bioética y Derecho Sanitario de la **Fundación Merck Salud**.

Impulsar la excelencia del Sistema Sanitario y la promoción de la Salud Pública de la población, es una de las prioridades de la **Fundación Merck Salud**. En las páginas que componen esta obra, se abordan muchos de los temas que se plantearon en el Dictamen de Sanidad y Salud Pública de la Comisión para la reconstrucción Social y Económica del 3 de julio de 2020, donde salieron a la luz los retos a los que se enfrentó España ante una pandemia y cuáles eran las áreas de mejora.

Esta publicación se compone de 11 capítulos y 3 prefacios. Todos ellos tienen el objetivo de contribuir al conocimiento, mostrar la realidad en la que nos encontramos y que hemos vivido en la era covid-19 y ofrecer soluciones para fortalecer el sistema nacional de salud.

Se tratan cuestiones como la oportunidad que ha supuesto la crisis derivada de la pandemia Covid-19 para reforzar y desarrollar las estructuras de Salud Pública y su coordinación con el Sistema Sanitario. Nos ofrece enseñanzas sobre la necesidad de coordinación de los servicios sociales con los sanitarios. Por otro lado, la Salud Digital ha jugado un papel crítico demostrando la importancia de las tecnologías de la in-

formación y las comunicaciones (TIC) para sostener el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Asimismo, en sus líneas, esta publicación nos presenta una reflexión sobre la gestión hospitalaria y, en relación a ella, la autonomía de la propia gestión, cómo ha sido la experiencia investigadora en tiempos de COVID, la mejora en el acceso a la innovación terapéutica desde la perspectiva de la Administración...

Se detiene analizando lo que ha afectado a la farmacia comunitaria la era COVID-19 y lo que puede aportar al reforzamiento del Sistema Nacional de Salud.

Otro aspecto muy interesante que no se ha pasado por alto en esta obra es la salud mental en España y la atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Mirando al futuro dedica dos capítulos: uno al papel de las sociedades científicas y otro al sector de la biotecnología como vehículos en la mejora de los retos en salud.

Finaliza esta monografía, como no podía faltar, con un capítulo dedicado a la bioética y derecho en la era posCovid donde se abordan cuestiones como los nuevos enfoques, nuevos derechos de los pacientes, etc.

Por último, agradecer el trabajo realizado al equipo coordinador de la obra, **Javier Sánchez-Caro** y **Fernando Abellán** y a los 20 autores de los diferentes capítulos que han sido tan generosos al compartir su experiencia y conocimiento.

Dña. Carmen González Madrid

Presidenta Ejecutiva de la Fundación Merck Salud



Potenciación de la colaboración público-privada

Nuestro sistema sanitario pertenece a un modelo tipo Beveridge como Reino Unido, Portugal o Finlandia en el que el Estado oferta todos los servicios frente a un modelo tipo Bismark al que pertenecen países como Alemania, Francia, Holanda o Grecia en el que el Estado actúa como un regulador de los servicios prestados. En el primer caso se financia a través de impuestos y en el segundo mediante cuotas abonadas a las empresas gestoras.

Aunque todo sistema sanitario tiene tres objetivos fundamentales: mejorar la salud del paciente mediante la consecución de los mejores resultados sanitarios y de salud, procurar que su experiencia sea lo más óptima posible y ser eficiente utilizando los recursos de la forma más adecuada; bien es cierto,

que ambos modelos plantean diferencias notables en cuanto a financiación, listas de espera y copagos fundamentalmente.

En este sentido, es bueno recordar que España tiene graves problemas de acceso al sistema, plantea diferencias en términos de equidad y desde luego adolece de la transparencia suficiente como para que los ciudadanos puedan ejercer su derecho a una libre elección de centro, servicio y profesional que les atienda, no estimulando por lo tanto la competencia intercentros y la mejora continua que toda organización precisa como estímulo.

Nuestra Ley General de Sanidad cuenta ya con un decalaje próximo a los 35 años y sus principios rectores hoy se encuentran com-

PREFACIO 1

Dr. Juan Abarca Cidón

prometidos por la propia evolución de nuestra sociedad y por la incesante innovación que nos ofrece la ciencia. Estos dos factores, junto a otros relacionados con los nuevos usos y formas que nos ofrece una gestión acorde con el tiempo actual, hace que la historia nos sitúe ante una ecuación difícil de abordar si nos empeñamos en mantener los mismos criterios y ponemos en práctica los mismos usos y estrategias que hasta ahora han marcado nuestra evolución.

Si continuamos haciendo lo mismo, conseguiremos los mismos resultados y los diferentes análisis realizados por organizaciones de prestigio como el EuroHealth Consumer Index, la propia OCDE a través de su informe "Health at a Glance: Europe" o ESADE mediante su análisis "Funding the Gap" entre otros, sitúan a nuestro país no precisamente entre los países líderes y apuntan hacia determinados déficits como los que acabo de señalar.

Estas carencias y deficiencias evidentes se han visto acentuadas en el momento que ha sobrevenido una crisis sanitaria, económica y social como la actual producida por el SARS-CoV-2 (Covid-19) que ha hecho saltar todas las alarmas y poner en solfa las costuras de nuestro sistema y nuestro modelo sanitario, haciendo que este se haya visto desbordado en términos estructurales y de dotación tecnológica y profesional.

En este sentido, el cortoplacismo, la carencia de una estrategia clara, integradora y participativa que sepa anticipar los problemas que nos son ya inherentes, y el hecho de tratar de hacer más con menos, nos está llevando a una situación muy complicada que cualquier eventualidad que suponga un mayor estrés, como la actual, da al traste con años de prestigio, liderazgo y reputación.

Los problemas que atañen y acechan a nuestro sistema sanitario son evidentes y forman ya parte del consenso de la práctica totalidad de las voces expertas en esta materia,

hoy nadie duda de que nuestro país necesita urgentemente una reforma de la Ley General de Sanidad y de la normativa que la acompaña, un paso evolutivo que sea capaz de articular una Sanidad suficiente en el presente y competitiva en el futuro. Una Sanidad que ejerza un liderazgo transformador del futuro de España como país, que sea un elemento tractor de la transformación que en general precisamos para volver a ser un referente en aquello que más importa al ser humano, su salud y la del entorno medioambiental en el que vive.

Recientemente un grupo de expertos plantearon una profunda reflexión acerca de nuestra Sanidad plasmada en una publicación que considero de referencia *Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI*, en él se ratifica el hecho de que nuestro modelo ya contaba con problemas serios en términos de accesibilidad con listas de espera y demoras en algunas terapias, inadaptación a crónicos complejos y discontinuidad asistencial, calidad desigual de resultados, obsolescencia tecnológica, inequidades de acceso, malestar profesional y deterioro de la percepción pública de la sanidad.

En este sentido, dicho documento analiza las causas que generan los problemas actuales en el sistema que básicamente son: un modelo asistencial no actualizado, una gestión débil e inadecuada y problemas de financiación que están indisolublemente unidos al modelo, así como un tema mal resuelto en La Ley General de Sanidad, como la gobernanza del propio Sistema Nacional de Salud.

En atención a este diagnóstico acertado de los expertos, la Fundación IDIS ha lanzado recientemente un manifiesto con diez principios que sirven como punto de partida para asentar una asistencia sanitaria de calidad ajustada a las necesidades y retos que marca ya el presente y muy especialmente el futuro.

Desde el citado manifiesto se insta a apostar por la continuidad asistencial centrada

en los pacientes con la participación de los profesionales, donde se prioricen los problemas urgentes (listas de espera, adaptación a crónicos complejos), y se tenga en mente la creación de una Agencia de Salud Pública que establezca una estrategia clara y común ante situaciones como la generada por la pandemia actual.

El documento insiste en la necesidad de contar con la participación de los pacientes y sus representantes a todos los niveles y medir su experiencia. En este sentido, también menciona la posibilidad de implantar herramientas digitales y de facilitar el acceso a los datos de la historia clínica electrónica que son propiedad del paciente.

Sus principios señalan a los profesionales sanitarios como mejor activo del sistema y el texto enfatiza la importancia de cuidar sus condiciones laborales favoreciendo la mejora de los roles, profesionalización y el reconocimiento a los objetivos conseguidos y la necesidad de que la sanidad sea colaborativa, que cuente con todos los agentes del sector para lograr los mejores resultados sanitarios y de salud dentro de un sistema sanitario suficiente y sostenible. En este sentido velar por la continuidad asistencial entre la vertiente privada y pública de la asistencia sanitaria es determinante.

Un aspecto clave es la equidad que debe subyacer en el acceso a la innovación en materias de pruebas diagnósticas, tratamientos y terapias, entre otras, independientemente del lugar de residencia. Asimismo, el documento resalta la importancia de que la financiación pública garantice la cobertura de la cartera de servicios en todas las comunidades autónomas teniendo como elemento pivotal a la eficiencia. Así, el manifiesto señala que es preciso que las organizaciones tengan capacidad de gestión estratégica, económica y de personal, de tal forma que

se reconozca el esfuerzo y cumplimiento de objetivos y resultados.

La Fundación IDIS considera que el sistema sanitario tiene que estar abierto a planes y reformas basados en la investigación y la innovación responsable y acelere la digitalización de sus procesos. En este sentido, tal como muestra el texto, es fundamental realizar una transformación digital (como obligación, no como opción) y que se actualice el parque tecnológico y se desarrollen planes asentados en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

En este aspecto es importante tener en cuenta que la digitalización del sistema y la interoperabilidad son atributos imprescindibles para extraer y gestionar los datos adecuadamente y generar evidencia científica suficiente que permita diseñar escenarios predictivos y de prevención adecuados con el fin de impulsar y desarrollar una medicina más personalizada y de precisión.

Se hace necesario, por otro lado, la transparencia. Por ello, el manifiesto pone el acento en la opción de crear una Agencia de Información, Evaluación y Calidad con la colaboración de todos los agentes implicados para medir y comparar resultados sanitarios y, por ende, seguir mejorando. Por último, es esencial una financiación adecuada del sistema público que atienda a las necesidades de Atención Primaria y Especializada y de la asistencia sociosanitaria, reforzando el fondo de cohesión interterritorial.

En definitiva, no es que tengamos que afrontar el futuro en modo pasivo, sino que hay que contribuir a generarlo de una forma proactiva y para ello de nuevo la suma de voluntades y la multiplicación de esfuerzos dentro de un entorno de cooperación y establecimiento de sinergias es determinante.

Dr. Juan Abarca Cidón

Presidente de la Fundación IDIS



Nuevo marco para la Atención Primaria y de salud

Desde febrero de 2020 hemos tenido un cambio revolucionario e inimaginable en el sistema sanitario de nuestro país y, dentro de este, en la Atención Primaria (AP). La AP ha jugado un papel indudable en las diferentes fases de la pandemia, tanto para la detección y control de los casos, como para el estudio y gestión de los contactos, el control de los centros residenciales y la vacunación para todas las cohortes de edad.

La atención en los centros sanitarios se ha adaptado a las medidas preventivas necesarias para la protección de los trabajadores y de la ciudadanía, garantizando la asistencia de la forma más adecuada según el momento epidemiológico.

La labor realizada por todos los agentes implicados en los centros de Atención Primaria ha sido – y sigue siendo – descomunal. En estos momentos que parece más controla-

PREFACIO 2

Dr. José Polo García

da la transmisión del virus, es necesario reflexionar y poner en valor todo lo realizado y aprendido durante este tiempo.

Es importante destacar que durante toda esta crisis causada por el SARS-Cov-2, la AP ha mostrado ser un nivel asistencial fundamental y sobre el que se ha sustentado gran parte de la atención de la población. Simultáneamente, se han puesto en evidencia las carencias que arrastra la AP desde hace décadas: limitación en recursos humanos, con cupos que exceden las recomendaciones internacionales, dotación económica insuficiente, una demanda ilimitada, tiempos de atención al paciente paupérrimos, falta de coordinación y comunicación fluida con otros niveles asistenciales y exceso de burocratización. Todo ello hace dudar a los propios profesionales sobre la posibilidad de garantizar una atención de calidad.

Pandemia, oportunidad de cambios: incidir en la calidad de atención al paciente y facilidad de acceso a los servicios de Atención Primaria

El reto mayor al que se enfrenta la Atención Primaria es cambiar la percepción de la opinión pública, pues la imagen que tiene es negativa. Siendo uno de los principales problemas con los que se encuentra la AP en este momento la accesibilidad de la ciudadanía a sus servicios.

Es importante mejorar este problema que afecta a la inmensa mayoría de las zonas básicas de salud, por ello proponemos algunas posibles soluciones para cambiar esa percepción de la ciudadanía, a la que el simple hecho de solicitar cita previa e ir al centro de salud ya le suscita desconcierto. Nadie debe dudar de que la inmensa mayoría de los médicos de familia, enfermeros y personal que trabaja en un centro de salud, procuran realizar de la mejor manera posible su trabajo, aunque inevitablemente se ve deslucido por las trabas y dificultadas que existen en el sistema sanitario en estos momentos.

Como se viene señalando, hay que incidir en la elaboración y puesta en marcha de planes que tengan como objetivo mejorar todos los aspectos burocráticos que afectan a la atención del paciente.

Por esto mismo, se propone:

- Asegurar la accesibilidad telefónica y telemática de la ciudadanía a los centros de atención primaria.
- Proporcionar Información clara sobre el funcionamiento de los Centros de Salud en la situación actual.
- Informar del funcionamiento de la Atención Primaria y facilitar la petición de cita previa en el centro de salud.
- Posibilidad de locución previa a recepción de llamada con información de nuevo fun-

cionamiento de la AP (según infraestructura informática).

- Distribución de infografías del correcto funcionamiento de la AP y del uso responsable de sus recursos.
- Se aprovechará cualquier contacto administrativo (en AP u hospitalaria) para verificar el teléfono de contacto registrado en SIP.
- Refuerzo de la educación sanitaria, respecto al mantenimiento de las medidas de distanciamiento social, higiene respiratoria, uso de mascarillas por la población, desinfección del espacio doméstico, etc.

Las nuevas tecnologías como pilar para reforzar el Sistema Nacional de Salud

Nadie a día de hoy concibe la idea de trabajar sin un buen acceso a internet, organizar multiconferencias o tener acceso a cualquier tipo de recurso de manera inmediata. A pesar de ello, en las consultas de AP el déficit tecnológico es evidente durante este último año y medio y resulta muy complicado realizar teleconsultas de calidad.

A día de hoy, de las consultas que se realizan un elevado número lo son de manera telefónica, que han demostrado ser un buen recurso y deben mantenerse pues han servido para poder controlar durante los momentos más duros de la pandemia a los pacientes, especialmente a los crónicos.

La implementación de las nuevas tecnologías en las consultas debe de realizarse de manera progresiva, contando con una infraestructura adaptada y capaz de soportar el servicio. Hay que ser conscientes de que la instauración de las TICS requiere de una infraestructura previa, pero consideramos que la incorporación a nuestra práctica clínica diaria es primordial para la modernización de la AP y una herramienta esencial para un sistema sanitario dinámico, sostenible y efectivo.

Las TICS deben de convertirse cuanto antes en un elemento fundamental dentro del SNS, como herramientas a disposición de los profesionales sanitarios para poder garantizar una atención de calidad, segura y responsable a los pacientes.

Por tanto, es necesario que desde las instituciones sanitarias pongan en marcha a la mayor brevedad posible un plan para impulsar, entre otras cosas:

- Una mejor infraestructura telefónica.
- La donación de dispositivos móviles corporativos a los profesionales sanitarios que lo requieran para el correcto desarrollo de su labor.
- Buen acceso remoto a aplicaciones corporativas, documentación y pruebas diagnósticas. Desburocratización de la Atención Primaria.
- Renovar la infraestructura tecnológica de los centros de salud, garantizando una velocidad de conexión óptima para poder realizar teleconsultas.
- Formar a los profesionales y trabajadores en su adecuado uso.

Al mismo tiempo, hay que educar a la población, especialmente a la más envejecida, valorando su capacidad de acceso a internet y nivel de alfabetización digital. En estos casos, se deben utilizar alternativas a la videoconsulta, especialmente consulta telefónica y, en base a los conocimientos que tengan estos pacientes, en la medida de lo posible, usar el correo electrónico o aplicaciones de mensajería instantánea; estableciendo horarios y orden de respuesta para evitar la sobrecarga de trabajo del personal sanitario.

Recursos, recursos y más recursos. La eterna petición de la Atención Primaria

Parece que, de tanto pedirlo, se está convirtiendo en una situación normalizada: necesitamos recursos personales, materiales y económicos para poder garantizar el óptimo funcionamiento de la Atención Primaria como eje vertebrador de nuestro sistema sanitario.

Esto no es nada nuevo, se debe aumentar el presupuesto de AP que venimos pidiéndolo desde hace muchísimo tiempo. Actualmente, del presupuesto en nuestro país para sanidad, apenas el 15% se destina a la AP. Para lograr los objetivos propuestos en este capítulo, es necesario que aumente, como mínimo, a un 20% - 25% y trabajar con medios para que podamos reforzar los servicios de atención que están diezmados por la crisis que arrastrábamos de antes con los recortes.

El sistema sanitario está afrontando grandes retos, como son el envejecimiento de la población, el coste de la tecnificación de la asistencia y el incremento de la demanda y las expectativas de los usuarios, entre otros, por lo que la sostenibilidad del propio sistema depende del compromiso de profesionales, gestores y ciudadanos. Está demostrado por la OMS que los sistemas sanitarios basados en Atención Primaria ofrecen mejores resultados en salud y son más coste efectivos. Por todo ello, situar a la Atención Primaria en el epicentro del sistema, invertir en ella como pilar fundamental y dotarla de los medios y recursos necesarios es el éxito futuro de nuestra sanidad.

Vivimos un momento de gran oportunidad para retomar el papel que debe tener la AP de este país en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

Dr. José Polo García

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)



Impulsar la investigación. Perspectiva del Gestor

Hoy día, nadie pone en duda que la investigación es la clave del progreso, de la economía de los países y del bienestar de los ciudadanos. Por ello no deja de sorprender la escasa importancia que siguen otorgando algunos países, incluido el nuestro, a la labor investigadora, tanto en términos de opinión pública como de relevancia en los presupuestos.

En concreto, en España, es como si, después de más de un siglo, el exabrupto de Unamuno, "*¡Que inventen ellos!*", continuase hasta cierto punto vigente en el inconsciente colectivo de la ciudadanía. Pero también desde los distintos gobiernos, cada

PREFACIO 3 Dr. Javier Arias Díaz

vez que la situación económica obliga a implementar ajustes presupuestarios, a la hora de recortar se encuentra predilección por el capítulo correspondiente a investigación. Y el motivo es que perciben que se trata de un aspecto que no preocupa demasiado a la mayoría de los votantes, independientemente de su ideología, y, al no ser noticia, sería menor la *erosión* política resultante. Lo que sí parece ser noticia es cuando un particular realiza una donación dirigida a mejorar estructuras asistenciales o investigadoras, entonces es cuando determinados sectores se movilizan en su contra, clamando que esos fondos se deberían destinar a *impuestos* en su lugar.

Y entretanto, gobierno y ciudadanos, asistimos con indolencia a un continuo flujo de salida de jóvenes, dotados de una formación excelente, que buscan desarrollar su vocación investigadora en algún destino donde puedan vivir dignamente de ella.

En presencia de incoherencias de este estilo, no es difícil explicar la escasa relevancia de nuestro país en los indicadores de investigación biomédica, especialmente cuando se analiza en términos de PIB, o se compara con el elevado nivel de nuestro sistema sanitario, sin ir más lejos. En este contexto, tampoco es de extrañar, tal como ha quedado trágicamente evidenciado durante la reciente pandemia, nuestra absoluta dependencia del exterior en cuanto a material sanitario, incluido el más básico. La innovación, ya sea biomédica o industrial, depende estrechamente de la investigación y, ante la situación descrita, parece fácil aventurar que nuestra economía continuará basada principalmente en el turismo durante al menos la presente década, y quizá alguna más.

La pregunta clave es ¿Qué habría que hacer para revertir tan sombrío panorama? Lo evidente es que habría que introducir cambios decisivos y de cierto calado. El conocido aforismo, atribuido a Albert Einstein, *Locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando obtener resultados diferentes*, resulta aquí de lo más apropiado.

De entrada, parece claro que es necesario destinar más recursos a la investigación: (a) más infraestructuras, (b) más recursos humanos, y (c) una mayor dotación económica a los proyectos. Sin embargo, de inmediato surgen dos preguntas clave:

¿Cuánto más habría que invertir?: Parecería lógico pensar que, al menos, habría que llegar a lo que invierten aquellos países de nuestro entorno que nos superan ampliamente en cuanto a capacidad innovadora.

¿Nos lo podemos permitir?: Es una decisión que deberíamos afrontar como sociedad madura que se supone que somos. Qué duda cabe que, a corto plazo, se trata de un juego de suma cero, hay que dividir la tarta. Para financiar la investigación se deberán detraer fondos de otras partidas de gasto público. Pero, si miramos un poco más lejos, la innovación atrae invariablemente riqueza y, si hacemos crecer la tarta, habrá más fondos para la investigación, pero también para todo lo demás.

En cualquier caso, no es tan sencillo, pues enseguida se derivan otras dudas fundamentales que ejemplifican que no se trata únicamente de alimentar el sistema, sino de elegir el *menú* adecuado, de adoptar las decisiones correctas:

¿Hay que crear grandes centros de investigación o potenciar estructuras de las que ya disponemos? ¿Se debe atraer talento de fuera, o bien aprovechar el existente, evitando que se vaya? ¿Es mejor apostar decididamente por líneas de investigación que se consideren *estratégicas*, o bien reservar también fondos para la investigación *libre*, de mayor riesgo? ¿Cómo se seleccionan los mejores proyectos? ¿Y el personal más capacitado? ¿Es necesario priorizar decisivamente los grandes grupos de investigación frente a los pequeños? ¿Hasta qué punto hay que incentivar (forzar) la colaboración entre grupos y/o las redes? ¿Hay que intentar reducir las exigencias *burocráticas* o bien invertir en proporcionar mayor apoyo administrativo local?

Cada uno de los anteriores aspectos es objeto de acaloradas controversias, imposibles de abordar con el rigor necesario en esta breve introducción. Me limitaré a apuntar algunas ideas sueltas, que podrían ser útiles en la reflexión sobre el tema.

Entre lo que puedo observar a diario, como profesor universitario, está el gran talento

que existe entre los estudiantes y lo desaprovechado que éste se encuentra. A veces incluso me pregunto: si tal creatividad puede florecer en semejante desierto ¿Qué podría pasar en un entorno propicio? Algo similar puedo decir de la gran mayoría del profesorado de mi Facultad. Además, en mi calidad de clínico, dispongo también de una oportunidad privilegiada para apreciar la creatividad y capacidad innovadora de gran parte del personal médico, obligado sin embargo a volcarse, casi en exclusiva, en una labor asistencial.

Y con ello me surgen más preguntas: ¿Es necesario invertir cuantiosos recursos en incentivar la llegada de talento internacional? ¿No sería mejor potenciar *la cante-ra*? ¿El identificar y apoyar el talento ya existente? Desde mi punto de vista, parece indudable que esto último resultaría lo más eficiente, además de justo y razonable.

Tenemos una red universitaria plagada de grupos con prestigio internacional, así como una red sanitaria también envidiable fuera de nuestras fronteras. ¿Es necesario priorizar la inversión en grandes centros de investigación? Entiendo que, para un político, resulte siempre atractivo visualizarse a sí mismo inaugurando cosas, pero quizá habría que pensar más en lo que realmente se necesita para el cambio. Y es que tanto las universidades como los hospitales se encuentran claramente infrafinanciados, y en particular en todo lo que tiene que ver con la investigación, pues además ésta última es siempre considerada como un objetivo institucional *secundario*, frente al asistencial o docente.

Como todo se encuentra interconectado, lo anterior también contribuye a que los profesionales con mayores inquietudes encuentren rápidamente oportunidades y salgan fuera del sistema o del país. La huida de talento es un hecho innegable y las razones parecen obvias. El investigador

aspira a lo que casi todo el mundo: un mayor salario y reconocimiento profesional, más recursos para desarrollar sus proyectos y una cierta estabilidad laboral que le proporcione un mínimo de seguridad. Con toda probabilidad se quedaría en España si se encontrase con dicho panorama en su departamento universitario o en su entorno asistencial.

Tradicionalmente, en nuestro país, se ha hecho quizá demasiado hincapié en el aspecto de la estabilidad laboral, despreciando el resto. Ello nos ha llevado a disponer de una legión de investigadores *funcionarios*, que gozan de gran seguridad en sus puestos vitalicios, aunque ven cómo su labor investigadora carece prácticamente de reconocimiento frente a la docente o asistencial, además de sufrir la inevitable falta de recursos.

En mi opinión, esto se ha hecho fatal. Se ha confundido el proporcionar estabilidad con repartir *café para todos*. La investigación exige vocación, pero también mucho esfuerzo, el asumir que *total, va a dar igual*, se mire por donde se mire, supone un desincentivo atroz, que acaba haciendo mella hasta en los más entusiastas. El *café para todos*, a lo que inexorablemente conduce es a la falta de competitividad y a una escasez generalizada. Y la fórmula está más que inventada, consiste en implementar una evaluación seguida de un incentivo que sea proporcional al desempeño. Todo investigador recibe apoyo, pero no en el mismo grado, de manera que se fomente una sana competitividad.

Por último, hay otro gran elemento que me parece esencial: la confianza en el sistema. Y me refiero tanto a la de la población general como, muy importante, la de los propios investigadores. La evaluación, y la consiguiente asignación proporcional de recursos, es un medio efectivo para incentivar el esfuerzo y la calidad, pero puede

generar un efecto totalmente contrario si se lleva a cabo con escasa transparencia o se filtran indicios de falta de objetividad, en suma, si no se ofrecen las suficientes garantías en el proceso. A la credibilidad del sistema ayuda muy poco la percepción de que fondos de investigación se asignan a determinados territorios o centros en base a intereses políticos cambiantes, o bien la sospecha generalizada de que no se vigila lo suficiente la ausencia de conflictos de interés en los participantes de las comisiones donde se decide la priorización de proyectos a financiar.

Por suerte o por desgracia, la confianza no es susceptible de ser comprada o vendida, y tampoco se puede imponer. La credibilidad se construye poco a poco en el tiempo, a base de implementar y mantener unas reglas de juego claras, transparencia en la aplicación de las normas y rigor frente al incumplimiento de las mismas. Y nos equi-

vocamos si pensamos que es únicamente responsabilidad de los políticos. El generar un sistema robusto y de confianza es labor de todos, en mayor o menor grado, dependiendo de la amplitud de nuestro ámbito de competencias.

Recientemente, ha sido presentado, en el Congreso de los Diputados, el anteproyecto de una nueva Ley Orgánica del Sistema Universitario. Dicha Ley apunta tímidamente en alguna dirección positiva, por ejemplo, en cuanto a la exigencia de que las universidades destinen un porcentaje mínimo de su presupuesto a la investigación. Ahora bien, la referida exigencia es de un exiguo 5%, y el texto resulta además manifiestamente mejorable en otros muchos aspectos. Quizá debería ser sometido a una reflexión más profunda, con objeto de evitar que se convierta en otro fiasco más a añadir a una ya dilatada lista de oportunidades perdidas.

Dr. Javier Arias Díaz

Catedrático de Cirugía

Decano de la Facultad de Medicina, Univ. Complutense de Madrid



CAPÍTULO

1

La Salud Pública y el Sistema Nacional de Salud: situación actual y perspectivas de futuro

Dra. Blanca Lumbreras Lacarra

Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández. CIBER en Epidemiología y Salud Pública.





Por primera vez se ha valorado la importancia de la Salud Pública y su papel en la prevención, protección y promoción

En los últimos años se ha debatido en distintos foros acerca de cuál debe ser el papel de la Salud Pública en relación al sistema sanitario y cuál la estrategia más adecuada para llevar a cabo la coordinación de sus competencias.¹ La aparición de la pandemia Covid-19 ha traído este debate a la actualidad y lo ha transformado en una necesidad, ya que por primera vez se ha valorado la importancia de la Salud Pública y su papel en la prevención, protección y promoción de la salud de la población.

Con la transferencia del Sistema Sanitario a las Comunidades Autónomas, el Sistema

Nacional de Salud experimentó una profunda transformación que, sin embargo, no siguieron las estructuras de Salud Pública. Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986,² las competencias de Salud Pública corresponden a las comunidades, las cuales se agrupan en una dirección general dentro de la Consejería de Sanidad. La administración central (Ministerio de Sanidad) mantiene una importante actividad en materia de Salud Pública, incluyendo funciones de prevención y promoción, sanidad ambiental y laboral, sanidad exterior, medicina transfusional, centro de coordinación de alertas y emergencias sa-

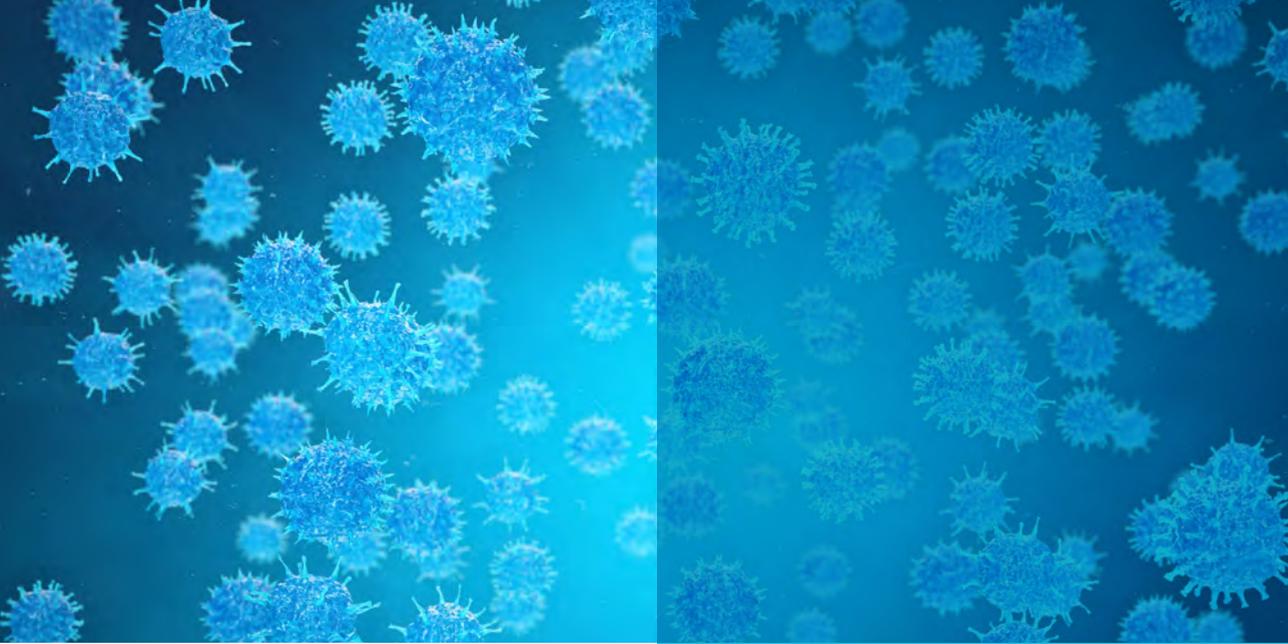
Viendo los déficits y fallos de actuación ocurridos durante la pandemia, es tiempo de diseñar una reestructuración de la Salud Pública



nitarias, entre otras. Su función como organismo central se centra en coordinar las actuaciones de las distintas comunidades autónomas, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades autónomas afectadas salvo en situaciones de urgente necesidad donde podrán tomar las medidas que se consideren necesarias. Sin embargo, tal y como se ha visto **durante la pandemia Covid-19, existe una importante fragmentación de los servicios de Salud Pública** existentes y falta una coordinación eficaz con el sistema sanitario, lo que ha limitado sus funciones.

Viendo los déficits y fallos de actuación ocurridos durante la pandemia, es tiempo de diseñar una reestructuración de la Sa-

lud Pública, así como establecer el modo más estratégico de coordinar sus funciones con el sistema sanitario. Revisando las distintas opciones de relación de la Salud Pública con el sistema sanitario,³ entre las que se encuentra equiparar Salud Pública a sistema sanitario o integrarla dentro del sistema sanitario, lo más coherente parece optar por una tercera opción en la que la Salud Pública sería independiente del sistema sanitario, pero en estrecha coordinación. Seguiríamos así los criterios de la Carta de Ottawa de 1986 donde se especifica que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sistema sanitario. Para que esta transformación tenga lugar se requeriría la **existencia de una unidad de alto cargo en las administraciones públicas**.



1

Cumplimiento de la ley general de Salud Pública y centro estatal de Salud Pública

Durante este año se ha demostrado la vulnerabilidad de la Salud Pública, no solo en España sino en otros países, como es el caso de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).⁴ En España, se ha constatado como las estructuras de Salud Pública existentes no han sido suficientes, y ha quedado patente la **falta de coordinación entre las funciones de Salud Pública centrales y las de las distintas comunidades**, así como con el sistema sanitario. Además de la falta de coordinación, la pandemia ha puesto de relieve el fallo de determinadas estructuras de la Salud Pública como son los sistemas de vigilancia epi-

La Salud Pública tiene otras funciones fundamentales además del control de las enfermedades infecciosas

demiológica. Esto llevó al inicio de la pandemia a una infraestimación de la letalidad del virus y a no conocer sus determinantes principales, por ejemplo, la edad y el sexo de los pacientes afectados por una mayor morbilidad y mortalidad. También se han visto afectadas otras estrategias que deberían haber sido implementadas como es la detección de casos y aislamiento de los mismos y el manejo de contactos.

La Salud Pública tiene otras funciones fundamentales además del control de las enfermedades infecciosas. Las estructuras destinadas a estas otras funciones como

son la promoción y la protección de la salud, entre otras, pueden tener los mismos problemas estructurales y de falta de actualización y coordinación que se han visto en los sistemas de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, los efectos de estas otras funciones como son, campañas de vacunación, programas de cribado, promoción de los estilos de vida saludables, la seguridad alimentaria y el control de aguas o la reducción de las desigualdades sociales en salud, no son tan llamativos y visibles como los que se han visto derivados del déficit en el manejo de la pandemia. Su impacto negativo en la población se produce a largo plazo y no puede ser medido o evaluado de manera tan objetiva.

Es necesario, por tanto, el desarrollo de estrategias encaminadas a la transformación de las estructuras de Salud Pública, y no solo las relacionadas con la detección de brotes y manejo de epidemias.

En el año 2009 se aprobó la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,⁵ que sin embargo no ha sido desarrollada ni implementada. En su artículo 47, describe la creación de un Centro Estatal de Salud Pública como única entidad administrativa

en materia de Salud Pública. De acuerdo a la descripción que aparece en la ley, su objetivo sería el asesoramiento técnico **en materia de Salud Pública y la evaluación de intervenciones en Salud Pública en el ámbito de la Administración General del Estado**. Asimismo, llevaría a cabo labores de asesoramiento técnico y científico y de evaluación de intervenciones de Salud Pública en el ámbito de otras administraciones, nacionales y autonómicas. Entre sus funciones se describe también la realización del seguimiento y la evalua-

Es necesario, por tanto, el desarrollo de estrategias encaminadas a la transformación de las estructuras de Salud Pública, y no solo las relacionadas con la detección de brotes y manejo de epidemias



ción la evaluación de la Estrategia de Salud Pública y coordinación de las acciones desarrolladas por los centros nacionales de Salud Pública. Asimismo, dicho centro debería tener una conexión fluida con la Unión Europea, y con instituciones públicas y privadas, universidades y centros de investigación de todo el país.

Previamente a la aprobación de la Ley General de Salud Pública y desde distintos ámbitos se recogía también la idea de la creación de una Agencia de Salud Pública.⁶ En este primer esbozo, dicha agencia se diseñaba como un organismo donde se incorporarían los centros de Salud Pública de la Administración General del Estado y funcionaría en coordinación con los centros de Salud Pública de las comunidades autónomas, con las que se compartiría la administración, así como con los centros de investigación y las universidades. Es decir, dicha agencia debería ser un órgano

que coordine e integre los distintos recursos de la Salud Pública que hay tanto en la administración central como en las autonómicas. Sus funciones deberían incluir también dar apoyo técnico y científico al gobierno central en su coordinación con el resto de instituciones y administraciones sanitarias tanto internacionales como autonómicas y locales, así como en la gestión de las alertas sanitarias.

Dicha agencia debería ser un órgano que coordine e integre los distintos recursos de la Salud Pública que hay tanto en la administración central como en las autonómicas



A person in a dark suit and light-colored tie is shown from the chest up, holding a pen and drawing a white line graph on a transparent surface. The graph features a solid white line with circular markers and a dashed white line with circular markers. The background is a blurred office setting with a blue and green color scheme.

Estas características de la agencia permitirán actuar desde la perspectiva del buen gobierno, mejorando la gestión de las organizaciones sanitarias, las políticas de salud y la práctica clínica

Dadas las características que debería tener la nueva Agencia o Centro Estatal de Salud Pública, sus funciones englobarían por tanto tres aspectos diferentes: a) funciones científico-técnicas, que incluiría la participación de expertos en el campo de la epidemiología, las enfermedades infecciosas o crónicas, entre otros; b) funciones destinadas a hacer efectivo el concepto de salud en todas las políticas,⁷ que incorpora la evaluación de las implicaciones para la salud de las decisiones que se llevan a cabo en todos los sectores y áreas de la política, y c) funciones extraordinarias que se activarían en caso de emergencia como podría ser la aparición de una pandemia y que, por tanto, requerirían de una planificación previa. Esta agencia debería tener garantizada su independencia política y actuar con transparencia y equidad, tal y como indican desde la Asociación de Economía de la Salud.⁸ Estas características de la agencia permitirán actuar desde la perspectiva del buen gobierno, mejorando la gestión de las organizaciones sanitarias,

las políticas de salud y la práctica clínica.⁹

Aunque en España todavía no existe una estructura que coordine las funciones de Salud Pública a nivel nacional, sí que podemos ver ejemplo en otros países como el *National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido (NICE)*¹⁰ o los *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*¹¹ en EEUU., entre otras. Analizar sus objetivos y metodología pueden servir de ayuda para terminar de diseñar la creación de la Agencia de Salud Pública. Estas agencias, dados los cambios producidos por la pandemia, están preparando un cambio en su estrategia, como ha publicado recientemente NICE¹² para los próximos cinco años. Entre las prioridades fijadas para este cambio se encuentra la **reducción de las desigualdades en salud que se destacaron durante la pandemia, trabajar de manera global, sin tener en cuenta las fronteras, reducir la burocracia y acelerar el acceso a los tratamientos más recientes y efectivos**. Estas prioridades

se relacionan con la Agenda 2030 y el Desarrollo de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS),¹³ fundamentales para la mejora de la salud de los individuos y las poblaciones y que permitirá enfrentarnos a futuros desafíos a través de la consecución de sistemas de salud más fuertes, con un menor número de personas que viven en la pobreza extrema, menos desigualdad de género, un entorno natural más saludable y sociedades más resilientes.

La pandemia Covid-19 ha producido una ralentización en el establecimiento de estrategias globales para alcanzar la Agenda 2030, produciéndose un cambio de paradigma para el futuro del desarrollo sostenible. De acuerdo al Informe de Desarrollo Sostenible 2020,¹⁴ España se sitúa en el puesto 22 del total de países evaluados en lo que al cumplimiento de los ODS se refiere

re y se ha visto como la crisis del coronavirus puede afectar al cumplimiento sobre todo de los ODS 3 (salud y bienestar) y 8 (trabajo decente y crecimiento económico), además del ODS 13 (acción contra el clima) que sigue muy lejos de alcanzar la meta propuesta.

Es momento de establecer distintas estrategias para cumplir los ODS con un mayor esfuerzo para superar la crisis actual. Para ello, la Agenda 2030 debe estar en el centro de las políticas de recuperación para hacer frente a los cambios necesarios en todos los ámbitos (sanitarios, económicos, sociales, etc). El fortalecimiento de la Salud Pública y su mayor coordinación con el sistema sanitario son pasos importantes para su consecución, para lo que es necesario la redistribución de los recursos existentes.

De acuerdo al Informe de Desarrollo Sostenible 2020, España se sitúa en el puesto 22 del total de países evaluados en lo que al cumplimiento de los ODS se refiere





2

Financiación de la Salud Pública

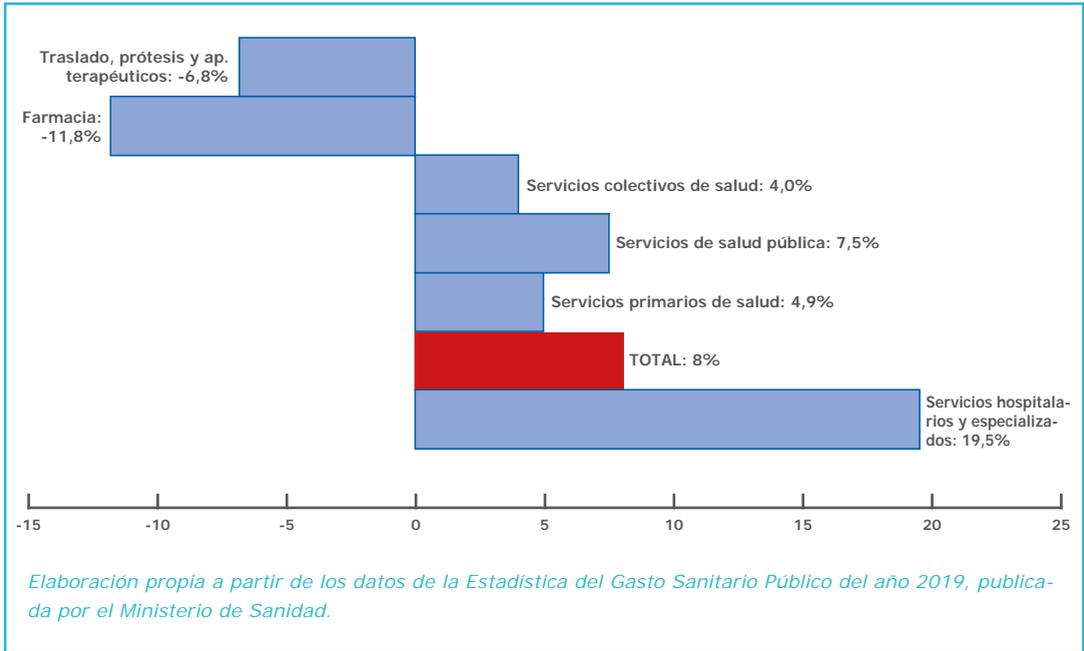
El gasto en Salud Pública representa un pequeño porcentaje del ya exiguo gasto sanitario público. De acuerdo a la Estadística del Gasto Sanitario Público del año 2019 (últimos datos disponibles), publicada por el Ministerio de Sanidad,¹⁵ el gasto sanitario público consolidado supuso un total de 75.025 millones de euros, un 6% del producto interior bruto. Hay que destacar, no obstante, que la media anual de crecimiento del gasto sanitario público en el quinquenio 2015-2019 fue de un 3,4%. Si analizamos la clasificación funcional de dicho gasto, vemos que la función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 62,2% del gasto total consolidado en el año 2019;

El gasto sanitario público consolidado en 2019 supuso un total de 75.025 millones de euros, un 6% del producto interior bruto. El gasto en los servicios de Salud Pública asciende a un 1,1%

además, cabe destacar el gasto en farmacia, con un 15,7%, y los servicios primarios de salud, con un 14,8%. El gasto en los servicios de Salud Pública asciende a un 1,1%.

Si analizamos el cambio en el gasto sanitario público durante los últimos diez años, vemos que el gasto sanitario público total aumentó en un 8% respecto al producto interior bruto entre los años 2019 y 2010. En relación a la clasificación funcional del gasto, excepto el gasto dedicado a los servicios hospitalarios y especializados que aumentó un 19,5% durante este periodo de tiempo, **el resto de funciones aumentaron por debajo del aumento de este porcentaje del 8% del total del gasto sanitario público. (Gráfica 1)**

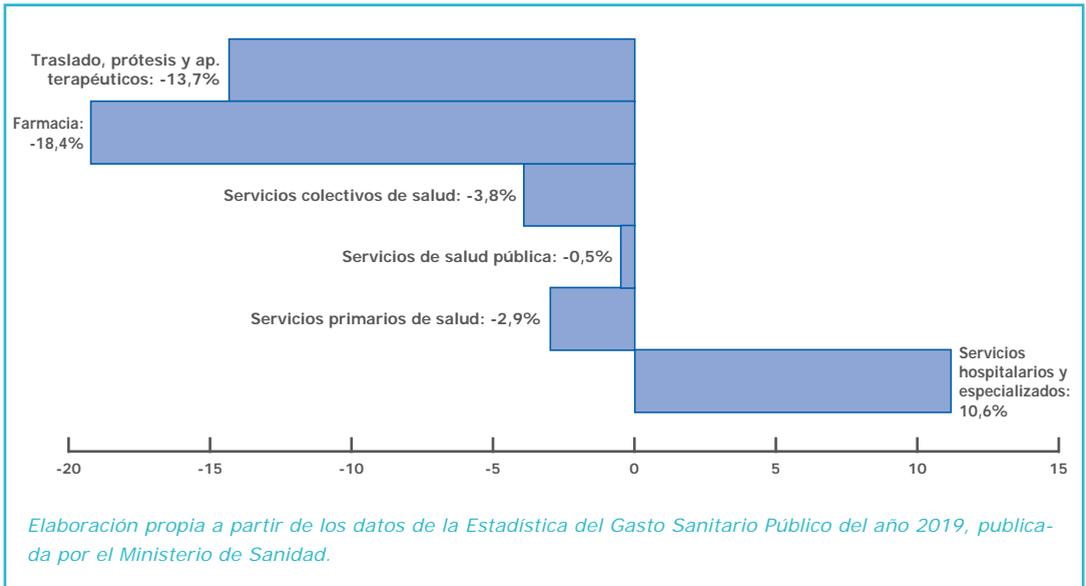
Gráfica 1. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Tasa de variación (en porcentaje). España, 2010-2019.



Teniendo en cuenta el cambio en el porcentaje de cada una de estas funciones respecto al gasto sanitario público total consolidado en los últimos diez años, vemos que excepto el gasto de los servicios hospitalarios y especializados, cuyo porcentaje de gasto sobre el total ha aumentado un 10,6% (en el año 2010 representaba un 56,2% del total

del gasto sanitario público y en el año 2019 un 62,2%), el porcentaje de gasto destinado al resto de funciones con respecto al gasto sanitario público total ha disminuido. En concreto, para la función de servicios de Salud Pública en el año 2010 representaba un 1,1% del total del gasto y en el año 2019 un 1,09%. **(Gráfica 2)**

Gráfica 2. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Tasa de variación respecto al gasto sanitario público total consolidado (en porcentaje). España, 2010-2019.



Excepto el gasto de los servicios hospitalarios y especializados, cuyo porcentaje de gasto sobre el total ha aumentado un 10,6%, el porcentaje de gasto destinado al resto de funciones con respecto al gasto sanitario público total ha disminuido

Es necesario por tanto un **cambio en la distribución de los recursos destinados a sanidad, equiparando los recursos de la Atención Hospitalaria a los de Atención Primaria y Salud Pública**. Esto ayu-

dará a focalizar los esfuerzos en las medidas preventivas, que como hemos visto en la pandemia, han fallado, reforzando la conexión con Atención Primaria.



3

Integración de las competencias de Salud Pública y atención primaria: salud comunitaria

La Salud Pública y la Atención Primaria coinciden en la salud comunitaria, donde pueden coordinar sus responsabilidades, habilidades y competencia

La Salud Pública y la Atención Primaria coinciden en la salud comunitaria, donde pueden coordinar sus responsabilidades, habilidades y competencias. No obstante, hasta la fecha, la coordinación entre ambas ha sido escasa, debido seguramente a la orientación tradicional comunitaria de la Salud Pública frente a la función diagnóstica y curativa de la Atención Primaria.¹⁶

La estrategia definida en la conferencia de Alma-Ata¹⁷ en 1978 estableció el cambio del modelo biomédico tradicional centrado en la enfermedad, por un modelo basado en la promoción de la salud y la prevención de

la enfermedad, incorporando el estudio de factores sociales y económicos. Asimismo, orientaba el papel de la Atención Primaria hacia una acción más comunitaria de la salud donde podían participar otros actores como las sociedades civiles. A partir de esta conferencia, han surgido diversas estrategias dirigidas a obtener una mayor relación entre la Salud Pública y la Atención Primaria, como por ejemplo la Atención Primaria de Salud de la OMS,¹⁸ donde además del sistema sanitario participan otros sectores sociales y la propia población, acentuando la dimensión comunitaria de la salud. Sin embargo, la falta de liderazgo de la Salud Pública y la iner-



Otras funciones como las relacionadas con las actividades de promoción de la salud, todavía no integran las intervenciones clínicas con las comunitaria

cia en la actuación de la asistencia sanitaria no ha permitido este cambio a la orientación comunitaria.

Hay funciones como, por ejemplo, el control de las enfermedades transmisibles que comparte Atención Primaria y Salud Pública, pero que se limita en muchas ocasiones a la notificación de enfermedades de declaración obligatoria. La pandemia de la Covid-19 ha supuesto, sin embargo, un mayor esfuerzo de coordinación entre ambos ámbitos a través de la contribución a la detección temprana de casos, su seguimiento y testeo, así como la gestión de contactos. Otras funciones como las relacionadas con las actividades de promoción de la salud, todavía no integran las intervenciones clínicas con las comunitarias, paso que conduciría a una mayor eficiencia de las intervenciones con la participación de grupos de la comunidad. La realización de programas de vacunación o cribados de cáncer dentro de las funciones de prevención de la enfermedad, sin embargo, es un ejemplo de coordinación e implicación de la Atención Primaria y la Salud Pública. No obstante, dicha cooperación podría avanzar por ejemplo, en una de las principales limitaciones que tienen los programas de cribado actualmente como es la diferente participación de la población de acuerdo a sus determinantes sociales,¹⁹ que podría traducirse en una intervención dirigida especialmente a estos grupos vulnerables. En el caso de la protección de la salud, todavía no se han distribuido las distintas responsabili-

dades entre el sistema sanitario y la Salud Pública.

A través de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁰ se explicita la necesidad de coordinación entre la asistencia sanitaria y la Salud Pública. Esta ley incluye como prestaciones del sistema sanitario el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, así como las prestaciones de Salud Pública, atención primaria y asistencia especializada, junto con otras. Todo esto constata como la Salud Pública y la asistencia sanitaria tienen un gran número de servicios comunes, aunque la participación de la atención especializada en la prevención poblacional no se refleja en la normativa. Asimismo, como hemos visto, la compartimentación entre las funciones de la Salud Pública y la atención primaria, sigue siendo patente en la mayoría de los servicios sanitarios, a pesar de existir una mayor integración en algunas de sus funciones.

Un paso fundamental para una mejor coordinación entre la Salud Pública y la Atención Primaria, así como con otros ámbitos del sistema sanitario, debe pasar también por una **mayor integración de los sistemas de información, tanto de Salud Pública como de los servicios sanitarios y de otros ámbitos**. Esto ayudaría a redefinir sus límites y funciones, por el bien de la salud comunitaria.

HEALTH

SOCIAL RATING

FINANCE

4

Sistemas de información acordes a las exigencias de la Salud Pública

El régimen de autonomías ha llevado a una disgregación de la información disponible, de tal manera que las actuaciones de Salud Pública a nivel estatal no pueden ser evaluadas de manera global. Los sistemas de información de apoyo a la Salud Pública requieren de una integración de los sistemas específicos de la Salud Pública, con los sistemas de información de los servicios sanitarios, así como los de los organismos extra sanitarios. En relación a los sistemas de información del sistema sanitario, se han producido mejoras en los últimos años, como es la Historia Clínica

En relación a los sistemas de información del sistema sanitario, se han producido mejoras en los últimos años, como es la Historia Clínica Digital, aunque todavía no se haya conseguido su acceso desde cualquier lugar del territorio nacional

Digital, aunque todavía no se haya conseguido su acceso desde cualquier lugar del territorio nacional. Sin embargo, el acceso a datos de Salud Pública es más limitado y también de otros sectores relacionados con los determinantes de la salud de la población. Esto ha quedado patente durante la pandemia como la falta de datos de salud adecuadamente desagregados no han facilitado la planificación de acciones. Para llevar a cabo las estrategias necesarias para la consecución de la Agenda 2030 y los ODS, se necesita información fiable de procedencia intersectorial.

Por otro lado, el avance de las nuevas tecnologías como son el *Big Data Science* y aplicaciones basadas en Salud Digital e Inteligencia Artificial, que requiere la explotación masiva de datos para establecer patrones de predicciones futuras, puede ser una oportunidad para lograr la interacción y coordinación de los sistemas de información. Estas nuevas tecnologías han mostrado durante la pandemia su importancia e interés en el manejo de datos sanitarios y como herramienta de apoyo para la toma de decisiones.²¹ Asimismo, las redes sociales pueden también ser útiles como fuente de datos de información de salud, ya que además de aportar un gran volumen de datos, aportan conocimiento acerca del contexto espacio-temporal. Así, pueden permitir por ejemplo conocer la opinión de la ciudadanía ante una nueva vacuna o la agrupación dentro de la población de factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas -abuso de drogas, tabaco, dieta o sedentarismo-.²²

No obstante, esas herramientas deben afinarse ya que es importante determinar cuál es la verdadera relación entre las variables incluidas para lograr que se establezcan relaciones causales y no casuales. En el manejo de la pandemia Covid-19 se ha visto como, aunque la aplicación de la Inteligencia Artificial ha ayudado por ejemplo a generar anticuerpos y vacunas a través de la generación de proteínas sintéticas,²³ a estudiar las variables ambientales que definen la pandemia²⁴ o a crear modelos predictivos del estrés y la resiliencia antes y después del Covid-19,²⁵ estos conocimientos no han sido suficientes para hacer frente a los estragos de la pandemia. Estas herramientas no deben ser, por tanto, desestimadas, pero **tampoco deben ser consideradas como el único paradigma válido para el manejo de la salud individual y colectiva.** Como señaló en el año 2017 el Parlamento Europeo,²⁶ la imagen que aportan estos análisis se basa en probabilidades estadísticas y no permite suficiente precisión en la predicción de una conducta individual. Como parte del desarrollo de estas estrategias que pueden servir de apoyo fundamental para la mejora de la salud individual y poblacional, se deben implementar normas científicas y éticas que permitan recopilar los datos y evaluar los resultados obtenidos en los análisis.

El avance de las nuevas tecnologías como son el Big Data Science y aplicaciones basadas en Salud Digital e Inteligencia Artificial puede ser una oportunidad para lograr la interacción y coordinación de los sistemas de información

Big Data

Por tanto, la mejora e integración de los sistemas de información es una asignatura pendiente donde la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de mejora desde la perspectiva de la salud digital. Dada la descentralización de nuestro país, es fundamental desarrollar sistemas de información integrados e innovadores, mediante una metodología estandarizada, que permitan incorporar información desde distintos sectores no solo sanitarios.



La mejora e integración de los sistemas de información es una asignatura pendiente donde la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de mejora desde la perspectiva de la salud digital

El fomento de la investigación es otro campo de colaboración estratégico entre la Salud Pública y el sistema sanitario. No obstante, la falta de infraestructura de investigación y los escasos recursos destinados en los últimos años, han supuesto una limitación importante en el desarrollo del conocimiento necesario.



5

Perspectivas de la investigación en Salud Pública

En los últimos años se han observado avances en investigación relacionada con aspectos básicos y clínicos, la virología y la epidemiología de las enfermedades infecciosas entre otras. Sin embargo, la investigación vinculada a la Salud Pública, su gobernanza, tecnología y comunicación de riesgos, no ha tenido el mismo desarrollo.²⁷ La toma de decisiones de la Salud Pública debe basarse en la evidencia²⁸ y para ello es imprescindible el desarrollo del conocimiento científico-técnico a través de mecanismos de coordinación de la investigación y desarrollo que se lleva a cabo, de tal manera que se consiga la mayor eficiencia posible. Estos mecanismos pasan en un primer lugar por establecer las necesidades de investigación

La investigación vinculada a la Salud Pública, su gobernanza, tecnología y comunicación de riesgos, no ha tenido el mismo desarrollo

y evitar duplicidades con la financiación pública. La anticipación de los tipos de decisiones necesarias y qué nueva información es más importante para el desarrollo de políticas de Salud Pública puede ayudar en esta priorización de la investigación. **La identificación de los déficits en la respuesta inicial de los investigadores a la pandemia de Covid-19 puede proporcionar también una guía valiosa** en la priorización de acciones para investigadores, médicos y formuladores de políticas en la preparación y respuesta a futuras crisis.²⁹

De acuerdo a las directrices para la investigación mundial marcadas por la OMS,³⁰ se señala como prioritaria la investigación

relacionada con las ciencias sociales, así como la investigación multidisciplinaria y transversal relacionada con la Salud Pública y la reducción del riesgo de desastres. Los estudios sobre las dimensiones sociales pueden cubrir los hábitos sociales, culturales y económicos que aumentan el riesgo de brotes, las consecuencias socioeconómicas y psicosociales de las pandemias y las medidas de mitigación, y cuestiones más amplias sobre las estructuras sociales resistentes a las epidemias. Al igual que en todos los países donde la coordinación de esfuerzos es una herramienta esencial, esta acción debería ampliarse a nivel europeo desde donde se debe buscar la sinergia entre las actividades de los distintos estados miembros.

Es importante también el desarrollo de mecanismos que fijen los procedimientos necesarios para la transferencia de los resultados de investigación al ámbito de la

Salud Pública. Uno de los puntos clave pasaría por el aumento de la calidad de la investigación a través de la utilización de mecanismos para compartir adecuadamente los métodos utilizados y los datos obtenidos,³¹ lo que facilita la revisión por pares y minimiza la duplicidad en las investigaciones. Asimismo, debe incentivarse la investigación centrada en estudios de implementación de estrategias de Salud Pública poblacionales.

Por último, la pandemia ha mostrado la trascendencia de la comunicación entre las autoridades y la ciudadanía. Es necesario establecer los **mecanismos y estrategias que se llevan a cabo desde las autoridades sanitarias y desde el ámbito de la Salud Pública para comunicarse con la población**, de tal manera que se establezca una coherencia en los mensajes que se transmiten, generando confianza en la ciudadanía.





El desarrollo de la web 2.0 ha permitido la generación de contenido por parte de los usuarios y el desarrollo de redes sociales como Facebook, Twitter o Instagram

6

Comunicación con la ciudadanía

Un aspecto fundamental en la mejora de la salud individual y comunitaria se centra en la comunicación de riesgos y recomendaciones a la ciudadanía. La evidencia ha mostrado como la respuesta pública a, por ejemplo, las medidas de mitigación de riesgos (tales como el distanciamiento físico, el uso de mascarillas o el confinamiento) está influenciada por factores demográficos como la edad y el género,³² factores culturales, como la responsabilidad moral por el bienestar de la sociedad,³³ o las creencias personales y la afinidad con otros grupos de opiniones. No obstante, el grado de cumplimiento de dichas medidas por la ciudadanía parece verse afectado por la confianza en las autoridades públicas como factor primordial.³⁴

El desarrollo de la web 2.0 ha permitido la generación de contenido por parte de los usuarios y el desarrollo de redes sociales como Facebook, Twitter o Instagram. Aunque las redes sociales pueden ser una herramienta útil para la Salud Pública y el sistema sanitario como fuente de datos, como se ha visto anteriormente, y como vía de comunicación con la ciudadanía, las infodemias también prosperan particularmente a través de estas redes. La desinformación es un fenómeno particularmente peligroso ya que sus objetivos incluyen no solo influir en la opinión pública, sino polarizar opiniones y sembrar confusión.

La UE ha esbozado una serie de contramedidas que incluyen la promoción de contenido autorizado y actividades de verificación de datos a través de la cooperación con las plataformas de redes sociales

Las **organizaciones internacionales, en particular la OMS y la UE, ya están tomando medidas para abordar la desinformación.** La OMS está desarrollando una Red de Información sobre Epidemias (EPI-WIN) basada en el concepto de *confianza cadenas*.³⁵ La UE, en particular ha creado un sitio para *acabar con los mitos* en junio de 2020,³⁶ donde ha esbozado una serie de contramedidas, que incluyen la promoción de contenido autorizado y actividades de verificación de datos, a través de la cooperación con las plataformas de redes sociales en torno a un código de práctica voluntario, al mismo tiempo que apunta a salvaguardar la libertad de expresión y el debate democrático pluralista.

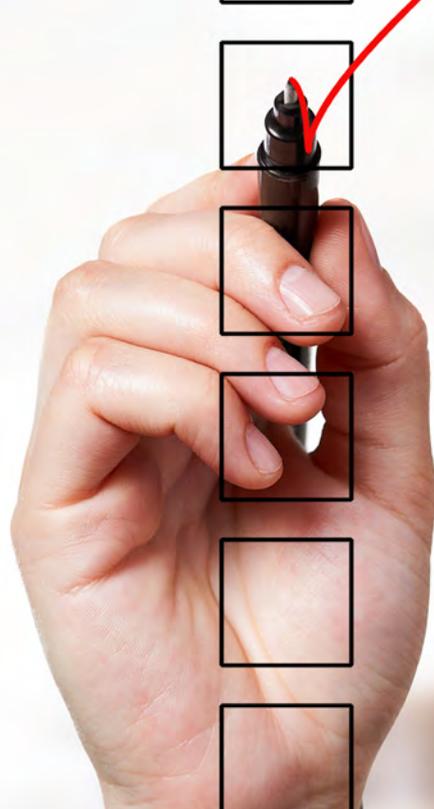


Conclusiones

La crisis derivada de la pandemia Covid-19 ha supuesto una **oportunidad para reforzar y desarrollar las estructuras de Salud Pública** y su coordinación con el sistema sanitario. No obstante, la mejora y fortalecimiento de las estructuras de Salud Pública no debe verse solo como una necesidad ante la aparición de una pandemia, sino como una estrategia para la mejora del sistema sanitario y del estado de salud y las condiciones de vida de la población.

Actualmente, dos de los problemas que requieren soluciones urgentes son el **cambio climático y el riesgo de aparición de nuevas pandemias**, además del impacto que los determinantes sociales pueden tener en el estado de salud de la población. Para poder tener estructuras adecuadas

que hagan frente a estos y otros problemas, y dado el entorno cada vez más conectado y global, es necesario que la respuesta sea también global. Por otro lado, **es necesario el desarrollo de estrategias de Salud Pública en coordinación con Atención Primaria y otros niveles del sistema sanitario**, que puedan dar respuesta a los nuevos retos a los que nos enfrentamos a través de una modernización del conocimiento científico-técnico y una integración de los sistemas de información de Salud Pública, sanitarios y de otros ámbitos. Asimismo, es necesaria una mayor financiación para la creación, por ejemplo, de un Centro Estatal de Salud Pública independiente que pueda aportar a las administraciones no solo datos de manera rápida y eficaz, sino conocimiento científico y estructuras necesarias.





Bibliografía

1. Segura A. Concepto, competencias y tareas de la Salud Pública hoy. *Rev Adm Sanit* 2004;2:169-81.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Consultado el 1/4/2021. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>.
3. Aboal-Viñas JL. Salud pública y sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24 Suppl 1:12-8.
4. Lipton E., Goodnough A., Shear M.D. The C.D.C. waited 'its entire existence for this moment.' What went wrong? *New York Times*. 3 de junio de 2020. Consultado el 8/4/2021. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/06/03/us/cdc-coronavirus.html>.
5. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Consultado el 3/5/2021. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>.
6. Urbanos R. Recomendaciones para una futura Ley de Salud Pública en España. *Gac Sanit.* 2010;24:89-94.
7. Organización Mundial de la Salud, 2014. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Ginebra: OMS. Consultado el 9/4/2021. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=4334C19EBBD0448200B8060A52B44A4B?sequence=1.
8. Capítulo IV. Buen gobierno de la sanidad, págs. 113-130. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Asociación de Economía de la Salud, 2013. Consultado el 3/5/2021. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/SNS-Capitulo_IV.pdf
9. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit.* 2011;25:333-8.

10. National Institute for Health and Care Excellence. Consultado el 10/4/2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk>.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Consultado el 10/4/2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov>.
12. NICE strategy 2021 to 2026. Consultado el 10/4/2021. Disponible en: <https://static.nice.org.uk/NICE%20strategy%202021%20to%202026%20-%20Dynamic,%20Collaborative,%20Excellent.pdf>.
13. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Consultado el 10/4/2021. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
14. Naciones Unidas. Sustainable Development Goal indicators website. Consultado el 10/4/2021. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>.
15. Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público. Consultado el 10/5/2021. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.
16. Shaw S, Ashcroft J, Petchey R. Barriers and opportunities for developing sustainable relationships for health improvement: The case of public health and primary care in the UK. *Crit Public Health* 2006;16.
17. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Consultado el 12/4/2021. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>.
18. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Consultado el 15/05/2021. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
19. Hart JT. Inverse and positive care laws. *Br J Gen Pract* 2004;54:890-934.
20. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Sanitario. Consultado el 10/4/2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>.
21. Fundación Merck Salud. Inteligencia artificial en el campo de la salud. Colección Bioética y Derecho Sanitario. Coordinadores: Javier Sánchez-Caro, Fernando Abellán-García Sánchez. Consultado el 15/5/2021. Disponible en: https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2021/02/DIGITAL_MONOGRAFIA-26_INTELEGENCIA-ARTIFICIAL_FINAL-1.pdf.
22. Kass-Hout TA, Alhinnawi H. Social media in public health. *Br Med Bull.* 2013;108:5-24.
23. Messner CB, Demichev V, Wendisch D et al. Ultra-High-Throughput Clinical Proteomics Reveals Classifiers of COVID-19 Infection. *Cell Syst.* 2020;11:11-24.e4.
24. Haghshenas S, Pirouz B, Piro P, Na K, Cho S, Geem Z. Prioritizing and analyzing the role of climate and urban parameters in the confirmed cases of COVID-19 based on artificial intelligence applications. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17:3730.
25. Morales-Rodríguez FM, Martínez-Ramón JP, Méndez I, Ruiz-Esteban C. Stress, Coping, and Resilience Before and After COVID-19: A Predictive Model Based on Artificial Intelligence in the University Environment. *Front Psychol.* 2021;12:647964.
26. Diario Oficial de la Unión Europea. Implicaciones de los macrodatos en los derechos fundamentales. 25/7/2018. Consultado el 9/5/2021. Disponible en: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/bba9b363-8fdf-11e8-8bc1-01aa75ed71a1>.
27. Zhang H, Shaw R. Identifying Research Trends and Gaps in the Context of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:3370.
28. European Centre for Disease Prevention and Control. The use of evidence in decision-making during public health emergencies, 2018. Consultado el 30/3/2021. Disponible en: www.ecdc.europa.eu.
29. Budd J, Miller BS, Manning EM et al. Digital technologies in the public-health response to COVID-19. *Nat Med* 2020;26:1183-1192.
30. Boetto E, Golinelli D, Carullo G, Fantini MP. Frauds in scientific research and how to possibly overcome them. *J Med Ethics* 2020;6:medethics-2020-106639.
31. Boucaud-Maitre D, Villeneuve R, Tabue-Teguo M. Post-containment management of nursing homes: a new public health concern. *Eur Geriatr Med.* 2020;11:707-708.
32. Tomczyk S, Rahn M, Schmidt S. Social Distancing and Stigma: Association Between Compliance With Behavioral Recommendations, Risk Perception, and Stigmatizing Attitudes During the COVID-19 Outbreak. *Front Psychol.* 2020;11:1821.
33. Maher PJ, MacCarron P, Quayle M. Mapping public health responses with attitude networks: the emergence of opinion-based groups in the UK's early COVID-19 response phase. *Br J Soc Psychol.* 2020;59:641-652.

34. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav.* 2020;4:460-471.
35. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters, 2021. Consultado el 20/5/2021. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>.
36. European Comission. Tackling COVID-19 disinformation – Getting the facts right. Joint Communication to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Consultado el 18/5/2021. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020JC0008>.

CAPÍTULO

2

Una asignatura pendiente: la coordinación de los servicios sanitarios y sociales

Dra. Salomé Martín García

Coordinadora del grupo de Ética y Legislación de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

Dr. José Augusto García Navarro

Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología





La situación pandémica que hemos vivido nos invita a reflexionar sobre los puntos débiles de nuestros pilares como sociedad del bienestar y a tratar de adaptarnos a la situación cambiante

Hace 25 años, quizá algunos más, los profesionales comenzábamos a hablar de la necesidad de *coordinación sociosanitaria*, porque era y es evidente la necesidad apremiante de unir sanidad y servicios sociales, ofreciendo continuidad de cuidados. Los resultados de las pequeñas experiencias que se han ido realizando han funcionado por la implicación personal de los profesionales y los resultados eran esperanzadores, sin embargo no prosperaron ni se perpetuaron en el tiempo, quizá porque faltaba un buen diseño y la apuesta decidida de todos los implicados por ese modelo. Lo cierto es que tanto tiempo des-

pués seguimos hablando del tema como una apuesta de futuro.

La situación pandémica que hemos vivido nos invita a reflexionar sobre los puntos débiles de nuestros pilares como sociedad del bienestar y a tratar de adaptarnos a la situación cambiante, tanto del entorno como de la sociedad. Las personas tienen en este momento unas necesidades y unos valores diferentes a los que tenían cuando se diseñaron los servicios sociales y sanitarios que ahora tenemos. La longevidad, la prevalencia de patologías crónicas, la modificación del rol familiar en los cuida-

dos, las expectativas del ser humano, lo que valora y le parece importante, entre otras cosas, hace que sea necesario repensar temas como el modelo de cuidados de larga duración, ya que se **precisa de un sistema de cuidados continuados para una parte de la población**, que podríamos decir cumple un *perfil sociosanitario* y todo ello, implícitamente, obliga a la reformulación y reorganización de algunos, si no todos los pilares sobre los que asentamos nuestra sociedad, especialmente la sanidad y los servicios sociales.

Los momentos de grandes crisis, pueden llevar a cambios bruscos o paulatinos de la forma de gestionar temas importantes, puesto que al ser sometidos a prueba, evaluamos su funcionamiento, detectando sus fallas y fisuras, que si bien se conocían previamente, quedan expuestos claramente al someterlos a tensión.

Seguramente sabemos, desde hace tiempo, que el modelo de cuidados y de atención sanitaria a determinados colectivos no tiene el mejor diseño y organización, y aunque ha habido modestos intentos de modificarlo, siempre se ha partido de lo existente, simplemente dándole nuevas dimensiones o modificando algunos aspectos. Como ejemplo se han creado las unidades de convivencia, de doce o catorce personas, den-

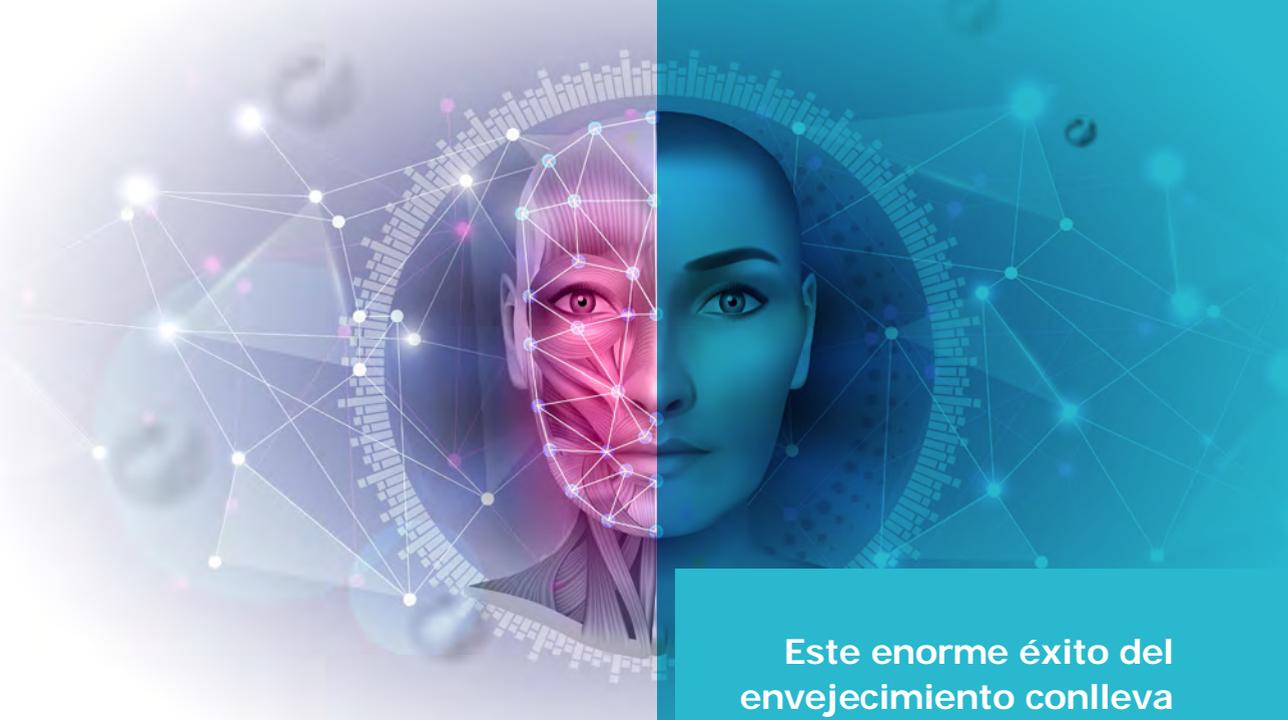
tro de residencias de muchas más plazas, o se ha adoptado por algunos profesionales otro modo de trabajar centrándonos en las personas atendidas y no en el profesional o en la gestión. Si bien todo eso supone avances, lo cierto es que seguimos teniendo centros grandes donde puede o no trabajar suficiente personal sanitario propio y a los que Atención Primaria y especializada no siempre llega adecuadamente. En muchas ocasiones, las personas vulnerables *pasean* por ambos sistemas, sin una visión integral de sus necesidades globales.

Durante la pandemia de la COVID-19 ha sido evidente la fragilidad de los recursos sociales ante la falta de apoyo sanitario en domicilios, sea este una casa particular o una vivienda colectiva de mayor o menor tamaño. Esto nos hace pensar en la necesidad de que solo exista una red de recursos que atienda las necesidades de los ciudadanos de forma global, sin grietas y sin solución de continuidad.

Estamos organizados en compartimentos estancos, poco permeables, que no son adecuados a la continuidad de cuidados que necesitamos en la etapa final de la vida, que suele ir acompañada en los últimos años de necesidad generalizada de apoyos, de comorbilidades y de fragilidad.



Esto nos hace pensar en la necesidad de que solo exista una red de recursos que atienda las necesidades de los ciudadanos de forma global



1

Reflexión sobre el futuro de la sociedad

Este enorme éxito del envejecimiento conlleva aparejadas una serie de necesidades intrínsecas al ser humano, como es la organización de los cuidados sanitarios y sociales

En la actualidad podemos decir que **la humanidad ha conseguido aumentar la esperanza de vida y desarrollar un envejecimiento activo**, por ello la sociedad del futuro, especialmente en los países con mayor desarrollo económico, contará con un gran número de personas mayores de 80 años, incluso de mayores de 100 años.¹

Ahora bien, este enorme éxito del envejecimiento, debido al desarrollo de la ciencia, de la Salud Pública, de la medicina y de los hábitos de vida conlleva aparejadas una serie de necesidades intrínsecas al ser humano, como es la organización de los cuidados sanitarios y sociales y la prestación de otros apoyos para vivir.

En España en el año 2070 contaremos con 217.344 personas con 100 o más años, frente a las 12.551 que existían a finales del año 2020, con el consiguiente aumento en las mismas de patología crónica y dependencia. Muchas de estas personas son las de la generación del *baby boom* y el país necesitará generar recursos asistenciales, adaptar los existentes y organizar los cuidados de un modo diferente.

La expectativa de vida a los 65 años a finales del año 2020 es de 21,1 años para las mujeres y de 18,8 años para los hombres. Sin embargo, la expectativa de vida en buena salud o libre de discapacidad es de 10,5 años en hombres y de 11,3 en mu-

jeros, con una media de mala salud y discapacidad al final de la vida de 8,2 años en hombres y de 9,8 años en mujeres.²

El aumento de los servicios domiciliarios para la atención a la dependencia, un cambio en el modelo de residencias y de centros de larga estancia, un aumento de la camas para el tratamiento y la rehabilitación de personas con múltiples patologías, y la coordinación e integración sociosanitaria, son elementos esenciales que tendremos que completar para garantizar una adecuada atención a los adultos mayores.

Centrar todo el sistema de cuidados en los hospitales, en las camas de agudos, sólo es útil durante la fase aguda de la enfermedad con lo que se corre un alto riesgo de utilizar un recurso no adecuado y de mayor coste simplemente por la falta de existencia de recursos intermedios que no siempre tienen que pertenecer al ámbito sanitario. Los recursos alternativos a la hospitalización convencional son el medio cada vez más utilizado por los países occidentales para tratar a estas personas. Por ejemplo, se puede usar un centro de día o una estancia temporal en una residencia

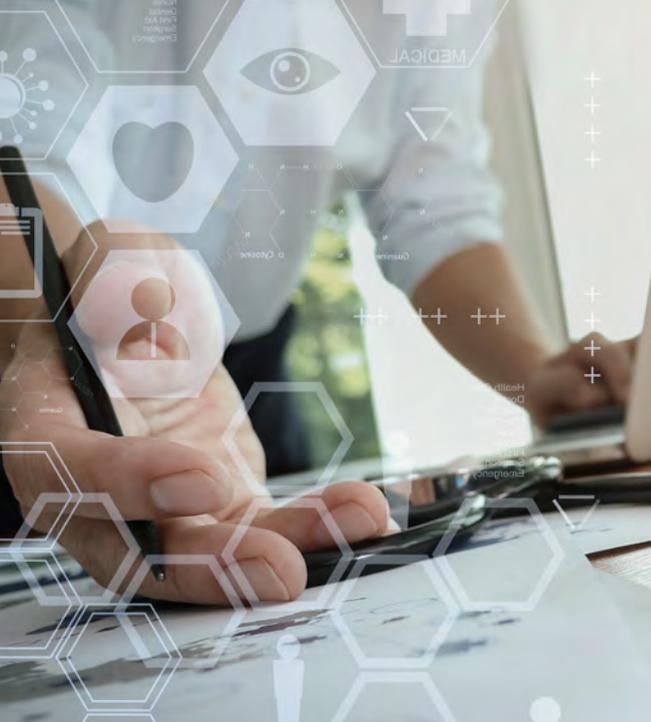
para conseguir la recuperación funcional de una persona de 80 años que se ha fracturado una cadera.

El sistema de continuidad de cuidados diseñado por la Geriátría es una opción excelente, puesto que la mayor parte de la población que requiere servicios sociosanitarios son personas mayores con perfil geriátrico. Otros potenciales usuarios de estos servicios serían las personas que padecen una enfermedad mental grave y las personas que padecen algún tipo de discapacidad con necesidad de apoyos generalizados.

En resumen, por lo tanto, tendremos que **adaptar nuestro sistema sanitario y social a los retos que nos plantea una sociedad más envejecida y con más carga de dependencia y de enfermedad crónica**. Y eso significa adaptar nuestros hospitales, nuestros centros de atención primaria y los servicios de atención a la dependencia (que cada vez más se engloban bajo la denominación de *cuidados de larga duración*). Y hacer que todos trabajen de forma coordinada y, para las personas más complejas, de forma integrada.³

Los recursos alternativos a la hospitalización convencional son el recurso cada vez más utilizado por los países occidentales para tratar a estas personas





2

Experiencia de sistemas de cuidados de larga duración (CLD) en otros países

Muchos países están sufriendo el mismo fenómeno que España y están avanzando en la coordinación y en la integración de servicios sanitarios y sociales.

Países como Suecia, Reino Unido o Alemania cuentan con sistemas de cuidados que se sustentan principalmente en los servicios domiciliarios, con enfermería a domicilio, teleasistencia, adaptaciones de las viviendas y viviendas comunitarias o centros basados en unidades de convivencia a los que atienden los médicos del sistema

Existe una coordinación entre vivienda, sanidad y servicios sociales, con una alineación de las políticas en todos los estamentos

nacional de salud. Existe una coordinación entre vivienda, sanidad y servicios sociales, con una alineación de las políticas en todos los estamentos, desde la política nacional a la municipal apoyado por las organizaciones civiles implicadas, con programas de integración intergeneracional, adaptación de viviendas, viviendas comunitarias, centros de media estancia para recuperación, servicio de farmacia integrado, etc. En ellos se pretende instaurar un sistema de CLD con una fuerte base domiciliaria

y comunitaria, de intensidad de cuidados progresiva y dejando la institucionalización (en centros con unidades de convivencia reducidos) como el último recurso, para aquellas personas que no pueden seguir en su hogar.

Dinamarca es uno de los países que más desarrollado tiene el sistema de CLD para personas mayores, con cuidados institucionales, viviendas especiales con enfermería y ayuda a domicilio integrados con aten-

ción primaria sanitaria y social que depende de instituciones locales. La provisión de servicios se realiza por proveedores privados y públicos, pero la participación de las autoridades locales es directa en la planificación, control y financiación de estos servicios. Actualmente tienen una política muy clara de potenciación de los cuidados en domicilio y unidades de convivencia con integración de los servicios de rehabilitación, y tendencia a la disminución de residencias, como se refleja en la **Tabla 1.4**

Tabla 1. Evolución del perfil de servicios de CLD en Dinamarca.

	2010	2015	2018
Población de 65 o más años	927.368	1.070.063	1.132.006
Personas en residencias de mayores	7.845	4.298	3.349
Personas en viviendas asistidas	61.635	63.197	62.224
Personas con cuidados residenciales	69.480	67.495	65.573
% población con cuidados residenciales	7.5%	6.3%	5.8%

Tomado y modificado de: "Denmark: country case study on the integrated delivery of long-term care". World Health Organization, 2019

Japón ha impulsado la integración del sistema de cuidados de larga duración y del sistema de salud mediante los gestores de casos que establecen un plan de cuidados con la persona y su familia, tanto de sus necesidades sociales como sanitarias. Se han creado nuevos modelos de viviendas o sistemas de vida para personas mayores, que aproximan los cuidados comunitarios y los institucionales.

En Canadá, concretamente en Ontario, el sistema de CLD depende del departamento y presupuesto provincial de salud, y los

servicios sanitarios en las residencias se llevan a cabo desde sanidad. Las horas de apoyo domiciliario son limitadas y no cubren lo necesario para personas con alta dependencia por lo que se está revisando esta política.

Otros ejemplos como Nueva Zelanda que ofrece servicios integrales, en los que la atención médica está incluida para personas mayores con algún grado de dependencia, así como la atención domiciliaria y el apoyo a familiares cuidadores mediante periodos de relevo para descanso.

Estos modelos de CLD nos demuestran que la integración de servicios sanitarios y sociales para personas con dependencia y fuerte carga de enfermedad crónica son el único camino para dar una adecuada atención. Pero también nos demuestran que no existe una fórmula única y la forma de integración se debe adaptar a las características de cada país.

En España en concreto, con una transferencia autonómica de las competencias en servicios sanitarios y sociales, **no será extraño que puedan convivir diferentes fórmulas de integración sanitaria y social.**

Estos modelos de CLD nos demuestran que la integración de servicios sanitarios y sociales para personas con dependencia y fuerte carga de enfermedad crónica son el único camino para dar una adecuada atención





3

¿Coordinación o integración sociosanitaria en Geriatría?

La Geriatría siempre ha defendido un sistema integrado de atención, con una provisión conjunta de servicios sanitarios y sociales. Los niveles asistenciales en los que se fundamenta la atención geriátrica parten de las necesidades que este colectivo tiene a corto, medio y largo plazo. Las **unidades de agudos, de media estancia, de larga estancia y la atención domiciliaria junto con servicios diurnos, facilitan y aseguran poder atender todas las necesidades con el menor coste y la mayor**

La integración de servicios sanitarios y sociales es más adecuada, especialmente cuando las personas tienen la necesidad de varios servicios sanitarios y sociales a la vez

calidad. En este contexto, las unidades de cuidados comunitarios tienen como principal objetivo esta integración y pueden servir de canal de comunicación entre todos los recursos.⁵

Coordinar servicios sanitarios y sociales es un primer paso para una provisión conjunta, pero en la coordinación cada sistema mantiene su autonomía y pueden actuar en paralelo, necesitando elementos externos para una actuación conjunta.

Los niveles asistenciales en los que se fundamenta la atención geriátrica parten de las necesidades que este colectivo tiene a corto, medio y largo plazo

La integración de servicios sanitarios y sociales es más adecuada, especialmente cuando las personas tienen la necesidad de varios servicios sanitarios y sociales a la vez. No se trata de tener sistemas paralelos que tienen puntos de unión en determinados momentos pero que se desarrollan aisladamente, sino que el corazón debe ser establecer un solo sistema que proporcione todo lo que una persona a lo largo de su continuo vital pueda precisar. La integración necesita el **trabajo de equipos interdisciplinarios**. Con la **figura central del geriatra**, ya sea centralizado en Atención Primaria o en el hospital y contando con enfermeras con conocimiento en Geriátrica, establecer una red de recursos que además permita a las personas vivir en el lugar elegido asegurando la atención adecuada desde el punto de vista de la salud entendida de forma holística y no solo corporal. Los equipos se deben complementar con otros profesionales como trabajo social, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.





4

¿Por qué integrar todos los recursos?

Las dimensiones del ser humano son aquellas características que nos constituyen como personas y que se manifiestan de forma individual, única e irreplicable. Estas dimensiones son la **espiritual, ética, cognitiva, biológica, psicoafectiva y social**, aspectos todos íntimamente relacionados, que como vasos comunicantes precisan de equilibrio para llegar al mejor grado de salud de la persona, entendida esta de una forma holística y no solo corporal.

Entender a la persona como un ser solo físico es muy reduccionista a cualquier edad, pero mucho más en las últimas etapas de la vida, en las que claramente se precisa de una atención en red que pro-

En las últimas etapas de la vida se precisa de una atención en red que proporcione los apoyos necesarios para tener calidad de vida y vida feliz y con sentido

porcione los apoyos necesarios para tener calidad de vida y vida feliz y con sentido.

Actualmente, tenemos sistemas que se sustentan todavía en el apoyo familiar, aunque con la transformación de la pirámide poblacional, con la globalización, con los cambios sociales que estamos viviendo de forma acelerada, **es presumible que ese apoyo cada vez sea menos viable**. Tener pocos hijos o ninguno, que en muchos casos viven lejos; o incluso personas vulnerables que no pueden hacerse cargo de un familiar con mayor vulnerabilidad si cabe, son algunas de las situaciones que previsiblemente nos vamos a encontrar cada vez con mayor frecuencia.

En el presente es ya evidente la imperiosa necesidad de modificar el sistema, que además en situaciones que lo tensionan como la pandemia por Covid-19, demuestra no ser totalmente adecuado para atender a las personas más vulnerables que son las que más lo precisan. No solo de forma aguda, sino de forma permanente.

En **Geriatría y Gerontología siempre se ha entendido a la persona como un todo, partiendo del modelo de valoración integral que aúna la dimensión clínica, funcional, mental (tanto cognitiva como psicológica) y social**, puesto que es evidente que una patología va a repercutir de diferente forma cuando la persona tiene otros aspectos que condicionan la evolución y por ende el resultado final de ese proceso, principalmente en su repercusión sobre el grado de dependencia y de funcionamiento global de la persona mayor. Independientemente de la edad, que no es el factor determinante, la existencia o no de apoyos, el estado de ánimo, el nivel cognitivo, pueden influir en aspectos que aparentemente podemos creer que solo afectan a aspectos físicos. Un ejemplo muy común en población mayor es la persona que ha sufrido una fractura de cadera.

El resultado final de una fractura de cadera estará influido evidentemente por aspectos exclusivamente clínicos como la existencia o no de osteoporosis, el tipo de fractura, etc. Pero en el caso de una persona mayor también por aspectos como su situación funcional previa, ¿Caminaba de forma independiente o usaba andador?, por factores personales: ¿Entiende las instrucciones para un proceso rehabilitador?, ¿Tiene personas que le cuiden y le animen en este proceso?, ¿Vive en un centro donde un fisioterapeuta puede continuar el proceso de recuperación? ¿No hay familia ni cuidador y por ello precisa de otros recursos? y muchas más cuestiones que modulan el proceso.

Por eso se están desarrollando múltiples iniciativas, como el *integrated care system* en Nottinghamshire, que potencia la prevención de la dependencia y de la enfermedad, adapta los hospitales de agudos de la región a una atención geriátrica y establece fuertes lazos entre la atención primaria y hospitalaria. En el caso de la fractura de cadera, la prevención secundaria y la rehabilitación recaen fuertemente en los servicios de Atención Primaria, que proveen atención sanitaria y social cuando es necesario.⁶



La existencia o no de apoyos, el estado de ánimo, el nivel cognitivo, pueden influir en aspectos que aparentemente podemos creer que solo afectan a aspectos físicos



Los servicios sociales no cubren de forma adecuada todas las necesidades de la población mayor y con mayor complejidad tanto clínica como social

5

¿Para qué integrar servicios sanitarios y sociales?

Principalmente para conseguir una **continuidad de cuidados** en personas que por su situación precisan de apoyos de forma constante, consiguiendo además menores duplicidades en el uso de recursos y de figuras de coordinación y una mayor eficacia y eficiencia con los servicios que en cada momento estén disponibles. Si bien es cierto que en este momento uno de los eslabones más débiles del estado de bienestar, son los servicios sociales, que no cubren de forma adecuada todas las necesidades de la población mayor y con mayor complejidad tanto clínica como social.

Para **mejorar la calidad de nuestro sistema de cuidados** especialmente a largo plazo, adaptando el sistema a las personas y no a la inversa, que es como se ha estado haciendo hasta ahora.

Para conseguir **mayor efectividad los apoyos y cuidados** que precisan y demandan las personas más vulnerables no pueden estar parcelados, porque eso equivale a pérdida de información, de eficacia de los recursos, duplicidad de unos profesionales con falta de otros, exceso de visión de cuidados agudos en momentos simples de reagudización, dificultad en supervi-

sión de la calidad de cuidados, aumento de riesgos para la persona, existencia de bolsas de ineficacia y de personas sin plan de cuidados, uso inadecuado de los recursos disponibles ante la inexistencia de otros y sobrecarga emocional y física de los profesionales, entre otros.

Para **adaptar las necesidades de la persona en cada momento**, de forma dinámica. Tanto en el domicilio, como cuando precise hospitalización o ingreso en residencia.

En los informes realizados desde *The King's Fund*, que es un referente en el análisis y evaluación de servicios integrados, se comprueba que **los sistemas no integrados terminan agotándose y demostrando ineficiencias**. Y no pueden dar respuesta a las personas con dependencia, riesgo social y alta carga de enfermedad crónica.⁷

Con la integración sanitaria y social aseguramos a las personas que son cuidadas y tratadas en el momento y lugar más adecuados. Y por profesionales integrados en equipos interdisciplinares que cubrirán todas sus necesidades.

Con la integración sanitaria y social aseguramos a las personas que son cuidadas y tratadas en el momento y lugar más adecuados





6

Aspectos a tener en cuenta en la integración

La integración debe tener una visión macro, otra meso y por último local o micro en el que debe asentarse todo.

A **nivel macro** debe existir un **plan estratégico, un modelo de gobernanza que una la parte social y sanitaria a través de acuerdos**, lo cierto es que lo fundamental es la voluntad política para generar un sistema integrado de salud y establecer otro modelo de cuidados de larga duración que se desarrolle en los próximos 5-10 años.

El **nivel meso** debe analizar barreras y algunos puntos fundamentales, estable-

La integración debe tener una visión macro, otra meso y por último local o micro en el que debe asentarse todo

ciendo una **visión común en todos los estamentos implicados**, se debe conocer la población a atender y sus necesidades concretas, así los recursos existentes y el plan de desarrollo a futuro, generando una visión de cuidados en el entorno comunitario.

Alrededor del área de salud, en el barrio, se deben integrar los **recursos de cada zona tanto en el ámbito social** (con el servicio de ayuda a domicilio, la residencia o el centro de día) **como sanitario** (Centro de Salud, centro de Salud Mental comunitario, servicios de rehabilitación, fisio-



terapia y terapia ocupacional, farmacia), así como las redes vecinales y de voluntariado, las asociaciones de vecinos, etc., lo que completaría el proceso, con el nivel micro generando una red de cuidados, una atención en red. Y se deben establecer los circuitos de atención con los hospitales de referencia cuando sea necesario.

Existen algunos puntos importantes que es necesario tener en cuenta para el desarrollo de un plan local o regional de integración **(Tabla 2):⁸**

A. Financiación: presupuesto único.

Los recursos no son ilimitados, ni las personas, ni los equipos, ni la financiación. Aunque es necesario igualar en España la financiación dedicada a los CLD a nivel de los países europeos, con la financiación existente debemos procurar la mejor atención posible.

Necesitamos ajustar la demanda y la capacidad de los servicios disponibles para conseguir la mayor eficiencia. Es preciso contar con una financiación única y un presupuesto común para cada área de salud, en la que estén incluidos todos los recursos de la zona tanto sanitarios como sociales.

B. Conocer la población sociosanitaria que hay que atender.

Es importante definir, previo a la puesta en marcha, la población que se va a considerar sociosanitaria, para poder establecer

además un plan de desarrollo de servicios adecuado a dicha población.

Por ejemplo, personas con pluripatologías y alto riesgo de dependencia que cumplen criterios de enfermo geriátrico o personas con un proceso neurodegenerativo, o personas con enfermedades o patologías crónicas que precisan de apoyo para las actividades de la vida diaria, como las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental grave.

En el ámbito sociosanitario suelen seleccionarse a las personas que cumplen con el criterio de paciente geriátrico, es decir, una persona generalmente mayor de 65 años, con pluripatología y polifarmacia, que presenta generalmente condicionantes afectivos y/o cognitivos y cuyas comorbilidades tienden a la dependencia funcional, todo ello influido por su situación social.

C. Mapa de recursos existentes.

Actualmente, el desarrollo de los servicios sociales no es homogéneo en las autonomías y el número y tipo de recursos a los que los ciudadanos pueden acceder no es igualitario, por eso sería imprescindible establecer junto con la población susceptible de utilizar el sistema sociosanitario, identificar los recursos en cada zona y establecer unos mínimos que den cobertura a las necesidades de la población de esa zona, así como un plan de desarrollo a medio plazo para dar respuesta a la demanda.

D. Desarrollo e implantación de una Historia Sociosanitaria única.

Este tema es fundamental ya que facilita la comunicación, el intercambio de datos, permite que todos los implicados en los cuidados conozcan las incidencias, los resultados, las enfermedades, la situación social, es decir, en conjunto todos los factores que atañen a esa persona y que son necesarios para que el plan de cuidados sea el mejor posible. Poder acceder a los datos de la persona de forma inmediata y compartida ayudará a evitar ineficiencias y facilitará el uso correcto de los recursos disponibles.

E. Unificar la cartera de servicios, los criterios de acceso y el sistema de valoración. Se debe utilizar la valoración geriátrica integral de demostrada utilidad y eficiencia desde hace años. Todos ellos son temas fundamentales y valorados tanto por los profesionales como por la población atendida.

F. Integrar la tecnología en los cuidados, como la teleasistencia, la telemedicina o los dispositivos domóticos que permiten supervisar algunas actividades de forma fácil. Deben ser parte del sistema como un recurso más.

G. Desarrollar más la prevención.

A medio y largo plazo, y ante el aumento de personas mayores de 90 años, es necesario hacer hincapié en programas de envejecimiento activo o exitoso, que consigan la menor cantidad de años de vida en situación de dependencia. Serán necesarios programas que detecten la fragilidad no sólo física, sino también emocional y social de las personas. La detección de fragilidad nos ayudará a poner en marcha programas de tratamiento y supervisión para su reversión o al menos para evitar la progresión.

H. Crear unos indicadores de calidad y de funcionamiento del sistema que nos permitan, de forma transparente, conocer los resultados y comparar unas prácticas con otras y la eficacia de las intervenciones.

I. Por último, no olvidar la investigación y la innovación como parte integrante del sistema, el objetivo es avanzar en los cuidados de salud y sociales, en los sistemas de prevención, y para ello es imprescindible generar nuevo conocimiento y nuevas maneras de actuar.

Tabla 2. Elementos básicos para una adecuada integración de servicios sanitarios y sociales:

1. Financiación adecuada con presupuesto único
2. Seleccionar de forma clara y precisa la población sociosanitaria a atender
3. Disponer del mapa de recursos sanitarios y sociales actualizado en cada momento
4. Historia sociosanitaria única
5. Unificar la cartera de servicios, los criterios de acceso y el sistema de valoración (valoración geriátrica integral)
6. Integrar las nuevas tecnologías en los cuidados
7. Potenciar la prevención en todo el sistema
8. Crear indicadores de calidad y funcionamiento del sistema
9. Integrar la investigación y la innovación como un elemento necesario



7

Pautas para la integración de cuidados después de la epidemia de Covid-19

La pandemia de Covid-19 ha aflorado muchas de las debilidades de nuestro sistema de provisión de cuidados sanitarios y sociales y nos ha señalado algunos aspectos que deberíamos reforzar en el futuro inmediato. El primer aprendizaje es que un sistema fragmentado de servicios no es capaz de dar una adecuada respuesta a nuestra población, especialmente la más vulnerable.

Las lecciones aprendidas para una adecuada integración de servicios sanitarios y sociales son **(Tabla 3):⁹**

El primer aprendizaje es que un sistema fragmentado de servicios no es capaz de dar una adecuada respuesta a nuestra población, especialmente la más vulnerable

A. La respuesta adecuada comienza por una **visión y unos valores compartidos** por los sistemas sanitario y social. No se trata de derivar a la persona de un sistema a otro, sino de atenderlo de forma conjunta, compartiendo objetivos de cuidado.

B. Los cuidados a las personas más complejas deben contar con la **participación de las propias personas y de sus cuidadores**. Por lo tanto, también a los cuidadores se les debe prestar especial atención en cualquier plan de acción.



C. Se deben construir **comunidades resilientes**. La participación de las redes vecinales y de voluntariado durante la epidemia nos ha demostrado que la comunidad es una parte fundamental de unos servicios sanitarios y sociales integrados y de calidad.

D. Profesionales suficientes en número y bien formados. También hemos aprendido que hay que mejorar tanto la captación de profesionales como su formación, para evitar los fallos y deficiencias que hemos sufrido en algunas fases de la epidemia.

E. Liderazgo y gobernanza del sistema que tenga los objetivos claros y actúe de forma conjunta, evitando las luchas políti-

cas o partidistas que se han vivido en muchas fases de la epidemia.

F. Soluciones digitales que permitan la teleasistencia y la monitorización a distancia de pacientes. Y la comunicación entre las personas.

G. Sistemas de financiación sanitaria y social suficientes y alineados con el objetivo de una visión y provisión integrada de servicios.

H. Transparencia en el progreso de las medidas puestas en marcha y evaluación de resultados de la atención (resultados de salud y de bienestar y calidad de vida).

Tabla 3. Lecciones de la pandemia por COVID-19 para la integración de servicios:

1. Visión y valores compartidos entre los sistemas sanitario y social
2. Contar con las personas atendidas y con sus cuidadores en la provisión de los servicios
3. Construir comunidades <i>resilientes</i> potenciando las redes vecinales y de voluntariado
4. Contar con profesionales suficientes y bien formados
5. Liderazgo y gobernanza del sistema con objetivos claros
6. Soluciones digitales para comunicarse y realizar teleasistencia
7. Sistema de financiación alineada con el objetivo de integrar servicios sanitarios y sociales
8. Transparencia y evaluación de programas y de resultados en salud y bienestar de las personas atendidas



Bibliografía

1. Abellán García, A, et al. (2019). "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p.
2. https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/esp_vida/i0/&file=02002.px&L=0 (consulta el 1/6/2021).
3. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. The Kings Fund Ed., 2014.
4. Denmark. Country case study on the integrated delivery of long-term care. WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term care. WHO Regional Office for Europe ed., 2019.
5. Powers JS. The importance of geriatric care models. *Geriatrics* 2019; 4:5.
6. <https://healthandcarenotts.co.uk/> (ultimo acceso el 2/6/2021).
7. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained> (último acceso 12/6/2021).
8. Charles A, Ewbank L, Naylr C, Walsh N, Muray R. Developing place-based partnerships. The foundation of effective integrated care systems. The Kings Fund, ed. 2021.
9. <https://integratedcarefoundation.org/publications/realising-the-true-value-of-integrated-care-beyond-covid-19-2> (último acceso 2/6/2021).



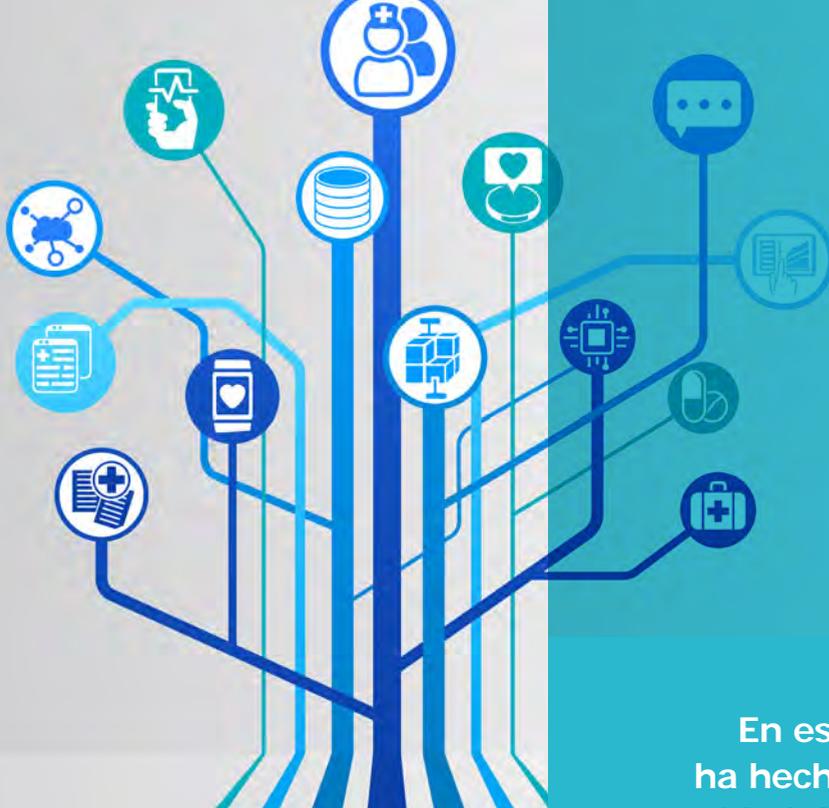
Estrategia nacional de transformación digital del Sistema Nacional de Salud al servicio de una sociedad conectada: ¿cuál debe ser su contenido?

D. Luciano Sáez Ayerra

Presidente de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)

D. José Luis Monteagudo Peña

Vicepresidente para Innovación, Formación e Investigación de la SEIS



En estos meses se ha hecho evidente la necesidad de mejorar las infraestructuras para la adquisición, procesado y comunicación de los datos sanitarios

La Salud Digital ha jugado un papel crítico en la respuesta a la crisis producida por la pandemia de la Covid-19 demostrando de forma dramática la **importancia de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) para sostener el funcionamiento de los servicios sanitarios** en una situación de interrupción masiva en su funcionamiento ordinario. La respuesta ha comprendido un cambio hacia el teletrabajo y la atención no presencial, la necesidad de implementar soportes para la recogida e intercambio de datos, el aumento de la demanda de acceso a los sistemas de información y las tecnologías

digitales para la práctica asistencial y la gestión, junto con la necesidad de soportar de forma urgente los rediseños de procesos y estructuras organizativas que se han ido implementando sobre la marcha como el despliegue de nuevas unidades UCI, hospitales improvisados o centros de vacunación **sin olvidar la humanización de la asistencia** facilitando la comunicación de los pacientes aislados en situaciones críticas con sus familiares. En estos meses se ha hecho evidente la necesidad de mejorar las infraestructuras para la adquisición, procesado y comunicación de los datos sanitarios, así como la interoperabilidad para

poder compartirlos y la utilización de herramientas avanzadas de analítica e Inteligencia Artificial (IA).

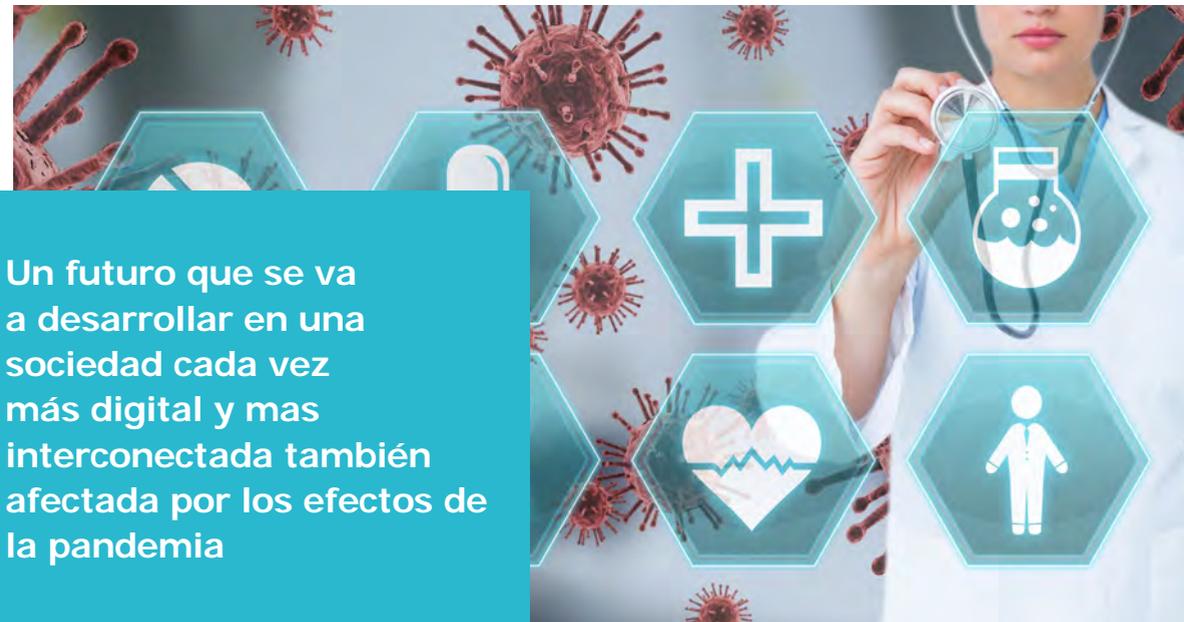
Los esfuerzos requeridos en Salud Digital para afrontar la pandemia han sido mucho mayores de los que antes eran normales y bajo condiciones de urgencia extrema.¹ Además, la demanda de los usuarios no ha hecho sino crecer a lo largo de la evolución de la crisis. Esto está condicionando la base de partida para abordar la situación postcovid y plantea un claro desafío para la transformación digital del sector en el futuro. Un futuro que se va a desarrollar en una sociedad cada vez más digital y mas interconectada también afectada por los efectos de la pandemia. Las formas en que se pueda concebir y ajustar la transformación digital en la salida de esta crisis influenciará de forma profunda los servicios sanitarios en el futuro.

En este trabajo se pretende aportar un marco de referencia sobre el contenido de una estrategia de transformación digital para el SNS en España. Se trata de un enfoque y sugerencias de propuestas a par-

tir del análisis de las recomendaciones de buena práctica de expertos,²⁻⁴ organismos como la OMS⁵ y la UE^{6,7} y de la revisión comparada de las estrategias de otros países⁸⁻¹¹ así como de la actividad desarrollada en la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS).

En los párrafos siguientes se discute sobre la naturaleza y complejidad de la transformación digital; la importancia de establecer una estrategia; los principios guía; las líneas generales de actuación estratégica; ciertas actuaciones básicas para hacer posible su realización y sobre medidas de acompañamiento convenientes.

Este artículo ofrece una reflexión personal de los autores sobre la **estrategia nacional de transformación digital del SNS con propuestas y sugerencias de actuación**. No pretende describir con detalle la estrategia propiamente dicha ya que por su naturaleza y dimensiones excedería con mucho los límites de este trabajo y además, porque su establecimiento formal es una tarea que compete a las autoridades del SNS al más alto nivel.



Un futuro que se va a desarrollar en una sociedad cada vez más digital y mas interconectada también afectada por los efectos de la pandemia



1

La empresa de la transformación digital del SNS

La transformación digital y el concepto de Salud Digital trascienden la visión tradicional de la incorporación de tecnologías como elementos de soporte a los procesos establecidos para concebirse de forma integrada en la estrategia de cambio en los sistemas de salud. El fin es facilitar cambios relevantes en la forma de organizar, gestionar y proveer los servicios teniendo en cuenta las necesidades y deseos de los pacientes, los profesionales, los gestores y otras partes interesadas que componen el ecosistema sanitario. Implica la adopción de intervenciones con base tecnológica de gran alcance en el SNS, apropiadas al con-

El fin es facilitar cambios relevantes en la forma de organizar, gestionar y proveer los servicios teniendo en cuenta las necesidades

texto, asumibles económicamente, escalables y sostenibles. Se trata de aprovechar el potencial de tecnologías con alto poder de innovación, como las **comunicaciones móviles 5G, la nube, Internet de las Cosas (IoT), Big Data, Analítica, IA, dispositivos biomédicos llevables, robótica, e impresión 3D entre otras**. Su realización implica la integración de esas tecnologías de forma extendida a lo largo de todo el sistema.

En la actualidad, **todos somos conscientes de que existe un antes y un después del desencadenamiento de la pandemia**.

La era postcovid no va a significar en ningún caso una vuelta al escenario anterior. El proceso de transformación digital del SNS se va a desarrollar bajo otras premisas y a otros ritmos de los que se contemplaban anteriormente. No se puede contemplar como una intervención definida en el tiempo, con un principio y un fin fijados, sino un proceso dinámico complejo de transición de la situación actual a un futuro por crear. Es propiamente una empresa con una visión del cambio en el SNS cuya realización seguirá una trayectoria en el tiempo para alcanzar los objetivos, en un contexto variable e incierto, para lo que es necesario articular una estrategia. Los apartados siguientes están dedicados a la necesidad, naturaleza y contenidos de esa estrategia.

El proceso de transformación digital del SNS se va a desarrollar bajo otras premisas y a otros ritmos de los que se contemplaban anteriormente





2

La necesidad de una estrategia nacional de transformación digital del SNS

No se puede esperar que la transformación digital del SNS alcance los objetivos deseados simplemente por la difusión pasiva autónoma de las tecnologías. Por otra parte, parece razonable impulsar un ritmo mayor que el tradicional para la incorporación de las TIC en el sector salud. No se trata sólo de tecnología sino también de cambios culturales, organizativos y de relación con los usuarios. La realización de la transición a un nuevo escenario en la sanidad postcovid plantea **desafíos sin precedentes para las instituciones, los profesionales, los pacientes y la sociedad en general**. Por ello, se requiere una

No se trata sólo de tecnología sino también de cambios culturales, organizativos y de relación con los usuarios

estrategia nacional para poder realizar una verdadera transformación digital del SNS que alcance a todo el sistema con la ambición, velocidad de respuesta y profundidad necesarias superando barreras del pasado. La estrategia de transformación digital del SNS es la guía para hacer realidad una visión de mejora en la nueva normalidad tras la pandemia. Representa la *inteligencia* de la empresa de transformación digital para un futuro que hay que construir. Por ello, por su naturaleza, el establecimiento de la estrategia para la transformación digital del SNS requiere el liderazgo al más alto nivel.

El diseño de la estrategia de transformación digital debe afrontar cuestiones enrevesadas debido a la alta complejidad del SNS y del ecosistema de Salud Digital con numerosas organizaciones y partes interesadas.

Por ello, es recomendable una aproximación desde el pensamiento de sistemas, con una perspectiva amplia de la red de interrelaciones entre los constituyentes de ese gran ecosistema y con el medio exterior.¹²



Para tener éxito en la empresa de la transformación digital del SNS se debe tener capacidad de adaptación y agilidad para navegar en los escenarios imprevisibles de futuro

Para tener éxito en la empresa de la transformación digital del SNS se debe tener capacidad de adaptación y agilidad para navegar en los escenarios imprevisibles de futuro. La estrategia debe concebirse con mentalidad flexible y con grados de libertad suficientes para abordar las incertidumbres asociadas a la evolución de las crisis sanitaria, económica y social, así como del propio cambio tecnológico, aunque dentro de un rumbo general establecido. En un momento como el actual, **una estrategia determinística rígida no sería válida por mucho tiempo**. Por otra parte, haciendo todo muy flexible puede resultar en un camino costoso a ninguna parte. Por ello, es conveniente incorporar capacidades de prospectiva sobre escenarios potenciales de futuros sucesivos que se ayuden en la toma de decisiones para guiar el proceso de transformación digital.¹³



Se requiere un liderazgo y compromiso al más alto nivel institucional para impulsar un esfuerzo sostenido en el tiempo de la transformación digital

3

Principios guía

Los principios que se describen más abajo sirven de **referencia para establecer una dirección, en sentido amplio, del viaje de la transformación digital del SNS**. Estos son:

1. Se requiere un liderazgo y compromiso al más alto nivel institucional para impulsar un esfuerzo sostenido en el tiempo de la transformación digital integrada en la estrategia de cambio al servicio de los valores y resiliencia del SNS.
2. Producir valor para los pacientes.
3. Despliegue extendido a todo el SNS de las aplicaciones de la Salud Digital.
4. Desarrollo de infraestructura pública de datos de salud al servicio del SNS y de la sociedad.
5. Importancia central de la componente humana con atención especial a los

profesionales sanitarios como uno de los actores críticos para el éxito de la transformación digital potenciando sus competencias digitales a través de los programas universitarios y de formación post grado.

6. Incorporación y potenciación de los recursos de conocimiento técnico experto en TIC para la salud en el sistema.
7. Articular la colaboración y la cooperación con el sector tecnológico para la innovación en el SNS. Considerar la transformación digital de la sanidad como motor de desarrollo industrial y económico. Por otra parte, la estrategia debe servir para clarificar el marco de actuación de los proveedores de tecnologías y servicios, incluyendo un marco ético, legal y regulatorio apropiado a la realidad digital.



4

Propuesta de grandes líneas de actuación estratégica

Las grandes líneas de actuación estratégica están dirigidas a dar una respuesta consistente transversal a los distintos escenarios potenciales de futuro. No se trataría de intentar optimizar para un escenario concreto de difícil precisión sino de cubrir con una respuesta apropiada un espectro amplio de escenarios plausibles. A ese fin se proponen las siguientes líneas:

1. Desarrollo de un sistema de información de Salud Pública, que aglutine y cohesione los datos de todo el SNS, integrando las fuentes de información existentes (como la

Se trata de cubrir con una respuesta apropiada un espectro amplio de escenarios plausibles

historia clínica) evitando la duplicación de sistemas y asegurando su **interoperabilidad** y calidad para posibilitar su explotación. Promover la gestión de uso de los datos para un uso colaborativo, transparente y de aprovechamiento público.

2. Utilización de las **capacidades digitales para facilitar la integración** entre niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados en coordinación con los servicios sociales poniendo especial foco en el abordaje de la cronicidad.



3. Desarrollo de Servicios Públicos Digitales para el SNS. Entre los temas principales se encuentran el **acceso y contribución del paciente a su historia digital de salud**. En esta línea cabe incluir también el desarrollo de la atención virtual y la tele-salud con soportes para facilitar al ciudadano el manejo y seguimiento continuo y ubicuo de su condición. Es un ámbito idóneo para el desarrollo de plataformas y la aplicación de salud móvil y aplicaciones de IoT.

4. Impulso al avance de la práctica médica soportando la traslación a la clínica de la medicina personalizada y de precisión, ayudas a la toma de decisiones con IA, aprendizaje máquina y técnicas analíticas, así como de soportes avanzados relacionados con imágenes médicas, cardiología, cirugía y laboratorios. **Hacer efectiva la transformación digital al servicio de los profesionales**, mediante la potenciación de los procesos y decisiones clínicas, basadas en el conocimiento científico, en el consenso y la evidencia, con acceso a bases de datos de conocimiento y herramientas de colaboración. En este sentido es vital la colaboración de las Sociedades Científicas Sanitarias

5. Avance de la **interoperabilidad dentro del SNS y a nivel internacional**, especialmente en el espacio de la Unión Europea, dando continuidad y nuevo impulso al importante desarrollo realizado en la última década en la interoperabilidad de la tarjeta sanitaria, la receta electrónica y la historia clínica digital del SNS.

6. Promoción del **empoderamiento de los pacientes**, facilitando el acceso electrónico a la información y al conocimiento; potenciando el uso de Internet y las comunicaciones móviles con aplicaciones de soporte a los ciudadanos y su entorno para los autocuidados; la prevención y la promoción de hábitos de vida saludable, y favoreciendo la educación y formación digital, la accesibilidad y la motivación para el uso de los servicios digitales de salud.

7. Favorecer la **aceptación y uso extendido de la Salud Digital** dando confianza a los usuarios mediante la garantía de la seguridad.

8. Potenciación de las **infraestructuras TIC** acorde con la evolución tecnológica, el despliegue extendido de los servicios y con una visión de su capacidad innovadora.

9. Potenciación e incorporación de **talento digital en el SNS**, con recursos humanos preparados y acordes con la envergadura y naturaleza de la empresa de la transformación digital.

10. Soportes y plataformas para facilitar la **investigación biomédica y los ensayos clínicos**.

Las líneas de actuación estratégica representan dominios de proyectos y actuaciones concretas de implementación que en gran parte se complementan y presentan potencial de actuar sinérgicamente.



Parece lo más apropiado que la gestión y coordinación de este Comité se realice por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS

5

Elementos críticos para hacer realidad la estrategia

Para la puesta en acción efectiva de la estrategia se consideran críticas tres actuaciones:

- A. Establecer un marco de gobernanza y liderazgo.
- B. Adoptar un marco de evaluación.
- C. Financiación.

5.1. Establecimiento de un marco de Gobernanza

Nuestra visión es que se lleve al Consejo Interterritorial la propuesta de realizar la Estrategia Digital del SNS bajo iniciativa del Ministerio de Sanidad con la colaboración de todas las Consejerías de Salud de las CCAA y para ello crear por mandato del Consejo un Comité Director de la Estrategia Digital, al que también se incorporaría INGESA y el Ministerio de Defensa. Adicionalmente, habría que contemplar el papel que las mutuas y la sanidad privada deben asumir dentro de ese marco.

Parece lo más apropiado que la gestión y coordinación de este Comité se realice por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Este Comité podría tener dos grupos de decisores uno con nivel de alta dirección en el que deberían participar los Gerentes Regionales y otro ejecutivo con los Directores de Sistemas de los Servicios Regionales.

La Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS dispondría de un equipo de expertos como apoyo para la elaboración y soporte al desarrollo de la estrategia.

Entre las tareas a realizar se encuentran:

- Realizar un **inventario de los sistemas de información** existentes y en desarrollo por las diferentes organizaciones sanitarias.
- Analizar las posibilidades de cumplir en ellos las **normas de interoperabilidad y de seguridad** de la información incluidas en la estrategia.

- **Información al grupo ejecutivo sobre los nuevos proyectos** a realizar para desarrollarlos de forma colaborativa y basándose en la estrategia.

- Articular **mecanismos de financiación** de las adaptaciones o nuevos proyectos que cumplan las normas de la estrategia, total o parcialmente por presupuesto adicional obtenido por el Gobierno Central.

- Aquellos sistemas de información ya operativos que cumplan con la estrategia y que sean propiedad de la administración sanitaria podrán ser expandidos a otras CCAA.

Una tarea importante para la implementación práctica de la estrategia es el establecimiento de una hoja de ruta involucrando a los distintos actores relacionados con el proceso de transformación digital. En ella se deben incluir posibilidades ágiles para cambiar su curso para abordar las incertidumbres, riesgos y cambios en cada paso incremental del camino.



5.2. Medir y evaluar para aprender cómo mejorar

La evaluación de resultados es **esencial para la mejora continua de la propia estrategia y guiar las acciones de Salud Digital**. Ello requiere adoptar métodos y métricas para monitorizar el proceso de transformación digital adaptados a las soluciones tecnológicas y la complejidad de los sistemas de información.¹⁴ Estas medidas deben incluir tanto el estado y rendimiento de las intervenciones digitales como del valor para los usuarios incluyendo calidad y coste. Hay que prestar atención no sólo a los efectos a corto plazo sino muy especialmente los posibles efectos a largo plazo y en particular las consecuencias no intencionadas.¹⁵

Hay que prestar atención no sólo a los efectos a corto plazo sino muy especialmente los posibles efectos a largo plazo



5.3. Financiación

Un condicionante fundamental para el desarrollo de la estrategia de transformación digital es la disponibilidad de financiación suficiente y sostenida en el tiempo. En la actualidad se dispone de una oportunidad única de financiación a través de los fondos europeos, en particular por el Mecanismo Europeo de Recuperación y Resiliencia del instrumento *Next Generation EU*.¹⁶

Financiación suficiente y sostenida en el tiempo: un condicionante fundamental para el desarrollo de la estrategia de transformación digital

En relación con la financiación se proponen tres tipos de medidas:

- A.** Reforzar la inversión en TIC en los Servicios de Salud.
- B.** Incrementar la inversión para proyectos que se definan corporativos del SNS, para su implantación en todo el SNS como medio para conseguir un retorno real de la inversión realizada.
- C.** Financiación de proyectos innovadores de los servicios de salud y centros sanitarios.

Un problema detectado a través de la experiencia es la falta de conocimiento y de disponibilidad de procedimientos administrativos claros para la utilización de las diferentes fórmulas de contratación de proyectos que sean diferentes a las clásicas. Para facilitar y agilizar la realización de nuevos proyectos **se sugiere elaborar un manual electrónico de procedimientos de contratación** en el que se definieran las convocatorias abiertas en el tiempo, los diferentes tipos de contratación posibles y la disponibilidad de los pliegos tipo correspondientes a cada caso.





6

Medidas de acompañamiento

Tal como ya se ha comentado anteriormente la estrategia nacional de transformación digital del SNS es de naturaleza compleja. Su núcleo fundamental está protagonizado por las grandes líneas de actuación, así como por las acciones de carácter organizativo y de gestión como la gobernanza y la financiación. No obstante, conviene considerar una serie de medidas de acompañamiento al eje central de la estrategia y que son muy importantes para el éxito de la transformación digital del SNS. Entre ellas cabe destacar la formación, los aspectos éticos y legales, la cooperación internacional, la agenda de I+D+i, el desarrollo de un entorno social y político favorable y la difusión de la propia estrategia y sus logros.

Conviene considerar una serie de medidas de acompañamiento al eje central de la estrategia y que son muy importantes para el éxito de la transformación digital del SNS

6.1. Impulso a la formación y la cultura digital en salud

Conocemos como en los últimos años ha ido en aumento la cantidad de herramientas de Salud Digital que utilizan los médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios. La transformación digital aumentará esa situación acelerando el cambio en los modos de atención y en los entornos de trabajo. Por ello, **es esencial asegurar que tienen el conocimiento, habilidades y actitudes adecuadas** para enfrentarse a los cambios tecnológicos y organizativos asociados a la digitalización. Se necesitan acciones para preparar los profesionales actuales y los que se están formando con

la incorporación de las competencias digitales en los curriculares universitarios y de formación continua. No sólo se requiere que los profesionales sanitarios se desenvuelvan con soltura en la utilización de las nuevas tecnologías, sino también que **evalúen críticamente esas tecnologías** y que participen activamente en su desarrollo y en su difusión extendida en la práctica rutinaria.

6.2. Atender a los aspectos éticos, legales y regulatorios

La utilización creciente de las TIC en la sanidad va acompañada de una preocupación cada vez mayor por distintos aspectos de su uso, como pueden ser la confidencialidad en el tratamiento digital de datos personales, la toma de decisiones basada en sistemas de información, la diseminación de la información, la utilización secundaria

de los datos, las aplicaciones de la Inteligencia Artificial, algoritmos de analítica, implantes, robótica y otros. Ello conlleva considerar una variedad de **consideraciones éticas junto con necesidades legales y de regulación** o de adecuar la que ya existe a fin de adecuar las propuestas tecnológicas, facilitar su aceptación por parte de la sociedad y dar seguridad jurídica a los trabajadores sanitarios.

La utilización creciente de las TIC en la sanidad va acompañada de una preocupación por la confidencialidad en el tratamiento digital de datos personales



6.3. Activar la dimensión internacional

El desarrollo de la transformación digital en el SNS debe prestar atención a la dimensión global de la sociedad actual. En nuestro país la participación en el espacio común de la UE ha sido un elemento clave para el desarrollo de la e-Salud. De cara al futuro aparece aún más importante por el impulso a las políticas de digitalización, el marco regulatorio y los recursos económicos puestos en juego para la recuperación y la resiliencia desde la Comisión Europea.¹⁶

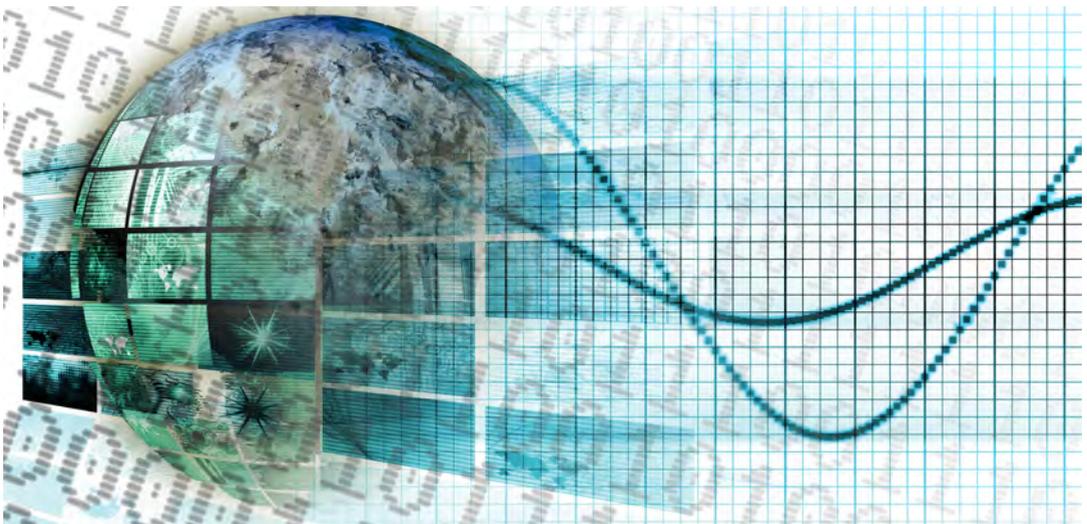
Aparte de la UE es importante mantener y **ampliar la relación internacional en materia de Salud Digital** a través de organismos como la OMS, OCDE, ITU, y las agencias de normalización, aparte de con países como Reino Unido, Canadá o Australia sin olvidar América Latina y el Caribe.

La colaboración internacional implica beneficiarse del intercambio de conocimiento y experiencia con otros países, pero también recaba el esfuerzo de participar en foros internacionales, grupos de trabajo, publicaciones profesionales y en otros medios, contribuyendo con nuestra experiencia y conocimientos, así como influir en la toma de decisiones, especialmente dentro de la UE.

6.4. Impulsar una agenda de investigación, desarrollo tecnológico e innovación

La I+D+i constituye un elemento fundamental de actuación en las TIC para la salud, como lo demuestra la experiencia de los programas de I+D+i nacionales y de la UE en el pasado. Por si misma la Salud Digital constituye un área de investigación de gran relevancia, pero además se deben explotar sinergias con sectores de investigación conexos: biomedicina y biotecnología, investigación clínica, farmacia, instrumentación científica, electrónica, robótica, telecomunicaciones, informática, e-ciencias, nanotecnología, biomateriales y domótica.

Se debe prestar una **especial atención a los nuevos avances e investigaciones que tienen como objetivo facilitar una medicina más personalizada**. El desarrollo e implantación en la práctica clínica de la genómica, la nanomedicina o la medicina regenerativa ya ha comenzado y se plantean nuevos desafíos y oportunidades para las TIC en sus vertientes de gestión del conocimiento, integración y análisis avanzado de información y soporte a los procesos de toma de decisión.



6.5. Facilitar un ambiente favorable al desarrollo de las TIC para la salud

Teniendo en cuenta la complejidad del SNS y del ecosistema de Salud Digital es importante **favorecer un entorno colaborativo** entre todos los agentes implicados para abordar de forma efectiva los retos existentes y aprovechar las oportunidades para impulsar el desarrollo del sector. Este

ambiente es crítico para movilizar recursos y crear un clima que favorezca la adopción, implantación y utilización extendida de las aplicaciones. En esa línea desempeñan un papel relevante las reuniones científicas, jornadas y foros multidisciplinares relacionados con la Salud Digital. Es importante la colaboración con los medios de difusión y generadores de opinión a fin de favorecer la aceptación social.



6.6. Difundir la estrategia y los logros de su desarrollo

Por otra parte, es muy conveniente realizar una amplia **difusión en todo el sector sanitario y en la industria** de los términos de las diferentes medidas que se adopten de forma que se promueva el interés por la innovación digital en el sistema.

Realizar una amplia difusión en todo el sector sanitario y en la industria

Conclusiones

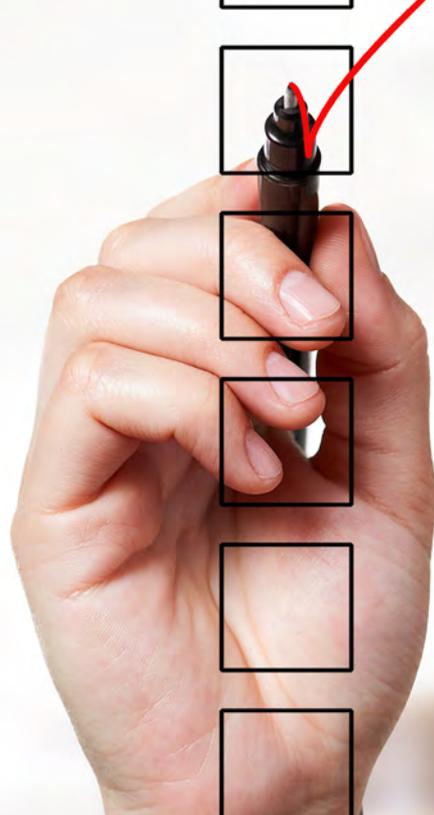
Se dispone de una notable experiencia acumulada y recursos de conocimiento del propio SNS sobre salud digital, con un buen registro de logros y lecciones aprendidas a lo largo del tiempo. No obstante, **la pandemia ha hecho patente no pocas lagunas en la digitalización del sector**, así como la falta de una estrategia común en el SNS.

El proceso de transformación digital va a requerir la **incorporación de talento e inteligencia con recursos humanos expertos y de la dotación de estructuras técnicas** potentes en la administración central y autonómica.

Un elemento básico es la **potenciación de las infraestructuras tecnológicas digita-**

les acorde con las visiones transformadoras que se preconizan para el cambio sanitario, dimensionando los recursos para, más allá de soportar las necesidades a corto plazo, anticiparse y estar preparadas para facilitar de forma flexible y rápida el despliegue de las innovaciones de forma extendida en todo el sistema.

Es preciso tomar conciencia de la necesidad de un esfuerzo importante y continuado a largo plazo para cambiar la lenta dinámica tradicional del SNS y adaptarla a los ritmos y alcance de las actuaciones de salud digital que se necesitan. Va a implicar un cambio de mentalidad más abierta a la innovación y nuevas formas de relación entre los actores.



No se puede tener un plan rígido. **El mundo tecnológico evoluciona muy rápido** y también los cambios económicos, sociales y políticos. Las incertidumbres no van a desaparecer. No sabemos con certeza, nadie lo sabe ni lo puede saber, el escenario hacia el que nos estamos dirigiendo. Pero **se puede mejorar el conocimiento sobre la marcha**, con estudios de prospectiva que soporten la gobernanza, aprovechando las capacidades técnicas y mediante la colaboración a nivel nacional, europeo y global.





Bibliografía

1. Monteagudo J L, García Codina C. Resultados de la encuesta sobre la gestión directiva para la salud en tiempos del COVID-19. [Internet] 1 junio 2020 [Consultado 17 mayo 2021]. Disponible en <https://seis.es/resultados-encuesta-gestion-covid19/>.
2. Peterson W. Creating Digital Strategies. European Commission. Employment, Social Affairs and Inclusion. August 2018.
3. Stjepić AM, Ivančić L, Vugec DS. Mastering digital transformation through business process management: Investigating alignments, goals, orchestration, and roles. Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation. 2020. 16(1):41-73 .
4. Skog DA. The Dynamics of Digital Transformation: The Role of Digital Innovation, Ecosystems and Logics in Fundamental Organizational Change. Umeå University. 2019.
5. WHO. Draft global strategy on digital health 2020–2025. WHO 2020.
6. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable. Bruselas, 25.4.2018 COM (2018) 233 final.
7. Dictamen del Comité Europeo de las Regiones – La digitalización del sector sanitario. DOUE C 168/05, 16.5.2019.
8. Australia. Digital Health Strategy 2019-2029. [Internet] 2019. [Consultado el 17 mayo 2021] Disponible en: <https://conversation.digitalhealth.gov.au/australias-national-digital-health-strategy>.

9. Dinamarca: Digital health strategy 2018- 2022. [Internet] 2018 [Consultado el 17 mayo 2021] Disponible en: https://www.healthcaredenmark.dk/media/ljiiixkr5/en_the_danish_digitalisation_strategy2018-2022.pdf
10. Alemania (Digital healthcare act) [Internet] 2020 [Consultado 17 mayo 2021] Disponible en: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digital-healthcare-act.html>.
11. Francia: Stratégie nationale e-santé 2020. [Internet] 2017 [Consultado 17 mayo 2021] Disponible en: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2017-01-24_strategie_e-sante_2020.pdf.
12. Jackson M C. Creative Holism: A Critical Systems Approach to Complex Problem Situations. *Systems Research and Behavioral Science*. Syst. Res. 2006; 23: 647-657.
13. OECD. Strategic Foresight for Better Policies. 12 pp. October 2019.
14. Enam A, Torres-Bonilla J, Eriksson H. Evidence-Based Evaluation of eHealth Interventions: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res*. 2018 Nov; 20(11): e10971.
15. Ash, J., Berg, M. and Coiera, E. Some Unintended Consequences of Information Technology in Health Care: The Nature of Patient Care Information System-Related Errors. *JAMIA*. 2004; 11: 104-12.
16. Comisión Europea. Plan de recuperación para Europa. [Internet] 2020 [Consultado 17 mayo 2021] Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es#nextgenerationeu.

CAPÍTULO

4

Autonomía y gestión hospitalaria: ¿hacia dónde hay que ir?

Dr. José Soto Bonel

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

VOLVER AL ÍNDICE



Se considera básica una buena formación pregrado y postgrado teórico-práctica con el objetivo de alcanzar a dominar las competencias requeridas para desempeñar las funciones de dirigir las organizaciones sanitarias

En una publicación monográfica sobre el fortalecimiento del SNS en la era postcovid, no podía faltar una reflexión sobre la gestión hospitalaria y, en relación a ella, la autonomía de la propia gestión.

Desde los gestores se ha reivindicado a menudo un mayor grado de autonomía para los hospitales en el rol a desempeñar como parte del sistema sanitario (cartera de servicios, plantillas, equipamiento tecnológico, desarrollo digital, etc), y en el

desempeño como directivos en sus propias funciones (presupuestos, objetivos, configuración de equipos asistenciales, estrategias, captación y promoción de liderazgos profesionales, etc).

Se ha venido defendiendo por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDI-SA) la preparación de los gestores españoles para aceptar cualquier desafío organizacional y de gestión en las labores de dirección de los hospitales.

Para ello, se considera básica una buena formación pregrado y postgrado teórico-práctica con el objetivo de alcanzar a dominar las competencias requeridas para desempeñar las funciones de dirigir las organizaciones sanitarias (hospitales, centros de Atención Primaria, sociosanitarios, etc).

Igualmente, la consideración de *altos directivos* (con regulación específica en el Estatuto de los Trabajadores) frente a la de *altos cargos* (con adscripción a las líneas políticas de los gobiernos) para el caso de los gerentes de los hospitales, en la mayoría de los casos de dirección de los centros de titularidad pública, limita las posibilidades de desarrollar estrategias propias de cada hospital.

Estamos hablando y analizando las características de la **dirección de las empresas más complejas del mundo, posiblemente, los hospitales**, donde todos los autores destacan la dificultad inherente a una organización donde el conocimiento (profundo y actualizado constantemente) se sitúa en la base de la organización, y las decisiones operativas se toman en este nivel, al margen de los niveles jerárquicos superiores.

Describiremos en este capítulo, siquiera sea someramente, las **características y retos más relevantes de la gestión hospitalaria** en la era postcovid, dibujando un horizonte objetivo de mejora de la misma.





Buscaremos, en ese sentido, la implicación de los propios pacientes, de sus familias y entorno de relaciones, y de las organizaciones que les representan

1

La gestión hospitalaria

1.1. El camino de la salud

La actividad de **los servicios sanitarios por sí misma no garantiza la obtención de mayores niveles de salud** en los ciudadanos que acuden a los centros asistenciales demandando solución a sus problemas de dolor, malestar, incapacidad para la actividad cotidiana, reagudización de enfermedades crónicas, etc.

Al hospital se puede acceder por derivación del ámbito de Atención Primaria (esta limitación no se da en el caso del acceso a hospitales y clínicas privadas), o por decisión propia en el caso de requerir asistencia urgente, la cual también puede requerirse por decisión de los servicios de Urgencias o emergencias comunitarias. El hospital pone en marcha, de inmediato, sus recur-

sos para atención a estos pacientes (ordinarios, preferentes o urgentes, según sea el caso), con el objetivo de reintegrarlos a su estado anterior a la necesidad de atención en el hospital, o a un nivel de salud mejor que el que tenían.

Y aquí topamos con las limitaciones de los equipos sanitarios para lograrlo, en cuanto a que el nivel de salud depende de otros determinantes distintos a la actuación sanitaria propiamente dicha.

El análisis de los determinantes de la salud ha puesto el foco en los hábitos de los pacientes, en sus estilos de vida, en su biología y su genética, en su actividad social, en su entorno de vida y vivienda, y en su colaboración para obtener un compromiso por su parte de co-responsabilizarse en el

objetivo de lograr una mejor salud. Buscaremos, en ese sentido, la implicación de los propios pacientes, de sus familias y entorno de relaciones, y de las organizaciones que les representan, para la asunción de este reto compartido por sanitarios y pacientes. Más adelante analizaremos las estrategias para lograrlo.

1.2. Hospitales postcovid

Si hacemos el ejercicio mental de suponer que no supiéramos qué ha ocurrido en nuestra hipotética ausencia del mundo durante este último año y medio desde principios del año 2020 hasta el momento actual, y fuésemos a las Urgencias de un hospital ahora, nos encontraríamos con algunos **cambios evidentes**.

Veremos que hay circuitos diferenciados para entrada y salida, que no se permite la entrada de acompañantes salvo que el paciente sea dependiente y necesite ayuda. Si nos toca desplazarnos por las dependencias del hospital, notaremos menos gente en los pasillos, salas de espera y unidades de hospitalización que lo que era habitual antes de este periodo de ausencia. Veremos que todos usamos mascarillas para movernos por todos los lugares tanto en el interior como en el exterior (en la ciudad) y nos lavamos las manos frecuentemente con gel hidroalco-

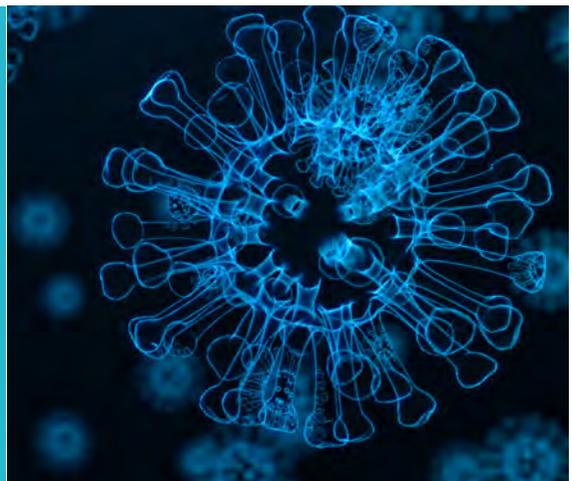
hólico. Un virus nos ha trastocado la vida y las costumbres, también en los hospitales.

Hemos sufrido un shock colectivo de ataque de un virus desconocido al que hemos combatido con herramientas propias de la actividad sanitaria (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, alta) adaptándonos a las medidas especiales de protección que exige el alto nivel de contagios y la gravedad sintomática de los mismos.

¿Qué nos quedan como *secuelas* de ese combate?

- Permanecerá el **trabajo multiprofesional** como necesario para abordar procesos complejos y multidependientes.
- Permanecerá **la telemedicina** como medio de llegar al paciente sin necesidad de desplazamientos en los casos que se considere factible, sin merma de la calidad de la atención.
- Surge la necesidad de reforzar la **dotación tecnológica** de nuestros hospitales, así como el estado de sus instalaciones.
- Surge la necesidad de potenciar las **plantillas de profesionales** allí donde se ha evidenciado más su precariedad.

Un virus nos ha trastocado la vida y las costumbres, también en los hospitales





La visión estratégica supone la adaptación constante a los retos y a las necesidades del entorno y a las exigencias de los pacientes

Tendremos que impulsar y favorecer nuevos liderazgos profesionales y gestores, organizar el trabajo en torno a procesos integrados de salud desde la Atención Primaria a la hospitalaria, poner un mayor énfasis en la investigación y en la docencia como misiones (también) de los hospitales.

Pensemos que tenemos el gran reto de orientar la misión asistencial a la obtención de mayores resultados en salud, con las aportaciones de los pacientes en las decisiones de organización además de en las propias que afecten a sus problemas de salud.

1.3. Visión a medio – largo plazo

La coordinación entre niveles asistenciales, la medición de resultados, la investigación, la innovación, o el mayor protagonismo de los pacientes en la toma de decisiones que afecten a su salud, son pilares estratégicos que definen claramente la visión de los hospitales a medio y largo plazo.

Para poder consolidar esos basamentos estratégicos, tenemos tres ámbitos en los que lo precario de la situación nos puede

impedir el avance hacia el futuro: **refuerzo de la Atención Primaria, modernización integral de los hospitales y mejora de la coordinación con los servicios sociosanitarios.**

1.4. El rol de los directivos

Enunciados en el apartado anterior los pilares estratégicos que van a definir la visión a medio y largo plazo, queda explícito el rol de los directivos. Nuestro auténtico reto es liderar la respuesta de las organizaciones sanitarias (se incluyen, claro es, los hospitales) al desafío del largo plazo. Tenemos que pensar que nos toca asumir este liderazgo. Tenemos que asumir la responsabilidad de coordinar los esfuerzos, de desarrollar las estrategias y de gestionar los recursos con los que se pueda contar de manera conjunta con los profesionales en lo que llamamos gestión clínica.

La visión estratégica supone la adaptación constante a los retos y a las necesidades del entorno y a las exigencias de los pacientes, sin olvidarnos del fin, que nos legitima, de mejorar la salud de los ciudadanos, de la sociedad.

Durante la pandemia del SARS-Cov-2 ha sido más visible que lo que suele ser normalmente, la investigación. También apela a los directivos el lograr que los trabajos y resultados de la investigación clínica desarrollada en los hospitales por los propios profesionales del centro, **revierta en una mejor asistencia**, con la aplicación de las evidencias obtenidas, y una mejor docencia, trasladando a las aulas esas mismas evidencias.

Otros retos directivos, no menos importantes, los centramos en desarrollar sistemas de medición de resultados en salud para orientar el empleo de recursos a la eficiencia en conseguir esos resultados, y en **impulsar la transformación digital** tan necesaria para dar un paso trascendental hacia la transparencia y la seguridad de nuestras actuaciones a los pacientes.

Profesionalidad

En SEDISA tenemos un fin fundacional, que es **mejorar nuestra aportación como directivos a la mejora de la salud** de los ciudadanos a quienes atendemos en los centros o servicios que dirigimos, para contribuir a transformar y hacer evolucionar el modelo sanitario hacia la excelencia.

La profesionalización del directivo de la salud es uno de los objetivos estratégicos de SEDISA. Para su desarrollo existe un Comité de Profesionalización con varias líneas estratégicas, como son: la implantación del Grado de Administración y Gestión Sanitaria, el Desarrollo Profesional Continuo (DPC), la certificación de competencias y el reconocimiento uniforme del directivo de la salud en todos los Servicios Regionales de Salud.

La profesionalización del directivo de la salud es uno de los objetivos estratégicos de SEDISA



El **DPC es una de las piezas clave en la profesionalización del directivo de la salud**. Se trata de una herramienta o ciclo de mejora para la adquisición y certificación de las competencias que todo gestor sanitario debe poseer, en función de los distintos perfiles directivos y el mapa de competencias definido para ello. De esta forma, dependiendo del grado alcanzado en conocimientos, habilidades y aptitudes, el directivo puede dirigir su ruta individual y de forma mentorizada, a la adquisición de nuevas competencias, necesarias para un determinado perfil de directivo, y que estas competencias sean certificadas por un organismo habilitado para dicho reconocimiento.

Autonomía de gestión

Los directivos sanitarios, en el desarrollo de sus funciones, tienen que contraponer (como en cualquier sector u organización) el deseo de poder aplicar la totalidad de sus conocimientos y competencias adquiridas, a la mejora de la Unidad Directiva que tengan adscrita.

Para ello, **suele reivindicar un nivel suficiente de autonomía de gestión que le permita asignar los recursos materiales y tecnológicos al cumplimiento de los objetivos** derivados de su razonamiento o planificación estratégica, o decidir modalidades asistenciales propias que configuren una cartera de servicios singular y única.

La autonomía de gestión supone respetar las competencias de los diferentes niveles jerárquicos de la organización, y la obligación de rendir cuentas de las actuaciones llevadas a cabo, los niveles de empleo de recursos, los resultados alcanzados, las estrategias que soportan la gestión, todo ello de una forma transparente, accesible a todos los actores y partes interesadas en el funcionamiento de la Unidad que se gestiona.

La discusión se centra en los incentivos al directivo y a los profesionales a su cargo, por el cumplimiento de los objetivos asignados.

Los objetivos de cada directivo acostumbran a ser negociados con su superior jerárquico de forma que, una vez pactados, se convierten en el marco de la autonomía de gestión, y su cumplimiento significa sujeción precisa a los compromisos adquiridos en el acuerdo de objetivos.

El reconocimiento al ajuste de los mismos viene tras la evaluación conjunta de las partes firmantes del acuerdo, con reconocimiento del logro alcanzado y, por lo tanto, con aplicación de los incentivos asociados al nivel de cumplimiento que se determine.

La autonomía de gestión supone respetar las competencias de los diferentes niveles jerárquicos de la organización, y la obligación de rendir cuentas de las actuaciones llevadas a cabo





1.5. Los retos

Viviendo una crisis sanitaria, los directivos (como el resto de profesionales sanitarios) hemos reafirmado nuestro compromiso con el sector y con la sociedad.

Podemos **mejorar el sistema sanitario, y evidenciamos la necesidad de reforzar la vigilancia epidemiológica y los sistemas de Salud Pública**, mejorar y consolidar los sistemas informáticos para evitar desfases en la información, proporcionar conocimiento en tiempo real y contar con un sistema basado en resultados en salud. También tenemos que abordar reformas profundas en Atención Primaria, que tiene un rol estratégico en el modelo actual de atención sanitaria.

Pero los retos no terminan ahí. Tenemos que hacer reformas en profundidad en los siguientes aspectos: buen gobierno y autonomía de gestión; recursos humanos y profesionales; Atención Primaria y Comunitaria; Salud Pública; Investigación; Desarrollo de la I+D+i, de medicamen-

Los directivos (como el resto de profesionales sanitarios) hemos reafirmado nuestro compromiso con el sector y con la sociedad

tos y de vacunas; transformación digital; coordinación de los servicios sanitarios y sociales; política farmacéutica y reserva estratégica; financiación sanitaria; y transformación del modelo de atención sanitaria.

Pudiera parecer desenfocado del ámbito de la gestión hospitalaria, pero veremos más adelante la importancia de la coordinación con el trabajo de los profesionales que desarrollan su trabajo en los Centros de Salud (en el ámbito de la Atención Primaria), por ejemplo, para considerar la relación que tiene la definición y gestión de los procesos asistenciales integrados en ambos niveles de atención.

Y esto es solo un ejemplo, como los podemos encontrar entre los servicios de Salud Pública y los servicios de medicina preventiva, prevención de riesgos laborales, o de Farmacia Hospitalaria, en la gestión de estrategias de vacunación, por citar otro reto importante.

Seguridad del paciente

Más que un reto, la seguridad de todas nuestras actuaciones en los pacientes, es una **obligación ética y profesional**.

Desde el *No dañar* como norte de la actuación de cada sanitario, se articulan estrategias tendentes a proteger siempre al paciente de los riesgos que entraña la propia práctica asistencial.

La seguridad del paciente motiva la definición de **procesos, guías clínicas, procedimientos, instrucciones, para estandarizar los actos clínicos**, con desarrollo de la gestión de procesos.

Estos procesos deberían ser siempre integrales e integrados, con consideración también de la Atención Primaria en todos sus pasos y etapas, como expresión de la necesidad de trabajar todos los profesionales con especialización en el abordaje a la enfermedad de que se trate. A mayor número de procesos estandarizados y aplicados, mayor garantía de seguridad del paciente.

A mayor número de procesos estandarizados y aplicados, mayor garantía de seguridad del paciente





Lo normal para evaluar la calidad técnica es desarrollar auditorías

Añadamos la existencia de CSUR (Centros, Servicios y Unidades de Referencia) acreditados por el Ministerio de Sanidad como reconocimiento de especialización y experiencia en mayor número de casos para garantizar la mayor garantía de excelencia en la prestación asistencial, siempre segura en estos casos. Código Ictus, Código Aorta, son otros ejemplos de protocolización para asegurar una correcta asistencia al paciente. Mención aparte, igual de importante al menos, es la aplicación de Guías de Práctica Clínica.

Y no podemos dejar de lado las estrategias de **minimizar las reacciones adversas a medicamentos derivadas de una incorrecta dispensación farmacológica**, que puede tener graves consecuencias al paciente, y tampoco la auténtica guerra a la infección nosocomial en los centros, igualmente con iguales riesgos.

Igualmente, **tendremos que continuar con la guerra contra las IRAS** (infeccio-

nes relacionadas con la asistencia sanitaria), siempre tan exigente para los gestores, y tan influyente en la mortalidad evitable y en las estancias evitables.

Igualmente, no podemos olvidar **garantizar un entorno físico seguro** (edificio, instalaciones, entorno del hospital), que puede garantizar al máximo la asepsia desde las superficies salubres y los aislamientos en puertas, ventanas, así como las estrategias de eficiencia energética y de gestión medioambiental (residuos bio-sanitarios, singularmente).

Calidad

El reto de la calidad en nuestras prestaciones asistenciales tiene como sustento teórico **hacer las cosas bien a la primera**. Ello significa someterse a la valoración de criterios técnicos de perfección y de ajuste a estándares admitidos como *de excelencia*, así como de satisfacción y percepción de los pacientes que reciben los servicios sanitarios.

Lo normal para evaluar la calidad técnica es desarrollar auditorías (internas y externas) que señalen y cuantifiquen el nivel alcanzado en los diferentes criterios a valorar.

El ajuste a normativas ISO, a modelos como el del EFQM (*European Foundation for Quality Management*), entre otros, nos proporcionan un juicio técnico de ajuste a estándares.

Desde hace unas décadas se viene apelando a que los gestores tenemos que prestar atención fundamentalmente a evaluar las expectativas y las percepciones de los pacientes, y tenemos incluso modelos teóricos para lograrlo.

Podemos aplicar, por ejemplo, el modelo SERVQUAL o el propio de la EFQM. El primero tiene como objetivo evaluar las expectativas y las percepciones de los pacientes sobre la calidad del servicio que se les presta. No se trata de cuantificar la calidad objetiva, sino la actitud de servicio percibida. El de la EFQM, bastante extendido en los hospitales españoles, se basa en encuestas de autoevaluación respecto a los diferentes aspectos que configuran la calidad global de la organización (hospital en este caso).

Solvencia

Una organización solvente es aquella que tiene capacidad para cumplir con sus objetivos.

Desde esta concepción, un hospital solvente tendrá que tener recursos (financieros, materiales, edificios, instalaciones), plantillas adecuadas y formadas para poder cumplir con sus misiones, procesos bien definidos y bien ejecutados con responsables funcionales entrenados y preparados para liderar los equipos que los aplican y unos directivos profesionales que coordinen todas las actividades desde posiciones jerárquicas establecidas.

Pero también tiene que haber definido **planes estratégicos** con la participación de todas las partes interesadas (profesionales, autoridades, pacientes, proveedores, ciudadanos, Universidades asociadas....) y tener **establecidas políticas de desarrollo sostenible, responsabilidad social, así como ética** de organización respetuosa y protectora de los derechos humanos a sus profesionales y a sus pacientes y usuarios.



Una organización solvente es aquella que tiene capacidad para cumplir con sus objetivos



El paciente es la razón primera y última de la existencia de los servicios sanitarios

1.6. Los pacientes

Poco a poco, **los pacientes toman más participación en el sistema**, y aunque lo hacen a ritmo lento, esto les está haciendo tomar conciencia de sus responsabilidades y sus posibilidades reales como destinatarios últimos de la acción sanitaria.

La creación, en algunos hospitales, de los denominados Comités de Pacientes, facilita la participación de las Asociaciones de Pacientes en las decisiones de tipo organizativo y la asunción de un rol de autocuidado de su propia salud.

Es responsabilidad de la organización custodiar su historial clínico, protegiendo su documentación clínica de accesos irregulares, o incluso ilegales. También lo es la protección del derecho a la intimidad en todo lo que afecta a su estancia en el hospital, y el respeto a sus decisiones clínicas cuando no haya sido inhabilitado para tomarlas.

El paciente es la razón primera y última de la existencia de los servicios sanitarios, y los hospitales desarrollan estrategias de

humanización con el objetivo de tratar al paciente con la dignidad de ser humano que merece.

Igualmente se constituyen servicios de Atención al Paciente, que tienen por objeto ayudar en las gestiones que necesiten realizar los propios pacientes en sus relaciones con los servicios del hospital, y se están utilizando las tecnologías de la información y comunicación para generar citas a consultas o a pruebas diagnósticas, o cualquier otra información que necesiten.

De igual manera, los Servicios de Información y Acompañamiento juegan un rol importante en las Urgencias manteniendo la comunicación entre los pacientes atendidos en ese ámbito y los acompañantes responsables de los mismos.



2

El Sistema de Salud

Tendríamos que tener una medida de la salud conseguida con las acciones asistenciales

2.1. Valor de la salud

La salud no solo depende del sistema sanitario y de su buen funcionamiento. Evidentemente, una buena estrategia de seguridad del paciente, unas correctas prácticas de calidad asistencial, y una buena organización y gestión del sistema sanitario, pueden evitar daños que comprometan la salud, como hemos visto en líneas anteriores.

El objetivo de nuestras acciones en los hospitales es **lograr aumentar la salud de nuestros pacientes**, y para ello tendríamos que tener una medida de la salud conseguida con las acciones asistenciales.

Durante los últimos años se vienen impulsando formas de medir el valor de la asistencia, aproximando medidas de la salud, equiparando de esta forma valor con salud.

La escala ICHOM, de aplicación en algunos hospitales españoles de manera parcial, supone un intento serio de estandarizar la medida del valor de los actos asistenciales.

El Profesor y Sir británico Muir Gray diseñó una fórmula comprensiva de los factores que influyen en el valor y la relación entre ellos para la obtención del mencionado valor. Así, lo obtendremos de la siguiente forma:

$$\text{VALOR} = \frac{(\text{BENEFICIO} - \text{DAÑO}) \times (\text{PROMS} + \text{PREMS})}{\text{E} + \text{T} + \text{CO2}}$$

Siendo los PROMS y los PREMS las opiniones y las evaluaciones, respectivamente, de los pacientes; \$ refiere al coste incurrido; T el tiempo empleado, y CO2 los residuos generados.

Entenderemos el beneficio como la mejora del estado del paciente, y el daño como el ocasionado por eventos adversos o errores en la acción asistencial.

2.2. Responsabilidad Social Corporativa – Caso Hospital Clínico San Carlos

En el año 2001 la Comisión Europea recogió en su libro verde titulado *Fomentar un marco europeo para la responsabilidad de las empresas* la definición de Responsabilidad Social Corporativa como *la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales*

y sus relaciones con sus interlocutores. Posteriormente, diez años después, emití una comunicación con la *Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre responsabilidad social de las empresas* donde continuaba impulsando las políticas de sostenibilidad dado el beneficio que reportan globalmente.

El Hospital Clínico San Carlos históricamente se ha identificado por el **compromiso social que una entidad socio sanitaria como la nuestra alberga en la propia naturaleza de su existencia y prestación de servicio público.** Dicho compromiso se ha recogido en los sucesivos planes estratégicos que se ha visto concretado desde el año 2010 en el proyecto del Aula Social que nace con la aspiración de ofrecer un lugar de encuentro para todos los grupos de interés y que promueva el impacto positivo en la sociedad.



Desde 2005, fruto del documento elaborado desde la Consejería de Sanidad *Marco de Promoción de la Responsabilidad Social Socio-Sanitaria*, se dotó de estructura orgánica a las políticas de sostenibilidad social, económica y ambiental conformando comisiones mixtas entre atención primaria y el entorno hospitalario que son las encargadas de impulsar y planificar las acciones en materia de responsabilidad social.

Estas comisiones gracias al sistema de autoevaluación en materia de responsabilidad social establecen las **líneas estratégicas de trabajo y seguimiento diferenciadas en seis bloques**, a saber: ambiental, económico-financiero, social, personas, cliente-paciente y alianza-proveedores. Fruto de ello se establecen planes de acción que persiguen abundar en la legislación vigente, como es el ejemplo de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

El compromiso de la organización sanitaria por la sostenibilidad a todos los niveles se evidencia, por ejemplo, en la obtención de la Verificación Ambiental EMAS, la consti-

tución del Comité de Pacientes y Familiares, la implantación de sistemas de compra responsable acorde a la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, la alianza con la Escuela Madrileña de Salud y la publicación del Código ético, de buenas prácticas y transparencia.

**Una misión que
impregna al mundo
empresarial,
comprometiéndonos
individual y
profesionalmente con
la responsabilidad
de garantizar la
sostenibilidad social,
económica y ambiental
de nuestro sistema
sanitario y por ende de
nuestra sociedad**





En la actualidad, el reto continúa en plena vigencia para armonizar los objetivos institucionales con la Agenda 2030 y el desarrollo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible enunciados por la Organización de las Naciones Unidas. Una misión que impregna al mundo empresarial, comprometiéndonos individual y profesionalmente con la responsabilidad de garantizar la sostenibilidad social, económica y ambiental de nuestro sistema sanitario y por ende de nuestra sociedad.

2.3. Anexo

Resumen de participación y resultados del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en el Hospital Clínico San Carlos.

El Hospital Clínico San Carlos participa desde el año 2012, en el Programa Internacional de Centros Comprometidos con

la Excelencia en Cuidados (CCEC®) a través de un convenio de colaboración entre la Unidad de Investigación en Cuidados de la Salud (Investen-isciii) del Instituto Carlos III y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). El objetivo de este programa es la implantación de guías de buenas prácticas en cuidados desarrolladas a partir de procesos sistemáticos de revisión de la literatura científica. Para ello, el programa pone a disposición de las instituciones un conjunto de Guías de Práctica Clínica, un procedimiento o herramienta de implantación y un sistema de evaluación de indicadores. Desde el inicio de esta participación, el Hospital Clínico San Carlos ha implantado de manera progresiva cuatro Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Lactancia Materna, Cuidado y Manejo de la Ostomía, Valoración y Manejo del Dolor y Prevención de Caídas y Lesiones Derivadas).

Los resultados de la implantación de cuidados basados en la evidencia en la institución se resumen en: desarrollo y actualización de procedimientos en base a las recomendaciones de las Guías, disminución de la variabilidad en la práctica, protocolización de circuitos, desarrollo de materiales educativos e informativos, desarrollo y adecuación de infraestructuras, formación de los profesionales, análisis y difusión de los resultados en salud. En relación a este último aspecto los principales resultados de salud obtenidos muestran incrementos en las tasas de lactancia materna exclusiva de 66% en el inicio del

programa a un 76,8% a inicios de 2020; la realización del marcaje de la ubicación de estoma de 63,8% a 100% en cirugías electivas; y detección del dolor al ingreso de 71,4% a un 93,6%.

Como resultado de la implicación de todos los profesionales impulsores y colaboradores del Programa, **el Hospital Clínico San Carlos obtuvo la acreditación como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados en el año 2015 y ha obtenido la redesignación en los años 2017 y 2019, y pendiente de la redesignación en el 2021.**





**Experiencia
investigadora en
tiempos de COVID.
Propuestas para
facilitar estudios**

Dr. Manuel Pedregal Trujillo
Dr. Jesús García-Foncillas López

*Departamento de Oncología, Instituto
Oncológico (Oncohealth Institute), Hospital
Universitario Fundación Jiménez Díaz,
Universidad Autónoma de Madrid.*



La actividad diaria de la mayoría de los habitantes del planeta se ha visto mermada al tener que estar confinados en sus domicilios

1

Introducción

La **pandemia de Covid-19 se ha demostrado como una crisis global** sin precedentes, afectando a 188 de los 200 países que existen en el planeta y con 146 millones de personas infectadas y un total de 3,1 millones de muertes en aproximada-

mente 12 meses, a 24 de abril de 2021.¹ Debido a esta pandemia, la actividad diaria de la mayoría de los habitantes del planeta se ha visto mermada al tener que estar confinados en sus domicilios, con el consiguiente impacto económico asociado.



El diagnóstico *in vitro* (DIV) y las tecnologías *point-of-care* (POC) han sido esenciales en esta pandemia por dos razones fundamentales

2

Pruebas diagnósticas

Es relevante recalcar el papel vital que ha jugado el diagnóstico precoz de la infección por SARS-CoV-2. El diagnóstico *in vitro* (DIV) y las tecnologías *point-of-care* (POC) han sido esenciales en esta pandemia por dos razones fundamentales. La primera es que gracias al **diagnóstico precoz de las personas infectadas se ha podido evitar una rápida propagación** de la enfermedad, tanto por el rápido aislamiento de infectados y contactos, como por la desinfección de las áreas afectadas.

La segunda razón, quizás menos importante en esta pandemia, y común a otras muchas enfermedades, es que **una rápida detección de la enfermedad incrementaría las posibilidades de curación**, difícil de extrapolar a nuestra situación actual ya que carecemos de estrategias terapéuticas eficaces para la Covid-19.² Con respecto al diagnóstico precoz y al uso de las nuevas tecnologías para el rápido diagnóstico y monitorización de los pacientes infectados, **cabe resaltar la estrategia de dos**

países, Alemania y Corea del Sur, que se han convertido en un claro ejemplo de coordinación y eficiencia valiéndose de mecanismos público-privados.

Gracias a la secuencia de SARS-CoV-2 reportada por la comunidad científica en la base de datos pública GISAID,³ en enero de 2020, científicos del hospital Charité de Berlín desarrollaron el primer test específico validado para detectar la presencia de SARS-CoV-2 en pacientes, a raíz de este descubrimiento la OMS adoptó dicha prueba como referencia, y el protocolo fue compartido con el resto de laboratorios del mundo. Dado lo rápido de su desarrollo, así como la experiencia, acreditación y equipamiento de los laboratorios alemanes, cuando empezó la primera ola, Alemania tenía la capacidad de realizar un millón de test semanales, con cerca del 90% de los test realizados por laboratorios privados descentralizados.⁴

Fueron varias las claves del éxito, pero sin duda el papel de la administración central compartiendo la propiedad intelectual de los test con el resto de laboratorios privados del país, así como la obligatoriedad de pagar a las empresas aseguradoras por los test en personas sintomáticas, y más tarde asintomáticas en contacto estrecho con personas infectadas, hizo de incentivo para aumentar exponencialmente la producción de pruebas en el país germano, que por supuesto contaba de antemano con un tejido industrial de primera clase.

Gracias a la secuencia de SARS-CoV-2 reportada en la base de datos pública GISAID, en enero de 2020, se desarrolló el primer test específico validado para detectar la presencia de SARS-CoV-2 en pacientes





- negative
- positive

3

Externalización de pruebas

Durante la pandemia, cuando para el paciente no era posible acudir a la unidad de ensayos clínicos por restricciones de movilidad para la realización de análisis de sangre, pruebas radiológicas u otros test, **se permitió la realización de dichas pruebas en centros externos cercanos al paciente**, siempre y cuando cumplieren con los requisitos nacionales. Deberíamos revisar dicha opción y considerar su integración en nuestros protocolos, al menos para análisis que no representen los objetivos primarios de los ensayos, y para aquellas pruebas radiológicas, que siendo vitales para la interpretación de objetivos

primarios (supervivencia libre de progresión: SLP o supervivencia global: SG) ya cuentan con una evaluación centralizada de las mismas.

Por tanto, también **sería esencial abordar la correcta financiación de dichas pruebas, monitorizando y re-embolsando dichos gastos a las entidades locales encargadas de la realización de las mismas**. Para facilitar el procedimiento, tanto radiólogos como oncólogos de estos centros periféricos deberían ser entrenados como subinvestigadores bajo la supervisión del equipo investigador principal.⁵



Durante la pandemia se redujo el tiempo medio de aprobación de ensayo clínicos de 202 días a 30 días

4

Comites éticos (CE)

El tiempo medio desde la solicitud de inicio de un ensayo clínico hasta la aceptación del mismo y primera visita de inicio suele ser 202 días, con un tiempo medio de evaluación por parte del comité ético de unos 152 días.

Durante la pandemia, varios países, a través de sus agencias reguladoras, centralizaron los comités éticos y designaron una comisión única para evaluar todos los estudios internacionales de la Covid-19, reduciendo de forma importante el tiempo de aprobación (de 202 días a 30 días).⁶

Esta lección aprendida debe hacernos reflexionar sobre la centralización de las comisiones para así agilizar el proceso de aprobación de los ensayos clínicos. Siendo además congruentes con el portal europeo para la aprobación de ensayos clínicos (EC) que establece claramente la identificación de una comisión central y define de forma rigurosa los tiempos de aprobación a una media de 59 días. Por último, **una simplificación en el proceso de aprobación de los EC podría trasladarse en una reducción significativa de los costes del mismo.**⁷



Un 77% aseguró serias dificultades en los procesos de iniciación para la participación en un EC, sobre todo a la hora de negociar presupuestos y revisar los aspectos legales del ensayo

5

Negociación de contratos

Los programas de investigación comunitaria, en centros más periféricos, tiene serias dificultades a la hora de participar en EC, no es la primera vez que caemos en la cuenta de que tanto **los contratos de investigación como la negociación de presupuestos son una importante pérdida de tiempo así como una clara barrera para acceder a ciertos EC** por parte de centros más periféricos. El foro de la comunidad investigadora de la sociedad americana de Oncología médica (ASCO) realizó una encuesta a 780 médicos, sobre las principales

limitaciones en la investigación clínica, de todos los profesionales, un 77% aseguró serias dificultades en los procesos de iniciación para la participación en un EC, sobre todo a la hora de negociar presupuestos y revisar los aspectos legales del ensayo.⁸

Tras la publicación de la encuesta, ASCO recomendó la estandarización de los procesos de negociación, así como la creación de borradores de contratos a nivel nacional para la participación en los ensayos clínicos. **(Tabla 1)**

Tabla 1. Recomendaciones para mejorar los procesos contractuales de negociación.

Standardization	Consensus guidelines to ensure standardization of contracts and negotiation processes across sponsors and CROs; these guidelines may also facilitate site legal review of contracts Promulgate transparency and efficiency
Improve processes	Improve CRO and pharmaceutical sponsor processes to minimize burden on sites
Use of contract templates	Increase use of master templates across sponsors Promote use of existing resources, including: START Clauses (http://www.ceo-lsc.org/sites/all/themes/lifesciences/pdfs/NCI_START_Clauses_Brochure.pdf) MAGI Clinical Trial Agreement Handbook (https://magiworld.org/) Create new templates
Resources on best practices	Create resources for best practices and tips for contract and budget negotiations
Training and education	Access to seminars about contract and budget negotiation best practices that are affordable for sites Call for abstracts/publications at professional meetings (eg, ASCO Annual Meeting). Such sessions may provide an opportunity for sponsors to learn more about the issues that sites are dealing with and strategize about solutions
Forum for sharing	Create a forum for research sites to share issues and strategies
Consultation services	Professional consultation services for sites to access for assistance with contracts and negotiations

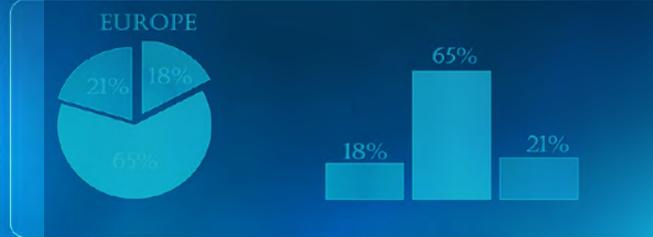
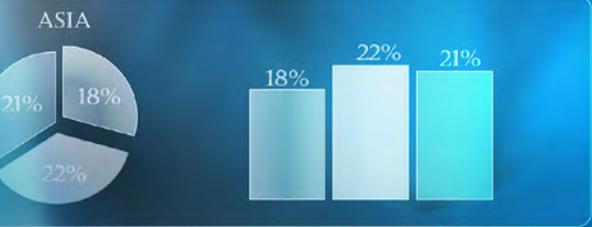
CRO, contract research organization; MAGI, Model Agreements and Guidelines International; START, Standard Terms of Agreement for Research Trial.

Durante la pandemia, el instituto nacional de cáncer de Nápoles promovió un nuevo ensayo clínico con tocilizumab para los pacientes con Covid-19. **Gracias a la combinación de ciertas mejoras en el sistema se tradujo en la apertura del mismo en 600 centros en menos de tres semanas.** Dichas mejoras se basaron en: medicación suministrada de forma gratuita por la compañía. Un formulario electrónico habilitado para la recogida de datos y la petición del fármaco. Contrato central con la agencia italiana del medicamento (AIFA) y la industria, que fue firmado sin la necesidad

de procesos administrativos en el resto de áreas específicas.

Salvando la emergencia sanitaria en la que nos encontrábamos, es importante recalcar que necesitamos de la implementación de un único modelo nacional para los contratos de EC, así como unos presupuestos acordados y menos procesos administrativos locales. La combinación de estos factores asegurarían una mayor eficiencia del sistema con implicaciones finales a nivel de paciente, centros de investigación e industria.⁹

CHANGE IN THE BASIC EARNINGS BY REGION



Las auditorías realizadas por las agencias estatales e internacionales son esenciales para confirmar la calidad y veracidad de los datos clínicos

6

Auditorías presenciales

Las auditorías realizadas por las agencias estatales e internacionales son esenciales para confirmar la calidad y veracidad de los datos clínicos antes de aprobar una nueva molécula o una nueva estrategia terapéutica. Estas auditorías presenciales requieren de una importante preparación, tanto por parte de las agencias como de los institutos de investigación, y además requiere de la

movilización de varios equipos al centro de investigación durante 3-5 días, así como la coordinación de varias entidades semanas antes de la visita. Por tanto, **la realización de dichas actividades de forma telemática durante el confinamiento podría añadir valor a la organización de estas auditorías.**



7

Bases de datos internacionales

La idea de recoger datos en mortalidad y evolución de la enfermedad en paciente con cáncer de pulmón afectados por la Covid-19, que surgió por parte de un consorcio internacional de centros oncológicos (TERAVOLT), fue lanzada en marzo de 2020 a raíz de las advertencias de la comunidad científica china de que la mortalidad por Covid-19 se veía incrementada en los pacientes con cáncer de pulmón. El registro de TERAVOLT acogió a 21 países y fue respaldado por un número importante de sociedades oncológicas y oncólogos que aceptaron empezar con la recolección de datos y la transferencia de los mismos a los centros organizadores sin financiación alguna.¹⁰

La necesidad de recoger datos y compartirlos con otras instituciones afecta satisfactoriamente al cuidado de nuestros pacientes

En menos de un mes, los datos de 200 pacientes fueron recogidos y analizados y actualmente más de 400 pacientes han sido registrados en los formularios electrónicos. Con estos resultados la comunidad científica se ha dado cuenta que más allá de la meritocracia y el individualismo, la necesidad de recoger datos y compartirlos con otras instituciones afecta satisfactoriamente al cuidado de nuestros pacientes. **En la era de la Inteligencia Artificial y del machine learning, la transferencia altruista y generosa, tanto de datos como de conocimiento, podría representar un cambio radical en el tratamiento del cáncer.**



8

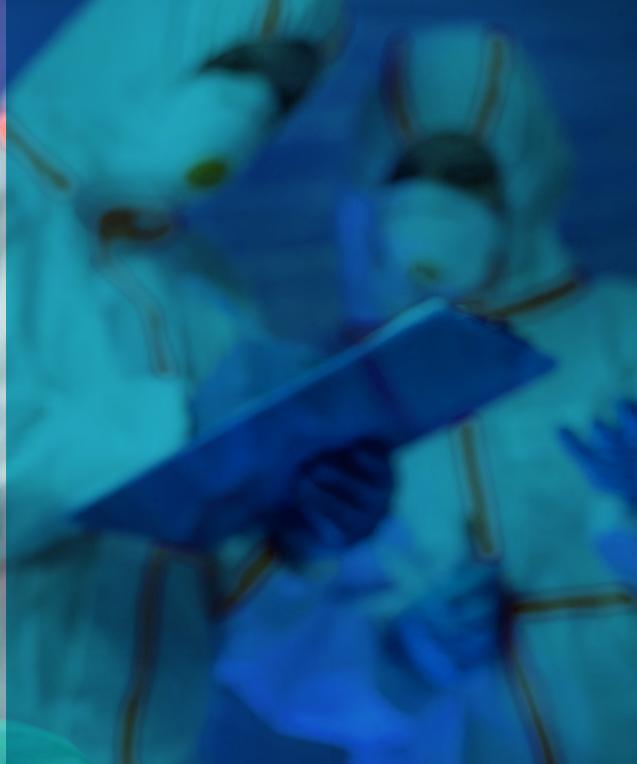
Reuniones Internacionales

Durante 2020-2021 la mayoría de reuniones científicas han sido canceladas o postpuestas, y posiblemente la asistencia a futuras reuniones se va a ver condicionada por el miedo al contagio de la enfermedad. Pese a ello, la mayoría de las reuniones internacionales de los últimos meses (ASCO, ESMO, AACR) se han hecho de forma telemática y han representado un auténtico éxito de cara a la asistencia a las mismas (mayor asistencia telemática), la reducción en el tiempo medio fuera del propio hos-

Aunque la comunidad científica enfatiza en la necesidad del cambio a formato online, debemos ser honestos reconociendo que más de la mitad de la población global aún no cuenta con conexión a Internet

pital, el menor coste y la menor huella de carbono.¹¹

Sin embargo, aunque la comunidad científica enfatiza en la necesidad del cambio a formato online, debemos ser honestos reconociendo que más de la mitad de la población global aún no cuenta con conexión a Internet, y que por tanto será una limitación importante en aquellos colegas que no cuenten con la misma fortuna.



9

Propuestas para facilitar los estudios

Como bien sabemos, las consecuencias derivadas de esta particular situación epidemiológica han sido de importante relevancia en el campo de la medicina, ya que **no sólo ha impactado sobre aquellos pacientes infectados por el SARS-Cov2, si no también, y de forma algo más indirecta, sobre aquellos afectados por otras enfermedades de**

Las consecuencias derivadas de esta particular situación epidemiológica han sido de importante relevancia en el campo de la medicina

curso crónico e importante gravedad, dentro de este subgrupo de pacientes, aquellos con requerimientos de alta complejidad, se han visto muy damnificados. Del mismo modo, como apuntábamos con anterioridad tanto la investigación básica como clínica se ha visto inevitablemente perjudicada.¹²

La vulnerabilidad en el cuidado de estos pacientes (incluidos aquellos que recibían tratamiento dentro de ensayo clínico) ha sido consecuencia de diferentes motivos, tales como: ¹³

- **Complejidad de este tipo de cuidados** que exigen el trabajo de diferentes unidades y departamentos (radiología, cirugía, radioterapia, etc).
- **Dificultad para transferir el cuidado de dichos pacientes a otros centros médicos** (con unidades altamente especializadas y personal específicamente entrenado y difícil de sustituir).
- **Desafío para cumplir las visitas** del estudio exigidas por protocolo para aquellos pacientes dentro de **ensayo clínico**.
- **Recursos** (personales, instalaciones, pruebas diagnósticas, etc) inevitablemente mermados en pro del cuidado del *paciente Covid*.

Por estos motivos, las unidades de ensayos clínicos (amparadas por las Sociedades Científicas de cada especialidad médica) han debido adaptarse a esta nueva situación a través de diferentes cambios o propuestas:

Medidas generales, incluyendo medidas de protección individual para todas aquellas personas que accedan a la unidad de ensayos como: mascarillas, lavado frecuente de manos con jabón o soluciones hidroalcohólicas, respeto de la distancia de seguridad y evitar el contacto estrecho sin protección con personas con sintomatología respiratoria. En este sentido, el personal de la unidad debería estar entrenado en la rápida comunicación a sus superiores sobre un posible contacto con cualquier persona con síntomas que pudieran sugerir infección por SARS-Cov2, no acudiendo al lugar de trabajo. Además, los espacios comunes, incluyendo despachos o salas de trabajo común, deberían ser poco frecuentados, con compartimentalización de dichos espacios y limpieza/desinfección adecuadas -de al menos 2 veces al día-. ¹⁴

Mascarillas, lavado frecuente de manos con jabón o soluciones hidroalcohólicas, respeto de la distancia de seguridad y evitar el contacto estrecho sin protección con personas con sintomatología respiratoria



Pacientes. En cuanto a este nicho de población tan sensible se han propuesto diversas estrategias:

Triage telefónico de síntomas (entre otros: tos, disnea, fiebre, anosmia) el día previo a que el paciente debe acudir a la unidad. Si el paciente presenta algunos de estos síntomas se le recomienda permanecer en casa y acudir a su centro de salud/avisar a los servicios de emergencia en función de la sintomatología.

Triage presencial a la llegada de la unidad, de nuevo preguntando sobre síntomas y con un control de la temperatura.

Instrucciones visuales (pósters, carteles, etc) colocadas en espacios comunes para pacientes en donde se expliquen medidas para reducir riesgos.

Medidas para un transporte seguro al centro (por ejemplo, uso de taxi en vez de transporte público) y también para reducir el tiempo de permanencia de los pacientes en la unidad: análisis de sangre el día previo a recibir el tratamiento (evitando el tiempo de espera mientras el resultado está disponible) si así lo permite el protocolo, reorganización de visitas (aunando pruebas diagnósticas con visitas clínicas).

Alternativas para aquellos pacientes que se desplazan a la unidad desde largas distancias, especialmente en situaciones de confinamiento nacional (por ejemplo, la toma de análisis de sangre o pruebas radiológicas en su hospital local; o realización de visitas telefónicas en vez de presenciales si así se considera seguro para el paciente y siendo acordado con el patrocinador del ensayo).



Se pueden adoptar medidas en donde la posibilidad de un potencial contagio por SARS-Cov2 se reduzca al mínimo haciendo uso de las medidas generales de protección individual y de visitas telefónicas o mediante videoconferencia



Personal clínico. Teniendo en cuenta que la seguridad del paciente debe primar, así como el buen funcionamiento general del ensayo, se pueden adoptar medidas en donde la posibilidad de un potencial contagio por SARS-Cov2 se reduzca al mínimo haciendo uso de las medidas generales de protección individual y de visitas telefónicas o mediante videoconferencia tal y como hemos comentado previamente (ya sean aquellas realizadas por parte del investigador o por parte de las enfermeras del ensayo, incluyendo aquellas visitas donde se informa al paciente del ensayo o aquellas de seguimiento una vez el paciente ya no recibe el fármaco). Incluso, en aquellos centros donde es posible, se podrían organizar equipos con investigadores y Enfermería para visitas a domicilio de cara a extracción de analíticas de sangre o muestras de farmacocinética, así como visitas médicas. Para pacientes cuyo tratamiento del estudio sean fármacos orales, dicha medicación puede ser mandada a domicilio sin necesidad de tener que acudir al hospital, siempre y cuando no haya ningún riesgo de seguridad para el paciente y así se haya acordado con el ensayo.

Personal administrativo con las siguientes medidas: recogida pormenorizada de los cambios previamente comentados, especialmente aquellos que tienen que ver con visitas no realizadas o retrasos en las mismas; con la razón de dicho cambio y la subsiguiente documentación en la historia clínica de cada paciente.

Monitorización remota por parte del patrocinador, tal y como fue recomendado por parte de la Agencia Española del Medicamento y por la agencia europea,¹⁵ de cara a garantizar un mínimo contacto de personal externo de la unidad con la misma, siempre y cuando existan sistemas de historia clínica/documentación clínica electrónicos y la información pueda ser debidamente recogida/comprobada.

Teletrabajo para el propio personal del centro dedicado a esta área, en donde no es necesario, en muchos casos, que acudan diariamente al centro médico (fortaleciendo la comunicación vía llamadas-plataformas informáticas con el personal que sí acude al centro). Y visitas de inicio de ensayos (*site initiation visits- SIV*) así como visitas previas de ensayo (*pre-study site visits*) organizadas también de forma remota, por ejemplo mediante videoconferencia.

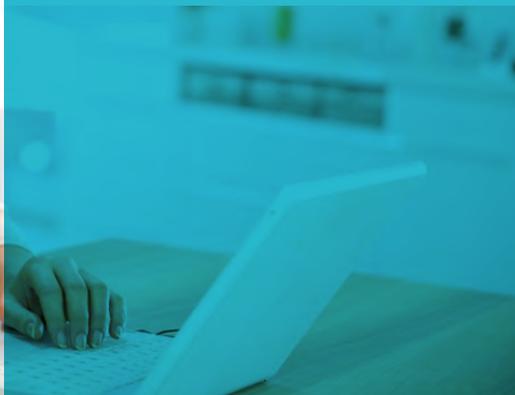
Creación de equipos de respaldo. De cara a **garantizar el buen funcionamiento y la continuidad de una unidad de ensayos clínicos**, incluyendo la posibilidad de un contagio masivo en el personal de ésta. Los equipos de respaldo deberían incluir el personal mínimo y autosuficiente que cubra las siguientes tareas: control clínico de los pacientes y prescripción de fármacos (con, al menos, un investigador clínico), dosificación del fármaco del estudio y dispensarlo (con un farmacéutico), extracción de analíticas, control de constantes y administración del fármaco (por parte de una enfermera de tratamiento), organización de las visitas y pruebas de ensayo así como la salvaguarda del cumplimiento del protocolo junto al investigador (por la enfermera de investigación o coordinadora de ensayos), la recogida de datos y reporte de efectos adversos al patrocinador (por un *data manager*) y el concierto de citas para pruebas, visitas al hospital, ingresos (por parte de un administrativo).

Los **equipos de respaldo no deben acudir al hospital**, trabajando desde casa según sea posible, siendo reemplazados cada 14 días (el período de cuarentena establecido para este virus).

Realización de test serológicos rápidos (teniendo en cuenta la sensibilidad/especificidad de los mismos) periódicos en el personal de la unidad (asintomáticos), en combinación con uso de PCR para resultados equívocos de los anteriores.¹⁶ Aquellos miembros del personal que presenten un perfil de inmunización con contacto previo al virus (IgM- e IgG+) pueden ser considerados de alto valor, sin necesidad, potencialmente, de realización de cuarentena en caso de contacto y, por tanto, no siendo necesario su reemplazo ni teniendo que formar parte de equipos de respaldo.



Los equipos de respaldo no deben acudir al hospital, trabajando desde casa según sea posible, siendo reemplazados cada 14 días





Bibliografía

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 1 de mayo de 2020;20(5):533-4.
2. Pérez-López B, Mir M. Commercialized diagnostic technologies to combat SARS-CoV2: Advantages and disadvantages. *Talanta.* abril de 2021;225:121898.
3. Bell, S.M. Hodcroft, E., Wagner, C., Müller, N., Hadfield, J., Neher, R., Bedford, T. GISAID. Available at: www.gisaid.org/epiflu-applications/next-hcov-19-a pp/(accessed 21st July 2020) 2020.
4. V.M. Corman, O. Landt, M. Kaiser, et al., Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR, *Euro Surveill.* 25 (3) (2020) 2000045.
5. Doherty GJ, Goksu M, de Paula BHR. Rethinking cancer clinical trials for COVID-19 and beyond. *Nat Cancer.* 29 de mayo de 2020;1-5.
6. McNay LA, Tavel JA, Oseekey K, McDermott CM, Mollerup D, Bechuk JD, et al. Regulatory approvals in a large multinational clinical trial. *Control Clin Trials.* febrero de 2002;23(1):59-66.
7. Speich B, Schur N, Gryaznov D, von Niederhäusern B, Hemkens LG, Schandelmaier S, et al. Resource use, costs, and approval times for planning and preparing a randomized clinical trial before and after the implementation of the new Swiss human research legislation. Fornaro M, editor. *PLOS ONE.* 11 de enero de 2019;14(1):e0210669.
8. Thompson MA, Hurley PA, Faller B, Longinette J, Richter K, Stewart TL, et al. Challenges With Research Contract Negotiations in Community-Based Cancer Research. *J Oncol Pract.* junio de 2016;12(6):e626-32.

9. Lorusso D, Ray-Coquard I, Oaknin A, Banerjee S. Clinical research disruption in the post-COVID-19 era: will the pandemic lead to change? *ESMO Open*. 2020;5(5):e000924.
10. Garassino MC, Whisenant JG, Huang L-C, Trama A, Torri V, Agustoni F, et al. COVID-19 in patients with thoracic malignancies (TERAVOLT): first results of an international, registry-based, cohort study. *Lancet Oncol*. julio de 2020;21(7):914-22.
11. Perrin A, Duggan M. Americans' Internet Access: 2000-2015. Disponible en: <https://www.pewresearch.org/internet/2015/06/26/americans-internet-access-2000-2015/>.
12. de Miguel M, Doger B, Boni V, Hernández-Guerrero T, Moreno I, Morillo D, et al. Increased vulnerability of clinical research units during the COVID-19 crisis and their protection. *Cancer*. 1 de septiembre de 2020;126(17):3907-11.
13. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. marzo de 2020;21(3):335-7.
14. Ng K, Poon BH, Kiat Puar TH, Shan Quah JL, Loh WJ, Wong YJ, et al. COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med*. 2 de junio de 2020;172(11):766-7.
15. Recomendaciones EMA/AEMPs. [Internet]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/2020-medicamentosusohumano-3/medidas-excepcionales-aplicas-a-los-ensayos-clinicos-para-gestionar-los-problemas-derivados-de-la-emergencia-por-covid-19/>.
16. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody Responses to SARS-CoV-2 in Patients of Novel Coronavirus Disease 2019. *SSRN Electron J* [Internet]. 2020 [citado 31 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.ssrn.com/abstract=3546052>.



**La mejora en el
acceso a la innovación
terapéutica.
Perspectiva de la
administración**

Dr. Agustín Rivero Cuadrado

*Ex director General de Cartera de Servicios
del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.*



15 años de nuestras vidas
(20%) se los debemos
a los medicamentos

1

Introducción

Resulta evidente que el desarrollo de nuevos medicamentos durante las últimas décadas ha contribuido a **mejorar notablemente el nivel de salud de la población**, disminuyendo la mortalidad y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Klaus Heilman, director del Instituto de la Salud de Munich, estableció la correlación entre el descubrimiento y la aplicación generalizada de medicamentos y la mejora de la calidad de vida y su prolongación, calculando que 15 años de nuestras vidas (20%) se los debemos a los medicamentos.¹

En un informe de la Fundación Weber se indica que, en concreto, entre 2000 y 2009

se logró ganar 1,74 años de esperanza de vida en los países integrados en la OCDE, de los cuales 1,27 años son una consecuencia directa de la innovación farmacéutica.²

En este sentido, la propia Administración también un valor importante a la innovación a la hora de la financiación de los medicamentos. De hecho, en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios queda especificado que uno de los criterios que se tendrá en cuenta a la hora de fijar la financiación de un nuevo medicamento será el grado de innovación que éste presente.³

¿Pero qué entendemos por innovación?

Cuando hablamos de innovación en nuestro ámbito, ¿de qué estamos hablando?. Estamos hablando de innovación terapéutica, esto es, de los resultados en salud, de la innovación vista como una mejora colectiva social, o de la innovación vista desde la perspectiva de la relación coste eficiencia del producto. ¿Qué entendemos realmente por innovación?.

En el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua se entiende por innovación la *creación o modificación de un producto y su introducción en un mercado*.

Innovación es el progreso tecnológico que lleva a la creación de un nuevo producto o a la reducción en el coste de producción o a un incremento del valor terapéutico de un producto existente

En el año 2004, en un informe realizado para la Comisión Europea sobre la innovación en el sector farmacéutico, se define el término innovación como el *progreso tecnológico que lleva a la creación de un nuevo producto o a la reducción en el coste de producción o a un incremento del valor terapéutico de un producto existente*.⁴

Por otra parte, la Declaración de Erice (2007) en el área de la terapéutica, dice que la innovación consiste en el desarrollo y disponibilidad de sustancias activas, entidades biológicas o combinaciones completas o parcialmente nuevas, que son efectivas frente a una enfermedad o la prevención de la misma o en el alivio de síntomas, mediante mecanismos farmacológicos o moleculares y que mejora el cuidado del paciente y la respuesta al tratamiento. Esta definición de innovación terapéutica puede aplicarse también a nuevas indicaciones, procesos de desarrollo, nuevas formulaciones y sistemas de administración de fármacos ya existentes.⁴



Y desde el punto de vista farmacológico, ¿cuándo consideramos a un medicamento como innovador?.⁵ Deberíamos considerar innovador a aquel fármaco nuevo indicado para una patología nueva o, si no lo es, que no existiera ningún tratamiento anteriormente para ella. También aquel que aporta ventajas sobre la eficacia/seguridad en relación con los ya existentes para la misma patología.

El sentido común dicta que el desarrollo de los nuevos medicamentos no solo tenga en cuenta la demostración de su eficacia y seguridad, sino que vaya encaminada a **demostrar su valor añadido respecto a las alternativas disponibles.**

La consecución de este doble **objetivo eficacia/seguridad**, valor añadido, exige mejoras en la regulación del desarrollo de medicamentos.

En el mundo de la Atención Sanitaria y de la Biomedicina, la innovación también se considera un elemento clave para incrementar la calidad asistencial y para avanzar en el tratamiento de muchos procesos de manera más personalizada.

El desarrollo de los nuevos medicamentos no solo tenga en cuenta la demostración de su eficacia y seguridad, sino que vaya encaminada a demostrar su valor añadido respecto a las alternativas disponibles



Los gobiernos, las administraciones y sus organismos que influyen en la regularización y desarrollo de la innovación, han desempeñado un papel fundamental en el conocimiento de los resultados en salud, estableciendo sistemas de incentivos, como los derechos de propiedad intelectual o las ventajas fiscales, y más directamente financiando proyectos de investigación en las universidades o el sector público, y tomando decisiones sobre la adquisición de productos y los precios que están dispuestos a pagar. Además de ello, **los gobiernos proporcionan un marco regulador para velar por la calidad, eficacia y seguridad de los nuevos productos.**

El funcionamiento de estos organismos de forma adecuada o por el contrario inadecuadamente y con reglamentaciones no claras para todos los *actores* a lo largo de la cadena de desarrollo del medicamento, influyen de forma importante en los incentivos a la inversión en el desarrollo de productos y en la rapidez con que los nuevos productos llegan al mercado o, incluso, en la posibilidad de que se comercialicen o no.

El funcionamiento de estos organismos de forma adecuada o por el contrario inadecuadamente influyen de forma importante en los incentivos a la inversión





2

Normativa en la que se apoya el desarrollo de la innovación en nuestro país. Debería medirse la innovación

Nuestro sistema de salud se encuentra en estos momentos con dos desafíos con respecto a la innovación: **pagar adecuadamente este tipo de medicamento**, incentivando aquella innovación que genere los mejores resultados en salud y, en segundo, lugar **dotar al proceso de definición de innovación de una estabilidad y transparencia** que facilite la toma de decisiones y sea avalado por todos los *actores* que intervienen en el desarrollo de este proceso.

Para ello, la propia Administración está potenciando la innovación desde dos dimen-

El objeto fundamental de la Ley 14/2011 es la promoción de la investigación, el desarrollo experimental y la innovación como elementos sobre los que ha de asentarse el desarrollo económico sostenible y el bienestar social

siones diferentes, una con el apoyo y reconocimiento de los centros de innovación ya sea esta cualquier tipo de innovación incluida la farmacéutica y lo hace a través del Real Decreto 2093/2008, de 19 de diciembre, por el que se regulan los Centros Tecnológicos y los Centros de Apoyo a la Innovación Tecnológica de ámbito estatal y se crea el Registro de tales Centros, cuyo objeto, es regular los Centros Tecnológicos y los Centros de Apoyo a la Innovación Tecnológica, de ámbito estatal y crear un registro público de carácter informativo y voluntario de dichos centros.⁸

Y la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la ciencia, la tecnología y la innovación, cuyo objeto es *establecer el marco para el fomento de la investigación científica y técnica y sus instrumentos de coordinación general, con el fin de contribuir a la generación, difusión y transferencia del conocimiento para resolver los problemas esenciales de la sociedad. El objeto fundamental es la promoción de la investigación, el desarrollo experimental y la innovación como elementos sobre los que ha de asentarse el desarrollo económico sostenible y el bienestar social.*⁹

Y otro específicamente dirigido a la industria farmacéutica y su importancia en la innovación de los medicamentos, esto lo hace a través de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.⁷ En este sentido, ya queda especificado, que uno de los criterios que se tendrá en cuenta **a la hora de fijar la financiación de un nuevo medicamento será el grado de innovación** que éste presente en el mismo.

Según la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, uno de los criterios que se tendrá en cuenta a la hora de fijar la financiación de un nuevo medicamento será el grado de innovación que éste presente en el mismo



Así, en su artículo 92 sobre el Procedimiento para la financiación pública, en su primer punto, dice:

La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y, concretamente, los siguientes:

A. *Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.*

B. *Necesidades específicas de ciertos colectivos.*

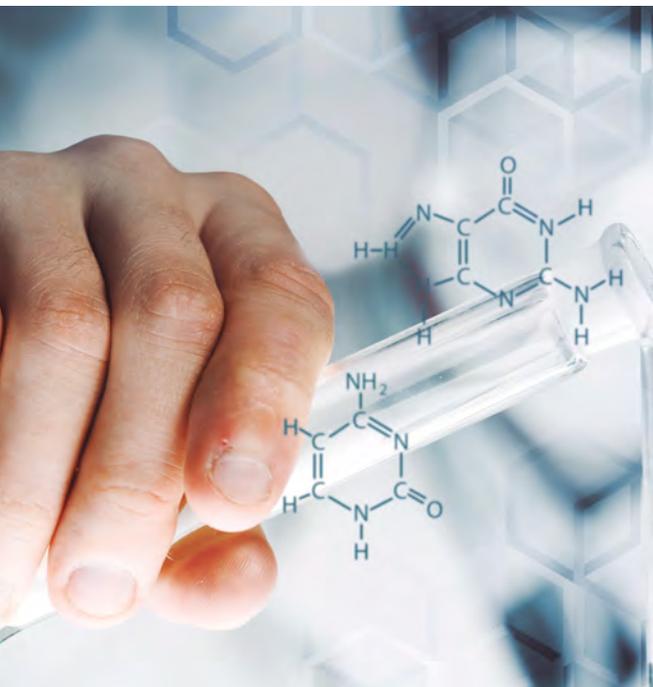
C. *Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.*

D. *Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.*

E. *Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.*

F. *Grado de innovación del medicamento.*

Desde mi punto de vista, el concepto de innovación debe considerarse como un proceso constituido por tres grandes fases: descubrimiento de la molécula, desarrollo y estudio de su validez y difusión de los resultados, en contraste con la innovación entendida solo como un proceso lineal que culmina en el lanzamiento de un nuevo producto. En el ciclo de innovación, las necesidades en salud pública y las necesidades en salud de la población crean una demanda de productos de un tipo muy determinado, idóneos para estimular la labor encaminada a desarrollar productos nuevos o mejorados.¹⁰⁻¹²



El concepto de innovación debe considerarse como un proceso constituido por tres grandes fases: descubrimiento de la molécula, desarrollo y estudio de su validez y difusión de los resultados

El otro aspecto es si la innovación se debería medir. ¿Se debería medir?

En España, la autorización de comercialización de los medicamentos es competencia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y se realiza de acuerdo a criterios de eficacia, seguridad y calidad, pero **la decisión de si el producto es de interés para su financiación por el Sistema Nacional de Salud es de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (DGCBYF)**. Como ya se indicó, el grado de innovación del medicamento forma parte de los criterios que se utilizan para aprobar o no la financiación del medicamento y establecer si un medicamento es innovador e incluso sin definir claramente si esta innovación es disruptiva o incremental, no es fácil.

En 2017, la DGCBYF lideró junto con el Departamento de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Alcalá de Henares un pilotaje con un grupo de medicamentos aprobados por su innovación para puntuar numéricamente, a través de un baremo, el nivel de innovación de los nuevos medicamentos y, en su caso, de las nuevas indicaciones terapéuticas autorizadas oficialmente para antiguos medicamentos. En mayo de 2017, se publicó la metodología de este medidor de innovación, que se conoció como el **innovómetro**, con un planteamiento sencillo, pero con una ejecución más compleja, que consiste en la puntuación de dos bloques. Uno formado por la suma del **Valor Terapéutico Incremental (VTI) y la Mejora del Perfil de Seguridad (MPS) del fármaco**. El método considera innovador (A) aquel medicamento cuya puntuación alcance un mínimo de 20 puntos, sobre un máximo de 100, en este bloque. Si el medicamento no alcanza esta puntuación se considerará como no innovador (B).

El innovómetro consiste en la puntuación de dos bloques: uno formado por la suma del Valor Terapéutico Incremental (VTI) y la Mejora del Perfil de Seguridad (MPS) del fármaco y otro la Valoración Adicional (VA), que recoge la repercusión sobre los recursos sanitarios que implica el nuevo medicamento



El segundo bloque de análisis es la Valoración Adicional (VA), que recoge la repercusión sobre los recursos sanitarios que implica el nuevo medicamento, así como otros aspectos complementarios, tales como la prevalencia de la enfermedad, el incremental en las variables de calidad de vida mediante escalas validadas, o la transmisibilidad entre otras variables.

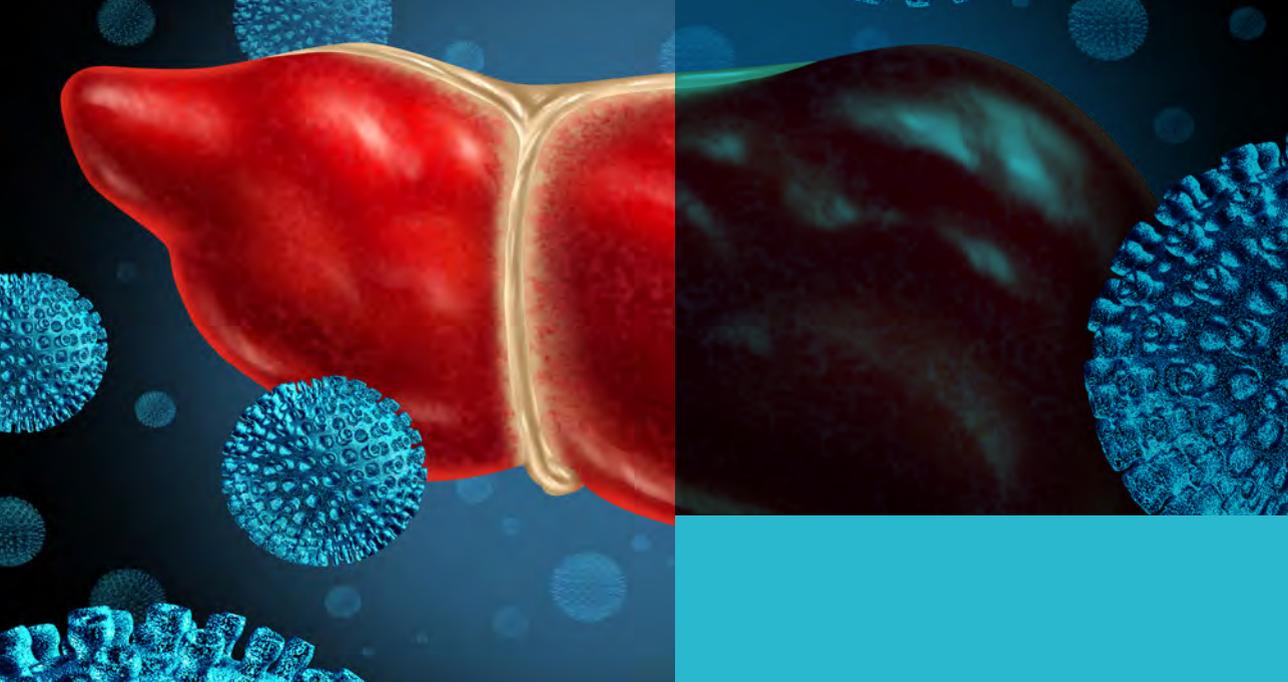
Es interesante señalar que tendría validez solo en el momento que se realizara el análisis, por lo cual, se recomendaba realizar un nuevo análisis al cabo de un tiempo.¹³

En este sentido, se han producido en España algunos avances dirigidos a la instauración de criterios de precio y financiación, basados cada vez más en el valor o en los resultados en salud de los nuevos medicamentos.

Se está trabajando en la introducción de nuevos elementos que midan la innovación de una manera más objetiva, pero hay que reconocer que no con un gran éxito.

Se han producido en España algunos avances dirigidos a la instauración de criterios de precio y financiación, basados cada vez más en el valor o en los resultados en salud





3

Hacia donde debería encaminarse la administración para potenciar la innovación como herramienta útil en la sostenibilidad y el acceso al medicamento

Un ejemplo paradigmático de la potenciación de la innovación y su utilidad en la sostenibilidad y el acceso al medicamento fue, el **Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud**, aprobado en el 2015, y que estableció objetivos específicos y acciones prioritarias a desarrollar en tres años (de 2015 a 2017). Así, este plan ha permitido

Un ejemplo paradigmático de la potenciación de la innovación y su utilidad en la sostenibilidad y el acceso al medicamento fue, el Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud

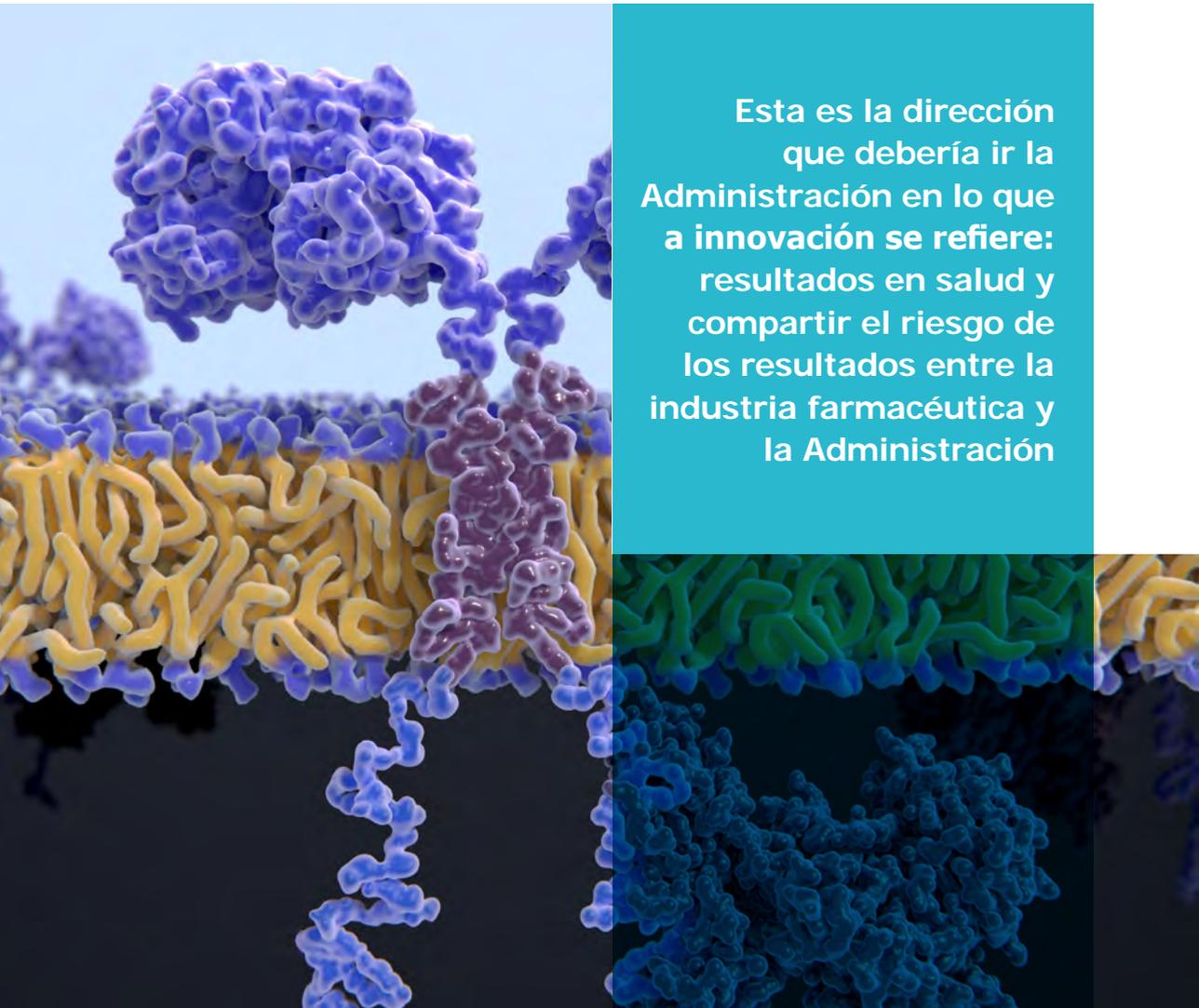
a más de 100.000 pacientes con esa enfermedad acceder a tratamientos innovadores con los que se han curado.

También en cáncer se han conseguido resultados notables en tumores sólidos. Hay dos en los que, gracias a la innovación, se ha cambiado el curso de la enfermedad: el de pulmón y sobre todo el melanoma que era

un tipo de cáncer con mucha resistencia al tratamiento. Se ha conseguido que un 20% de los pacientes puedan vivir años con la enfermedad gracias a la inmunoterapia. En este caso, también la Administración priorizó la innovación. La incorporación por parte de la Administración del arsenal de las terapias celulares caso de la terapia CAR-T, ya aprobada en España, y que ha demostrado una supervivencia global de al menos el 80% de los pacientes en leucemia linfoblástica aguda, pacientes con muy mal pronóstico tras haber fracasado a dos trasplantes, es otra incorporación innovadora notable.

Esta es la dirección que, a mi entender, debe ir la Administración en lo que a innovación se refiere, resultados en salud y compartir el riesgo de los resultados, entre la industria farmacéutica y la Administración.

En cuanto al tema del acceso, hoy en día para aprobar un nuevo medicamento en España, la Agencia Española del Medicamento realiza un informe de posicionamiento terapéutico (IPT) sobre eficacia y seguridad de los ensayos clínicos y con estos resultados pasa a financiación.



**Esta es la dirección
que debería ir la
Administración en lo que
a innovación se refiere:
resultados en salud y
compartir el riesgo de
los resultados entre la
industria farmacéutica y
la Administración**



Es necesario que
tenga mucho más peso
a la hora de tomar
iniciativas en esta
dirección la voz de la
población a través de las
entidades públicas que
conocen claramente las
necesidades en salud de
la población

El objetivo que se planteó en su creación fue que este informe resultase **válido para todas las autonomías y no como ahora, que se hacen distintos informes en algunas comunidades**, y por eso hay diferencias de acceso en cada una de ellas. Es necesario, por tanto, un rotundo acuerdo para que esto sea así a modo de cómo lo es NICE en el Reino Unido. De hecho, esta situación estaría condicionando la velocidad de incorporación de las novedades terapéuticas, en muchos casos. En España, hoy en día, la innovación tiene que hacer frente al reto de las distintas evaluaciones que abundan por doquier, lo que puede prolongar los procesos de incorporación de medicamentos innovadores tras la aprobación estatal. Esto se conoce, pero se sigue en la misma línea.

Por otra parte, el proceso de establecimiento de prioridades en el desarrollo de la innovación se ha convertido en un diálogo público entre los investigadores y la comunidad en general. Esto es debido

posiblemente al gran número de *actores* que participan ahora en las distintas etapas del proceso de innovación, empresas de biotecnología, organizaciones de investigación, universidades, industria farmacéutica, pero falta que tenga mucho más peso a la hora de tomar iniciativas en esta dirección la voz de la población a través de las entidades públicas que conocen claramente las necesidades en salud de la población. Este diálogo entre la industria y la Administración es un hito que aún no se ha llegado totalmente a realizar y es fundamental en el desarrollo de la innovación y, por tanto, el reconocimiento de la necesidad de una interacción mucho mayor, de diversas maneras, entre esos participantes. Todo ello, apunta a la necesidad de un enfoque de global, en el que se haga hincapié en las redes y los esfuerzos coordinados para dotar de eficacia a las actividades de I+D.



Bibliografía

1. Para Rodríguez-Santana I. Accesibilidad y equidad en la innovación terapéutica. Fundación Bamber. 2015.
2. Fundación Weber. Características de la innovación. Madrid 2018.
3. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. «BOE» núm. 177, de 25 de julio de 2015.
4. Reglamento (CE) n.º 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos. DOUE 136, 30/04/2004, p. 1-33
5. Salvador Gómez, T. Innovación terapéutica y su aportación a la salud. 28 de abril de 2016.
6. Zozoya N; Martínez L; Alcalá B; Hidalgo A; Evaluación, financiación y regulación de los medicamentos innovadores en los países desarrollados. Fundación Weber. Madrid 2017.
7. Grado de innovación de los nuevos medicamentos: propuesta de criterios que deben tenerse en cuenta para su valoración. Javier Soto Álvarez. Med Clin (Barc). 2009; 132(12): 481-3.
8. Real Decreto 2093/2008, de 19 de diciembre, por el que se regulan los Centros Tecnológicos y los Centros de Apoyo a la Innovación Tecnológica de ámbito estatal y se crea el Registro de tales Centros. Ministerio de Ciencia e Innovación «BOE» núm. 20, de 23 de enero de 2009. Referencia: BOE-A-2009-1111. Texto consolidado. Última modificación: 3 de junio de 2011.
9. Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 131, de 02 de junio de 2011.
10. Rafael Dal-Ré y Xavier Carné. Autorización progresiva: ¿un nuevo camino hacia el acceso temprano de nuevos medicamentos? Med Clin (Barc). 2015; 144(6): 275-8.
11. Grado de innovación de los nuevos medicamentos: propuesta de criterios que deben tenerse en cuenta para su valoración. Javier Soto Álvarez. Med Clin (Barc). 2009; 132(12): 481-3.
12. Puig-Junoy J y Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 59-67.
13. Zaragoza F; Cuellar S. Valoración de la innovación terapéutica importancia y medida en INNOVACION Y REGULACION EN BIOMEDICINA: obligados a entenderse (Fundación Gaspar Casal, 2017).

CAPÍTULO

7

¿Qué puede aportar la farmacia comunitaria al reforzamiento del Sistema Nacional de Salud?

Dr. Vicente J. Baixauli Fernández

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)



En realidad, todavía no podemos asegurar cuándo estaremos en la era postcovid

En realidad, todavía no podemos asegurar cuándo estaremos en la era postcovid, pues si bien parecía a finales del verano de 2021 que era posible alcanzar la inmunidad de grupo, **la aparición de nuevas variantes y el aumento de la movilidad** de las personas que permite la progresiva disminución de las restricciones, y los viajes entre países, **obligan a ser prudentes a la hora de poder utilizar ya este término.**

Para dar una respuesta razonada a la pregunta formulada en este capítulo de la monografía, es necesario repasar la situa-

ción vivida en nuestro país por la farmacia comunitaria durante los meses transcurridos desde el inicio de la pandemia por Covid-19, es decir, por lo que se podría llamar la era Covid-19. Así pues, la era Covid-19 abarcaría desde la instauración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020¹ hasta el final de la prórroga del segundo estado de alarma, el 9 de mayo de 2021, coincidiendo con el final de la cuarta ola de esta pandemia.

Aunque la era Covid-19 podría dividirse para su estudio epidemiológico en función de las sucesivas olas de contagios y



Aunque la era Covid-19 podría dividirse para su estudio epidemiológico, para este análisis se dividirá en tres períodos marcados por los estados de alarma

fallecidos que se han sucedido desde su aparición, para este análisis se dividirá en tres períodos marcados por los estados de alarma decretados para limitar el contacto entre personas. El primer período se corresponde con el inicio del primer estado de alarma, desde el 14 de marzo hasta el final de su sexta prórroga el 21 de junio de 2020, el segundo con la desescalada, des-

de del final de la sexta prórroga del primer estado de alarma hasta que se decretó el segundo estado de alarma, y el tercer período, desde el inicio del segundo estado de alarma decretado el 25 de octubre hasta el 9 de mayo de 2021,² en que finalizó su prórroga de seis meses aprobada por el Consejo de Ministros el 3 de noviembre de 2020.



El comportamiento de la población en este período se caracterizó por el miedo al contagio por el coronavirus SARS-CoV-2

1

¿Cómo ha afectado a la farmacia comunitaria la era COVID-19?

A continuación, se exponen tres apartados que contextúan la evolución de la era Covid-19 y su influencia sobre la farmacia comunitaria y la prestación farmacéutica.

1.1. Cambios en la población

El primer período de la era Covid-19 comenzó con la declaración por el gobierno del primer estado de alarma y estuvo marcado por la primera ola de la pandemia y el confinamiento domiciliario de todo el país. El estado de alarma limitó la circulación de las personas por las vías y espacios de uso públicos entre las 23:00 y las 6:00 horas, salvo para ciertas actividades y servicios, restringió la entrada y salida de personas

de cada comunidad autónoma salvo para ciertas excepciones y limitó la permanencia de grupos de personas tanto en espacios públicos y privados, como en lugares de culto con limitaciones de aforo.

El comportamiento de la población en este período se caracterizó por el miedo al contagio por el coronavirus SARS-CoV-2 y el desarrollo de la enfermedad por coronavirus (Covid-19). La novedad de esta situación en la España actual y el miedo que trasladó esta medida, produjo inicialmente como consecuencia el acopio de alimentos y productos de primera necesidad que provocó su desabastecimiento y que con el tiempo fue normalizándose. **En este pri-**

mer período se produjo en nuestro país el mayor pico de contagios, hospitalizaciones y muertes de la pandemia.

Las excepciones al confinamiento domiciliario permitieron el funcionamiento básico del país a través de la actividad de los servicios esenciales. Durante este período fue necesario transmitir a la población mensajes dirigidos al mantenimiento del confinamiento *quédate en casa*, esperanza *este virus lo paramos unidos* y prevención del contagio *mantén la distancia social de seguridad, lávate las manos*, etc.

La interrupción brusca de la actividad económica provocó el aumento del teletrabajo, los expedientes de regulación temporal de empleo y su consiguiente impacto sobre el empleo y la economía. El confinamiento provocó el cambio de hábitos de compra a través de Internet, el aumento, entre otros, del consumo de la televisión, la lectura y el uso de las redes sociales.

El confinamiento provocó el cambio de hábitos de compra a través de Internet, el aumento, entre otros, del consumo de la televisión, la lectura y el uso de las redes sociales



El WhatsApp y el teléfono se convirtieron en la forma de comunicación más utilizada por los españoles. Una forma de reconocer la gratitud a la labor de los profesionales sanitarios fue el comienzo de los multitudinarios aplausos diarios a las 20:00 horas, que con el tiempo en algunos lugares se transformaron en caceroladas en respuesta a la gestión gubernamental de la pandemia.

Durante casi tres meses la mayoría de la población española estuvo confinada, salvo para comprar alimentos y productos de primera necesidad, ir a los hospitales, a la farmacia, pasear a los animales domésticos y atender a las personas mayores.

La llegada de la desescalada, dio paso a la *nueva normalidad*, el miedo a una segunda ola y a una posible crisis económica, fue vencido por el deseo de salir de casa y de relacionarse. Comenzó la relajación de las restricciones y el progresivo incremento de los casos de contagios primero en algunas regiones y posteriormente extendiéndose al resto.

La población aprendió a vivir con las limitaciones derivadas del seguimiento de las nuevas medidas de prevención frente al contagio por el coronavirus SARS-CoV-2. Ante la falta de una legislación que permitiese a los gobiernos de las comunidades autónomas confinar en el domicilio en caso necesario a la población, éstos comenzaron a aplicar confinamientos perimetrales más o menos selectivos en sus respectivos territorios.

La población aprendió a vivir con las limitaciones derivadas del seguimiento de las nuevas medidas de prevención frente al contagio por el coronavirus SARS-CoV-2



El miedo fue disminuyendo entre la población, y el miedo a un invierno en el que la gripe pudiera agravar la pandemia propició la vacunación masiva de la población frente a la gripe alcanzándose por primera vez en nuestro país la vacunación del 75% de la población mayor de 65 años. El comienzo de la segunda ola en verano culminó con la aprobación por el gobierno en octubre del segundo estado de alarma, **segundo período de la era Covid-19, para que las comunidades autónomas pudiesen imponer restricciones más duras.** Además de los confinamientos perimetrales se limitó la relación entre las personas, pero esta vez para disminuir el evitable perjuicio económico, a través de los toques de queda y la limitación de horarios en las actividades económicas. El comienzo de la vacunación a finales de año apuntó hacia

una mejora de la situación, especialmente con las noticias provenientes de la vacunación en otros países. Sin embargo, **los desplazamientos e interacciones sociales propios del período navideño trajeron consigo la tercera ola.** Esta misma situación, pero a mucha menor escala, se repitió en la primavera de 2021 con la aparición de una cuarta ola mucho menos acusada, minimizada por la adopción por la mayoría de las comunidades autónomas de medidas de limitación de la entrada a sus respectivos territorios. Actualmente, con el final del segundo estado de alarma y los esperanzadores datos de cobertura vacunal frente al Covid-19 en la población, la situación es la de una segunda desescalada, esta vez con la esperanza de alcanzar una verdadera normalidad el próximo invierno.





1.2. Necesidades de la población

Durante el primer período de la era Covid-19 la farmacia comunitaria detectó un aumento sin precedentes de la demanda por la población de productos sanitarios relacionados con la protección individual, la limpieza y la desinfección: mascarillas, protectores faciales, guantes, termómetros, antisépticos y desinfectantes (alcohol, agua oxigenada, geles hidroalcohólicos, etc), test rápidos, etc. Esta demanda no pudo ser mayoritariamente satisfecha debido a la escasez de estos productos en el mercado, a pesar de la intervención del Estado, y de su alto precio. A lo largo del segundo período de la era Covid-19 y conforme fue habiendo existencias de estos productos, su disponibilidad, accesibilidad y precio para la población fue normalizándose progresivamente. En relación con las mascarillas, **en el segundo período de la**

La farmacia comunitaria detectó un aumento sin precedentes de la demanda por la población de productos sanitarios relacionados con la protección individual, la limpieza y la desinfección

era Covid-19 se produjo un incremento en el uso de mascarillas FFP2 respecto de las mascarillas higiénicas y quirúrgicas, en gran parte debido a su mayor disponibilidad y a que cada vez cobraba más fuerza la teoría del posible contagio a través de aerosoles.

Durante el tercer período ya no había problema alguno para acceder a los productos de protección individual comentados y se empezaron a demandar productos sanitarios **más complejos y orientados a detectar los síntomas más importantes** que cursaban con la Covid-19, prevenir contagios, etc. es decir, pulsioxímetros, mascarillas FFP3, mascarillas de varios tipos (colores, tallas, materiales...), medidores de CO2, etc.

En cuanto a las necesidades sanitarias, **durante el primer período de la era Covid-19 la población se encontró con la mayoría de los Centros de Salud de Atención Primaria y de especialidades cerrados, y en los que no cerraron la única posibilidad de acceder a ellos era telefónicamente** si bien era algo muy difícil de lograr inicialmente por la sobrecarga de las líneas, por lo que sólo en casos aislados se pudo acudir directamente a los centros sanitarios de atención primaria que no cerraron. Por otro lado, los pacientes al no poder acudir al médico a sus visitas de renovación de tratamientos se encontraron con dificultades para acceder a los medicamentos que utilizaban de forma habitual.

Las visitas a los especialistas también fueron inicialmente anuladas al igual que las pruebas, intervenciones previstas, etc. Algunas administraciones sanitarias comenzaron a aprobar medidas que facilitasen la prestación farmacéutica (renovación automática de tratamientos, menores requisitos para acceder a los tratamientos, etc) a través del uso de app o del ordenador para acceder a los Centros de Salud, a los médicos, a los especialistas, etc.

Ante esta situación **muchos pacientes por miedo se quedaron en casa y no acudieron a los centros sanitarios**, esperando que la situación remitiera. Otros acudieron a la farmacia para ser atendidos y otros directamente a los servicios de Urgencias de los hospitales.

Otros acudieron a la farmacia para ser atendidos y otros directamente a los servicios de Urgencias de los hospitales



En el segundo período de la era Covid-19 esta situación mejoró sensiblemente y el acceso telefónico a los Centros de Salud comenzó a ser posible y fue mejorando, si bien la mayoría de intervenciones, pruebas y consultas seguían estando canceladas. Algunos Centros de Salud también comenzaron progresivamente a permitir la atención presencial con cita previa, limitación de aforos, etc. y manteniéndose de forma mayoritaria la atención telefónica. **El foco de la atención sanitaria durante la era Covid-19, por su gravedad, ha sido la atención hospitalaria, y las hospitalizaciones, especialmente las cargas de tra-**

bajo que han soportado las unidades de cuidados intensivos (UCI). En este período es cuando muchas administraciones sanitarias manifiestan la falta de sanitarios para hacer frente a la pandemia.

Durante el tercer período de la era Covid-19 si bien algunos Centros de Salud abrieron de forma presencial con limitación de aforos, una gran parte de la atención sanitaria siguió siendo atendida de forma telefónica destinándose gran parte de los efectivos sanitarios a vacunar de forma masiva a la población, bien en dichos centros o en vacunódromos habilitados expresamente para ello.





En definitiva, **las consecuencias directas de los nuevos contagios a lo largo de la era Covid-19 se han reflejado en los repuntes de las hospitalizaciones y éstas en la ocupación de las UCI** y posteriormente en los fallecimientos. Sin embargo, cuantitativamente el mayor impacto de la pandemia seguramente se haya producido en el ámbito de la Atención Primaria, algo que lamentablemente no se ha cuantificado de forma directa pero que el tiempo demostrará. Hay muchas opiniones coincidentes con la sospecha de que focalizar todo un sistema sanitario en la contención de la Covid-19 tendrá repercusiones en el diagnóstico y pronóstico de otras enfermedades a corto, medio y largo plazo. Así, empieza a confirmarse en recientes



Cuantitativamente el mayor impacto de la pandemia seguramente se haya producido en el ámbito de la Atención Primaria, algo que lamentablemente no se ha cuantificado de forma directa pero que el tiempo demostrará

estudios, que han observado reducciones de los nuevos diagnósticos de muchas enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes y el cáncer.³ También se ha observado una reducción en el número de casos urgentes atendidos a patologías como el infarto agudo de miocardio y el ictus⁴ y la disminución drástica del cribado, seguimiento y control de pacientes crónicos.⁵



Los farmacéuticos comunitarios junto con los médicos, sufrieron la mayor tasa de mortalidad entre los sanitarios al inicio de la pandemia

1.3. Cambios en la farmacia comunitaria y en la práctica farmacéutica

La pandemia cogió a España desprevenida, igual que a la mayoría de países. La farmacia no fue una excepción y se vio también sorprendida por el estado de alarma. Al ser una de las actividades recogida como servicio esencial en el Real decreto que declaró el estado de alarma,⁶ la farmacia comunitaria no ha dejado de prestar sus servicios durante toda la pandemia. Los cambios en la situación epidemiológica y en la población mencionados anteriormente afectaron también a la farmacia. Al igual que la mayoría de los centros y establecimientos sanitarios de nuestro país, la farmacia comunitaria no estaba preparada para hacer frente a esta pandemia y sin ningún tipo de ayuda de las administraciones públicas tuvo que enfrentarse a esta situación.

A pesar de que no se ha querido ver, hay que recordar que, a diferencia de otros establecimientos esenciales, **a la farmacia acudían los pacientes con síntomas compatibles con Covid-19 para tratarlos y recabar consejo.** Debido a ello, los farmacéuticos comunitarios junto con los médicos, sufrieron la mayor tasa de mortalidad entre los sanitarios al inicio de la pandemia, que es cuando escaseaban las medidas de protección.

De la noche a la mañana las farmacias establecieron mecanismos físicos de protección recurriendo a lo primero que se tenía (cajas, cubetas, cintas...) para evitar el contacto y el posible contagio entre las personas, aumentando las distancias interpersonales, etc. Conforme fueron avanzando los días, se **comenzaron a instalar mamparas y pantallas protectoras, a señali-**

zar en el suelo las distancias mínimas entre personas, a informar del aforo de la farmacia, a señalar los circuitos de entrada y salida, y a limpiar y desinfectar las superficies y fómites varias veces al día. Muchos profesionales de la farmacia no dispusieron de mascarillas, guantes, etc. y, dependiendo de la comunidad autónoma o el municipio, tampoco se les proporcionó por parte de la administración sanitaria. Progresivamente, conforme aumentó la disponibilidad de mascarillas, **el personal empezó a utilizar equipos de protección individual (EPI)** para protegerse del contagio tanto con los usuarios como con los compañeros de trabajo, utilizando indumentaria de un solo uso o de lavado diario, lavándose las manos con frecuencia, utilizando guantes y desinfectantes para las manos y utilizando -en un principio los pocos que disponían de ellas- mascarillas, pantallas faciales, gafas de protección, etc.

Esta falta de EPIs, de hecho, fue denunciada públicamente por los **Consejos profesionales de médicos, enfermeros, farmacéuticos, dentistas y veterinarios**.⁷ En este sentido, también manifestaron su disconformidad con alguna de las medidas y recomendaciones contenidas en el protocolo de actuación frente al coronavirus, aprobado el 31 de marzo de año por el Ministerio de Sanidad, referente a la incorporación de los profesionales sanitarios a sus puestos de trabajo sin haberseles realizado el test y las pruebas confirmadas de negatividad.⁸

Los farmacéuticos también manifestaron su disconformidad con alguna de las medidas y recomendaciones contenidas en el protocolo de actuación frente al coronavirus, referente a la incorporación de los profesionales sanitarios a sus puestos de trabajo



También se produjeron **cambios organizativos como la modificación de los horarios de apertura de las farmacias** para permitir su desinfección diaria, la dispensación a través de la ventanilla de guardia para evitar los contagios y la señalización en el interior de la farmacia para mantener las distancias interpersonales de dos metros. Muchas farmacias establecieron turnos entre el personal de la farmacia para evitar contagios entre ellos mismos y mantener la continuidad de la apertura de la farmacia. Se empezó a **disminuir todo contacto directo, físico y aéreo, e indirecto** a través de fómites entre las personas, el uso de guantes, la

disminución del uso de dinero en efectivo y el auge del pago con tarjeta, el uso de los geles, etc. Se paralizaron las prácticas tuteladas de los alumnos universitarios y la prestación de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales presenciales disminuyó drásticamente, incrementándose la atención telefónica, así como la dispensación telemática con entrega en el domicilio. Aunque en las 2-3 primeras semanas hubo gran afluencia a recoger la medicación ante un miedo al desabastecimiento, la afluencia de la población a las farmacias fue baja por el miedo al contagio y se fue incrementando a medida que la pandemia fue avanzando.



1.4. Frecuentación y servicios farmacéuticos prestados

Según una encuesta anónima realizada en la farmacia comunitaria en abril de 2021 a un millar de pacientes sobre lo que ocurrió el año anterior durante el confinamiento domiciliario, un 39% afirmó haber sentido miedo de acudir al Centro de Salud, mientras que en el caso de la farmacia comunitaria este porcentaje se redujo al 11%. En muchas ocasiones eran los propios familiares (hijos, nietos...) de los pacientes de mayor edad (padres, abuelos...) quienes acudieron a retirar los medicamentos y progresivamente la frecuentación fue aumentando, añadiéndose la solicitud de EPIs.⁹ Según dicha encuesta, el 20% de los pacientes encuestados dijo haber recibido atención farmacéutica domiciliaria (AFD).¹⁰

Un 39% afirmó haber sentido miedo de acudir al Centro de Salud, mientras que en el caso de la farmacia comunitaria este porcentaje se redujo al 11%





El perfil medio del paciente demandante fue: mujer de 70 años que ya lo había solicitado más de una vez (63%). El 88% eran pacientes vulnerables al Covid-19, el 33% vivían solos y sin cuidador

1.5. Atención farmacéutica domiciliaria (AFD)

Un estudio realizado en 56 farmacias comunitarias sobre 1.307 demandas de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) relacionados con la AFD durante el confinamiento domiciliario (del 2/3/2020 hasta 5/7/2020) reveló que el perfil medio del paciente demandante fue: mujer de 70 años que ya lo había solicitado más de una vez (63%). El 88% eran pacientes vulnerables al Covid-19, el 33% vivían solos y sin cuidador. **El 55% no estaban en aislamiento, el 40% no tenía Covid ni síntomas, pero estaban aislados, el 2,8% eran Covid-19 positivos y el 2,5% tenía síntomas compatibles con Covid-19.** La mayoría de las solicitudes se hicieron por teléfono (79%). El 52% fueron dispensaciones con entrega domiciliaria de los medicamentos (el 5%

eran medicamentos DH), el 11% además con entrega de sistemas personalizados de reacondicionamiento (SPD), el 9% consultas, el 8% sólo entrega de SPD, el 5% consultas de indicación farmacéutica y el 14% restante otros SPFA. El 27% no conocía el proceso de uso de los medicamentos. Las intervenciones farmacéuticas que se llevaron a cabo estuvieron relacionadas principalmente con información personalizada sobre medicamentos (17%), educación sanitaria (16%), ambas a la vez (15%), notificaciones a farmacovigilancia y preparación de SPD (9%), preparación de SPD (8%) y algunas otras, realizándose un 9% de derivaciones al médico.¹¹

1.6. Acceso a la atención sanitaria y a los medicamentos y productos sanitarios

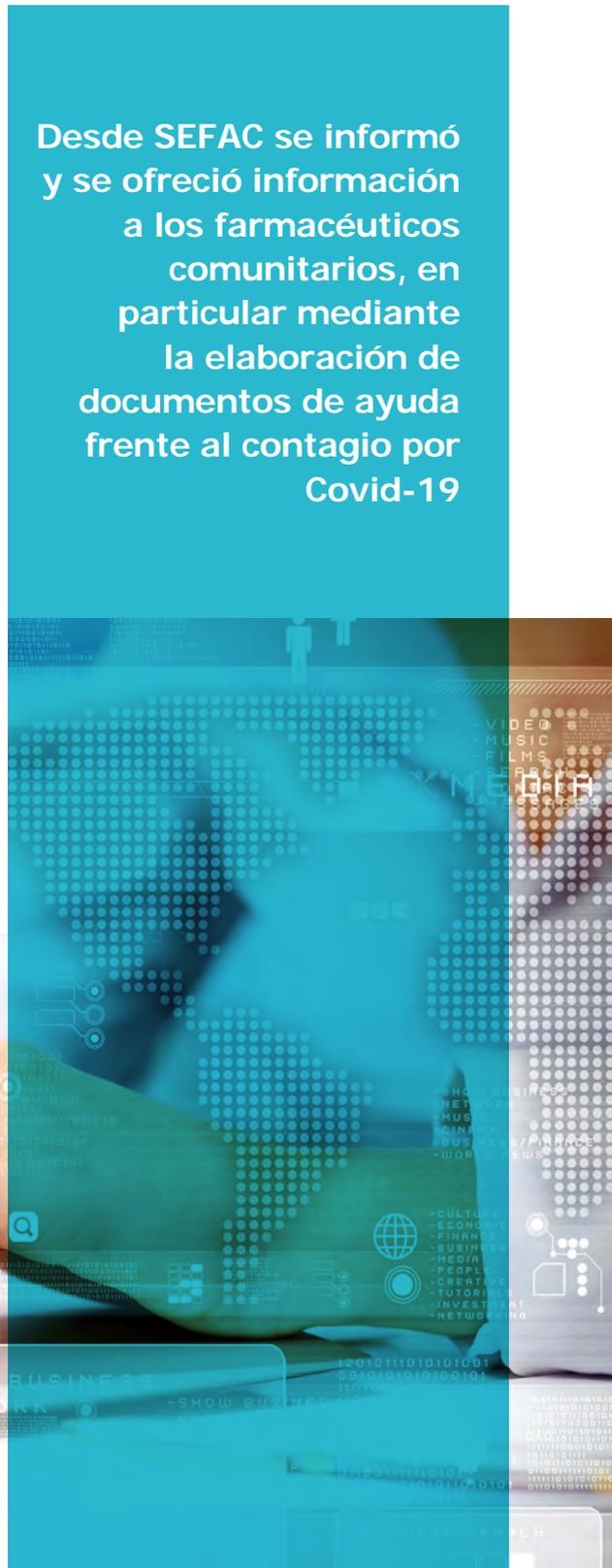
Durante este primer período, según la encuesta de abril de 2021, casi la mitad de los pacientes afirmó que le fue muy difícil contactar con el Centro de Salud cuando lo necesitó y un 11% que no lo logró. En el caso de las consultas con los especialistas, al estar mayoritariamente en hospitales a los que sí se podía acceder esta afirmación se redujo al 37%; sin embargo, el 32% refirieron que les anularon las citas y de ellos el 43% manifestaron que, un año después, todavía no las habían recuperado.

Casi la mitad de los pacientes afirmó que le fue muy difícil contactar con el Centro de Salud cuando lo necesitó y un 11% que no lo logró



Por el contrario, y teniendo en cuenta la existencia de un posible sesgo derivado del lugar en el que se realizó la encuesta, **el 93% refirieron no haber tenido problema para acceder a la farmacia comunitaria cuando lo necesitaron.**¹² Esta dificultad también propició la derivación de más consultas a la farmacia. Según una encuesta a 1.007 pacientes, ante un problema de salud no relacionado con Covid-19, el 54% de los pacientes encuestados afirmó acudir durante el confinamiento primero al farmacéutico, mientras que un 42% dijo acudir al médico y un 22% al enfermero. En cambio, cuando se trató de un problema relacionado con Covid-19 **un 76% afirmó consultar al farmacéutico en primer lugar.** Desde SEFAC se informó y se ofreció información a los farmacéuticos comunitarios, en particular mediante la elaboración de documentos de ayuda frente al contagio por Covid-19: *Documento de preguntas y respuestas frecuentes frente al Covid-19.*¹³

Desde SEFAC se informó y se ofreció información a los farmacéuticos comunitarios, en particular mediante la elaboración de documentos de ayuda frente al contagio por Covid-19



En otra encuesta anónima realizada a 1.721 farmacéuticos comunitarios en febrero de 2021¹⁴ sobre la carga de trabajo que tuvieron las farmacias durante los primeros 6 meses de la pandemia (1ª ola y desescalada), un 82% dijo que se sintió desbordado disminuyendo al 35% durante los segundos 6 meses (2ª y 3ª ola). La dificultad de los pacientes para acceder al médico y a los Centros de Salud provocó dificultades para acceder a los medicamentos en la farmacia. De hecho, un 32% afirmó haber tenido problemas para renovar su tratamiento y el 44% haber necesitado adelanto de medicación por la farmacia para cumplir con el tratamiento.¹² Como consecuencia, **algunas administraciones sanitarias autonómicas relajaron los requisitos para acceder a los medicamentos bien eliminando requisitos administrativos**, bien renovando automáticamente los tratamientos e incluso permitiendo adquirir los medicamentos para meses posteriores y así evitar la salida de los pacientes de su casa para ir a buscarlos a la farmacia. En esta misma línea, algunas administraciones sanitarias **permitieron la entrega domi-**

ciliaria de los medicamentos y la entrega de los medicamentos de ámbito hospitalario en la farmacia comunitaria. Durante este tiempo la farmacia comunitaria colaboró altruistamente con las administraciones sanitarias entregándoles envases de hidroxycloroquina y cloroquina, distribuyendo mascarillas a la población e incluso colaborando en una campaña contra la violencia de género (*mascarilla-19*).

Esta dificultad de acceso a los Centros de Salud también afectó a los controles que a muchos pacientes se les hacía en los Centros de Salud. Al preguntarles, los pacientes refirieron que habían tenido problemas para que les realizasen los controles de presión arterial (25%), para que les realizaran analíticas (17%) y el INR (3%).¹⁰

En consecuencia, el **47% de los pacientes dijo no estar satisfecho con la atención sanitaria recibida, y un 44% en particular con la atención recibida por el Centro de salud.** Por el contrario, y teniendo en cuenta el posible sesgo de la encuesta, un 96% dijo estar satisfecho con la atención recibida por la farmacia comunitaria.⁹

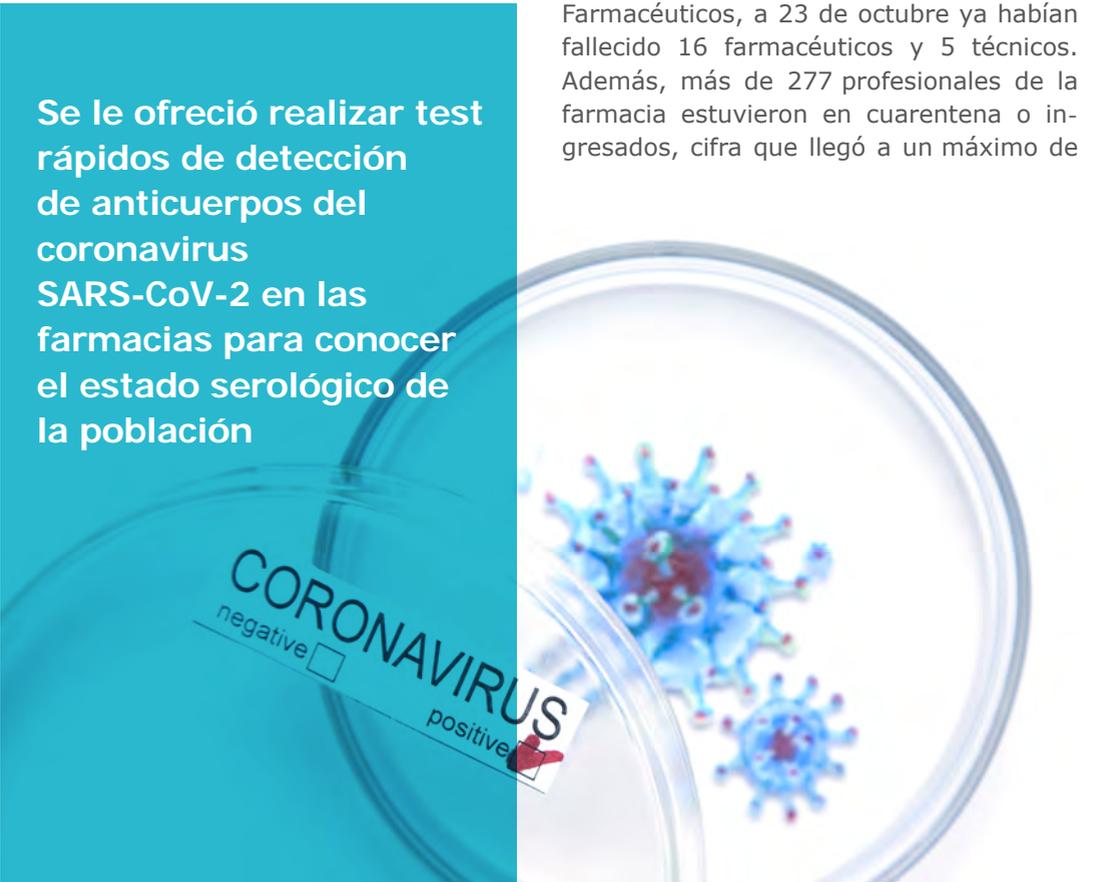
Un 96% dijo estar satisfecho con la atención recibida por la farmacia comunitaria



Durante el confinamiento prácticamente todas las entidades representativas de la farmacia comunitaria ofrecieron su colaboración al Ministerio de Sanidad y a las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas. Sin embargo, desde la administración sanitaria a pesar de la situación, se hizo oídos sordos frente a este ofrecimiento para ayudar a luchar contra la pandemia. Concretamente, se le ofreció realizar test rápidos de detección de anticuerpos del coronavirus SARS-CoV-2 en las farmacias para conocer el estado serológico de la población. La negativa coincidió con una campaña de comunicación de ciertas entidades contra la consideración del farmacéutico como un profesional sanitario, y contra la farmacia como establecimiento sanitario. Además, se puso en duda la capacidad del farmacéutico comunitario para poder realizar estas pruebas.

El Ministerio de trabajo en su guía de riesgos laborales vinculada a la Covid-19 incluyó a las farmacias comunitarias en el sector comercio en lugar de en el sector sanitario, lo que provocó la exigencia de una rectificación por el colectivo que no entendía cómo se comparaba el riesgo del contagio en la farmacia comunitaria con el de otros comercios. Finalmente, el ministerio rectificó su documento.¹⁵ Como consecuencia y con el fin de facilitar la prestación segura de servicios farmacéuticos en la farmacia comunitaria, **SEFAC publicó el documento de Evaluación del riesgo de contagio por coronavirus SARS-CoV-2 y medidas preventivas recomendadas en la prestación de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) en la farmacia comunitaria.**¹⁶ La realidad es que, según los datos del registro de afectados en farmacias por la pandemia del coronavirus del Consejo General de Farmacéuticos, a 23 de octubre ya habían fallecido 16 farmacéuticos y 5 técnicos. Además, más de 277 profesionales de la farmacia estuvieron en cuarentena o ingresados, cifra que llegó a un máximo de

Se le ofreció realizar test rápidos de detección de anticuerpos del coronavirus SARS-CoV-2 en las farmacias para conocer el estado serológico de la población



CORONAVIRUS
negative
positive

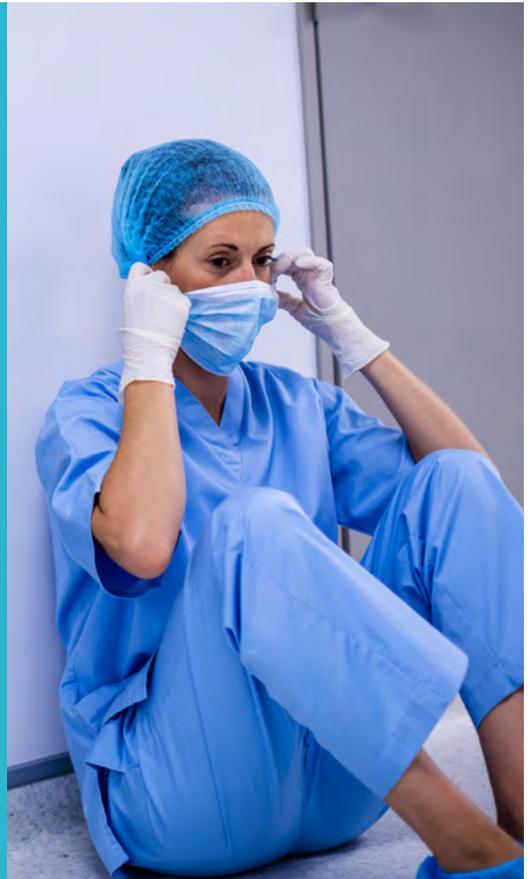
493; así como 156 farmacias con algún afectado en sus plantillas, de las 271 que llegaron a representar.¹⁷ A pesar de ello, el Instituto Carlos III de Madrid no contabiliza las muertes de los farmacéuticos como parte del personal sanitario fallecido por coronavirus.

En resumen, durante la primera ola, los farmacéuticos tuvieron miedo al contagio y preocupación ante esta nueva enfermedad, pues inicialmente no disponían de EPIs para protegerse, produciéndose una sensación de abandono por parte de las autoridades sanitarias. Esta sensación con los meses pasó a ser de falta de reconocimiento como se hizo frente a otros colectivos. A las razones anteriores se le sumó la inseguridad proveniente del incremento de atracos y robos en algunas farmacias

hasta que la policía comenzó a aumentar su presencia alrededor de éstas.

Durante el segundo período de la era Covid-19 se comenzó con la desescalada y la llegada de la nueva normalidad. La situación en la farmacia comunitaria se fue normalizando, si bien el sentimiento hacia la administración sanitaria tras su papel durante el confinamiento, la ayuda y el reconocimiento no proporcionado no cambió. La afectación de la Covid-19 a la plantilla por bajas laborales fue mayor durante los segundos 6 meses según dijeron el 23% de los farmacéuticos comunitarios respecto de los primeros 6 meses (14%), mientras que un 11% no diferenció entre ambos periodos. Un 52% manifestó que no hubo bajas laborales por Covid-19 en la farmacia que trabajaba.¹⁴

El Instituto Carlos III de Madrid no contabiliza las muertes de los farmacéuticos como parte del personal sanitario fallecido por coronavirus



A este respecto, una encuesta anónima realizada a 1.721 farmacéuticos comunitarios en febrero de 2021 sobre lo ocurrido en los 6 meses anteriores¹⁸ recogía que **un 94% dijo sentirse poco valorado como profesional sanitario por la administración sanitaria, a diferencia del 81% que sí se sintió valorado por sus pacientes.** Un 98% manifestó que la administración podría haber contado con ellos para establecer una estrategia común frente a la Covid-19. En relación a la coordinación con los Centros de Salud, el 86% dijo haber tenido dificultades para contactar con el Centro de Salud o el médico de Atención Primaria. Sobre el acceso a los medicamentos por los pacientes, los problemas siguieron, según la encuesta anterior, el 96% refirió haber recibido más de una vez la demanda de medicamentos por parte de pacientes crónicos polimedcados pluripatológicos. Y sobre la presión asistencial en la farmacia, el 92% dijo haber tenido más consultas telefónicas o por WhatsApp sobre problemas de salud, información sobre enfermedades o administrativos relacionados con la receta médica.

Un 90% de los farmacéuticos encuestados dijeron haber realizado tareas relacionadas con la AFD, si bien este porcentaje disminuyó al 32% en febrero de 2021. Además, un 7% refirieron que recibieron derivaciones de los médicos y enfermeras relacionados con la AFD. En un 25% de las farmacias se podía recoger medicamentos de ámbito hospitalario, si bien solo en el 9% de las comunidades autónomas se habilitaron medidas por parte de las administraciones para que el farmacéutico comunitario pudiera resolver las incidencias en la dispensación por caducidad de los tratamientos crónicos, dispensación al alta hospitalaria y/o dispensación tras paso por urgencias. Ante la pregunta de si se ha establecido una forma de comunicación ágil rápida y efectiva con el médico y el Centro de Salud para resolver cualquier consulta sobre la medicación del paciente, un 11% contestó afirmativamente, y un 21% afirmó que se crearon protocolos específicos para atender a los pacientes crónicos y polimedcados incluyendo a la farmacia comunitaria.¹⁸

El 92% dijo haber tenido más consultas telefónicas o por WhatsApp sobre problemas de salud, información sobre enfermedades o administrativos relacionados con la receta médica



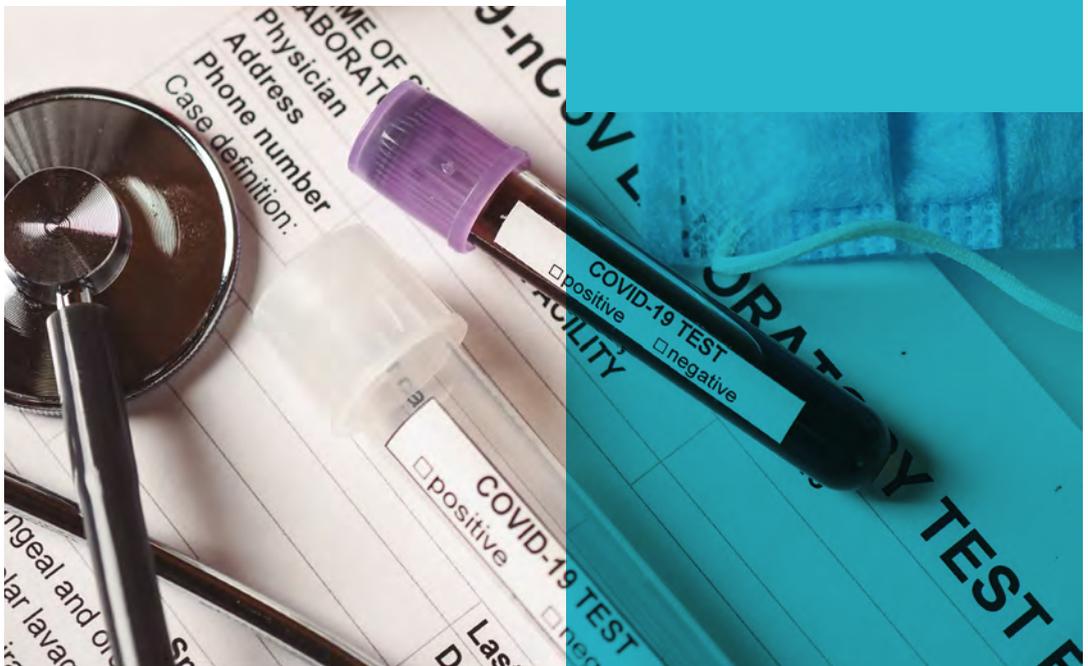
El tercer período de la era COVID-19 comenzó con la segunda ola y el miedo a un invierno letal. Sin embargo, la carga de trabajo, según la citada encuesta anónima realizada a 1.721 farmacéuticos comunitarios en febrero de 2021 disminuyó respecto a los meses anteriores casi un 47%.¹² Por otro lado, las noticias aumentaban la esperanza de disponer en breve de tratamientos o vacunas efectivas frente a la Covid-19, así como de test rápidos de antígenos que en otros países se utilizaban masivamente sin restricciones. **El 60% de los farmacéuticos comunitarios encuestados dijeron que se vacunaron en la campaña de la gripe 2020-2021 y el 92% dijo que estaría dispuesto a vacunarse frente a la Covid-19.**

1.7. Test de detección de anticuerpos frente al coronavirus SARS-CoV-2

Conocer **el estado serológico de la población durante una pandemia es importante para poder combatirla**, e iniciar si procede el levantamiento del Estado de Alarma, acabar con las medidas de confi-

namiento masivo y, en definitiva, mitigar la propagación de la infección y superar la crisis. A pesar de ello, la limitación en el acceso a las pruebas de cribado en la población fuera de los hospitales y en la población asintomática o con síntomas leves fue evidente, existiendo carencias para que muchos profesionales sanitarios pudieran realizarse las pruebas para conocer si estaban o no infectados.

La limitación en el acceso a las pruebas de cribado en la población fuera de los hospitales y en la población asintomática o con síntomas leves fue evidente



Desde el colectivo de la farmacia comunitaria se demandó desde el confinamiento la participación activa de las farmacias en la realización de las pruebas rápidas para la detección de la Covid-19. De hecho, al preguntar a los farmacéuticos comunitarios sobre si realizarían test de antígenos para detectar el coronavirus SARS-CoV-2 en la farmacia comunitaria, **el 49% dijo que la farmacia en la que trabajaba cumplía las condiciones para realizar estas pruebas.** Un 62% contestó que harían test de antígenos y un 75% de anticuerpos.¹⁴ A pesar del uso extendido y sin prescripción de los test de autodiagnóstico de anticuerpos frente al coronavirus SARS-CoV-2 en otros países, en las farmacias españolas comenzaron a distribuirse la segunda semana de diciembre y con receta médica. Sin embargo, en el seno del Consejo Interterritorial se recomendó no prescribir esos test y restringirlos solo a asintomáticos y en zonas de elevada incidencia.

En cuanto a los test de autodiagnóstico de antígenos frente al coronavirus SARS-CoV-2, algunos colectivos como Enfermería y ciertas Sociedades Científicas médicas también (al igual con los test de anticuerpos) se opusieron a que se realizaran en farmacia alegando todo tipo de motivos, y barreras. A pesar de la situación epidemiológica del momento, de las razones esgrimidas, y del ofrecimiento del colectivo para realizarlos,¹⁹ el Ministerio de Sanidad no autorizó su realización en las farmacias hasta que lo recomendó la Comisión Europea,²⁰ tal y como ya se hacía en otros países europeos. Además, la autorización contempló unos supuestos tan restrictivos que únicamente llegaron a realizarse en colaboración con la administración sanitaria de forma mayoritaria y exitosa en la comunidad de Madrid para cribar pacientes asintomáticos de Covid-19. De hecho, según la comunidad autónoma madrileña (CAM), a 27 de mayo se habían detectado 46 positivos asintomáticos de 5.115 pruebas realizadas.





En la realización de este tipo de pruebas rápidas, han prevalecido intereses económicos, corporativos y políticos sobre los propios de la Salud Pública, lo que no ha beneficiado a la ciudadanía y al control de la pandemia

Recientemente resulta llamativo y sorprendente que, antes de finalizar la segunda prórroga del estado de alarma, con el fin de reducir la presión asistencial de los centros y permitir la identificación rápida de sospechas de casos positivos la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), dependiente del Ministerio de Sanidad, haya anunciado su intención de realizar una modificación del Real Decreto 1662/2000 sobre productos sanitarios para diagnóstico *in vitro*, con objeto de **regular sin necesidad de prescripción médica la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la Covid-19**, lo que equiparará su uso al de otros test de autodiagnóstico como los de embarazo, fertilidad, glucemia y VIH. Cabe preguntarse por este cambio radical, por qué hace meses había tantas trabas y ahora no. En la realización de este tipo de pruebas rápidas, **han prevalecido intereses económicos, corporativos y políticos sobre los propios de la Salud Pública, lo que no ha beneficiado a la ciudadanía y al control de la pandemia.**²¹

El comienzo de la vacunación frente a la Covid-19, el 27 de diciembre de 2020, supuso un hito en la evolución de la enfermedad, que comenzó a remitir de forma lenta pero que con el tiempo fue incrementándose, siendo el ritmo de vacunación muy marcado por la disponibilidad de vacunas. Desde el colectivo farmacéutico también se le ofreció al Ministerio de Sanidad la colaboración de la farmacia comunitaria para vacunar frente a la Covid-19, si bien hasta la fecha sólo en la CAM, en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, los farmacéuticos comunitarios han vacunado en colaboración con otros profesionales sanitarios a más de 10.000 profesionales sanitarios de las farmacias comunitarias y de los laboratorios de análisis clínicos de dicha comunidad autónoma.²²



2

¿Qué hemos aprendido de la era COVID-19 y por qué es necesario un reforzamiento del SNS?

Tal y como se ha expuesto anteriormente, superada la era Covid-19 han sido numerosas las dificultades que durante la misma han afectado a la farmacia comunitaria y a la prestación de sus servicios. Sin embargo, conviene **afianzar las medidas que han funcionado con éxito y aprender de lo sucedido ante posibles rebrotes.**

Algunas de estas enseñanzas se resumen a continuación en los siguientes apartados: ^{23,24}

Es deber de todos los agentes implicados en esta lucha tratar de prever mejor y adelantarse a los acontecimientos

A. El SNS se ha visto inmerso en un reto hasta ahora desconocido, difícil de gestionar y en el que se han cometido errores que deben servir para aprender y aprovechar las oportunidades de mejora de cara a brotes o epidemias futuras. **La sensación es que el virus siempre ha ido por delante de las medidas adoptadas por la Administración** y es deber de todos los agentes implicados en esta lucha tratar de prever mejor y adelantarse a los acontecimientos. A esto se sumó la confusión generada en la población por una falta de

coordinación de las medidas tomadas por las diferentes comunidades autónomas.

B. La estrategia de **la gestión de la crisis sanitaria por Covid-19 ha dejado fuera a la Atención Primaria y por tanto a la farmacia comunitaria**, así como a la mayoría de los pacientes que no padecían Covid-19.

C. La **Atención Primaria sigue siendo una piedra angular del sistema**. Sin su concurso no se puede frenar la pandemia y los problemas mostrados hasta ahora deben servir para afianzar el apoyo por parte de la Administración a este nivel asistencial.

D. La **Atención Primaria y la red de farmacias comunitarias no deben ser minusvaloradas**, sus recursos deben ser mejor aprovechados, reforzados y protegidos para beneficio del sistema y de la población, ya que son los mejores instrumentos para contener, mitigar y erradicar la epidemia.

E. La farmacia comunitaria sin estar preparada ni disponer los medios adecuados ha sido capaz, sin ayuda de las administraciones, de **adaptarse a las necesidades de los pacientes y del sistema sanitario** y cumplir su misión principal durante toda la era Covid-19.

F. Es imprescindible **disponer de un stock de seguridad y dotar a los profesionales sanitarios y a la población de medios y equipos de protección para reducir los contagios**. Este es, sin duda, uno de los grandes lastres que ha habido en la lucha contra el virus, ya que la carestía ha sido evidente en la primera ola, y esto ha provocado bajas importantes entre los profesionales sanitarios y riesgos evidentes de convertirse en vectores de transmisión de la enfermedad.

Se ha demostrado que la **atención a distancia es necesaria**. Herramientas como la telemedicina, la receta electrónica, las consultas telefónicas y la dispensación de medicamentos con entrega a domicilio han visto reforzado su papel durante la crisis y deben seguir evolucionando y desarrollándose cuando finalice la fase aguda de la pandemia para dar respuesta a necesidades que los pacientes han demandado y que no pueden atenderse fácilmente por otras vías.

G. Tanto los servicios demandados en la farmacia comunitaria como el perfil de los pacientes solicitantes, en su mayoría vulnerables, y las intervenciones realizadas por los farmacéuticos comunitarios durante la pandemia han evidenciado la **necesidad de una regulación e implantación de la AFD**.



H. Es imprescindible reforzar la coordinación y comunicación entre niveles asistenciales y, en particular, entre los Centros de Salud y las farmacias comunitarias en aras de una mejor detección de pacientes con síntomas leves y para el seguimiento de pacientes crónicos. Entre las principales medidas, la receta electrónica debe completar su uso asistencial, ampliar las responsabilidades de forma protocolizada en dispensación e indicación del fármaco en caso de urgencia y también sería deseable que permitiera compartir toda aquella información clínica necesaria para la atención de los pacientes que precisan medicamentos.

I. La falta de previsión ante la pandemia en la prestación farmacéutica unida a la falta de planificación y de coordinación ha provocado la **improvisación y la desigual actuación en la toma de decisiones de las administraciones sanitarias** de las comunidades autónomas.

J. Ha habido una campaña mediática por parte de intereses corporativistas, **una discriminación sobre la farmacia comunitaria y el farmacéutico comunitario, ofreciendo una imagen no sanitaria y externa al sistema sanitario**, como si los farmacéuticos comunitarios no fueran profesionales sanitarios ni estuvieran preparados para realizar las mismas funciones que realizan sus homólogos de los países vecinos.

K. Las **limitaciones a la realización de test rápidos frente al Covid-19 llega tarde**, pues el hecho de que no se haya hecho antes supone una oportunidad perdida para haber controlado mucho mejor la expansión de la infección durante los meses precedentes.

L. Focalizar todo el sistema sanitario en la contención y el tratamiento de la Covid-19 tendrá repercusiones en el diagnóstico, pronóstico y la morbilidad de otras enfermedades a corto, medio y largo plazo.



Focalizar todo el sistema sanitario en la contención y el tratamiento de la Covid-19 tendrá repercusiones en el diagnóstico, pronóstico y la morbilidad de otras enfermedades a corto, medio y largo plazo



3

¿Qué puede aportar la farmacia comunitaria al reforzamiento del SNS?

Esta pregunta se puede contestar en base a las respuestas a las cuestiones realizadas anteriormente. Superada la era Covid-19, conviene afianzar las medidas que han funcionado con éxito y aprender de lo sucedido ante posibles pandemias. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua, reforzar se define como *Engrosar o añadir nuevas fuerzas o fomento a algo o Fortalecer o reparar lo que padece ruina o deterioro*, ambas acepciones hacen referencia a la mejora de algo ya existente a través de una aportación. En este sentido, el contar con la colaboración de la farmacia comunitaria en múltiples aspectos reforzaría el SNS.

La aportación de la farmacia comunitaria al SNS en la era postcovid va ligada a mantener el valor que ésta ha aportado durante la era Covid-19 y a incrementar dicho valor

No olvidemos que la farmacia comunitaria ya es parte del SNS y hace efectiva gran parte de la prestación farmacéutica a los ciudadanos de nuestro país, sin embargo, están desaprovechadas.

La aportación de la farmacia comunitaria al SNS en la era postcovid va ligada a mantener el valor que ésta ha aportado durante la era Covid-19 y a incrementar dicho valor si se la incluye en sus actuaciones sin prejuicios ni vetos, como un recurso sanitario más del SNS, como ha sucedido en otros países desarrollados tanto de nuestro entorno como más lejanos.

Con el fin de profundizar en esta aportación, a continuación, se detalla en un decálogo las posibles contribuciones de la farmacia comunitaria al SNS:

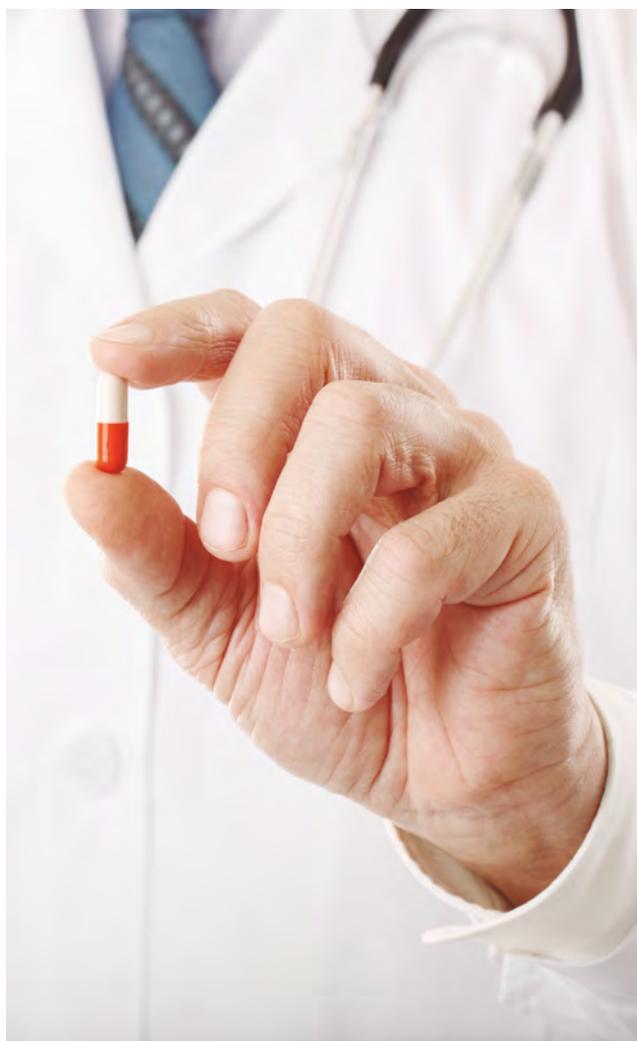
3.1. Seguimiento y control de enfermedades prevalentes

Muchos pacientes necesitan la monitorización y el seguimiento de sus tratamientos para comprobar si sus problemas de salud están controlados. En ciertos problemas de salud y medicamentos la farmacia comunitaria en colaboración con el médico del paciente puede realizar la medición de parámetros clínicos, el control de la adherencia, la administración de medicamentos, la preparación de SPDs, etc., en definitiva, la gestión de la farmacoterapia y el seguimiento compartido que permita mantenerlos bajo control. En este sentido es importante disponer de protocolos de consenso conjunto entre médico y farmacéutico^{25,26} para en caso de ser necesario derivar al paciente. **Es importante asegurar que todas las farmacias dispongan de zonas de atención personalizadas que permitan esta función**, preparadas para evitar el contagio entre pacientes y profesionales.

Es importante disponer de protocolos de consenso conjunto entre médico y farmacéutico para en caso de ser necesario derivar al paciente

3.2. Prescripción complementaria

Como consecuencia de las medidas de confinamiento, restricción de la movilidad y del acceso a los centros de salud se han producido situaciones en las que los pacientes han tenido dificultades para acceder al médico. La prescripción complementaria supone que, tras un diagnóstico y un plan de acción prescrito por parte del médico, **otros profesionales sanitarios, como los farmacéuticos, puedan complementarlo de forma consensuada con él**, por ejemplo, renovando o finalizando tratamientos, optimizando la forma galénica a la necesidad del paciente, etc.





Es imprescindible
una comunicación
directa con el médico
y los profesionales de
Atención Primaria

3.3. Dispensación excepcional

La implantación de esta medida permitiría resolver a los pacientes muchísimos problemas derivados de errores en la medicación o de los sistemas de prescripción y dispensación a través de receta electrónica. La dispensación excepcional consiste en **poder dispensar por el farmacéutico comunitario ciertos medicamentos sin la receta correspondiente de forma protocolizada, documentada y coordinada con el médico de Atención Primaria**. Esto es imprescindible en ciertas situaciones como las sufridas en la presente crisis sanitaria.

3.4. La comunicación directa con el médico de Atención Primaria

Es imprescindible una comunicación directa con el médico y los profesionales de Atención Primaria, no solo para favorecer la cooperación y eficiencia de las intervenciones de los profesionales. Por ello es importante no generar filtros innecesarios que dificulten la comunicación clínica entre los profesionales que atienden a los pacientes. **Esta comunicación es especialmente útil para mejorar la seguridad del paciente, mejorando la adherencia terapéutica y el uso racional de los medicamentos**. Se dispone de una red informática que comunica las farmacias con los centros de salud del sistema sanitario en la que paradójicamente no se pueden comunicar los profesionales que trabajan en ellos.²⁷

3.5. Teleatención farmacéutica comunitaria

Las medidas de confinamiento, restricción de la movilidad y el estado de salud de ciertos pacientes suponen situaciones en las que los pacientes hayan tenido dificultades para desplazarse a la farmacia y a los centros sanitarios para ser atendidos y consultar. **Es necesario disponer de procedimientos de atención al paciente desde la farmacia comunitaria complementarios a los presenciales para prestar los servicios farmacéuticos aprovechando las NTI.** La desinformación surgida con la aparición de bulos y la necesidad de consultas sanitarias en determinadas situaciones justifican sobradamente el uso de estas nuevas formas de comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios.

3.6. Atención sanitaria en síntomas menores y Covid-19

Como consecuencia de las medidas de confinamiento, restricción de la movilidad y del acceso a los Centros de Salud se han producido situaciones en las que los pacientes han tenido dificultades para automedicarse de forma responsable. Para resolver algunos síntomas acudiendo a la farmacia, el farmacéutico puede realizar

la indicación de un determinado medicamento mediante la aplicación de protocolos consensuados con los médicos o en su caso proceder a la derivación al médico. Algunos de los principales síntomas vinculados con el Covid-19 (fiebre, tos, dolor de garganta...) coinciden con los síntomas menores que más consultas se han recibido en las farmacias. A este respecto, SEFAC, junto con Sociedades Científicas médicas de Atención Primaria, ha protocolizado más de 31 síntomas menores para mejorar su abordaje y establecer criterios de derivación al médico en caso de ser necesario,²⁸ así como un Protocolo de actuación en farmacia comunitaria en síntomas menores y Covid-19 con cinco Sociedades Científicas médicas.²⁹ Es conveniente que esta atención protocolizada se implemente con ayuda de la propia administración sanitaria con el fin de **disminuir la presión asistencial y mejorar la atención y coordinación con el paciente** tal, como se hace en otros países como Reino Unido.



SEFAC, junto con Sociedades Científicas médicas de Atención Primaria, ha protocolizado más de 31 síntomas menores para mejorar su abordaje y establecer criterios de derivación al médico en caso de ser necesario



3.7. La atención farmacéutica domiciliaria

La atención domiciliaria es una necesidad para cierto perfil de pacientes y ha llegado para quedarse. **Es necesaria su regulación de forma racional y eficiente con criterios de profesionalidad, cercanía y sostenibilidad y su implantación de forma protocolizada y consensuada** con el resto de profesionales. con el fin de mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes que la requieren.³⁰ Por otro lado, es también necesario la regular e implantar procedimientos de actuación en la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitarios (PS) en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria.³¹

3.8. La dispensación en la farmacia comunitaria de los medicamentos de ámbito hospitalario a los pacientes no hospitalizados

Facilitar el acceso a los pacientes a los medicamentos de **ámbito hospitalario, ya sean medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto como medicamentos hospitalarios que no precisen administración en el hospital** a través de su dispensación en la farmacia comunitaria. Para ello, **se deben articular protocolos de dispensación y seguimiento compartido entre la farmacia comunitaria y hospitalaria.**³²

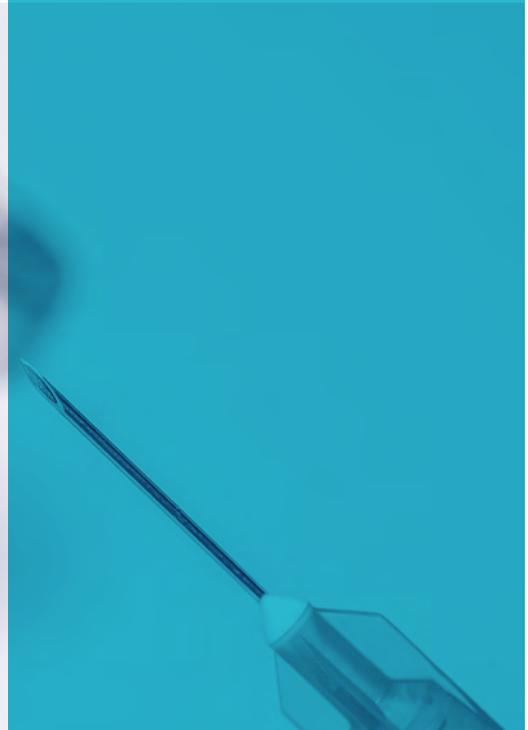
3.9. La participación en cribados poblacionales

Es necesario **emplear todos los recursos disponibles en el SNS para el cribado sistemático de la población susceptible de tener coronavirus SARS-CoV-2.** La red de farmacias, junto con los Centros de Salud, debería estar incluida entre los establecimientos preparados para hacer estos cribados de forma protocolizada y coordinada con las autoridades en materia de Salud Pública.

3.10. La vacunación de la población

Es necesario emplear todos los recursos disponibles en el SNS para alcanzar las tasas de cobertura vacunal más altas y en menor tiempo posible. La red de farmacias, junto con los centros de salud, debería estar incluida entre los puntos de vacunación autorizados para vacunar de forma protocolizada y coordinada frente a la Covid-19 o la gripe, como ya sucede en los países europeos vecinos.

Es necesario emplear todos los recursos disponibles en el SNS para alcanzar las tasas de cobertura vacunal más altas y en menor tiempo posible





Bibliografía

1. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, nº 67, (14/03/2020). [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>
2. Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Boletín Oficial del Estado, nº 282, (25/10/2020). [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/10/25/926/con>
3. Williams R, Jenkins DA, Ashcroft DM, Brown B, Campbell S, Carr MJ, et al. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020 Oct;5(10):e543-e550. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30201-2.
4. Hauguel-Moreau M, Pillière R, Prati G, Beaune S, Loeb T, Lannou S, et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 outbreak on acute coronary syndrome admissions: four weeks to reverse the trend. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;1-2. doi: 10.1007/s11239-020-02201-9.
5. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. [Internet.] 2020;21:208. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>
6. Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 91, (1/4/2020). [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/31/snd310/dof/spa/pdf>
7. Comunicado conjunto de los Consejos Generales de las Profesiones Sanitarias. Organización Médica Colegial (OMC-CGCOM), Consejo General de Enfermería, CGCOF, Organización Colegia de Dentistas, Consejo General de Colegios Veterinarios, Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, Consejo General de Fisioterapeutas; 23-4-2020. [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u1034/comunicado_conjunto_profesiones_sanitarias_23_04_2020_.pdf
8. Comunicado de los Consejos Generales de Dentistas, Enfermeros, Farmacéuticos, Médicos y Veterinarios, ante la pandemia del COVID-19. Organización Médica Colegial (OMC-CGCOM), Consejo General de Enfermería, CGCOF, Organización Colegia de Dentistas, Consejo General de Colegios Veterinarios; 4-4-2020. [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/comunicado_conjunto_profesiones_sanitarias_23_04_2020.pdf
9. Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué De Velasco E, Plaza Zamora J, Mud Castello F, Fornos Pérez JA. Percepción de los pacientes sobre la atención sanitaria recibida durante la pandemia por COVID-19 Parte III. En: III Congreso Semergen-Sefac. Madrid: SEMERGEN SEFAC 18-20 de mayo de 2021. En prensa 2021.
10. Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué De Velasco E, Plaza Zamora J, Mud Castello F, Fornos Pérez JA et al. Percepción de los pacientes sobre la atención sanitaria recibida durante la pandemia por COVID-19 Parte II. En: III Congreso Semergen-Sefac. Madrid: SEMERGEN SEFAC 18-20 de mayo de 2021. En prensa 2021.
11. Murillo M, Gómez J, Baixauli V, Molinero A, Satué E, Mud F, Díaz C, Codesal T, Plaza F, López S. Atención farmacéutica domiciliaria durante la COVID-19. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2020 Nov 05; 12 (Supl 2. Congreso SEFAC 2020): 256.

12. Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Murillo Fernández MD, Andraca Iturbe L. Percepción de los pacientes sobre la atención sanitaria recibida durante la pandemia por COVID-19 Parte I. En: III Congreso Semergen-Sefac. Madrid: SEMERGEN SEFAC 18-20 de mayo de 2021. En prensa 2021.
13. Magro Horcajada MC, Bernardo Fernández I, Estrada Riobobos G, Fernández Otero MD, Molinero Crespo A, Moranta Ribas F, Plaza Zamora J, Sánchez Marcos N. COVID-19 y farmacia comunitaria: ¿Qué debemos saber y en qué podemos ayudarte? Preguntas frecuentes. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020.
14. Mud Castelló F, Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué De Velasco E, Andraca Iturbe L, Prats Mas R, et al. ¿Afecto la pandemia por covid-19 a la farmacia comunitaria? 2º Congreso Nacional Multidisciplinar Covid-19 de las Sociedades Científicas de España. 12-16 de abril de 2021. En prensa 2021.
15. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Prevención de riesgos laborales vs. COVID-19 - Compendio no exhaustivo de fuentes de información-. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo; 2020. Oficio (insst.es)
16. Baixauli Fernández VJ, García Moreno L, Morillo Lisa R M^a, Pérez Torres A, Satué de Velasco E. Evaluación del riesgo de contagio por coronavirus SARS-CoV-2 y medidas preventivas recomendadas en la prestación de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) en la farmacia comunitaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020.
17. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. La Organización Farmacéutica Colegial rendirá un homenaje a los farmacéuticos y técnicos fallecidos por el COVID-19 [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Farmacéuticos; 23 de octubre de 2020 [acceso el 20-4-2021]. Disponible en: <https://www.portalafarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2020-homenaje-farmacuticos-tecnicos-fallecidos-covid-19.aspx>
18. López Alaiz S, Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué, Mud Castelló F, Andraca Iturbe L et al. Realidad asistencial-administrativa de la farmacia comunitaria en la época Covid. 2º Congreso Nacional Multidisciplinar Covid-19 de las Sociedades Científicas de España. 12-16 de abril de 2021. En prensa 2021.
19. Grupo COVID-19 de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). ¿Por qué realizar test rápidos de detección del coronavirus SARS-CoV-2 también en las farmacias comunitarias? Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); noviembre, 2020.
20. European Commision. Commission Recommendation of 18.11.2020 on the use of rapid antigen tests for the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. Official Journal of the European Union nº L 392/63 (23-11-2020). [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32020H1743>
21. SEFAC. SEFAC Opina. Dispensación de test de autodiagnóstico de COVID-19. [Internet]. Madrid: SEFAC; [Acceso 6-5-2021]. Disponible en: <https://www.sefac.org/comunicados-sefac-sefac-opina/sefac-opina-dispensacion-de-test-de-autodiagnostico-de-covid-19>
22. Acta Sanitaria. El COFM vacuna contra la Covid-19 a 10.000 profesionales de Farmacia [Internet]. Madrid: Acta Sanitaria; [Acceso 15-3-2021]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/colegio-farmacuticos-madrid-vacuna-covid/>
23. Aliaga L, Baixauli VJ, Murillo MD, Sáez FJ. COVID-19: problemas y soluciones en atención primaria y farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC-SEMERGEN-SEMG; 2020.
24. Baixauli Fernández VJ. Adaptación de la farmacia comunitaria durante la crisis sanitaria por COVID-19. 17-6-2020. Infarma. Jornadas digitales COVID-19, 17-19 de junio de 2020. [Acceso el 27-3-2021]. Disponible en: <https://www.infarma.es/jornadas-digitales-covid-19/>
25. @longcovidACTS, Sociedad Española de Médicos Generales y de familia (SEMG) Coordinadores. Guía clínica para la atención al paciente Long Covid/ Covid persistente. Versión 1.0. Madrid: @longcovidACTS SEMG; 2021.
26. Martín Oliveros A, Aliaga Gutiérrez L, Abadías Guasch M, Iracheta Todó M, Olmo Quintana V. Documento de consenso sobre el uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD). Madrid: SEFAC-SEMERGEN. Madrid; 2020.
27. Baixauli Fernández VJ, Brizuela Rodicio LA, Murillo Fernández MD. Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora. Madrid: IMC; 2015.
28. Faus Dáder, MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F, Baixauli Fernández VJ. et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Madrid: Editorial Técnica Avicam; 2018.
29. Plaza Zamora J, Estrada Riobobos G, Gómez Martínez JC, Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué de Velasco E, Salar Ibáñez L, Caelles Franch N, Olmo Quintana V, González Armengol J, Gutiérrez Pérez MI, Armenteros del Olmo L, Gómez Huelgas R, Prados Sánchez C, Mangas Moro A. Síntomas menores y COVID-19. Protocolo de actuación en farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2020.
30. Baixauli Fernández VJ, Murillo Fernández M^ªD, Satué de Velasco E, Casas Pérez P, Córcoles Ferrándiz M^ªE, De Miguel Silvestre C, Domínguez del Río Boada B, Gutiérrez Muñoz L. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) sobre el papel del farmacéutico en la atención domiciliaria. Madrid: SEFAC; 2018.
31. Baixauli VJ, Satué E, Murillo M^ª D, Molinero A, Gómez JC, Estrada G. Propuesta para la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitario en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria durante el Estado de Alarma por COVID-19. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020.
32. Comisión sistemas retributivos SEFAC. Informe preliminar de sistema retributivo para la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario en farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2011.



Atención psicológica
en el Sistema Nacional
de Salud

Dr. Javier Urra Portillo

*Prof. Dr. en Psicología y Dr. en Ciencias
de la Salud.*

*Académico de Número de la Academia
de Psicología de España.*

Patrono de la Fundación Merck Salud.



La reforma de la Salud Mental demanda nuevos roles y responsabilidades profesionales, requiriendo cambios en valores y actitudes, en conocimientos y habilidades

1

Introducción

Este artículo, da continuidad al publicado en 2018 por la Fundación Merck Salud, titulado. –*Avances en Salud. Aspectos científicos, clínicos, bioéticos y legales*. En el mismo y de la página 189 a la 199 inclusive abordé en calidad de doctor en Psicología y doctor en Ciencias de la Salud, así como profesor de la Universidad Complutense de Madrid y Académico de Número de la Academia de Psicología de España el tema de la Salud Mental.

Tras una introducción me paré a analizar la Salud Mental, como problema de Salud Pública, dando paso a la depresión, el trastorno bipolar, el juego patológico y otros

trastornos habituales en nuestra sociedad, la detección temprana, intervenciones terapéuticas e investigación, y las consideraciones finales.

Hoy tenemos un reto. Le invito a compartir un análisis objetivo, en bien de la sociedad y cada uno de sus ciudadanos.

Haciendo historia

Ya en el año 2005, y tras la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Salud Mental, celebrada en Helsinki especificaba: crear una plantilla de profesionales suficiente y competente, y es que la reforma de la Salud

Mental demanda nuevos roles y responsabilidades profesionales, requiriendo cambios en valores y actitudes, en conocimientos y habilidades. Es necesario modernizar la actuación profesional de muchos de los profesionales de Salud Mental y de otros ámbitos relacionados, con el objetivo de ofrecer una atención efectiva y eficiente.

Por este motivo, **se han de diseñar programas de selección y formación de profesionales que permitan disponer de una plantilla multidisciplinar suficiente y competente.** Las acciones formativas han de responder a las necesidades de especialización de los profesionales.¹

Año de convocatoria	Plazas convocadas	Año de convocatoria	Plazas convocadas
2021	198	2020	198
2019	189	2018	141
2017	135	2016	128
2015	129	2014	127
2013	130	2012	128
2011	141	2010	136
2009	131	2008	126
2007	107	2006	98
2005	89	2004	81
2003	74	2002	74
2001	70	2000	71
1999	67	1998	60
1997	61	1996	64
1995	56	1994	56
1993	52		

En el año 2006 la Ministra de Sanidad afirmaba compartir la necesidad de aumentar la importancia de la Psicología en el Sistema Sanitario, comentando que **ya se han dado pasos importantes para aumentar progresivamente el protagonismo de los psicólogos en el mismo, a través de la creación de la especialidad de Psicología Clínica por el sistema PIR (Psicólogo Interno Residente),** así como a través de las disposiciones transitorias del Real Decreto 2490/1998.²

Ya por aquel entonces el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos manifestaba que **98 plazas PIR son abso-**

lutamente insuficientes para cubrir la demanda asistencial de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en el que los ciudadanos sufren largas listas de espera para poder ser atendidos por un psicólogo clínico, haciendo imposible una atención adecuada. Teniendo en cuenta que sociedades médicas de Atención Primaria estiman que hasta el 66% de las consultas en primaria tienen un componente principalmente psicológico, que en España sólo hay 4,3 psicólogos por cien mil habitantes, frente a los 19,6 en la Unión Europea (según datos de la OMS y la AEN) y que, por ejemplo, las personas con adicción al tabaco o que padecen trastor-

nos de depresión y ansiedad necesitan una atención psicológica profesional para el correcto tratamiento de estos problemas, el número de plazas PIR y de profesionales de la Psicología en el Sistema Sanitario debería ser mucho más elevado. ³

En 2008, el firmante de este artículo participó en el tribunal de EuroPsy, que es un estándar europeo de educación y formación que permite que un psicólogo sea reconocido como poseedor de una *Cualificación en Psicología de nivel Europeo*. Los psicólogos/as poseedores del Certificado EuroPsy estarán inscritos en el Registro de Psicólogos Europeos. ⁴

Sociedades médicas de Atención Primaria estiman que hasta el 66% de las consultas en primaria tienen un componente principalmente psicológico





La presencia del psicólogo en Atención Primaria no sólo sería beneficiosa para la aplicación de tratamientos psicológicos sino también para facilitar el diagnóstico precoz

2

La Salud Mental en España

En lo que respecta a nuestro país, **el panorama dista mucho de alcanzar los niveles europeos, particularmente cuando analizamos el número de recursos humanos (psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) destinados a los servicios de Salud Mental.**

Así lo demuestran tanto el informe elaborado por la OMS (Proyecto Atlas-2005) como el estudio realizado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2005).⁵

El amigo y compañero Gualberto Buela-Casal afirma: *si comparamos España con otros países de la Unión Europea o con*

*Estados Unidos y Canadá es evidente que en Salud Mental no hay ni similares inversiones ni sistemas. En este país aún queda mucho camino para llegar a los niveles de países que tienen un desarrollo económico parecido.*⁶

La presencia del psicólogo en Atención Primaria no sólo sería beneficiosa para la aplicación de tratamientos psicológicos sino también para facilitar el diagnóstico precoz y, por tanto, mejorar la prevención y **evitar la cronificación de trastornos psicopatológicos.**⁶



La Psicología en Atención Primaria sería un importante recurso de salud, y no sólo en el contexto de la Salud Mental. La Psicología es de gran utilidad en distintos ámbitos de la Salud Mental, pero también en muchas áreas de la salud general. La Psicología tiene una amplia oferta de aplicaciones en todos los contextos de la intervención y prevención de los problemas de salud.⁶

El 22 de septiembre de 2011, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó definitivamente, con el apoyo de todos los grupos políticos, la Ley general de salud pública. El día 5 de octubre la ley fue publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE), último paso para hacerla efectiva, y en ella se recoge la Disposición adicional séptima. Regulación de la psicología en el ámbito sanitario, por la que se crea la profesión sanitaria generalista de psicólogo, denominada Psicólogo General Sanitario.⁷

La Psicología es de gran utilidad en distintos ámbitos de la Salud Mental, pero también en muchas áreas de la salud general

Seamos claros: *Nos han vendido el mito de que la mejor solución a los problemas de Salud Mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas.* Así de contundente se muestra el informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), titulado *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Asimismo, **advierte sobre la excesiva medicalización en Salud Mental y la predilección hacia los fármacos psicotrópicos como primera línea de intervención en Salud Mental,** que con el apoyo de la Psiquiatría y la industria farmacéutica, domina la práctica clínica, las políticas, los programas de investigación, la educación médica y las inversiones en Salud Mental en todo el mundo a pesar de los indicios cada vez más numerosos de

que los fármacos psicotrópicos *no son tan eficaces como se creía, tienen efectos secundarios nocivos y, en lo que se refiere a los antidepresivos, sus beneficios en casos de depresión leve y moderada pueden atribuirse a un efecto placebo.*⁸

Nos han vendido el mito de que la mejor solución a los problemas de Salud Mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas



Reseñar que el Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales encontró que, en los 12 meses previos, **el 64% de los pacientes europeos con trastornos mentales había sido atendido por un médico de atención primaria.**^{9,10}

El consumo de benzodiazepinas en nuestro país sigue aumentando año tras año, llegando a ser en el 2014 2'7 veces superior a la media de los países de la OCDE. Según los datos de la Encuesta Europea de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE), publicada en 2015, el 18'9% de los españoles con 15 o más años había consumido en las dos últimas semanas psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero; y el 8'4% había consumido antidepresivos o estimulantes. Este consumo es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres, aumenta con la edad y disminuye con el nivel cultural.⁹

Según datos publicados por Ministerio de Sanidad (2017),¹¹ en España 1 de cada 10 personas consume fármacos a diario, siendo también uno de los países que más consumen de Europa.¹²

Debido a la Covid-19, se ha apreciado un elevado aumento en la venta de psicofármacos, así como de receta¹³ al igual que del consumo de alcohol y de otros fármacos por falta del acceso a drogas ilegales, en especial de cocaína y cannabis.

En 2019 la Atención Primaria soportó más del 50% de la carga asistencial que suponen los trastornos mentales para el sistema sanitario. De entre estos, **los trastornos de ansiedad, las depresiones y las somatizaciones fueron los trastornos más prevalentes,** con un 49'2% de probables trastornos de ansiedad, depresión o somatizaciones detectados y un 31'2% de trastornos mentales diagnosticados en el último año.¹⁴

El 18'9% de los españoles con 15 o más años había consumido en las dos últimas semanas psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero; y el 8'4% había consumido antidepresivos o estimulantes



Dos de cada tres pacientes con trastornos de ansiedad o depresión son tratados por su médico de Atención Primaria, esencialmente con fármacos, con una baja tasa de remisión y frecuentes recaídas.

El impacto de los problemas de Salud Mental es significativo, contribuyendo a peores resultados educativos, mayores tasas de desempleo y peor salud física.¹⁵ Así lo afirma el último informe sobre el panorama de la salud en Europa, publicado por la Comisión Europea y la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).¹⁶

El impacto de los problemas de Salud Mental es significativo, contribuyendo a peores resultados educativos, mayores tasas de desempleo y peor salud física

La mala Salud Mental desempeña también un rol preponderante, ya que se calcula que **1 de cada 2 personas experimenta algún problema de Salud Mental a lo largo de su vida**. Según los datos, aquellas personas que informaron de un problema de Salud Mental, tenían muchas más probabilidades de manifestar también que su salud tenía un impacto negativo en su vida diaria.¹⁵

El informe de la OCDE recomienda el traspaso de tareas de médicos a enfermeros y otros profesionales de la salud, en aras de aliviar la presión en cuanto a costes y mejorar la eficiencia. A este respecto, en los últimos años, el Consejo General de la Psicología, ha venido exponiendo la necesidad de incorporar psicólogos clínicos en los centros de Atención Primaria, dado que entre un 30-33% de las consultas están relacionadas con algún problema psicológico. De estos casos, únicamente el 10% se deriva a Salud Mental (es decir, atención especializada), de modo que el abordaje del 90% restante se queda en el primer nivel asistencial de la salud, constituyendo una sobrecarga y saturación de los servicios.¹⁵





La evidencia pone de relieve los beneficios de la intervención psicológica (terapia cognitivo-conductual) en términos de coste-eficacia, tanto a medio como a largo plazo

Esta situación conlleva que, **en la mayoría de casos, se prescriba medicación farmacológica como tratamiento habitual, con el sobrecoste que supone para el sistema sanitario** (el coste de la prescripción farmacéutica oscila en torno al 60%-70% de todos los costes directos), y la posibilidad de cronificar el problema. En contraposición, la evidencia pone de relieve los beneficios de la intervención psicológica (terapia cognitivo-conductual) en términos de coste-eficacia, tanto a medio como a largo plazo.¹⁵

Con respecto a la prescripción de medicamentos antipsicóticos para reducir los síntomas conductuales y psicológicos en casos de demencia, **la OCDE recuerda que la disponibilidad de intervenciones no farmacológicas eficaces**, así como los riesgos de salud asociados y los problemas éticos derivados de estos medicamentos, ponen de relieve que solo deben recomendarse como último recurso.¹⁵

Muchos países de la OCDE consideran que su atención a la Salud Mental es inadecuada. Se estima que, aproximadamente, **una de cada cinco personas experimenta un problema de Salud Mental en un año determinado**. Los problemas más comunes en este ámbito de la salud son:¹⁵

- Trastorno de ansiedad (5'1% de la población).
- Trastornos depresivos (4'5%)
- Trastornos por consumo de drogas y alcohol (2'9%)

Los costes económicos y sociales de los problemas de Salud Mental son significativos. El coste total de los problemas de Salud Mental se estima entre el 3'5% y el 4% del PIB, es decir, unos 600.000 millones de euros, en los países de la OCDE. El gasto directo en servicios de Salud Mental se traduce en 190.000 millones de euros (o el 1'3% del PIB), otros 170.000 millones de euros (1'2% del PIB) se dedican a programas de seguridad social (prestaciones por discapacidad o licencia por enfermedad remunerada), mientras que 240.000 millones de euros (1'6% del PIB) representan los costes indirectos al mercado laboral debido al bajo nivel de empleo y productividad.¹⁵

Sin un tratamiento o apoyo eficaz, los problemas de Salud Mental pueden tener un efecto devastador en la vida de las personas e incluso pueden provocar la muerte por suicidio.¹⁵

El coste total de los problemas de Salud Mental se estima entre el 3'5% y el 4% del PIB, es decir, unos 600.000 millones de euros, en los países de la OCDE

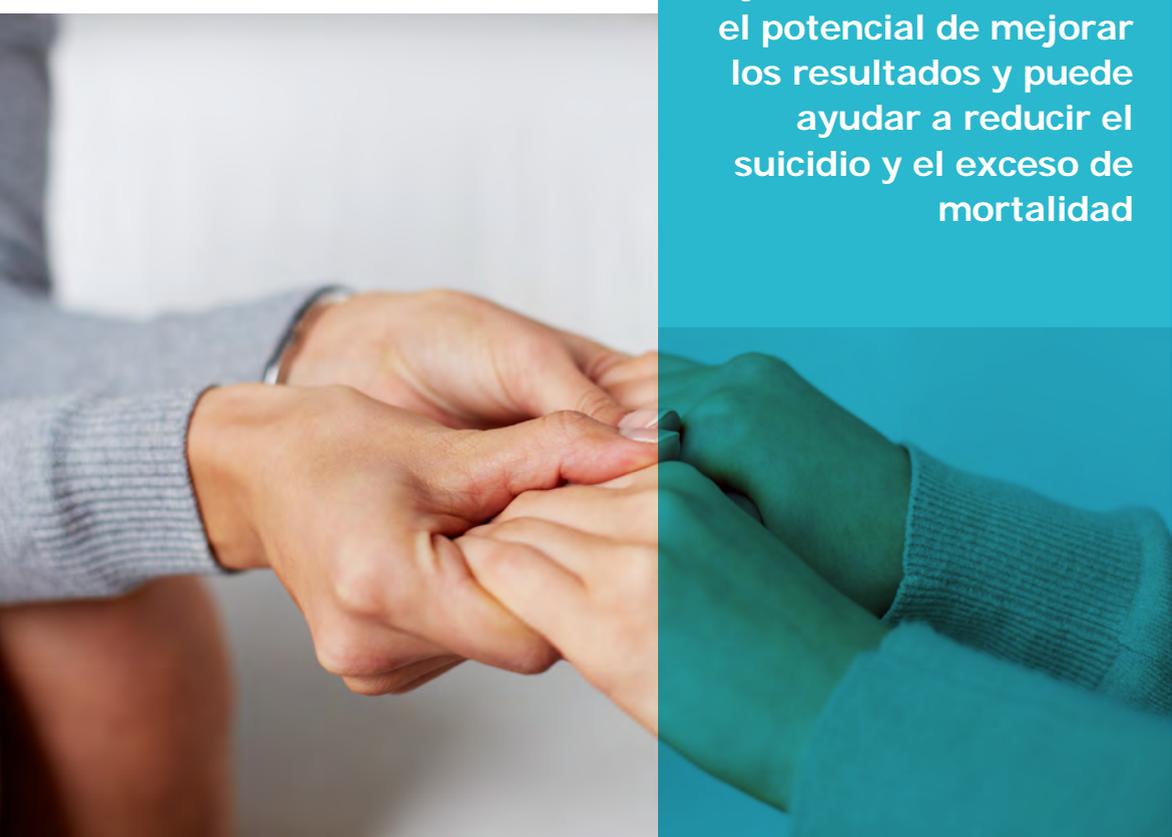
En países como Finlandia, Suiza o Eslovenia ha descendido la tasa de suicidio (porque se han implementado medidas). **En nuestro país, en los últimos tiempos, se ha venido poniendo de relieve la necesidad de contar con una Ley Nacional de Prevención de Suicidio.** A este respecto, el Ministerio de Sanidad ha manifestado estar trabajando en la actualización de la Estrategia de Salud Mental, donde se plantea una serie de objetivos y acciones concretas y de utilidad para los usuarios, y los profesionales de la Salud Mental en el contexto de nuestro Sistema Nacional de Salud.¹⁵



En promedio, y en los países de la OCDE, las personas diagnosticadas con un problema de Salud Mental tienen menos probabilidades de informar que han sido tratadas con cortesía y respeto por el personal médico y de Enfermería durante la hospitalización, que aquellas personas hospitalizadas que nunca han recibido un diagnóstico de Salud Mental.¹⁵

Una atención temprana y de alta calidad tiene el potencial de mejorar los resultados y puede ayudar a reducir el suicidio y el exceso de mortalidad para las personas con problemas de Salud Mental. Para reducir el impacto de estos problemas, **consideran necesario un enfoque multidimensional**, que incluya la prevención en atención primaria, una mejor integración de la atención a la salud física y la mental, intervenciones conductuales y cambios en las actitudes de los y las profesionales.¹⁵

Se han evidenciado una vez más los beneficios de incorporar profesionales de la Psicología en Atención Primaria de la Salud, una medida propuesta por el Defensor del Pueblo y defendida en los últimos años por el Consejo General de la Psicología que, tal y como viene manifestando la Organización Colegial, redundaría en un ahorro en términos de costes económicos y sociales, al facilitar, entre otras cosas, la identificación precoz y la intervención temprana de los trastornos mentales, la reducción de los tiempos de espera para recibir tratamiento adecuado, evitando, a su vez, complicaciones en la sintomatología del paciente y la consiguiente cronificación.¹⁷



**Una atención temprana
y de alta calidad tiene
el potencial de mejorar
los resultados y puede
ayudar a reducir el
suicidio y el exceso de
mortalidad**



Los resultados obtenidos muestran que el tratamiento proporcionado a través del enfoque PMHC es sustancialmente más efectivo que el tratamiento habitual

3

Mirando a otras latitudes

Con la finalidad de mejorar el acceso a los tratamientos psicológicos, el Ministerio de Sanidad de Noruega inició, en el año 2012, el proyecto *Prompt Mental Health Care* (PMHC). Es conocido como la adaptación noruega del programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) del Reino Unido.¹⁸

Permite que los usuarios de los servicios sanitarios noruegos puedan contactar directamente con los profesionales de la Salud Mental (en lugar de tener que ser derivados por el médico de cabecera, tal y como ocurre en la atención sanitaria habitual), asegurando que las personas que solicitan estos servicios son atendidas en un plazo máximo de 48 horas (frente a los plazos de hasta 12 semanas que se suelen dar a través de la atención sanitaria estándar) y ofreciendo diferentes modalidades de intervención, desde tratamientos de baja intensidad (tales como terapia de grupo o manuales de autoayuda) hasta tratamientos individuales.

Utiliza un modelo de intervención cognitivo-conductual y se aplican en diferentes modalidades con la finalidad de que se puedan beneficiar de estos servicios el máximo número de personas.

La atención se realiza en colaboración con los servicios sociales y comunitarios, de tal manera que se establece un programa de atención integral, centrado en la rehabilitación de los pacientes.

El primer ensayo controlado aleatorizado que ha puesto a prueba este enfoque frente a la atención sanitaria estándar en este país se ha publicado en la revista *Psychotherapy and Psychosomatics*. Los resultados obtenidos muestran que el tratamiento proporcionado a través del enfoque PMHC es sustancialmente más efectivo que el tratamiento habitual para aliviar la carga de los trastornos de ansiedad y depresión y, además, muestra la viabilidad y aceptación de esta nueva estrategia de intervención para ser incorporada en los sistemas sanitarios tradicionales.



4

Volviendo la mirada a lo más próximo

Los principales objetivos del nuevo **Plan de Respuesta Asistencial prioritaria en Salud Mental en la postcrisis por coronavirus:**^{19,20}

- **Cuidar al cuidador en materia de Salud Mental** en el caso de los profesionales sanitarios.
- **Atender las necesidades** emergentes en materia **Infanto-Juvenil**.
- **Velar por los pacientes Covid-19 y familiares** con dificultades para elaborar el duelo.

Reforzar las redes de Salud Mental de todas y cada una de la comunidades autónomas

El plan contempla la contratación de 36 psicólogos clínicos, 23 psiquiatras, 2 diplomados universitarios en Enfermería y un 1 terapeuta ocupacional. Esto prevé reforzar las plantillas de las diferentes unidades de Salud Mental de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Igualmente, establece la creación de un nuevo Hospital de Día Infanto-Juvenil en el Hospital La Paz, que estará atendido por dos psicólogos clínicos, un psiquiatra, dos diplomados de enfermería y un terapeuta ocupacional.

Entre las acciones propuestas por la organización colegial en este sentido, se encon-

traba la de reforzar las redes de Salud Mental de todas y cada una de la comunidades autónomas (teniendo en cuenta que en situaciones normales estas redes se encuentran, ya de por sí, sobrecargadas y cuentan con tiempos de espera muy prolongados y ratios de profesionales -especialmente de Especialistas en Psicología Clínica-, muy por debajo de la media de la OCDE).¹⁹

La OMS ha puesto de relieve el papel clave que desempeña -y debe desempeñar- la Psicología, instando a estudiar las nuevas necesidades que están surgiendo en todos los sectores y a garantizar que el apoyo psicológico esté disponible como parte de los servicios esenciales.^{21,22}

En España concretamente, se ha ido detectando una mayor necesidad de atención psicológica especializada en diversos sectores.²¹ Se viene poniendo de manifiesto la relevancia de crear nuevas especialidades sanitarias de la Psicología en pro de la mejora de la calidad asistencial en el contexto actual.²³ En un Real Decreto *tales como Especialista en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Especialista en Neuropsicología Clínica, entre*

otras muchas, que compartiesen un tronco común de dos años junto con la actual Especialidad de Psicología Clínica.

A diferencia de Medicina -que actualmente cuenta con 48 especialidades en FSE-, en Psicología tan solo existe una especialidad con reconocimiento oficial: la de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, reconocida desde diciembre de 1998 a nivel estatal mediante el Real Decreto 2490/1998.^{21,24}

Se cronifica el insuficiente número de profesionales en el SNS, específicamente de psicólogos clínicos, y que contrasta a todas luces con las necesidades actuales que presenta nuestro sistema sanitario público, donde se han disparado las consultas relacionadas con motivos de malestar psicológico.^{21,25}

**Se cronifica el
insuficiente número
de profesionales en el
SNS, específicamente de
psicólogos clínicos**



Con respecto al programa formativo de los PIR, la normativa actual pretende la formación de un especialista que cuente con competencias en casi cualquier campo de su futura actividad profesional (rotando por todos los servicios durante el programa). Asimismo, tienden a formarlos en trastornos mentales severos, realizando una menor incidencia formativa en los trastornos emocionales frecuentes y en las técnicas de abordaje de tipo psicoterapia interpersonal y otras especialidades clínicas como Neuropsicología o Psicooncología.²⁶

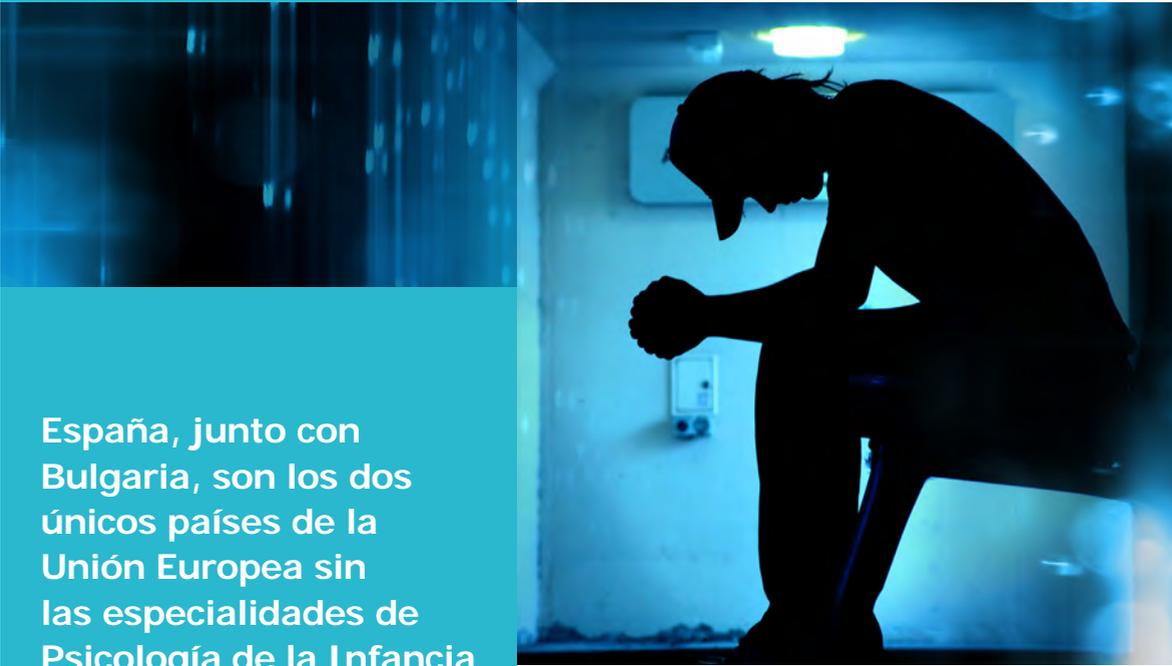
Existe una **mayor necesidad de formación especializada en diversos campos tales como la Psicooncología, la Psicología Clínica Infanto-Juvenil, la Neuropsicología,^{21,23,27} e incluso la Psicología Forense.**

Las prestaciones establecidas por la Cartera de Servicios del sistema Nacional de Salud son totalmente insuficientes para garantizar una atención adecuada a este colectivo

En cuando a la especialidad de infanto-juvenil, algunos estudios señalan que más de un 20%²¹ de los y las menores de edad presentan durante la infancia algún problema de Salud Mental que requiere atención especializada;²⁸ sin embargo, las necesidades actuales del Sistema Sanitario y las prestaciones establecidas por la Cartera de Servicios del sistema Nacional de Salud, hacen que los 6 meses de rotación específica en los dispositivos de Salud Mental de niños y adolescentes del Programa Oficial de formación de especialistas en Psicología Clínica, sean totalmente insuficientes para garantizar una atención adecuada a este colectivo.²⁹

Tras 10 años consecutivos de trabajo en RECURRA GINSO, con la Salud Mental infanto-juvenil, hemos comprobado tanto a nivel ambulatorio, como terapéutico residencial, un agravamiento en quienes ya estaban diagnosticados, y una mayor presión social, que demanda intervención en Psicología Clínica y en Psiquiatría infanto-juvenil para que el **daño ocasionado por la Covid-19 y el sufrimiento malamente acallado, no se cronifique o busquen alternativas a veces irreversibles.**





España, junto con Bulgaria, son los dos únicos países de la Unión Europea sin las especialidades de Psicología de la Infancia y la Adolescencia ni de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Reseñar que otros países europeos -como Alemania, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Italia, Reino Unido o Suiza-, cuentan con especializaciones en Psicología Clínica infanto-juvenil (si bien esta formación no es homogénea o equivalente).^{21,30}

España, junto con Bulgaria, son los dos únicos países de la Unión Europea sin las especialidades de Psicología de la Infancia y la Adolescencia ni de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, con el impacto negativo que esta situación tiene sobre la Salud Mental de los menores: malos diagnósticos y tratamientos inadecuados, que desembocan en niños y niñas con depresión, ansiedad y otros problemas añadidos (rechazo social, fracaso escolar, etc).^{21,25}

Esto evidencia la necesidad de incrementar en nuestro país la visibilidad y reconocimiento de la Psicología Clínica Infanto-Juvenil, de cara a equiparar su desarrollo a los niveles observados en los países con un sistema sanitario avanzado.^{21,30} Tampoco existe en España el título oficial de neuro-psicólogo/a.^{21,26}

Asimismo, **la Asociación Española contra el Cáncer^{11,31} advierte de que el Sistema Sanitario Público no satisface las necesidades de atención psicológica de las personas afectadas por el cáncer ni de sus familias y/o cuidadores**, una situación que se extiende a la mayoría de las comunidades autónomas españolas, en las que la atención que se brinda *no es especializada ni suficiente*. Los expertos lamentan la escasez de profesionales psicooncólogos dentro de nuestro SNS,^{31,32} una figura profesional que se percibe todavía como poco conocida y escasamente implantada, detectándose un cierto déficit de profesionalización y especialización en este tipo de atención.³³

*El dominio del modelo biomédico ha resultado en un uso excesivo de medicalización e institucionalización.*³⁴ Así lo ha advertido el Relator Especial de la ONU, Dainius Pūras, durante la presentación en el Consejo de Derechos Humanos, de su nuevo informe³⁵ sobre el Derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, un documento a través del cual pone de relieve el papel fundamental de los determinantes sociales y subyacentes de la salud para promover la realización del Derecho a la Salud Mental.

Bajo la afirmación de que *No hay salud sin Salud Mental y no puede haber buena Salud Mental sin derechos humanos*,^{34,35} el Relator Especial lamenta que, a medida que comienza la tercera década del mi-

lenio, en ninguna parte del mundo se ha logrado la paridad entre la Salud Mental y física. Dentro de este *fracaso colectivo*, un mensaje importante es que, sin abordar los derechos humanos con seriedad, *cualquier inversión en Salud Mental no será efectiva*.

Según manifiesta Pūras, en todo el mundo los sistemas de Salud Mental están dominados por un modelo biomédico reduccionista, que utiliza la medicalización para justificar la coerción como una práctica sistémica y califica las diversas respuestas humanas a los determinantes sociales y subyacentes nocivos (como las desigualdades, la discriminación y la violencia) como *trastornos* que necesitan tratamiento.³⁴





En todo el mundo los sistemas de Salud Mental están dominados por un modelo biomédico reduccionista

La combinación del modelo biomédico dominante, las asimetrías de poder y el amplio uso de prácticas coercitivas mantienen a las personas no solo con problemas de Salud Mental, sino también a todo el campo de la Salud Mental, como **rehenes de los sistemas obsoletos e ineficaces**.³⁴

De acuerdo con su informe, el discurso global sobre la Salud Mental sigue dependiendo de un enfoque en el que se utilizan las etiquetas de *loco o malo* y de las leyes, prácticas y actitudes que dependen excesivamente de la idea de que la atención a la Salud Mental se trata principalmente de prevenir conductas que pueden ser peligrosas o requieren intervenciones basadas en la atención médica.³⁴

Especial atención al fenómeno de la **sobremedicalización. Plantea importantes preocupaciones sobre los derechos**

humanos y presenta desafíos para la promoción y protección del derecho a la salud.³⁴ Se produce cuando una diversidad de comportamientos, sentimientos, afecciones o problemas de salud se *definen en términos médicos, se describen utilizando un lenguaje médico, se comprenden mediante la adopción de un marco médico o se tratan mediante una intervención médica*.³⁵ Para el Relator Especial, el proceso de medicalización se asocia a menudo con el control social, ya que sirve *para imponer límites alrededor de comportamientos y experiencias normales o aceptables*, alimentando el reconocimiento erróneo de fuentes legítimas de angustia y produciendo alienación. Asimismo, su uso corre el riesgo de legitimar las prácticas coercitivas que violan los derechos humanos y pueden afianzar aún más la discriminación contra los grupos que ya se encuentran en situación de vulnerabilidad.

El informe subraya la existencia de una tendencia internacional general hacia el aumento de las tasas de prescripción psicotrópica para niños y adolescentes (así como para adultos) para el control conductual y social. A este respecto, el informe advierte: *exponer a los niños innecesariamente a medicamentos psicotrópicos socava el derecho a la salud.*^{34,35}

El informe subraya la existencia de una tendencia internacional general hacia el aumento de las tasas de prescripción psicotrópica para niños y adolescentes (así como para adultos) para el control conductual y social

Los últimos diez años representan una década perdida en términos de inversión sanitaria en España y una vulneración del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.^{36,37}

Concretamente, en Atención Primaria, el gasto se ha reducido aún más que en otros servicios, *desoyendo las recomendaciones de la OMS.*³⁷

El informe alerta del grave deterioro en la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia sanitaria en nuestro país, ocasionado por las medidas de austeridad impuestas en el SNS.³⁶

Todo lo anterior ha debilitado los sistemas sanitarios, que actualmente no cuentan con la dotación suficiente para poder responder con eficacia y rapidez a la intensidad de la actual pandemia del Covid-19.³⁶



El informe **considera primordial que España adopte una estrategia de refuerzo del SNS desde el respecto a los derechos humanos y la garantía de protección de todas las personas.** En esta línea, y teniendo en cuenta la actual situación de pandemia, con un más que previsible rebrote, recomienda a las autoridades sanitarias centrales y autonómicas implementar una serie de medidas, entre ellas las siguientes:^{36,37}

- El derecho a la salud *sigue estando en riesgo en España.* Las autoridades deben **dar prioridad urgente al incremento de la financiación al SNS,** para asegurar el cumplimiento progresivo de este derecho.
- Empezar una **evaluación del impacto en los derechos humanos,** de forma previa a cualquier futura medida destinada a mejorar la rentabilidad y la eficacia de los sistemas de salud autonómicos, garantizando la adecuada participación y consulta de los grupos afectados con respecto a la forma en que tales medidas se desarrollan y aplican.
- **Dar cumplimiento a las recomendaciones de la OMS y priorizar en la asignación de recursos la inversión en la Atención Primaria,** reforzando así su capacidad de asistencia, a través de la contratación de más recursos humanos y medios materiales.

Ya indicó Javier Prado, vocal de ANPIR, que lo que más inquieta a los psicólogos clínicos es *la relación entre recesión económica y riesgo de suicidio que no hay duda de que empezaremos a vislumbrar si la destrucción de empleo y tejido empresarial sigue progresando.* Durante el primer trienio (2008-2011) de la pasada crisis económica, el riesgo de suicidio se incrementó entre un 20 y un 30%.³⁸

Nuestro SNS no dispone, ni siquiera en situaciones de normalidad (sin la Covid-19), de recursos de atención psicológica suficientes en los servicios de Salud Mental para satisfacer las demandas psicológicas de la población española, y menos aún los tiene en los servicios de atención primaria o en los servicios hospitalarios no relacionados con la Salud Mental (p. ej., en las UCI).³⁹

Nuestro SNS no dispone, ni siquiera en situaciones de normalidad (sin la Covid-19), de recursos de atención psicológica suficientes



Es imprescindible reforzar las redes de Salud Mental de todas y cada una de las comunidades autónomas. En situaciones normales, estas redes se encuentran ya de por sí sobrecargadas y con tiempos de espera muy prolongados y ratios de profesionales —especialmente de especialistas en psicología clínica— muy por debajo de la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Por lo tanto, es muy previsible que con el crecimiento de la demanda asistencial que **se prevé para los próximos meses**, especialmente entre los grupos vulnerables, sometidos en mayor medida a situaciones potencialmente traumáticas y estresantes, **estos recursos sean claramente insuficientes y se vean desbordados**.³⁹

Es necesario hacer más accesible a la población la atención psicológica especializada, **generalizando la presencia de psicólogos de Atención Primaria** y que se prioricen las intervenciones preventivas y grupales para aumentar su eficiencia.³⁹

Es necesaria, igualmente, una mayor presencia de psicólogos especializados en Psicología de la salud en los distintos servicios hospitalarios distintos a los de Salud Mental. El proyecto HUCI⁴⁰ viene reclamando la presencia de psicólogos en las UCI desde hace años. La situación actual les ha llevado a incrementar su lucha por la humanización de los servicios hospitalarios y la inclusión de los psicólogos dentro de los equipos.³⁹

**El proyecto HUCI
viene reclamando la
presencia de psicólogos
en las UCI desde hace
años**





Es necesario garantizar que tanto en los servicios y Centros de Salud Mental como en los centros de Atención Primaria se puedan implementar **protocolos de intervención psicológica para atender las demandas y aplicar los tratamientos de carácter psicológico, tanto individuales como grupales y familiares**, que cuenten con suficiente evidencia científica y eficacia contrastada.³⁹

La generalización e incremento de la presencia de psicólogos y de la implementación de protocolos y tratamientos psicológicos en todos los niveles y servicios del SNS ayudará también a solventar algunos de los mayores problemas que presenta nuestro sistema: la sobremedicación y la excesiva medicalización de la vida.^{39,41} Deben priorizarse los tratamientos psicológicos en todos los casos en los que se recomienda, debiéndose restringir el uso de medicamentos a los casos estrictamente necesarios para evitar una medicalización de los problemas y alteraciones psicológicas reactivas a circunstancias estresantes o traumatizantes. Además, **no es recomendable el uso indiscriminado y continuado de psicofármacos durante largos períodos** ya que algunos, como los tranquilizantes, tienen efectos secundarios importantes y crean adicción.

Deben priorizarse los tratamientos psicológicos en todos los casos en los que se recomienda, debiéndose restringir el uso de medicamentos a los casos estrictamente necesarios

Específicamente en el área de la intervención con niños y adolescentes es imprescindible que haya psicólogos especializados en Psicología Clínica infanto-juvenil, tanto en los servicios de Salud Mental como en los centros de Atención Primaria, que puedan atender a los niños y adolescentes con problemas de ansiedad o depresión y proporcionarles la psicoterapia que, hoy por hoy, es el tratamiento de primera elección para estos trastornos, tal y como han demostrado los estudios de los últimos años y como recomiendan las instituciones de prestigio en este ámbito.^{42,43}

Debe garantizarse que los servicios sociales cuenten con psicólogos y psicólogas que puedan atender los problemas psicológicos que van a producirse como resultado de la crisis socioeconómica que vamos a tener que afrontar.

Resulta imprescindible incluir psicólogos que asesoren a las autoridades sanitarias en el planeamiento de las distintas fases de abordaje de la pandemia, en la comunicación a la ciudadanía de las medidas que supongan cambios en sus comportamientos y hábitos de vida y, en general, en todas las acciones dirigidas a la salud pública.

España nunca ha tenido un SNS con suficientes recursos psicológicos, y es un dato constatado que en España hay un insuficiente número de psicólogos en el SNS.⁴⁴ De hecho, según el informe de 2020 del Defensor del Pueblo del Gobierno de España, basado en los datos del 2018, la media de psicólogos en nuestro SNS es de 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes.⁴⁵

**La media de psicólogos
en nuestro SNS es de
6 psicólogos por cada
100.000 habitantes**





Esta media, **está muy por debajo de la de la Unión Europea, que es de 18 psicólogos de media por cada 100.000 habitantes** y resulta absolutamente irrisoria si la comparamos con la media de psicólogos en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde hay **26 psicólogos por cada 100.000 habitantes**.⁴⁶

La pandemia de Covid-19 ha perturbado o paralizado los servicios de Salud Mental esenciales del 93% de los países del mundo, en tanto que aumenta la demanda de atención de Salud Mental, según un nuevo estudio de la OMS.⁴⁷ El estudio, que abarca 130 países, aporta los primeros datos mundiales acerca de los efectos devastadores de la Covid-19 sobre el acceso a los servicios de Salud Mental y **pone de relieve la necesidad urgente de incrementar la financiación**.

La OMS ha señalado anteriormente el problema crónico de la financiación del sector de la Salud Mental: antes de la pandemia, los países destinaban menos del 2% de sus presupuestos nacionales de salud a la Salud Mental y tenían dificultades para responder a las necesidades de sus poblaciones.

La pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de Salud Mental

La pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de Salud Mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de Salud Mental.

Una buena Salud Mental es absolutamente fundamental para la salud y el bienestar en general, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. La Covid-19 ha venido a interrumpir la atención prestada por los servicios de Salud Mental esenciales de todo el mundo justo cuando más se los necesitaba. Los dirigentes mundiales deben actuar con rapidez y determinación para invertir más en programas de Salud Mental que salven vidas, mientras dure la pandemia y con posterioridad a ella.

Estimaciones previas a la Covid-19 cifran en casi un billón de dólares las pérdidas anuales de productividad económica causadas únicamente por la depresión y la ansiedad. Sin embargo, algunos estudios revelan que cada dólar gastado en tratamientos de la depresión y la ansiedad basados en datos empíricos genera un retorno de 5 dólares.

Perturbaciones señaladas por los diferentes países:

- **Más del 60% de los países señaló perturbaciones de los servicios de Salud Mental** destinados a las personas vulnerables, incluidos los niños y los adolescentes (72%), las personas mayores (70%) y las mujeres que requieren servicios prenatales o postnatales (61%).
- El 67% observaba **perturbaciones en los servicios de orientación psicológica y de psicoterapia**; el 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos; y el 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos a los opiáceos.

- **Más de un tercio (35%) señaló perturbaciones en las intervenciones de emergencia**, incluidas las destinadas a personas afectadas por convulsiones prolongadas, síndromes de abstinencia severos relacionados con el consumo de drogas y estados delirantes, que con frecuencia son la señal de graves trastornos médicos subyacentes.
- **El 30% señaló perturbaciones en el acceso a los medicamentos** destinados a tratar trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas.
- En torno a tres cuartas partes señalaron **perturbaciones al menos parciales en los servicios de Salud Mental de las escuelas y los lugares de trabajo** (78% y 75% respectivamente).



Estimaciones previas a la Covid-19 cifran en casi un billón de dólares las pérdidas anuales de productividad económica causadas únicamente por la depresión y la ansiedad

Running



La determinación por un objetivo, por una obra a realizar, es el antídoto contra el desaliento y la desesperanza

5

Antes de la pandemia

Con confinamiento incluido, ya vivíamos tiempos de incertidumbre, relativismo e inseguridad, un ritmo de vida vertiginoso, una frustración existencial.

En las últimas décadas han aumentado, como una plaga, trastornos psíquicos como la depresión, los trastornos de ansiedad, la dependencia al alcohol u otras drogas.

Se aprecia una ausencia de sentido de la vida, cual neurosis de masas. No debiéramos perder la fe, precisamos de la esperanza, pues la vida exige mirar hacia adelante. La determinación por un objetivo, por una obra a realizar, es el antídoto contra el desaliento y la desesperanza.

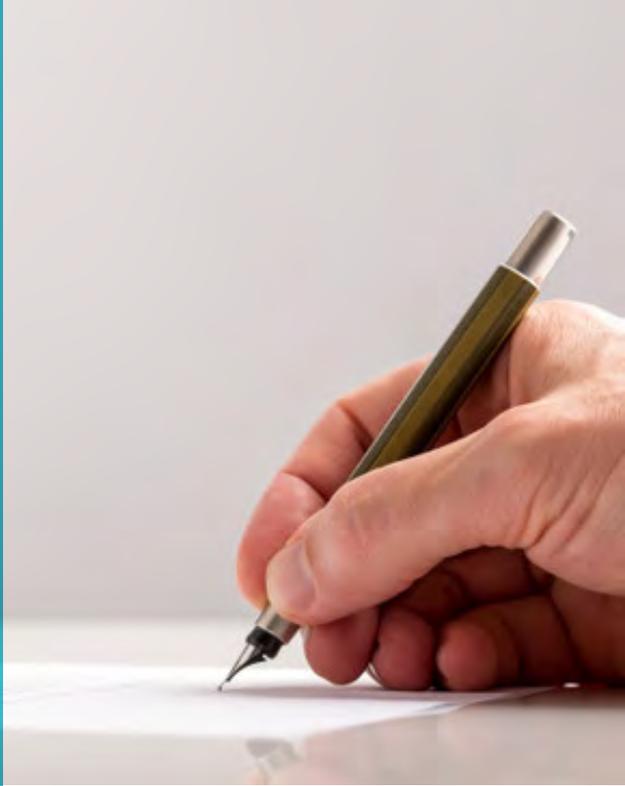
Vivimos en una sociedad que podemos diagnosticar como afectada de psicopatología estructural, que junto a un mayor compromiso con la educación e investigación demanda un incremento exponencial

de profesionales de la Salud Mental, precisamos de su apoyo, conocimiento, implicación y saber.

El ser humano es una unidad psicofísica y social, que confluye en un organismo único e irrepetible. Por ello, grandes figuras de la historia de la psicología han sido médicos, recordemos a Wundt, James, Pavlov, Freud. Y en España a Cajal, Simarro, Lafora, Marañón, o nuestro patrón Juan Huarte de San Juan.

Vayamos concluyendo, **la atención sanitaria requiere de especialistas, siendo esencial la referida a la psicología científica, y específicamente a la clínica**, que se enriquece de manera continuada, con importantes hallazgos.

Aceptemos lúcidamente la dura realidad que se acompaña de una certeza, la muerte ajena y la propia, a la que antecede la incertidumbre, la contingencia.



Bibliografía

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. La salud mental, objetivo de la Unión Europea. Infocop 2005; julio-septiembre (24):57.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Gran apoyo al manifiesto en defensa de la atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Infocop 2006; agosto – octubre (29):54-55.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Se convocan sólo 98 plazas de psicólogo interno residente (PIR) en 2007. Infocop 2006; agosto – octubre (29):56.
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Abierto el plazo de solicitud del Certificado de Psicología EuroPsy. Infocop 2008; junio – julio (38):62.
5. de Vicente A, Albarraçín D, Berdullas S. La salud mental está desatendida en España. Infocop 2008; agosto – octubre (39):25-26.
6. Redacción de Infocop. La inversión en salud mental en España es mucho menor que en otros países similares. Entrevista a Gualberto Buela-Casal, representante de la AEPC. Infocop 2008;40(diciembre):19.
7. Consejo General de la Psicología de España. Publicada en el BOE la Ley General de Salud Pública en la que se reconoce la profesión de Psicólogo General Sanitario. Infocop 2011;55(noviembre-diciembre):41.
8. de Vicente A, Villamarín S. El mundo necesita una revolución en la atención a la salud mental, informe de la ONU. Infocop 2017;78(julio-septiembre):22.
9. Redacción de Infocop. El acceso a los tratamientos psicológicos en España y su coste-eficacia. Infocop 2018;80(enero-marzo):4.
10. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha T, Angermeyer M, Haro J, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services* 2007;58:213–220.

11. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España. 2018; Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.
12. Organización Mundial de la Salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. 2020; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>.
13. García M. Aumenta el consumo de psicofármacos en la cuarentena. 2020; Disponible en: <https://www.latribunadetoledo.es/noticia/Z8DDD993C-DDC4-CB81-34520C68427C359A/202004/aumenta-el-consumo-de-psicofarmacos-en-la-cuarentena>.
14. Consejo General de la Psicología de España. Propuesta para que haya psicólogos clínicos en la Atención Primaria de todas las Comunidades Autónomas. Infocop 2019;85(abril-junio):37.
15. Villamarín S, Berdullas S. Se incrementan los problemas de salud mental en Europa, nuevo informe de la OECD. Infocop 2020;88(enero-marzo):13-16.
16. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. París: OECD Publishing; 2019.
17. Villamarín S, Berdullas S. Un nuevo estudio avala los beneficios de incorporar psicólogos en atención primaria. Infocop 2020;88(enero-marzo):17-19.
18. de Vicente A, Villamarín S. Noruega implanta con éxito servicios psicológicos en atención primaria. Infocop 2020;88(enero-marzo):22.
19. Consejo General de la Psicología de España. Se refuerza la atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid. Infocop 2020;89(abril-junio):48.
20. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la postcrisis por COVID-19. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2020.
21. Redacción de Infocop. La importancia de crear nuevas especialidades en psicología para dar respuesta a las demandas y necesidades actuales en salud mental. Infocop 2020;90(julio-septiembre):4-8.
22. OMS. Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental. 13 de junio de 2020; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
23. Consejo Asesor de Sanidad y Universidad Rey Juan Carlos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Libro Blanco de los Recursos Humanos en el Sistema Sanitario. 2013; Disponible en: www.infocoponline.es/pdf/LIBRO-BLANCO-RRHH.pdf.
24. Jarné A, Vilalta RJ, Arch M, Guardia J, Pérez A. Especialidades y Acreditaciones en Psicología. Papeles del Psicólogo 2012;33(2):90-100.
25. Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2019. 2020; Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/InformeDerechos-Humanos-Salud-Mental-2019.pdf>.
26. Jarné A, Pérez-González A. Recorridos de formación en psicología clínica y de la salud en España. Revista de Psicoterapia 2020;31(116):77-85.
27. Fernández-Hermida JR, Santolaya F, Santolaya JA. La acreditación en Psicología Clínica en España. Terapia psicológica 2017;35(1):95-110.
28. Paricio del Castillo R, Pando Velasco M. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil 2020;37(2):30-44.
29. BOCG [Boletín oficial de las cortes generales congreso de los diputados]. Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, sobre la creación de las especialidades de "Psiquiatría del Niño y del Adolescente" y "Psicología Clínica de Infancia y Adolescencia". Serie D, nº43, de 27/02/2012. 2012; Disponible en: [http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu10&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28CDD201202270043.CODI.%29#\(P%C3%A1gina33\)](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu10&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28CDD201202270043.CODI.%29#(P%C3%A1gina33)).
30. Fernández Liria A, Gómez Beneyto, M. (coord.) [y col.]. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2009.
31. Asociación Española contra el Cáncer [AECC]. Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el SNS de España. Observatorio del cáncer AECC. 2019; Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/INFORME-C%-C3%81NCERAEC19.pdf>.
32. Steven B, Lange L, Schulz H, Bleich C. Views of psycho-oncologists, physicians, and nurses on cancer care-A qualitative study. PLoS ONE 2019;14(1).
33. Instituto Max Weber. La atención psicológica al paciente de cáncer en España. 2018; Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/Atencion-Psicologica.pdf>.
34. Villamarín S, Berdullas S. El relator especial de la ONU cuestiona el modelo biomédico en salud mental e insta a adoptar un enfoque alternativo. Infocop 2020;90(julio-septiembre):21-23.
35. United Nations Human Rights. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras. 2020; Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_33_ENG.DOCX.

36. Villamarín S, Berdullas S. Las personas que reciben tratamiento en salud mental: entre las más afectadas por las medidas de austeridad en el SNS en España. *Infocop* 2020;90(julio-septiembre):29-30.
37. Amnistía Internacional. La década perdida. Mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. Madrid: Amnistía Internacional; 2020.
38. Salinas N. España sólo tiene 2.800 psicólogos clínicos en la sanidad pública. 2020; Disponible en: https://www.vozpopuli.com/sanidad/psicologos-sanidad-publica_0_1369664438.html#:~:text=Seg%C3%BAAn%20ese%20informe%2C%20en%202018,especialistas%20por%20cada%20100.000%20habitantes.
39. Chacón F, Fernández-Hermida JR, García-Vera MP. La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial. *Clínica y Salud. Investigación Empírica en Psicología* 2020;31(2):119 - 123.
40. Heras de la Calle, G. y Miembros del Proyecto HUCI (Eds.). *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Bogotá: Distribuna; 2017.
41. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gérvas Camacho J(Eds.). *Informe SESPAS 2012. La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica gestión y política sanitaria*. *Gaceta Sanitaria* 2012;24(Supl):1-164.
42. García-Vera MP, Sanz J. Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta. Madrid: Pirámide; 2016.
43. Sanz J, García-Vera MP. Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud* 2020;31(1):55-65.
44. Berdullas S, Gesteira C, Morán N, Fernández JR, Santolaya F, Sanz J, et al. El teléfono de asistencia psicológica por la Covid-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista Española de Salud Pública* 2020;94(e202010138).
45. Defensor del Pueblo. El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud. 2020; Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>.
46. OECD iLibrary. Psychologists per 100 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year available). 2014; Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count/psychologists-per-100-000-population-2000-and-2011-or-nearest-year-available_9789264208445-graph36-en.

OTRAS REFERENCIAS

- Academia de Psicología de España. *Psicología para un mundo sostenible vol. II*. Madrid: Pirámide; 2018.
- Academia de Psicología de España. *Psicología para un mundo sostenible vol. I*. Madrid: Pirámide; 2017.
- Clemente M, Espinosa P, Urra J. Ethical Issues in Psychologists' Professional Practice: Agreement Over Problematic Professional Behaviors Among Spanish Psychologists. *Ethics & Behavior* 2011;21(1):13-34.
- Curso de Verano de El Escorial de la Universidad Complutense de Madrid. I Jornada Retos de la Salud Mental Infanto-Juvenil. I ed. Madrid: Organizado por RECURRA-GINSO; 2 de julio de 2019.
- Fundación Alicia Koplowitz. Por ellos. Memoria 2018. 2018; Disponible en: <https://fundacionaliciakoplowitz.org/wp-content/uploads/2020/09/memoria-2018.pdf>.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de España. Real Decreto 378/2015, de 14 de mayo, por el que se crea la Academia de Psicología de España y se aprueban sus Estatutos. *Boletín Oficial del Estado* martes 2 de junio de 2015:1.
- Urra J. *Afrontamiento psicológico en momentos de crisis. Ante pandemias y otras situaciones*. Madrid: Sentir; 2020.
- Urra J. *La huella de la Desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*. Madrid: Morata; 2019.
- Urra J. *TRauma. Test de resistencia al trauma*. Madrid: GiuntiEOS Psychometrics; 2019.
- Urra J. *Salud Mental*. In: *Enfoque Editorial SC*, editor. *Avances en salud: Aspectos científicos, clínicos, bioéticos y legales*; 2018. p. 189-199.
- Urra J. *Ser Humanos. Especial Profesiones* 2014(150):12-13.
- Urra J. Development and psychometric properties of the Resistance to Trauma Test (TRauma). *Psicothema* 2014;26(2):215-221.
- Urra J, Kaplan G. *Psicofarmacología. Guía para profesionales de la salud, la educación y la justicia*. Madrid: E.O.S.; 2018.



**El papel de las
Sociedades Científicas
en la mejora del
Sistema Nacional de
Salud (SNS)**

**Dr. Andrés Íñiguez Romo^{*},
Dr. Francisco Javier Elola Somoza[#],
Dra. Pilar Garrido López^º**

^{}Jefe Servicio Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Presidente de Honor de la Sociedad Española de Cardiología. Miembro de la Junta Directiva de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME)*

[#]Cardiólogo, Director de la Fundación Instituto para la Mejora de la Sanidad (IMAS)

^ºJefe Sección Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)



Nuestro SNS ha sido reconocido como uno de los más eficientes modelos de asistencia sanitaria teniendo en cuenta 3 parámetros: esperanza de vida al nacer, gasto absoluto y gasto relativo al PIB en salud

1

Introducción

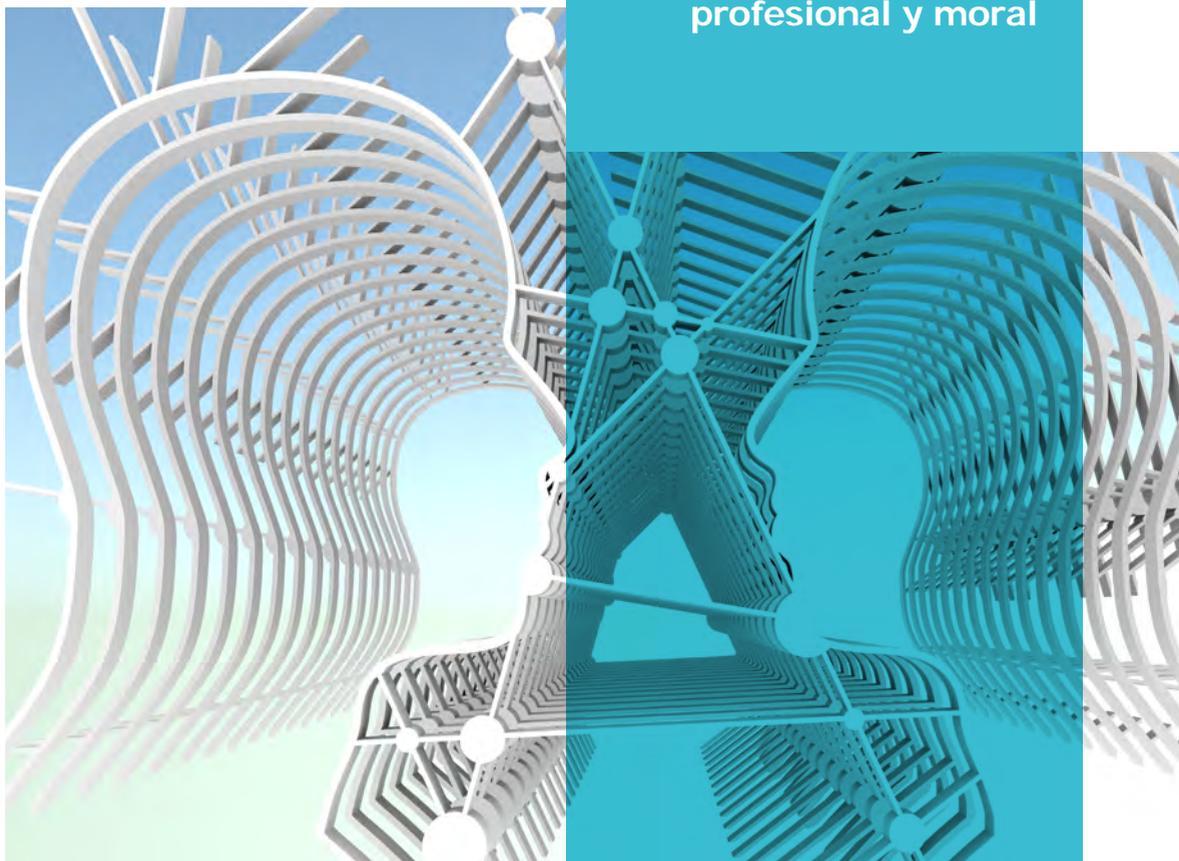
La primera cuestión a plantear es **¿por qué el SNS necesita una mejora?, o dicho de otra forma ¿qué tiene de malo nuestro SNS como para necesitar una reforma?** Porque aparentemente y de acuerdo a índices internacionales (Bloomberg), nuestro SNS ha sido reconocido como uno de los más eficientes modelos de asistencia sanitaria (en concreto el tercer puesto por detrás de Hong Kong y de Singapur), teniendo en cuenta 3 parámetros: esperanza

de vida al nacer, gasto absoluto y gasto relativo al PIB en salud. E incluso, si se mide el rendimiento del acceso a las prestaciones del SNS y el índice de calidad sobre la carga global de enfermedad en 2016 (publicado en la prestigiosa revista Lancet), España se situaba en el puesto 19 de los 195 países evaluados y la misma revista señalaba el notable desempeño del sistema español en lograr una mayor esperanza de vida libre de enfermedad.

En nuestra opinión, esta autocomplacencia con la bondad y teórica eficiencia de nuestro SNS es el primer obstáculo para plantear y abordar los cambios necesarios para su mejora. Quizás esto sea paradójicamente el reflejo de que *los árboles no nos dejan ver el bosque*. Pues, puede que ignoremos dos premisas fundamentales: a) que en la década de los años 70-80 se pusieron las bases estructurales (Ley general de sanidad, sistema MIR, reforma de la atención primaria y especializada) de un sistema sanitario que respondía a las necesidades de una población y sociedad española que ha cambiado radicalmente, ya que la sociedad actual no se parece en lo mas mínimo a la de hace 40 años atrás; y b) que una parte muy importante del impulso modernizador de nuestro SNS provino de los propios profesionales sanitarios, de su implicación y voluntarismo.

Por tanto, ser consciente de las deficiencias actuales de nuestro SNS, no es sinónimo de que el SNS sea malo, sino que **precisa cambios que desde su creación nunca han sido abordados**. Por tanto, proponer los cambios que precisa no es un ejercicio de pesimismo sobre el actual SNS, sino que es nuestra obligación ética, profesional y moral.

Proponer los cambios que precisa no es un ejercicio de pesimismo sobre el actual SNS, sino que es nuestra obligación ética, profesional y moral





2

La realidad actual del SNS

Existen varias razones por las que en el SNS deben acometerse cambios:

1. La sociedad actual es muy diferente a la de los años 80. (Figura 1) Es lógico pensar que un SNS planteado para una época concreta necesite una mejora, o al menos una adaptación a la realidad existente décadas después de su nacimiento.

La sociedad actual es muy diferente a la de los años 80

Figura 1. Cambios en la Sociedad Española. Una sociedad actual muy diferente a la de los años 80.



2. Asistimos a un **envejecimiento poblacional**, que conlleva cronicidad, co-morbilidad, dependencia y fragilidad. Variables todas ellas ligadas a una mayor demanda de asistencia sanitaria y a un mayor gasto sanitario, con crecimientos previstos de la demanda para el 2050 de entre el 54 y 103%.

3. El **crecimiento económico es uno de los factores de crecimiento del gasto sanitario**. Las proyecciones de la OCDE y del *Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network* prevén un crecimiento del gasto sanitario per cápita, con tendencia a aumentar el porcentaje de gasto público sobre el PIB y un aumento del copago.

4. Sucede otro hecho, en este caso privativo de España, y que no es otro que haberse producido la **transferencia de competencias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA)**. Sin duda, ello ha promovido innumerables beneficios y acercamiento de las decisiones y servicios a los ciudadanos. Pero a la vez, dado que existen débiles instrumentos de cohesión, se han **generado barreras interterritoriales al acceso de las prestaciones sanitarias de ciudadanos y profesiona-**

les, y han aparecido desigualdades e inequidades en la asistencia sanitaria.

Y solo la presión de las Sociedades Científicas (SSCC) en los medios de comunicación, tras realizar estudios científicos que demostraban estos hechos, ha provocado que las administraciones hayan dado pequeños pasos para aportar alguna mejora puntual. Por ejemplo, diferentes SSCC (SEC, SEMI, SEOM, SEPD, SEPAR, SEEN, SEN) a través de los denominados estudios RECAL han puesto en evidencia notables desigualdades en resultados de salud entre las diferentes comunidades autónomas en España en los diferentes procesos asistenciales de su competencia.

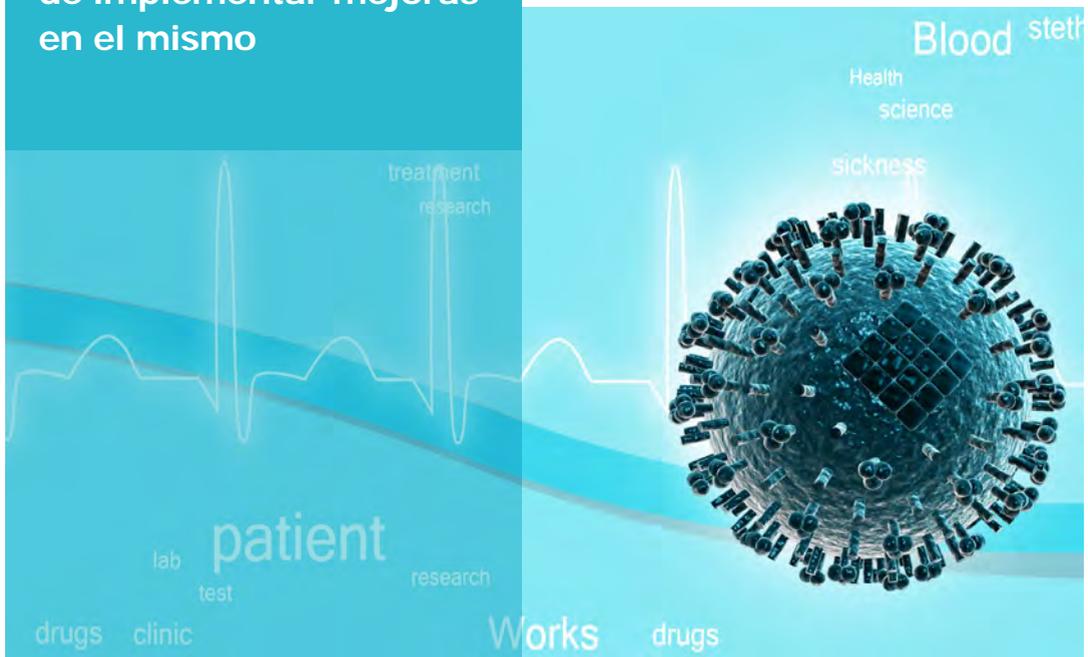
5. Por otra parte, la política clientelar, en ausencia de un marco estratégico para el SNS, ha promovido la **creación de nuevos y numerosos hospitales locales sin insertarlos en una red asistencial coherente**. Lo que probablemente ha condicionado ineficiencias (aumento de costes y posible merma de la calidad). Como ejemplo la existencia de hospitales de alto junto a otros de bajo volumen de actuaciones, desarrollando su labor en paralelo. En este sentido, es muy conocida la relación entre bajo volumen y peores resultados en salud.⁹

6. Por si fuera poco, en nuestro SNS se vive una política de *gerencialismo*, gestión burocratizada y en suma una politización de la gestión, que ha conducido a **falta e incluso ausencia de compromiso de los profesionales con la gestión y una notable desconfianza en la misma**. No en vano la prestigiosa revista Harvard Business Review en diciembre de 2017 publicaba un artículo titulado *¿por qué los mejores hospitales son dirigidos por médicos?* Probablemente, porque como reconoce la página Web de la Clínica Mayo, los facultativos ponen primero el foco en las necesidades del paciente.

7. Hemos asistido a un **expansionismo sin evaluación y recortes sin mejoras de la eficiencia** (inadecuación del modelo asistencial a necesidades y demandas). Así ha sido evidenciado, por ejemplo, en la notablemente mayor mortalidad en la revascularización coronaria quirúrgica en España (mayor número de hospitales con cirugía cardíaca, bajo volumen de cirugías) frente a Inglaterra (menor número de centros con mayor volumen de actividad). En España solamente el 10% de los servicios de cirugía cardíaca hizo igual o más de 600 intervenciones quirúrgicas mayores, que es el mínimo recomendado por la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardíaca. Esta situación, de elevado número de centros realizando un bajo volumen de procedimientos complejos, se repite en otras áreas de conocimiento (cirugía del cáncer, neurocirugía, cirugía torácica, etc).

8. Además, **la pandemia Covid ha puesto de manifiesto las fortalezas, pero también las debilidades de nuestro sistema sanitario** y la necesidad de implementar mejoras en el mismo.

La pandemia Covid ha puesto de manifiesto las fortalezas, pero también las debilidades de nuestro sistema sanitario y la necesidad de implementar mejoras en el mismo





3

Mirando al futuro. El papel de las Sociedades Científicas

Si queremos de verdad que el SNS mejore, debiéramos plantearnos solo un reto: tener un SNS centrado en las personas, de calidad, equitativo y eficiente. La *quadruple aim* lo resume en: mejorar la salud, mejorar la experiencia de pacientes y de

Debiéramos plantearnos solo un reto: tener un SNS centrado en las personas, de calidad, equitativo y eficiente

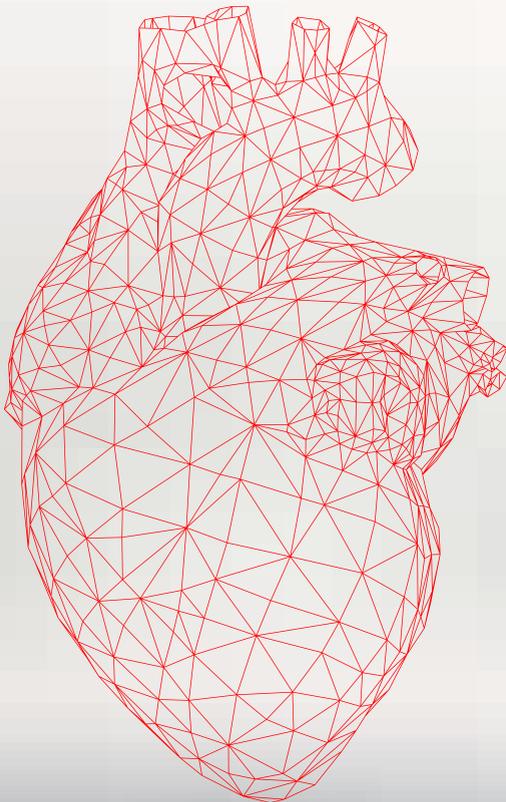
los profesionales, y aumentar la eficiencia. En base a ello, **las Sociedades Científicas (SSCC) pueden ser un aliado de inestimable valor para su mejora**, y un elemento imprescindible si se quiere de verdad conseguir esa mejora.

Para mejorar el SNS se deberían llevar a cabo 12 actuaciones: **(Tabla 1)**

1. Combatir los factores de riesgo para la salud

Gracias al Estudio Framingham se conoce muy bien cual es el Impacto de los denominados *Factores de Riesgo*. La ausencia de prevención incrementa la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, oncológicas o respiratorias por poner ejemplos, empeora la calidad de vida y aumenta los años perdidos en calidad de vida. Más del 25% del gasto sanitario se atribuye a factores prevenibles.

Combatir los factores de riesgo para la salud precisa de una Estrategia Nacional de Salud, que promueva una educación en salud (teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y adoptando estilos de vida saludables), desarrolle acciones preventivas que eviten brechas de salud (desigualdad socioeconómica), prevean el impacto epidemiológico del envejecimiento, con objetivos y metas educativas de promoción de la salud, con programas tanto comunitarios como locales, y sobre todo que implique a todos los agentes, en acciones y en co-financiación, con decisiones basadas en la evidencia científica y en los análisis de coste/efectividad.



La ausencia de prevención incrementa la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, oncológicas o respiratorias



Hay que ser conscientes del problema que supone el envejecimiento de la población y su incremento porcentual sobre el total de ciudadanos asistidos por el SNS

2. Dar una respuesta adecuada al envejecimiento poblacional

Para ello, lo primero que hay que hacer es ser conscientes del problema que supone el envejecimiento de la población y su incremento porcentual sobre el total de ciudadanos asistidos por el SNS.

En segundo lugar, **conocer y prever su impacto en la demanda asistencial**. Por ejemplo, la necesidad de implante valvular aórtico mínimamente invasivo, lo que se conoce como implante percutáneo trans-catóter de la válvula aórtica (TAVI) se va a incrementar en los próximos 5 años entre un 60 y un 217% con respecto a las cifras actuales, por el envejecimiento de la población anciana existente (al ser la estenosis aórtica degenerativa una patología senil) y

de lo estrictos que seamos o no con las indicaciones de estos procedimientos.

En tercer lugar, será preciso **impulsar mejoras en la continuidad asistencial** (integración y cooperación entre asistencia primaria y hospitalaria), educando al paciente y promoviendo tanto en ellos como en los cuidadores competencias en auto-gestión de su condición de salud, creando redes asistenciales con equipos multidisciplinares y enfermeras gestoras que garanticen la mejor comunicación entre niveles asistenciales, la atención del paciente, la continuidad de la asistencia y los cuidados en co-morbilidades y paliativos.

Deberemos usar las tecnologías digitales y sistemas de información compartidos (como recursos de la sanidad para el apoyo a la autogestión -*consulta no presencial, teleconferencia, Apps, tele-asistencia, monitorización, diagnóstico, consulta y tratamientos remotos*-) que posibiliten una mejor comunicación entre Atención Primaria, especializada y servicios socio-sanitarios, y que permitan la trazabilidad del proceso del paciente con independencia del ámbito asistencial.

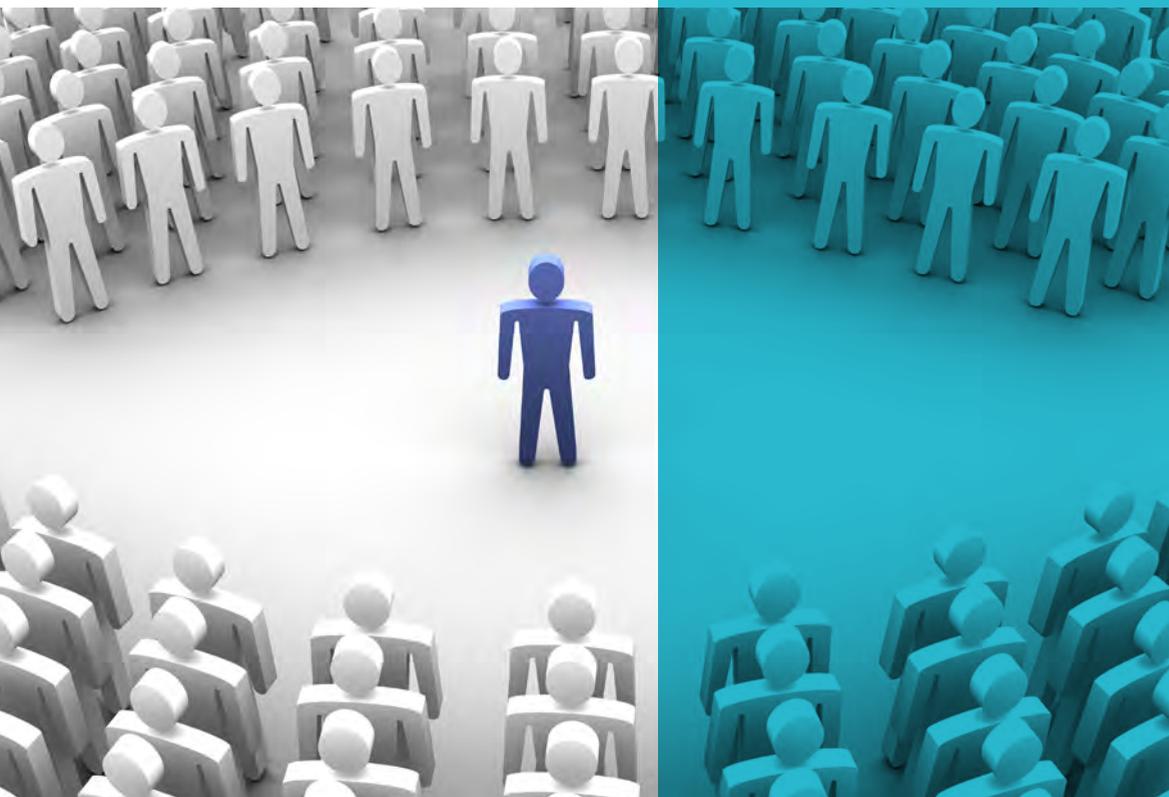
3. Poner al paciente en el centro del sistema

Poner al paciente en el centro del sistema exige pasar de un eslogan retórico a la verdad. **Requiere una transformación muy importante del SNS**, no sólo en los aspectos relativos al modelo asistencial sino también en cómo se organiza y gestiona. Y, sobre todo, implica cumplir con los estándares de calidad y hacer efectiva la capacidad real de elegir (información sobre resultados y otros indicadores relevantes).

También exige proporcionar una información, inmediata y veraz (ya que la ciudadanía es día a día más exigente, más involucrada, más activa en la interacción/comunicación y gestión de su salud), afrontar el problema de las demoras (listas de espera) y hacer que los pacientes sean *productores* (o gestores) de su salud (en vez de *consumidores* de asistencia sani-

taria). Para ello, **es imprescindible promover la incorporación de los pacientes y de las asociaciones de pacientes a la toma de decisiones** compartidas e informadas sobre política sanitaria, sobre las investigaciones, el tratamiento y la atención y que reflejen lo que es importante para ellos.

Implica cumplir con los estándares de calidad y hacer efectiva la capacidad real de elegir





4. Evitar la uniformidad

Dicho de otro modo, **los servicios de salud no pueden ser Juez y Parte**. Los servicios de salud realizan funciones de planificación, provisión, gestión, financiación y hasta de evaluación de actividad y resultados. Mientras los Servicios de Salud sean los gestores directos serán incapaces de evaluar su funcionamiento, porque se están autoevaluando. Las administraciones sanitarias públicas deben asumir las funciones de control sobre la utilización de los recursos y de evaluación de resultados, descentralizando la gestión.

Evitar la uniformidad implicará además promover otras iniciativas, como el rediseño de servicios en *red asistencial* (comunitarios-locales) para prestar diferentes modelos de atención que satisfagan mejor las necesidades de todos los ciudadanos, incorporar los avances científicos y tecnológicos, superar las barreras entre organizaciones y ámbitos asistenciales que dificultan una atención integral.

Y, sobre todo, deberán favorecerse las iniciativas basadas en el liderazgo de los profesionales, y las acciones ajustadas a las distintas realidades, con los recursos disponibles y logrando los mayores niveles de calidad y eficiencia posibles.

5. Implantar una política de personal basada en competencias

El sistema actual es funcionarial-estatutario, burocrático-administrativo, ineficiente y desmotivador, tanto en la gestión del personal como en la regulación de sus competencias. El régimen *funcionarial* de los profesionales sanitarios en España es una excepción en Europa. De ahí la **necesidad ineludible de: desarrollar competencias e incentivar, seleccionar profesionales adecuados** (con las competencias necesarias en el sitio y momento precisos y con una política de reclutamiento, promoción e incentivos basadas en las competencias profesionales) procedentes de una formación (MIR) que evite la fragmentación, y con un sistema de formación continua y acreditación de competencias profesionales en área específicas. Promoviendo el liderazgo activo con equipos multidisciplinares, con autonomía de gestión de los mismos y con asunción de responsabilidades (con independencia del poder político y con evaluaciones basadas en el cumplimiento de objetivos).

A diferencia de la mayoría de los países desarrollados, en España existe una muy escasa autonomía y participación de las organizaciones científico-médicas en la regulación de la formación médica especializada. Este enfoque conduce al establecimiento de un sistema burocrático-administrativo muy rígido, con una incorporación muy lenta del conocimiento científico actualizado (véase, por ejemplo, la falta de actualización de los programas formativos de especialidad).

Debe facilitarse una estrecha colaboración con/entre las Sociedades Científicas y las administraciones públicas. Desarrollando las áreas de conocimiento específico, estableciendo estándares de competencias, con procesos de certificación y recertificación que se sitúen en el ámbito profesional, delegados a las Sociedades Científicas (ejerciendo las administraciones públicas el papel de supervisor, pero no gestor). Pero, sobre todo evitando el perverso efecto del *café para todos* en la política de incentivos, que mina la eficiencia, la calidad y la motivación.

En España existe una muy escasa autonomía y participación de las organizaciones científico-médicas en la regulación de la formación médica especializada





La realidad es que los recortes no aportan más eficiencia, empeoran la calidad, reducen prestaciones, son indiscriminados y, por tanto, son inequitativos e ineficientes

6. Vincular el SNS con el conocimiento, la producción, la innovación

Hasta ahora **el SNS se ve como como un sector de gasto a controlar**. De hecho, se han aplicado numerosas medidas cortoplacistas: cese de inversiones (no adquisición de equipamientos a pesar de la obsolescencia de los actuales, no renovaciones, no inclusión de nuevas tecnologías), congelación de los recursos humanos (amortizando plazas de jubilaciones, efectuando reducciones de personal, reducción de guardias), supresión en la mayoría de centros de la actividad asistencial extraordinaria (eliminando trabajo fuera de la jornada laboral normal de mañana), aumento en la presión de compra hacia las compañías bio-sanitarias (con negociaciones agresivas centralizadas que han deteriorado la calidad de lo comprado, con concursos a la baja, o con impedimentos que difieren la introducción de nuevos fármacos o tecnologías) y eliminación de gastos indirectos sin valor inmediato (educación médica, innovación y desarrollo).

Estas medidas coyunturales de control del gasto, sin duda han restringido el gas-

to sanitario, pero han sido efectuadas al margen del criterio de los profesionales, y en contra de dictámenes e informes de las SSCC. La realidad es que los recortes no aportan más eficiencia, empeoran la calidad, reducen prestaciones, son indiscriminados y, por tanto, son inequitativos e ineficientes.

En cambio, es imprescindible tener en cuenta la necesidad de desarrollar medidas a largo plazo (cosa que no se ha hecho) para promover la prevención, la educación en salud de los ciudadanos y la gestión de la cronicidad. Y esto es imposible hacerlo sin la colaboración e implicación activa de los profesionales del SNS y de las SSCC.

La evidencia muestra la estrecha relación entre salud y crecimiento económico. Además, existe otra relación entre sistema sanitario, como factor de producción de salud, y economía. La asistencia sanitaria es uno de los más importantes sectores de innovación y crecimiento y la tendencia postcovid es a aumentar su relevancia. El sector salud es el que mayor potencial de incremento de la productividad tiene tras la pandemia.



El sector salud es el que mayor potencial de incremento de la productividad tiene tras la pandemia

Conseguir la vinculación entre conocimiento, producción e innovación en el SNS es factible, a través de: desarrollar un tejido industrial en tecnologías emergentes, en cooperación intersectorial (con unidades clínicas, con la industria, con la universidad) mediante instrumentos adecuados (empresas mixtas, *joint-ventures*, *spin-offs*, etc), producir servicios de salud (para

los ciudadanos de una Unión Europea -libre circulación de personas, bienes y servicios-), desarrollar formas de financiación innovadoras (riesgo compartido, pago por resultados) (financiando selectivamente aquello -tecnologías, servicios, etc.- que añade valor), dar un papel real, relevante y decisivo a los dictámenes e informes de las agencias de evaluación de tecnologías en España (siempre y cuando estas fuesen independientes del poder político, en estrecha colaboración de las sociedades científico-médicas).

Innovar, de acuerdo con Shumpeter, es introducir nuevos productos y servicios, nuevos procesos, ... y cambios en la organización, de manera continua y orientados al cliente, consumidor o usuario. **En el campo de los servicios sanitarios los principales clientes del sistema son los ciudadanos/pacientes, así como los profesionales sanitarios**, por lo que la innovación debería tener como objetivo principal alcanzar los logros de la *Quadruple Aim*. Y sobre todo aportando siempre valor añadido a lo que se tiene.

7. Digitalizar el SNS

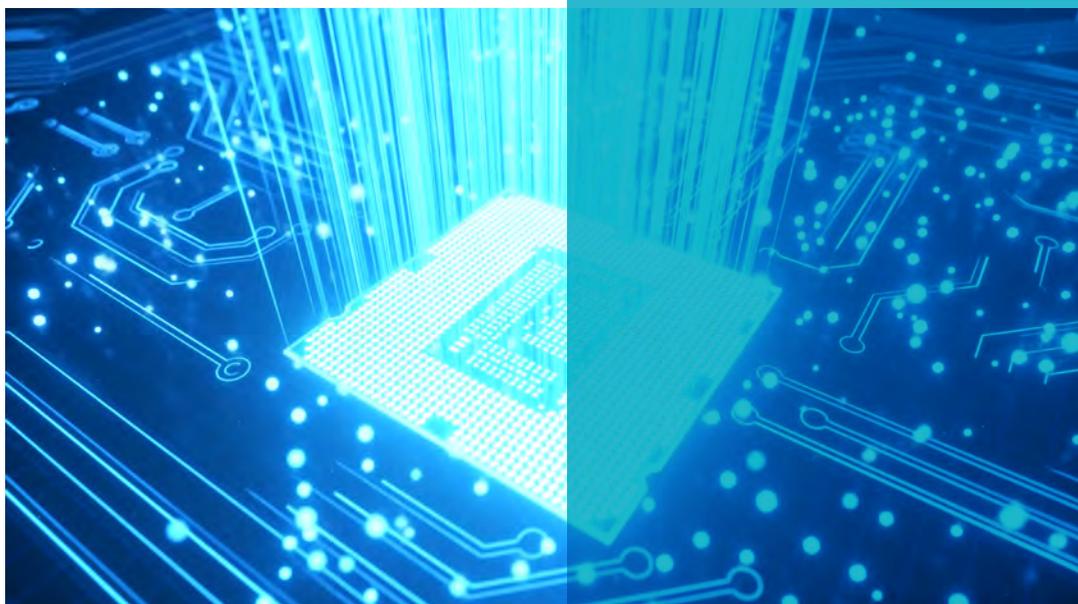
Seguimos viviendo en 2021 el anacronismo de la historia clínica en papel en un mundo cada vez más digitalizado. La digitalización aporta: información analizable, posibilidades de formación, herramientas de gestión/organización, facilidad de acceso a la información, mejor difusión de contenidos, proporciona conectividad/redes, sirve de herramienta/vehículo de tele-asistencia, de ejecución de estrategias/acciones, de control y uso adecuado de recursos, tecnología y procesos/procedimientos.

La *digitalización*, término que incorpora un conjunto de tecnologías, es uno de los factores que contribuirá a la innovación y desarrollo en la asistencia sanitaria mencionados en el punto anterior, introduciendo cambios disruptivos en la organización, gestión y prestación de servicios.

Pero la digitalización debe hacerse con *sentido común* para que: mejore la calidad y/o eficiencia de los servicios, estando enfocada al logro de objetivos específicos. Debe servir para promover la equidad (reto de conjunto para la Administración

central del Estado y comunidades autónomas), facilitar una atención integral (desarrollando la *medicina de precisión*), establecer nuevas formas de relación con el paciente y facilitar el acceso de este a sus datos, además de aportar portabilidad de la información, información analizable y transparencia de la calidad de los servicios y profesionales.

**La digitalización,
término que incorpora
un conjunto de
tecnologías, es
uno de los factores
que contribuirá
a la innovación y
desarrollo en la
asistencia sanitaria**



8. Crear un observatorio de resultados del SNS

En el SNS se mide poco, se mide generalmente actividad. Y la información disponible es poco utilizada. En este contexto, ¿cómo puede elegir adecuadamente un usuario sin información o sin la información adecuada? Algunas sociedades científico-médicas han realizado un notable esfuerzo en los últimos años en este sentido, mediante los estudios RECAL (Recursos y Calidad).

El objetivo de un observatorio de resultados debe ser el de medir y comparar, para poder mejorar y, por tanto, para contribuir a que el SNS esté enfocado en la aportación de valor (*Resultados*).

Además, debe valorar la eficiencia de los profesionales (lo que implica medir y valorar el desempeño y sus resultados), desarrollar evidencia propia (crear registros auditados), investigar en resultados de los Servicios de Salud, establecer estándares de calidad de carácter normativo para el conjunto del SNS, hacer públicos los resultados y generalizar y homogenizar las mejores prácticas y resultados.

Pero deben cumplirse unas condiciones imprescindibles para alcanzar la validez en sus decisiones, a saber: incorporar a las organizaciones científico-profesionales (como agentes de primer orden en la política sanitaria -principales poseedores del conocimiento-), cooperar activamente con las Administraciones Sanitarias públicas en la toma de decisiones, que debieran ser vinculantes (tipo NICE), y ser una entidad independiente (como parte integrante de la Agencia de Salud del SNS, asumiendo sus propias funciones, así como las de generación de conocimiento, innovación y desarrollo).

El objetivo de un observatorio de resultados debe ser el de medir y comparar, para poder mejorar y contribuir a que el SNS esté enfocado en la aportación de valor





El SNS debe tener una evaluación externa por una agencia de evaluación autónoma e independiente, de carácter científico y profesional, con activa participación de las Sociedades Científicas

9. El SNS debe cumplir sus objetivos

Aunque en algunos procesos y en la asistencia sanitaria de muchas comunidades autónomas se ha mejorado sensiblemente, **actualmente persiste desigualdad, diferente accesibilidad y falta de equidad en las prestaciones.**

Solo un ejemplo la tasa de intervenciones de angioplastia primaria en la fase aguda del infarto (la terapéutica considerada como mas eficiente en términos de salvar vidas en este contexto) que oscilaba en 2009 según el registro de la SEC entre 104/millón de habitantes y 448 /millón, entre las diferentes comunidades autónomas. En el 2019 la variabilidad, aunque menor, estaba entre 377/millón y 578/millón, con diferencias sensibles en mortalidad entre ellas. Lo mismo es aplicable a procesos como la insuficiencia cardíaca, entre otros procesos asistenciales. Los proyectos RECAL, anteriormente mencionados, han puesto de manifiesto notables desigualdades en resultados en salud tanto entre Servicios de Salud como entre hospitales.³⁶ Es evidente que solo la investigación en resultados de salud y su conocimiento puede contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de las actuaciones en el SNS.

Para cumplir sus objetivos el SNS debe estar cohesionado. La equidad de los ciudadanos en el acceso a una asistencia sanitaria de calidad debe anteponerse a la pugna política de las competencias sanitarias transferidas.

Debería ser obligatoria la cooperación (entre la Administración central del estado y las de las comunidades autónomas), con una tarjeta sanitaria individual única para todo el SNS y una historia clínica compartida (electrónica). Debe haber un sistema equitativo, que garantice la más alta calidad asistencial (con independencia del lugar de residencia, sexo, edad o condición social) con formas organizativas y de gestión orientadas a la eficiencia en resultados en salud; y con libre circulación de pacientes en el SNS (para lo que se debe desarrollar un sistema de compensación efectivo entre Servicios de Salud de las comunidades autónomas).

Y, sobre todo, el SNS debe tener una evaluación externa por una agencia de evaluación autónoma e independiente, de carácter científico y profesional, con activa participación de las Sociedades Científicas, que fuera responsable de establecer: criterios de calidad comunes, un sistema de acreditación de las competencias profesionales, criterios de equidad efectiva en el acceso a las prestaciones, con cooperación entre servicios de salud de las comunidades autónomas.



El problema actual de la financiación del SNS es que se basa en una estrategia errónea porque es cortoplacista

10. Un enfoque correcto de la financiación del sistema sanitario en España

Es controvertido si el sistema sanitario español está *infra-financiado* en relación con el nivel de riqueza (medida por PIB per cápita) de España respecto de otros países desarrollados. Pero **el gasto sanitario público en España, en porcentaje de gasto sobre el PIB, está notablemente por debajo de los países de la Unión Europea**. De hecho, la sanidad privada costea en España casi el 30% del gasto sanitario (según la OCDE).

El problema actual de la financiación del SNS es que se basa en una estrategia errónea porque: es cortoplacista, ignora las dinámicas de crecimiento del gasto sanitario de los países occidentales desarrollados (mayor gasto cuanto mayor riqueza nacional), no hace previsión de las necesidades sanitarias derivadas del envejecimiento, parece desconocer que el ámbito de la salud y la sanidad es un sector muy dinámico de investigación y desarrollo, oculta las desviaciones presupuestarias (lo que lleva a una peor reasignación de recursos), agravado todo lo anterior por la ausencia de reformas estructurales en la sanidad pública.

Con el objetivo de situar el porcentaje de PIB que se dedica a gasto sanitario público en la media de la UE, **el incremento de gas-**

to se debería dedicar preferentemente a desarrollar las iniciativas propuestas que estamos comentando, incrementando la calidad y la eficiencia del sistema. Con un plan de inversiones anual, que se cumpliese y en el que se dotasen partidas programadas de renovación tecnológica (estableciendo criterios objetivos para la obsolescencia de los equipos). El aumento del gasto sanitario público debe contribuir al desarrollo económico del país, con inversión en capital humano y en innovación, así como con un uso eficiente de los recursos destinados a sanidad.

Como señala Donald Berwick, la *moral interior* (Kant) de los profesionales sanitarios debe llevarnos a un compromiso con las políticas que mejoren la salud de la población, siendo un imperativo ético asegurarse de que cualquier incremento de recursos para sanidad se destina a actividades de *alto valor* para la mejora de la salud, así como que simultáneamente se eliminan otras (despilfarro, déficit de productividad, actividades innecesarias, etc) que no contribuyen a este objetivo. Por ello, pensamos que no es una perspectiva correcta proponer incrementos de recursos para sanidad sin que paralelamente se hagan propuestas de las reformas necesarias para que el rendimiento (medido en los objetivos de la *quadruple aim*, especialmente los referidos a las mejoras de la salud) de dichos recursos sea el óptimo.

11. Un SNS más eficiente

El SNS actual no mide la eficiencia, no incentiva la autonomía, ni exige responsabilidad. El uso eficiente de los recursos que se destinan al SNS no solo debe ser una obligación ética, sino también política y profesional. La eficiencia se mejora haciendo un uso racional de los recursos, promoviendo la innovación que aporte valor, mejorando los procesos y procedimientos asistenciales y adecuando el balance capacidad/actividad.

El uso eficiente de los recursos que se destinan al SNS no solo debe ser una obligación ética, sino también política y profesional

La eficiencia no se mejora si no se invierte y mejora la calidad asistencial.

Por ello, debemos implicarnos en programas de mejora de la calidad asistencial, pues: tenemos la obligación ética y el derecho a exigir igual accesibilidad de servicios y prestaciones asistenciales; y hay una exigencia creciente por parte de los pacientes/usuarios, junto a una necesidad de ofrecer mejores resultados en salud, en seguridad y en efectividad. Además, es imprescindible reducir la variabilidad clínica y debemos evitar errores en el proceso asistencial.

La calidad es innovación y la innovación fomenta la calidad.

Los programas de calidad desarrollados por otras SSCC internacionales han contribuido a lograr una mayor supervivencia y mejor calidad de vida.



La eficiencia de un servicio sanitario se define por la relación entre su coste y la producción de servicios apropiados. La producción de servicios apropiados se mide a través de indicadores de proceso (volumen, calidad) y de resultados. Y mejorar la eficiencia es lograr más salud (más años de vida ajustados a la calidad) por recurso (coste) empleado.

Un SNS más eficiente implica favorecer la autonomía de gestión de los centros sanitarios públicos (con responsabilización profesional, en ausencia de injerencias políticas), tener órganos de gobierno que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas públicas ante la sociedad, con control social y participación de todos los agentes interesados, financiar resultados en vez de financiar estructura, incentivando la eficiencia (contratos con objetivos explícitos), tener

un sistema de información de los centros y servicios sanitarios que permita su comparación con el resto de los centros del SNS, seleccionar y renovar los puestos de responsabilidad clínica basados en criterios objetivos, en la evidencia, y en el cumplimiento de los objetivos (con implicación activa de las sociedades científicas en los procesos de selección y renovación).

En este sentido hay iniciativas de las SSCC que podrían dinamizar el SNS.

Pongo como ejemplo el plan de calidad de la SEC en sus 5 sub-programas: SEC-RECALCAR, SEC-PRIMARIA, SEC-EXCELENTE, SEC-PARADA CARDIACA Y SEC-IMAGEN. (Figura 2) Con un objetivo común, desarrollar una política de colaboración con las administraciones públicas que promueva la mejora continua de la calidad de la atención cardiovascular.

Figura 2. Esquema, líneas y objetivos del Plan de Calidad de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)





12. La necesidad de una gestión con implicación de los profesionales

Muchos de los problemas del actual SNS se solucionarían **transfiriendo la capacidad y la responsabilidad de la toma de decisiones de gestión a los profesionales**, para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios.

Hasta ahora esto no ha sido posible debido a: la oposición de sindicatos, las propias

dudas-oposición de los profesionales que desean mantener su ecosistema de confort, las reticencias por parte de gerencias hospitalarias que creen perder poder con este tipo de iniciativas, la indecisión por parte de las consejerías de salud de las diferentes comunidades autónomas según su signo político, las asimetrías en la madurez organizativa y de gestión de las unidades asistenciales, y por no haberse efectuado una adecuada *pedagogía* que mostrase los beneficios de estas iniciativas.

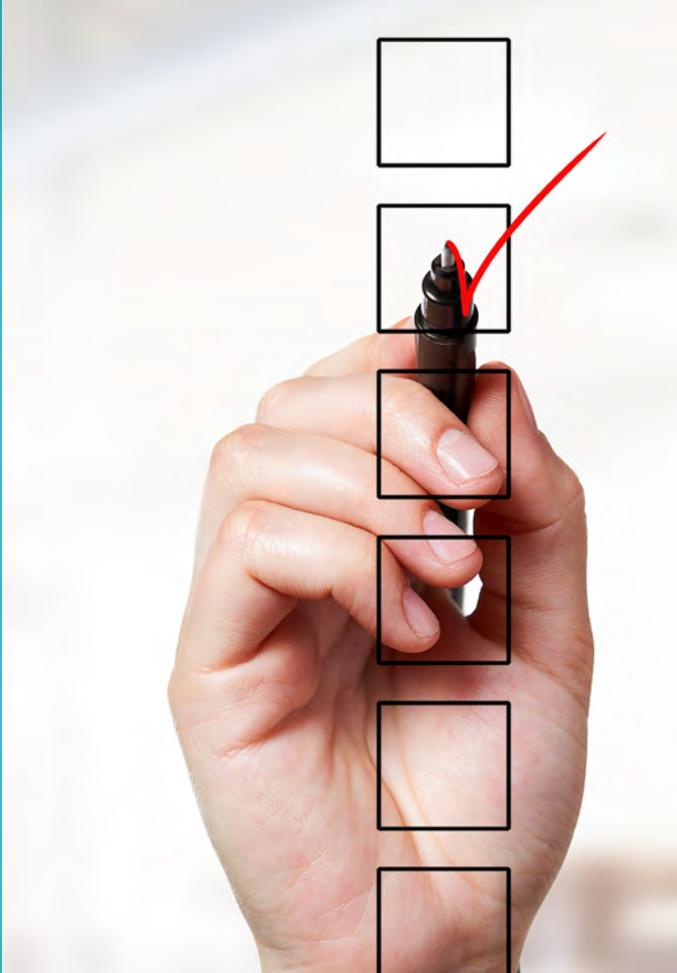
Tabla 1. Mejoras necesarias en el Sistema Nacional de Salud

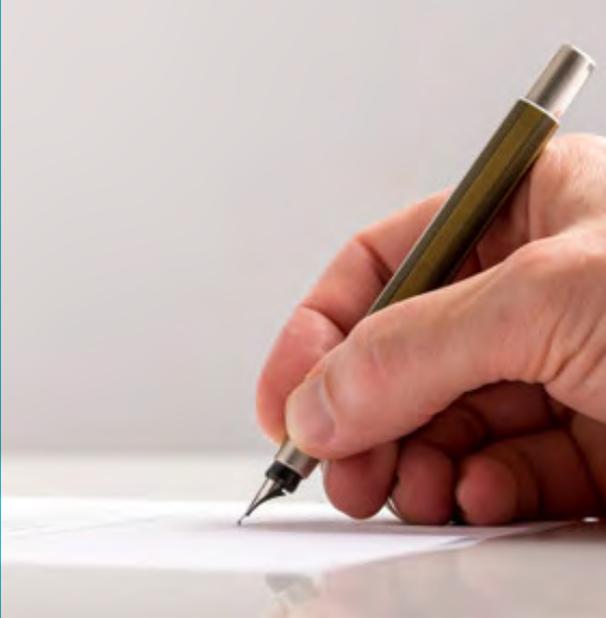
I	Combatir los factores de riesgo para la Salud
II	Dar una respuesta adecuada al envejecimiento poblacional
III	Poner al paciente en el Centro del Sistema
IV	Evitar la Uniformidad
V	Implantar una política de personal basada en competencias
VI	Vincular el SNS con el conocimiento, la producción, la innovación
VII	Digitalizar el SNS
VIII	Crear un Observatorio de Resultados del SNS
IX	El SNS debe cumplir sus objetivos
X	Un enfoque correcto de la financiación del sistema sanitario en España
XI	Un SNS mas eficiente
XII	La necesidad de una gestión con implicación de los Profesionales

Conclusiones

El SNS debe cambiar para hacerse más eficiente en el contexto de la sociedad actual. Y los profesionales y SSCC debemos contribuir a este cambio, y considerarlo no solo como necesario, sino como una obligación ética, profesional y moral. Para ello, debemos plantearnos solo un reto, tener un Sistema Nacional de Salud centrado en las personas, de calidad, equitativo y eficiente. En base a ello, **las SSCC deben ser**

un aliado de inestimable valor para su mejora y un elemento imprescindible si se quiere de verdad mejorar el SNS. No habrá una verdadera transformación del SNS sin liderazgo clínico y sin la participación activa de los pacientes.





Bibliografía

1. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;391(10136):2236-2271.
2. GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1160-1203.
3. Anguita M, Alonso JI, Cequier A, Gómez Doblas JJ, Pulpón L, Lekuona I, Rodríguez Rodrigo F, Elola FJ. El cardiólogo y la cardiología del futuro. *Sociedad Española de Cardiología*. 2018. Disponible en: [cardiologo-cardiologia-futuro.pdf \(secardiologia.es\)](#). Consultado el 13.04.21.
4. Casariego-Vales E, Zapatero-Gaviria A, Elola-Somoza FJ. Los Servicios de Medicina Interna en el Sistema Nacional de Salud del s. XXI. Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI. *Sociedad Española de Medicina Interna*. Disponible en: [Visión_MI_sXXI_20160309x \(fesemi.org\)](#). Consultado el 13.04.21.
5. OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
6. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015-40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet*. 2017;389(10083):2005-2030. .
7. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med*. 1979;301:1364 -9.
8. Stoller JK, Goodall A, Baker A. Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors. *Harvard Business Review*, September 2017. Disponible en: <https://hbr.org/2016/12/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors>. Consultado el 08.01.19.
9. Gutacker N, Bloor K, Cookson R, Gale CP, Bernal-Delgado E. Comparing hospital performance within and across countries: an illustrative study of coronary artery bypass graft surgery in England and Spain. *European Journal of Public Health* 2015;25, 1: 28-34
10. Registro RECALCAR. La atención al paciente con Cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. 2020. *Sociedad Española de Cardiología*. Disponible en: [Informe_RECALCAR_2020_versionfebrero_2021.pdf \(secardiologia.es\)](#). Consultado el 15.04.21.
11. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(10):608-10.

12. IMAS. FACME. Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura. 2019-2023. 27 de junio de 2019. Disponible en: https://www.imasfundacion.es/imagenes/documentos/Manifiesto_LosRetosSNS_2019.pdf. Consultado el 17.04.21.
13. Bolnick HJ, Bui AL, Bulchis A, Chen C, Chapin A, Lomsadze L, Mokdad AH, Millard F, Dieleman JL. Health-care spending attributable to modifiable risk factors in the USA: an economic attribution analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5(10):e525-e535.
14. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*. 2014; 384:45-52.
15. Durko AP, Osnabrugge RL, Van Mieghem NM, Milojevic M, Mylotte D, Nkomo VT, Pieter Kappetein A. Annual number of candidates for transcatheter aortic valve implantation per country: current estimates and future projections. *Eur Heart J*. 2018;39(28):2635-2642.
16. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. *King's Fund Research Paper*. January 2004.
17. Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. *King's. Seminar Report*. November 2007.
18. Honeyman M, Dunn P, Mykenna HM. A digital NHS?. An introduction to the digital agenda and plans for implementation. *The King's Fund*. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>, consultado el 17.04.21.
19. Peden CJ, Saxon LA. Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All. *NEJM Catalyst*. Article · October 12, 2017. Disponible en: [Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All \(nejm.org\)](https://www.nejm.org), consultado el 17.04.21.
20. Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344.
21. Cabrera J. Organizaciones duales: jerarquía y redarquía. *Telos* 2018;108:98-105.
22. Repullo JR, Freire JM (Dir.). Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos. Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados. *Consejería de Salud de Castilla-La Mancha*. Abril-Mayo, 2009. Disponible en: <https://homologacioneslatinmedica.files.wordpress.com/2010/11/sistema-laboral-medico-europa-2009.pdf>
23. Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud. FACME, 12 de diciembre de 2013. http://www.facme.es/docs/HEALTH_11.pdf
24. Maynard A. Aproximación económica al gobierno clínico. En: Pickering S, Thompson J. *Gobierno clínico y gestión eficiente. Como cumplir la agenda de la modernización*. Barcelona:Elsevier. 2010, págs. 17-32.
25. Khullar D, Wolfson D, Casalino LP. Professionalism, Performance, and the Future of Physician Incentives. *JAMA* 2018. Published online November 26, 2018.
26. Shaping the future. A strategic framework for a successful NHS. *The Health Foundation*. 2015. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publication/shaping-future>. Consultado 17.04.21.
27. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Dev*. (2004) 32:1-13.
28. Singhal S, Repasky C. The great acceleration in healthcare: Six trends to heed. *McKinsey*. September 2020. Disponible en: [Acceleration in healthcare: Six trends to heed | McKinsey](https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/acceleration-in-healthcare-six-trends-to-heed). Consultado el 17.04.21.
29. 2021 global health care outlook. Accelerating industry change. *Deloitte*. 2021. Disponible en: [2021 Global health care sector outlook | Deloitte](https://www.deloitte.com/au/insights/industry/healthcare/2021-global-health-care-outlook). Consultado el 17.04.21.
30. Mischke J, Woetzel J, Smit S, Manyika J, Ramaswamy S, Birshan M, Windhagen E, et al. *Marc Canal Nogue, London* Will productivity and growth return after the COVID-19 crisis? Disponible en: [Will productivity and growth return? An author of our new McKinsey Global Institute research discusses. | McKinsey & Company](https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/acceleration-in-healthcare-six-trends-to-heed). Consultado el 1.05.21.
31. US Food and Drug Administration. What is digital health? Updated September 22, 2020. Disponible en: [What is Digital Health? | FDA](https://www.fda.gov/digital-health). Consultado el 17.04.21.
32. Halamka J, Cerrato P. The Digital Reconstruction of Health Care. *NEJM Catalyst* 2020.
33. US Food and Drug Administration. What is digital health? Updated September 22, 2020. Disponible en: [What is Digital Health? | FDA](https://www.fda.gov/digital-health). Consultado el 17.04.21.
34. *Proyectos RECAL*. Fundación IMAS. Disponible en: [- Proyectos RECAL \(imasfundacion.es\)](https://www.imasfundacion.es). Consultado el 17.04.21.
35. Lobo F. *La Economía, la Innovación y el Futuro del Sistema Nacional de Salud*. FUNCAS:Madrid. 2017.
36. Berwick DM. The Moral Determinants of Health. *JAMA*. Published online June 12, 2020.
37. Berwick DM. Elusive waste: the fermi paradox in US health care. 2019;322:1458-1459.

CAPÍTULO

10

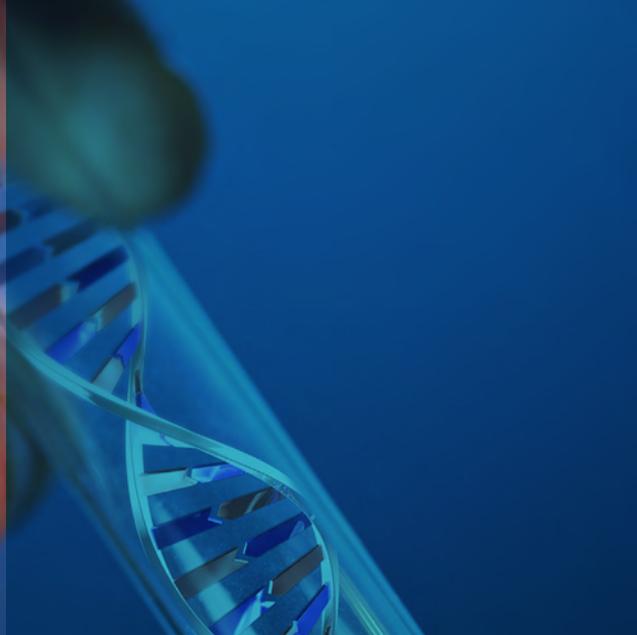


El papel del sector biotecnológico en la mejora de los retos en salud

Dra. Ana Polanco Álvarez

*Presidenta de la Asociación Española
de Bioempresas (AseBio)*

[VOLVER AL ÍNDICE](#)



El descubrimiento de la estructura del ADN abrió las puertas al desarrollo de una serie de técnicas y procesos que dieron lugar a la biotecnología moderna

1

Introducción: biotecnología y salud

La OCDE define la biotecnología como *la aplicación de la ciencia y la tecnología a los organismos vivos, así como a partes, productos y modelos de los mismos, para alterar materiales vivos o no, con el fin de producir conocimientos, bienes o servicios*. La biotecnología tiene, por tanto, muchas posibles aplicaciones destacando la salud y su mejora entre todas ellas. **La biotecnología aplicada a la salud está permitiendo avances muy destacados en el tratamiento de enfermedades** y, desde que estallara la pandemia, también

está teniendo una repercusión destacada en la búsqueda de soluciones para este reto que ha afectado a todos los países de una manera muy significativa.

En 1953, el descubrimiento de la estructura del ADN abrió las puertas al desarrollo de una serie de técnicas y procesos que dieron lugar a la biotecnología moderna, y con ella a grandes avances en los ámbitos de la salud, la alimentación, la agricultura y la sostenibilidad de los procesos industriales.

Desde entonces, la biotecnología, unión de ciencia, ingeniería y los elementales procesos que hacen posible la vida, ha generado aplicaciones que están y permanecen muy cerca de nosotros, desde el ámbito farmacéutico a la agroalimenta-

ción, pasando por un sinfín de usos como la bioenergía, los bioplásticos y otros productos de uso industrial; con los que se han dado respuestas a grandes retos económicos y sociales, como podemos ver a continuación:¹



Sociedad más sana y protegida frente a enfermedades

- El 69% de los fármacos en desarrollo son biotecnológicos.
- 350 millones personas en el mundo beneficiadas de terapias biotecnológicas.
- Erradicación de enfermedades como la polio.
- 72% de los nuevos tratamientos para enfermedades raras son biotecnológicos.
- Nuevos tratamientos para Hepatitis C que permite su cura en el 90% de los casos.
- Medicina de precisión para tratamientos del cáncer tiene una respuesta del 30,6% frente al 4,9% de los tratamientos tradicionales.
- Primeras terapias avanzadas CAR-T aprobadas para el tratamiento de la leucemia infantil.
- Soluciones frente a enfermedades infecciosas como la Covid-19 con test de diagnóstico, tratamientos y vacunas.



Alimentación más asequible y sostenible

- Mejora de las condiciones de vida de 17 millones de agricultores y sus familias.
- Procesos productivos y cultivos resistentes a condiciones climáticas adversas. En 20 años de cultivo de maíz en España, se han ahorrado 1.042 millones de m³ de agua.
- Con cultivos biotecnológicos se ha evitado el uso de 15.240 hectáreas de tierra para la producción agrícola en España en 20 años.
- Se ha conseguido reducir el Cociente de Impacto Ambiental en un 18,4%.
- Alimentos modificados genéticamente para combatir el hambre y la desnutrición como el arroz dorado.
- El desarrollo de multitud de ingredientes funcionales que dan lugar a una alimentación más saludable.



Transformación y sostenibilidad industrial

- Transporte verde con biocombustibles que sustituyen a materiales fósiles.
- Los productos de base biológica pueden reducir hasta un 65% las emisiones de gases de efecto invernadero.
- Nuevas soluciones para reducir la emisión de hasta 2.500 millones de toneladas de CO₂ al año para 2030.
- El uso de enzimas en los detergentes de lavado, para ahorrar un 30% de la electricidad.
- La biotecnología es una aliada para limpiar el océano de hidrocarburos y plásticos.



La ciencia y la innovación son ampliamente reconocidas como motores de prosperidad económica y social



La biotecnología está siendo capaz de proveer de todas estas soluciones a la sociedad gracias a su inversión en ciencia y en innovación. La ciencia y la innovación son ampliamente reconocidas como motores de prosperidad económica y social. Y probablemente ningún sector pueda representar el alcance de este progreso tan bien como el sector biotecnológico, que **lleva décadas demostrando que la inversión en I+D tiene un impacto directo en la vida, el bienestar y la salud de las personas.**

Hace poco más de un año, la Covid-19 golpeó al mundo poniendo de manifiesto la relevancia de la biotecnología para nuestro día a día y, sobre todo, para poder afrontar las necesidades futuras. La biotecnología ha trabajado contrarreloj impulsando un esfuerzo de colaboración inédito para enfrentar esta emergencia sanitaria en forma de soluciones en diagnóstico, tratamiento y vacunas. Pero también nuestro sector está volcado en reforzar la sanidad que ha sufrido de una manera que no creíamos posible.

En Oncología, los logros están siendo positivos con una caída en la mortalidad en los últimos años de en torno al 20%. La biotecnología está suponiendo avances en el tratamiento de, por ejemplo, el cáncer de mama, con una recuperación del 90% de los pacientes. La biotecnología ha contribuido a mejorar el diagnóstico precoz y preventivo con las herramientas para, por ejemplo, en el cáncer de pulmón detectarlo desde su inicio. Asimismo, la medicina de precisión está cambiando el paradigma de la medicina con una tasa de respuesta en los tratamientos cinco veces superior a la de los tratamientos tradicionales. La biotecnología está permitiendo el desarrollo de la medicina de precisión en la prevención lo que puede suponer un hito en el abordaje de esta enfermedad.

La biotecnología, por tanto, nos permite dar respuestas a retos de nuestra salud, así como estar preparados frente a futuros retos sanitarios y lograr una sociedad más sana.



2

El sector biotecnológico en España

En España, la actividad biotecnológica se ha venido consolidando desde hace dos décadas por su ciencia excelente y su peso y aportación a la economía de nuestro país. Además, las perspectivas indican que se mantendrá una evolución positiva a medio y largo plazo en áreas relacionadas tanto con la alimentación y la salud, como con la agricultura y la industria.

El sector biotecnológico, con empresas intensivas en innovación tecnológica, es también uno de los sectores que mejores empleos proporciona

2.1. Impacto económico y social del sector biotecnológico en España²

El sector biotecnológico en nuestro país tiene un impacto en la economía de más de 10.100 millones de euros, un 0,8% del PIB en 2019.

El sector biotecnológico, con empresas intensivas en innovación tecnológica, es también uno de los sectores que mejores empleos proporciona. Solo en 2019, las

empresas biotecnológicas tuvieron un impacto total en España de 117.670 empleos de alta calidad en actividades intensivas en conocimiento. Es importante reseñar que el empleo del sector es además de alta productividad. En concreto, **en 2019, la productividad media y el salario por empleado de las empresas *biotech* es más del doble de la media de la economía española.**

El sector demuestra que las inversiones en ciencia e innovación generan importantes flujos de ingresos al Estado, que permiten proteger nuestro modelo de bienestar social. **En 2019, las empresas *biotech* contribuyeron con más de 4.200 millones de euros** a través de sus aportaciones fiscales a las arcas del Estado.

2.2. Inversión en I+D del sector biotecnológico español

El sector biotecnológico es altamente intensivo en inversiones en I+D+I. Las empresas biotecnológicas han apostado siempre por la innovación, imbricada en el ADN de su actividad, lo que ha situado al sector biotecnológico a la cabeza de la inversión en I+D, con un 5,63% con respecto a su producción, por delante de la industria farmacéutica.

En 2019 el sector *biotech* invirtió 940 millones de euros en I+D, consolidando un crecimiento en las inversiones desde 2013. El 71% de esta inversión en I+D corresponde a empresas *biotech*. La inversión en I+D de las empresas biotecnológicas ha crecido a dos dígitos situándose entre los cinco sectores que más crecen en inversión en I+D. La inversión en I+D de las empresas biotecnológicas crece a un ritmo cada vez más elevado con un incremento del 23,8% en 2019 y se sitúa entre los 10 sectores que más crecen en inversión en I+D.

Según el INE,³ el conjunto de la biotecnología española —es decir, administración pública, enseñanza superior, instituciones sin fines de lucro, y empresas— ha invertido 2.040 millones de euros en I+D en el año 2019, lo que supone un incremento del 14,4% respecto a 2018. La cantidad que destinan las empresas biotecnológicas a la I+D aumenta un 22,2% con respecto a 2018, siendo el **sector de ejecución que más ha aumentado y haciendo que las empresas lideren la inversión en I+D biotecnológica en 2019, situándose por encima de la Administración Pública o la enseñanza superior.**



La inversión en I+D de las empresas biotecnológicas ha crecido a dos dígitos situándose entre los cinco sectores que más crecen en inversión en I+D



Además, los datos ponen de manifiesto que la principal fuente de fondos de I+D del sector biotecnológico empresarial, en concreto **el 77%, proviene de sus propios recursos o de colaboraciones con otras compañías.**

En segundo lugar, las empresas biotecnológicas financian su I+D con fondos del extranjero (empresas extranjeras, programas de ayuda de la Unión Europea o de instituciones extranjeras), con el 12%. Por último, se situaría la administración pública (subvenciones y préstamos regionales o estatales, como los programas de ayuda, por ejemplo) con el 10%.

2.3. El papel central de la ciencia en el sector biotecnológico español

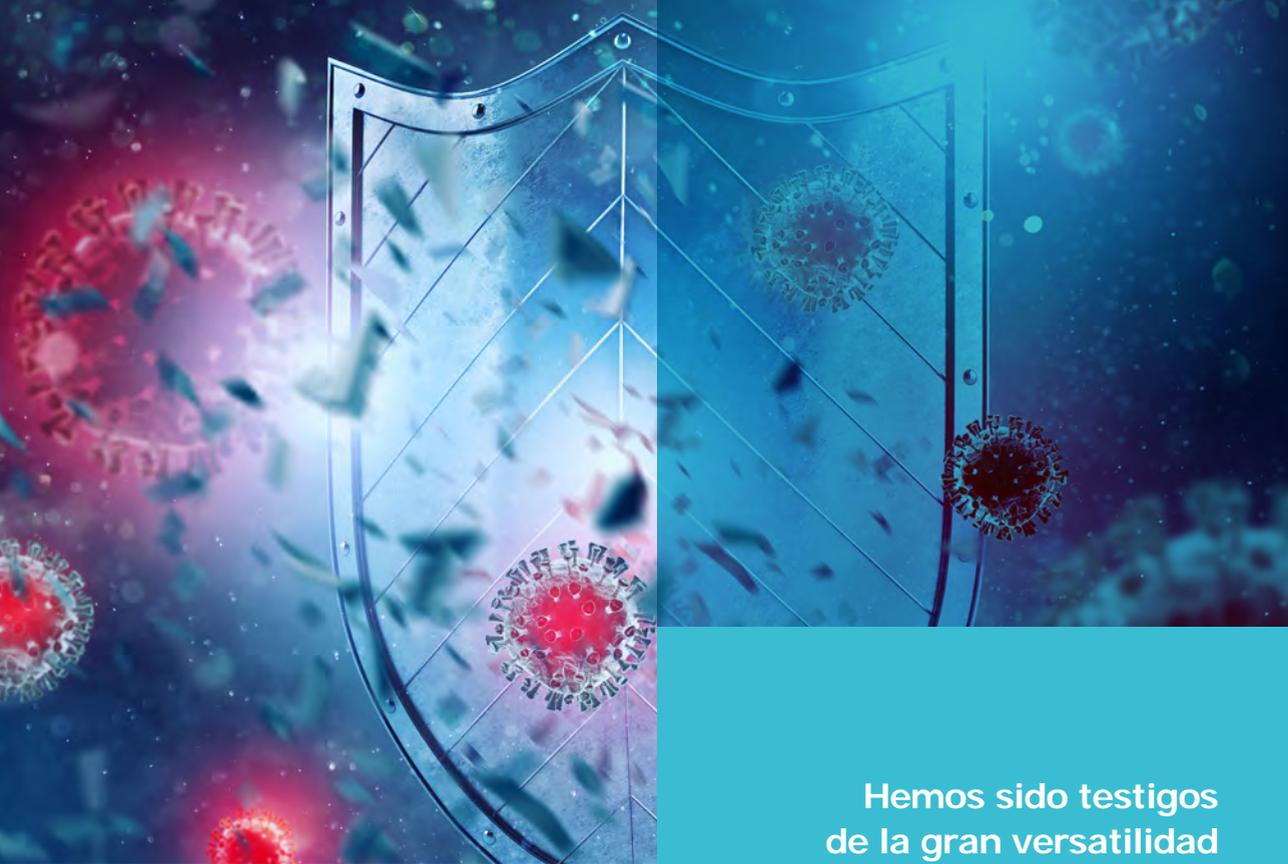
El crecimiento del tejido empresarial *bio-tech* ha venido de la mano de una progresiva consolidación de la ciencia en el área de la Biotecnología y las Ciencias de la Vida en nuestro país.

La producción de conocimiento en el sector biotecnológico ha crecido en España un 28% desde el año 2009, llegando a las 1.106 publicaciones en 2019. En los últimos años, la producción científica española en Biotecnología representa el

Esto ha convertido a nuestro país en la novena potencia mundial en producción de conocimiento científico biotecnológico

1,2% de la producción científica total española, con 1.106 artículos, y el 3,2% de la producción científica mundial en esta área. Esto ha convertido a nuestro país en la octava potencia mundial en producción de conocimiento científico biotecnológico.⁴

Al mismo nivel en el que se ha consolidado la producción de conocimiento científico, lo ha hecho también su excelencia y calidad, con **un 26% de los artículos situados entre el 10% más citados del mundo en 2019.**



3

La biotecnología en la lucha contra la Covid-19

El sector biotecnológico ha desarrollado durante más de dos décadas soluciones innovadoras para proteger a las personas de enfermedades infecciosas como el ébola, la gripe aviar, la tuberculosis o el VIH. **Ahora el sector biotecnológico está trabajando para seguir encontrando soluciones biotecnológicas ante la emergencia sanitaria provocada por el SARS-CoV-2.** Gracias a un esfuerzo titánico, en poco más de un año, los socios de AseBio están

Hemos sido testigos de la gran versatilidad y agilidad de la biotecnología española que ha permitido al sector reorientar sus capacidades

trabajando en 139 soluciones para combatir esta emergencia sanitaria. Hemos sido testigos de la gran versatilidad y agilidad de la biotecnología española que ha permitido al sector reorientar sus capacidades para desarrollar 55 nuevos tratamientos, 51 test de diagnóstico, 10 herramientas de detección y predicción, 6 líneas de investigación de vacunas, y 4 soluciones a su producción industrial.⁵

3.1. Soluciones de diagnóstico, detección y predicción

Los tests de diagnóstico fueron una de las primeras herramientas disponibles en la lucha contra la Covid-19. En la actualidad existen 35 productos disponibles para la sociedad desarrollados y producidos en nuestro país, algunos de ellos fruto de colaboraciones con el sector público y contamos con una capacidad de producir más de 10 millones de test PCR y más de 2 millones de test serológicos semanales. Hay empresas que han desarrollado hasta cuatro tipos de kits para determinar la presencia de anticuerpos de SARS-CoV-2 en muestras de sangre y suero. **Algunas compañías han ido más allá con test que permiten diferenciar el diagnóstico de SARS-CoV-2, gripe A, gripe B y del virus sincitial respiratorio humano.**

La lucha contra el coronavirus también se hace en el entorno y tenemos disponibles herramientas de detección de presencia en aguas residuales, superficies, en el ambiente y en alimentos.

Además, para hacer frente a la pandemia de manera integral las compañías *biotech* están desarrollando herramientas para predecir tanto la evolución de futuras pandemias, como de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Las compañías *biotech* están desarrollando herramientas para predecir tanto la evolución de futuras pandemias, como de la enfermedad y la respuesta al tratamiento



3.2 Nuevos tratamientos para la emergencia sanitaria

El conocimiento y la experiencia del sector biotecnológico en el desarrollo de antivirales y el esfuerzo realizado a lo largo de décadas en investigación de tratamientos frente a otros virus emergentes ha sido fundamental para que las empresas biotecnológicas hayan podido responder a la pandemia de la Covid-19. **Empresas del sector están trabajando sobre antivirales originalmente desarrollados para otras enfermedades infecciosas que han mostrado actividad *in vitro* e *in vivo* frente a virus de la familia de los coronavirus**, desarrollando programas de desarrollo clínico dirigidos a demostrar su seguridad y eficacia en pacientes de Covid-19.

Asimismo, según hemos ido avanzando en el conocimiento de los mecanismos de infección, de unión del virus a las células de pulmón y de replicación viral, las empresas biotecnológicas han podido aplicar sus capacidades tecnológicas para desarrollar

nuevas moléculas dirigidas a bloquear procesos clave en la infección. De hecho, las empresas están investigando la inhibición de la enzima responsable de la unión del virus a las células del pulmón, de la polimerasa del virus responsable de la replicación de su material genético o en inhibidores de la proteasa viral, que se encarga del procesamiento de las proteínas del virus y es asimismo necesaria para su replicación.

La aplicación de tecnologías como la Inteligencia Artificial y el uso de algoritmos está permitiendo buscar nuevos usos a fármacos ya aprobados para otras indicaciones. De esta forma, **las empresas biotecnológicas están reposicionando estos fármacos para tratar la Covid-19** y sus complicaciones, acelerando el desarrollo de nuevas opciones de tratamiento.



Las empresas están investigando la inhibición de la enzima responsable de la unión del virus a las células del pulmón



3.3. Las vacunas contra la Covid-19

España se ha sumado al esfuerzo internacional de la búsqueda de la vacuna. En este esfuerzo destaca **el CSIC-CNB que tiene abiertas tres líneas de investigación**. Una está basada en replicones no infectivos, otra en el vector MVA no replicativa expresando diversos antígenos virales y la tercera una vacuna de ADN recombinante.

Otras compañías han decidido **probar productos que ya tienen como son las vacunas en desarrollo españolas para la tuberculosis**. Otras empresas, en colaboración con universidades, **están trabajando para el desarrollo de una vacuna oral para SARS-CoV-2 basada en nanopartículas, u otras compañías que trabajan en atacar la replicación del virus silenciando las proteínas del virus**. Esta tecnología permite introducir

España se ha sumado al esfuerzo internacional de la búsqueda de la vacuna

una determinada sustancia en nanopartículas para que pueda actuar como vacuna. Asimismo, algunas compañías españolas están colaborando con su I+D en el desarrollo de las vacunas candidatas de otros países.

3.4. La producción de las vacunas contra la Covid-19

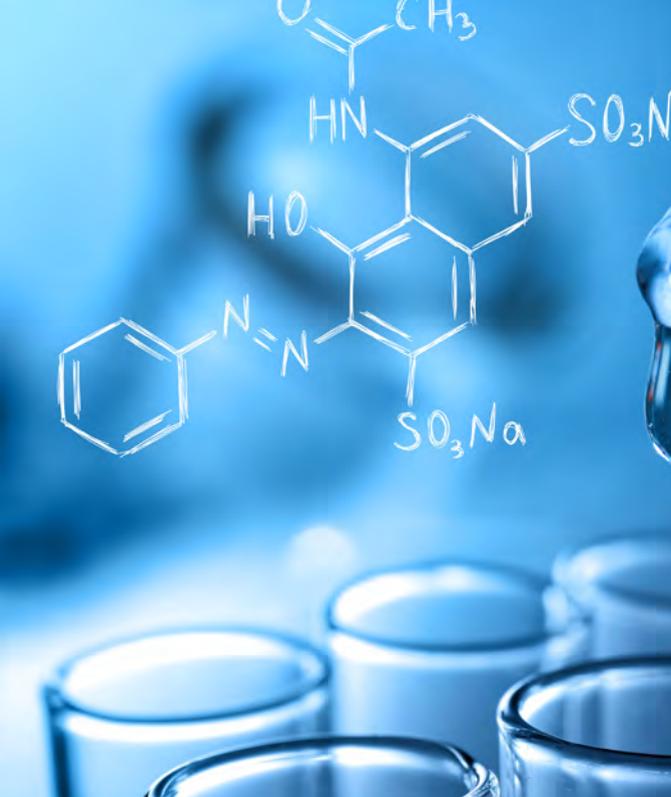
Para que la investigación tenga un impacto en la vida de las personas, **tenemos que ser capaces como país de que las inversiones en ciencia se conviertan en innovaciones que lleguen a la sociedad.** La producción de la vacuna ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de capacidades productivas propias que permitan abordar el desarrollo de los candidatos a vacunas con garantías, así como prepararse para abastecer las necesidades de suministro.

El sector biotecnológico en España es un sector industrial estratégico que puede aportar soluciones en la fabricación de la vacuna en nuestro país. La producción industrial, el llenado y el empaquetado también forman parte de la cadena y varias empresas españolas están trabajando en ello.

Algunas empresas apuestan por una **tecnología disruptiva, apostando por proteínas para vacunas a gran escala,** utilizando las crisálidas de orugas de la col como biorreactores naturales y herramientas de producción. Esta tecnología permite la producción de vacunas de forma eficiente, rápida y económica con una capacidad de producción de hasta 100 millones de dosis vacunales.

El sector biotecnológico en España es un sector industrial estratégico que puede aportar soluciones en la fabricación de la vacuna en nuestro país





4

El futuro de la biotecnología aplicada a la salud: un pipeline extraordinariamente prometedor, la potencialidad de las terapias génicas y la medicina de precisión y su oportunidad para España

Gran parte de los medicamentos disponibles en el mercado son fruto del avance de la biotecnología

4.1. Los medicamentos que vienen: el pipeline biotecnológico en salud

Los medicamentos biológicos representan el presente y el futuro del tratamiento de muchas enfermedades graves, cuyo impacto en la salud y el bienestar de la sociedad depende, evidentemente, del acceso de los pacientes a estos medicamentos innovadores.

En los últimos 40 años, desde que se aprobó la primera insulina humana recombinante, la biotecnología ha transformado radicalmente el descubrimiento de nuevos fármacos. Gran parte de los medicamen-

tos disponibles en el mercado son fruto del avance de la biotecnología. **El 69% de los fármacos en desarrollo son biotecnológicos y 8 de cada 10 de los medicamentos más vendidos en el mundo son biológicos.**

La biotecnología sanitaria aporta nuevas soluciones que redundan en el bienestar de las personas. **En el mundo hay 350 millones de personas beneficiadas por terapias biotecnológicas.**

En nuestro país, AseBio ha realizado un Mapa de capacidades en *drug discover*⁶ que se ha puesto al servicio de las autoridades sanitarias para facilitar la prevención y respuesta ante potenciales riesgos para la salud pública.

Este documento representativo de las empresas que investigan en España en salud⁷ muestra el gran potencial de la biotecnolo-

gía para afrontar los retos de nuestro Sistema Nacional de Salud. Agrupa un gran número de líneas de investigación (132) en medicamentos y vacunas para 153 indicaciones distintas que están investigando 41 compañías nacionales. Además, esta área incluye 525 investigaciones de multinacionales con filial en España.

La investigación en cáncer continúa siendo el área terapéutica en la que hay un mayor número de medicamentos investigándose, con 52 líneas de investigación, seguida por 40 líneas de investigaciones en el área del sistema nervioso central, es decir, para tratar enfermedades como el Alzheimer, Parkinson, Epilepsia o la Esclerosis múltiple. En el caso de los productos de diagnóstico, 47 líneas van dirigidas a detectar enfermedades oncológicas, 30 a detectar enfermedades autoinmunes o inflamatorias y 26 de ellas a enfermedades infecciosas, como por ejemplo la Covid-19.





4.2. El futuro de la biotecnología: las terapias génicas y la medicina de precisión y su gran potencial en España

La Comisión Europea ha identificado 100 innovaciones radicales que cambiarán el mundo y **la biotecnología será protagonista en muchas de estas innovaciones destacando, entre otras, la edición génica, la terapia génica, los bioplásticos, el microbioma y las vacunas genómicas.**⁸

La terapia génica es un término amplio que captura una amplia variedad de técnicas de alteración genética empleadas para tratar o prevenir condiciones médicas desencadenadas genéticamente. Estas terapias disruptivas e innovadoras tienen un gran potencial terapéutico, al permitirnos tratar, prevenir o curar una amplia variedad de condiciones degenerativas y genéticas, incluso determinados tipos de cáncer, que no podían ser tratados mediante otro tipo de abordajes. De hecho, algunas de estas terapias están permitiendo proporcionar tratamientos curativos a casos muy complicados con un tratamiento único, lo que les otorga una gran capacidad transformadora para familias, pacientes y sistemas nacionales de salud.

Las terapias génicas tratan típicamente enfermedades raras que incapacitan mucho al paciente o que incluso son mortales y que no cuentan con tratamientos efecti-

Las terapias génicas ofrecen el potencial de curar a estas personas a través de genes que pueden suponer que se repare la anomalía genética

vos. Las terapias génicas ofrecen el potencial de curar a estas personas a través de genes que pueden suponer que se repare la anomalía genética.

La medicina individualizada molecular o medicina de precisión es la adaptación del tratamiento médico a las características individuales de cada paciente lo que conduce a un cambio en el paradigma del tratamiento clínico pasando de un enfoque de ensayo y error a *el medicamento adecuado, para el paciente adecuado, en el momento adecuado*. La personalización va más allá de la selección de terapias y la encontramos también en el ámbito del descubrimiento de fármacos y en cómo se planifica y se brinda la atención. Este tipo de medicina está teniendo un efecto muy notable con el tratamiento del cáncer. Así es que la medicina de precisión para tratamientos del cáncer tiene una respuesta del 30,6% frente al 4,9% de los tratamientos tradicionales.¹⁰



La medicina de precisión para tratamientos del cáncer tiene una respuesta del 30,6% frente al 4,9% de los tratamientos tradicionales

El cáncer de pulmón es un ejemplo de patología para la que la medicina de precisión supone grandes posibilidades.

De hecho, en el último congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se presentó en sesión plenaria a esta patología como modelo de cura del cáncer. En los últimos veinte años, se ha logrado una gran mejora en la evolución de los pacientes, con mejores y más duraderas respuestas y con supervivencias a largo plazo en enfermedad avanzada. Se ha comprobado que tanto con las terapias dirigidas como con la inmunoterapia probablemente seamos capaces de lograr en mayor medida largas supervivencias y curaciones. El resultado de la suma de avances ha propiciado el descenso de la mortalidad del cáncer de pulmón significativamente gracias a varios factores como el menor consumo de tabaco y al impacto de estos nuevos tratamientos personalizados. Según Farmaindustria se estima una reducción del 37% en la mortalidad del cáncer de pulmón desde 1980, entre otras cosas por la medicina de precisión.

La medicina de precisión en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRM) es otro ejemplo de cómo se puede tratar esta enfermedad con terapias dirigidas. Al igual que para otros cánceres, los programas de detección precoz son esenciales para detectar y tratar las lesiones premalignas antes de que se desarrolle el tumor y también para que el diagnóstico del tumor se realice en estadios precoces. Aunque la medicina de precisión está aún poco establecida en el cáncer colorrectal, **en el año 2016 se demostró que una pequeña parte de los tumores se pueden tratar en función de una mutación específica.**

Las poblaciones dirigidas serían aquellas con mutación en RAS, con amplificación en HER 2, con fusiones/reordenamientos y mutaciones en BRAF. Se ha demostrado que

hasta un 4% de los tumores avanzados, aquellos con inestabilidad de microsatélites, se benefician de tratamientos inmunoterápicos. Lo anterior ha llevado a que el tratamiento del CCRm haya transitado exclusivamente de la quimioterapia a identificar ciertos subgrupos de pacientes que pueden ser tratados con terapias dirigidas.

Las posibilidades que la medicina individualizada molecular supone no han hecho más que empezar. En los últimos 20 años la medicina de precisión se ha centrado sobre todo en la Oncología y en las enfermedades raras. Sin embargo, la revolución de este tipo de medicina está por llegar. A diferencia de la Oncología y las enfermedades raras, otras enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Alzheimer o el autismo tienen una matriz de variables como factores genómicos, de estilo de vida y otros factores que influyen en el riesgo y la progresión de la enfermedad. Esta falta de previsibilidad genómica ha ralentizado

el desarrollo de terapias genéticamente dirigidas diferenciadas para estos pacientes. Sin embargo, esto está cambiando. La reciente disponibilidad de cientos de miles, sino millones, de genomas junto con los avances en análisis avanzados con las técnicas ómicas, han permitido crear puntuaciones poligénicas para los pacientes en enfermedades cardiovasculares que son más predictivas que los factores de riesgo tradicionales en la predicción de riesgos.

La biotecnología está centrada en pensar en cómo aplicar análisis avanzados para crear modelos predictivos que incluyan datos genotípicos, fenotípicos y de estilo de vida con el fin de segmentar las poblaciones de pacientes, personalizar los tratamientos y las recomendaciones, y crear soluciones de terapias personalizadas. La capacidad de hacer esto a escala tiene el potencial de revolucionar la industria de la salud e impactar todos los factores del diseño, la producción y la prescripción de medicamentos.

La biotecnología está centrada en pensar en cómo aplicar análisis avanzados para crear modelos predictivos que incluyan datos genotípicos, fenotípicos y de estilo de vida



4.3. Medicina genómica y de precisión: una oportunidad para España

Convertir a España en el país referente de la medicina genómica y de precisión en Europa sería una oportunidad sin precedentes para nuestro país a nivel económico e industrial. Desde un punto de vista económico, la medicina individualizada molecular o la medicina de precisión es una oportunidad para desarrollar un sector industrial de alto valor estratégico, sanitario, científico y económico. La incorporación de nuestro país en una etapa temprana nos brindaría la oportunidad de ser tecnológicamente independientes en un sector cada vez más necesario, y también nos permitiría exportar conocimiento y tecnología. Abriríamos la posibilidad de crear un nuevo modelo productivo en nuestro país, que permitiría atraer mayor inversión al sector científico y de la salud.

Todo esto representa una oportunidad económica sin precedentes en nuestro país, que requeriría de una inversión y movilización de todas las partes involucradas para lograr soluciones tecnológicas innovadoras

(que incluyen los campos de la industria y la tecnología de la información) y una nueva forma de desarrollo económico.

En previsión de este escenario, es necesario fomentar la medicina de precisión como un motor de cambio y desarrollo científico, económico, tecnológico e industrial¹¹ que mejore además la vida de los pacientes.

Es necesario fomentar la medicina de precisión como un motor de cambio y desarrollo científico, económico, tecnológico e industrial que mejore además la vida de los pacientes





Varios países de nuestro entorno están implantando estrategias de Medicina Personalizada, de Precisión o Medicina Genómica a nivel nacional. Muchas de ellas cuentan con el compromiso expreso de sus gobiernos, un presupuesto específico y un marco de financiación adecuado para su incorporación en los sistemas de salud. La reciente aprobación de la Estrategia Nacional de Cáncer¹² es un paso alentador en esa dirección.

Respecto a las terapias avanzadas, desde 2001 la regulación a nivel europeo y nacional ha ido configurando el marco de trabajo de empresas y sector público en la producción y uso de medicamentos de terapias avanzadas. España fue pionera en disponer de un marco legal para las terapias avanzadas, lo que nos ha permitido liderar la investigación en Europa en este campo, con casi 120 ensayos clínicos en la actualidad.

Sin embargo, una amplia mayoría de las terapias avanzadas de origen europeo y español se encuentran en fases muy iniciales. Debido a ello, no se ha podido avanzar en el desarrollo de estas terapias como medicamentos de terapias avanzadas de fabricación industrial, lo que ha limitado el escalado de dichas terapias, su acceso a los pacientes y su disponibilidad a escala europea o global.

Nos encontramos en un momento clave. Las terapias avanzadas son la piedra angular de enfermedades como el cáncer donde se sitúan el 62% de los ensayos clínicos. Es el momento de aprovechar toda la potencialidad de la investigación en terapias avanzadas en nuestro país, y para ello **es fundamental construir mecanismos de colaboración público-privada que permitan que la investigación se convierta en soluciones que mejoren la vida de los pacientes.**



5

La biotecnología, una ventana a un futuro más sostenible y resiliente

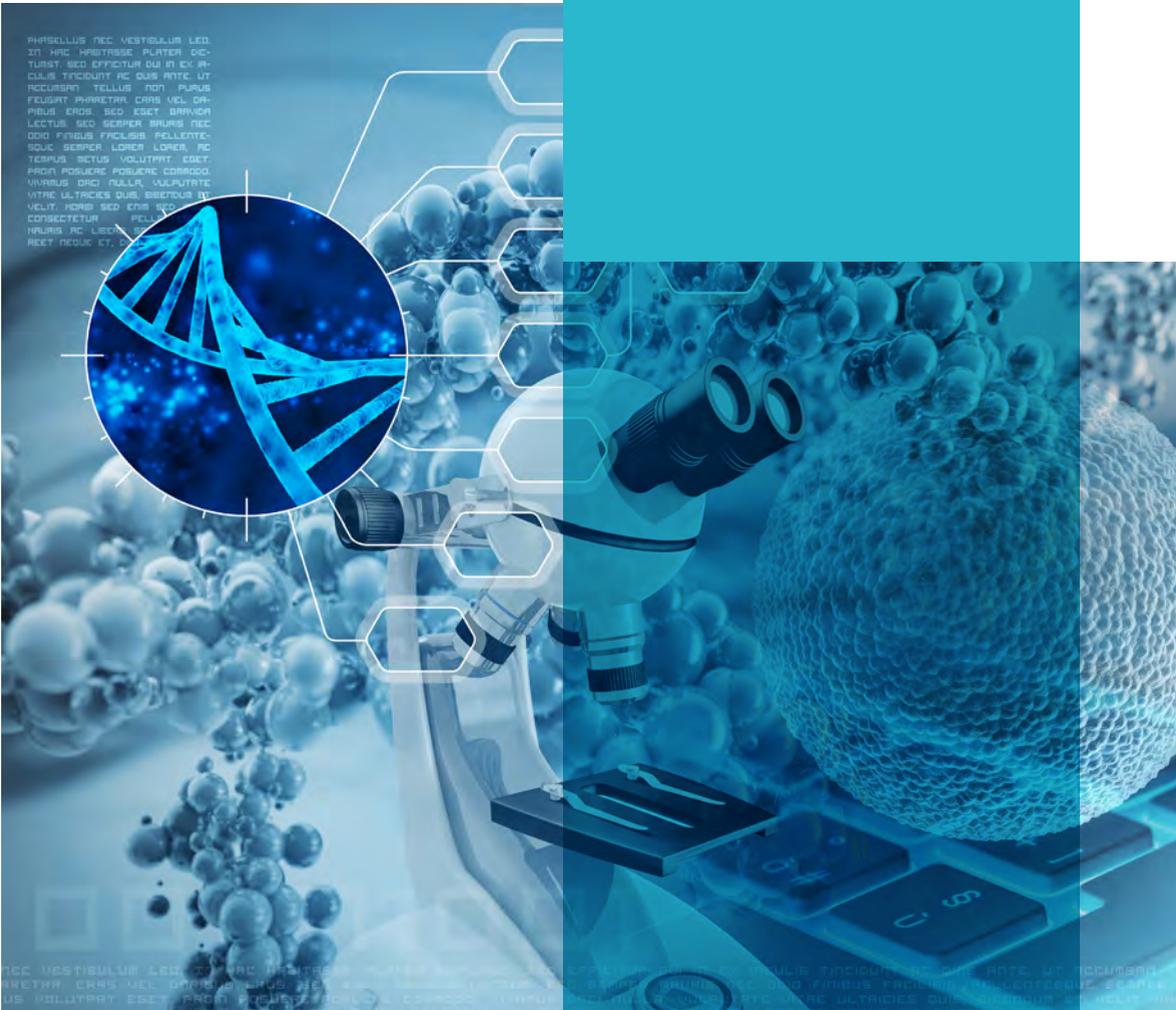
Ahora más que nunca la biotecnología nos abre una ventana al futuro. Con los fondos de recuperación europeos estamos ante una oportunidad única para transformar nuestra ciencia en una industria basada en el conocimiento que no sólo refuerce nuestro Sistema Nacional de Salud, si no que nos permita transitar hacia un modelo económico más sostenible.

El sector biotecnológico es clave en la erradicación de numerosas enfermedades, en la lucha contra el envejecimiento y el cáncer

El sector biotecnológico es clave en la erradicación de numerosas enfermedades, en la lucha contra el envejecimiento y el cáncer, ahora además ha mostrado su versatilidad y resiliencia durante un año de pandemia que ha hecho tambalear a la economía mundial.

En un nuevo horizonte en el que se abren nuevas ventanas de oportunidades, nuestro país tiene que aprovechar las fortalezas de un sector resiliente y con gran capacidad de transformación social y económica. La biotecnología representa ya un 0,8% del PIB Nacional, según el último informe de AseBio. Asimismo, las empresas biotecnológicas aportaron un 0,3% del PIB en la recaudación fiscal y contribuyen con más de 117.000 empleos, el 0,6% del total del empleo nacional. Por eso, **ahora más que nunca es el momento de la ciencia y la innovación para construir un nuevo tejido industrial, es el momento de la biotecnología para la recuperación.**

Nuestro país tiene que aprovechar las fortalezas de un sector resiliente y con gran capacidad de transformación social y económica





Bibliografía

1. Asociación Española de Bioempresas. Manifiesto AseBio por la biotecnología y las ciencias de la vida. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <https://asebio.com/en/node/7566>.
2. Asociación Española de Bioempresas. Informe AseBio 2020. [Internet]. Disponible en: <https://asebio.com/sites/default/files/2021-07/Informe%20AseBio%202020.pdf>.
3. Asociación Española de Bioempresas. Las empresas lideran inversión en I+D en biotecnología en 2019. 2021. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <https://www.asebio.com/actualidad/noticias/las-empresas-lideran-la-inversion-en-id-en-biotecnologia-en-2019>.
4. Asociación Española de Bioempresas. Informe AseBio 2020. [Internet]. Disponible en: <https://asebio.com/sites/default/files/2021-07/Informe%20AseBio%202020.pdf>.
5. Asociación Española de Bioempresas. Investigación en biotecnología. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <https://asebio.com/especial-coronavirus/investigacion-biotecnologia>.
6. Asociación Española de Bioempresas. Mapa de capacidades en descubrimiento y producción de fármacos. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <https://asebio.com/areas-de-trabajo/salud/drug-discovery/mapa-capacidades>.
7. Asociación Española de Bioempresas. Pipeline español de biotecnología roja. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <http://pipelines.asebio.com/red/>.
8. European Commission. 100 Radical Innovation Breakthroughs for the future. [Internet]. Luxemburgo; 2019. [acceso 12 abril 2021]. 337 p. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/research_and_innovation/knowledge_publications_tools_and_data/documents/ec_rtd_radical-innovation-breakthrough_052019.pdf DOI: 10.2777/563770.
9. Sociedad Española de Oncología Médica. Los Avances en Cáncer Colorrectal: SEOM. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <https://seom.org/los-avances-en-cancer-de-colorrectal>.
10. Asociación Española de Bioempresas. La colaboración público-privada en las terapias avanzadas. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: https://asebio.com/sites/default/files/2020-12/DOSSIER_TERAPIA_VF_4.pdf.
11. Camps C. La Medicina de Precisión como estrategia económica, sanitaria y social. Revista Española de Economía de la Salud. 2018. 13(3): p. 418.
12. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. 2021. [Internet]. [acceso 12 abril 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf.

CAPÍTULO

11



**Bioética y derecho
en la era poscovid.
Nuevos enfoques
y nuevos derechos
de los pacientes**

Prof. Javier Sánchez-Caro

*Prof. Honorario de la Escuela Nacional
de Sanidad*

Dr. Fernando Abellán-García Sánchez

*Doctor en medicina legal y Director
de Derecho Sanitario Asesores*

VOLVER AL ÍNDICE



1

El paciente digital o tecnopaciente. Derecho a beneficiarse de la telemedicina

La situación de emergencia sanitaria por la Covid-19, vivida en España desde marzo de 2020, puso de manifiesto como nunca antes había ocurrido **las ventajas de las comunicaciones electrónicas y de la telemedicina entre los profesionales sanitarios y los pacientes** (llamada telefónica, teleconsulta, Whatsapp, correo electrónico, apps de seguimiento, portal del paciente, etc), para garantizar la continuidad asistencial de estos últimos, reducir sus visitas a los centros sanitarios y su riesgo de contagio.

Una vez superada la parte más dura de la pandemia (previa a la vacunación masiva

La situación experimentada con el uso de las herramientas telemédicas ha motivado un replanteamiento de la presencialidad de muchas actuaciones clínicas

de la población), la situación experimentada con el uso de las herramientas telemédicas ha motivado un replanteamiento de la presencialidad de muchas actuaciones clínicas para las que es posible utilizar la teleconsulta y las comunicaciones electrónicas. Son los casos, por ejemplo, del seguimiento clínico de pacientes estables, seguimiento de pacientes crónicos, revisiones para solicitud y valoración de resultados previamente prescritos y realizados, y la comunicación de dichos resultados, ampliación de información y resolución de dudas, segunda opinión médica, consulta entre médicos de atención primaria y especialistas, diagnóstico radiológico, etc.

La activación y potenciación de las citadas herramientas ha tenido como efecto indirecto que muchos pacientes que ya manejaban con normalidad dispositivos electrónicos se hayan familiarizado con utilizarlos también para el seguimiento de sus procesos médicos, transformándose así en pacientes digitales o tecnopacientes. Ahora bien, tras la fase de emergencia sanitaria, en la que lo prioritario ha sido que nadie quedara desatendido por encima de cualquier otra consideración, este paciente digital necesita disponer de una serie de garantías de calidad de su asistencia telemédica para que el valor de la relación clínica (que exige un trato humano cálido) y sus derechos fundamentales como ciudadano no se vean degradados o suprimidos.

En esta tarea se requiere tener muy presente la salvaguarda de una serie de principios y derechos, que afectan a esa relación clínica y que básicamente son los siguientes:

1.1. La utilización de la telemedicina se justifica fundamentalmente por el mejor interés del paciente

El mejor interés del paciente pasa por **evitarle desplazamientos innecesarios y por hacerle más cómodo el seguimiento de su proceso asistencial**. Después de lo anterior, pero solo después, puede aceptarse como criterio de legitimación la necesidad de lograr una mayor eficiencia y uso racional de los recursos sanitarios, es decir, por las ventajas en el terreno económico de las organizaciones sanitarias y servicios de salud (tanto públicos como privados) e, incluso, también por los beneficios para el medioambiente que supone la menor utilización del transporte en los desplazamientos.

Tras la fase de emergencia sanitaria, este paciente digital necesita disponer de una serie de garantías de calidad de su asistencia telemédica



Las ventajas de la telemedicina para los pacientes conectan con el asunto de la calidad de la asistencia. Por ejemplo, si en determinados casos el seguimiento de los pacientes o sus consultas médicas puntuales pueden hacerse por teleconsulta evitando que tengan que trasladarse al centro sanitario, perder horas de trabajo o desatender obligaciones familiares como cuidadores, habrá que concluir que esa asistencia es de mayor calidad que la que imponga rígidamente una presencialidad en todos los supuestos. El derecho de los pacientes a una asistencia de calidad deriva, entre otros, de los principios generales enunciados en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 2), y hoy día puede afirmarse que una concreción de ese derecho es la de utilizar y beneficiarse de la telemedicina cuando esté indicado para su problema de salud.

Desde la perspectiva de los profesionales, también puede enfocarse este asunto si pensamos en que el empleo de la telemedicina puede permitirles desarrollar su labor con mayor eficiencia, al poder gestionar mejor el tiempo de atención a cada paciente. A este respecto, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, determina que *los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y en el resto de normas legales deontológicas aplicables* (art. 5.1,a). Pues bien, **esa adecuación a las necesidades del paciente que postula esta disposición legal es precisamente la que permite la telemedicina en sus distintas variantes**. En otras palabras, el reverso de lo que dice el precepto mencionado es de nuevo el reconocimiento del derecho del paciente a utilizar la telemedicina.

El derecho de los pacientes a una asistencia de calidad deriva, entre otros, de los principios generales enunciados en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud





Desde la perspectiva de los profesionales, también puede enfocarse este asunto si pensamos en que el empleo de la telemedicina puede permitirles desarrollar su labor con mayor eficiencia

A la misma conclusión se llega deteniéndose en lo que igualmente afirma la citada ley de ordenación de las profesiones sanitarias, al sostener que *los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrutilización y la inadecuada utilización de los mismos* (art. 5.1, b). Esto constituye una llamada de atención en toda regla para optimizar los recursos humanos y materiales de que disponen los centros sanitarios, que puede esgrimirse como un factor justificativo de la telemedicina cuando sea el medio más adecuado y proporcional para el acto médico de que se trate, teniendo siempre en cuenta las circunstancias de salud del paciente.

Se constata, por tanto, que **a partir de dos normas importantes del sistema sanitario, como son las de cohesión y calidad y la de ordenación de las profesiones sanitarias, es posible fundamentar la existencia de un derecho del paciente a que su asistencia tenga lugar por medios telemáticos**, siempre una vez más que esté indicada para su situación clínica.

1.2. El profesional sanitario y el paciente tienen que disponer de elementos de identificación recíproca fiables y la consulta ha de producirse a través de medios que garanticen la seguridad de las comunicaciones

Como es sabido, uno de los derechos fundamentales de mayor relevancia que deben preservarse en la asistencia sanitaria es el de la intimidad de los pacientes. El derecho a la intimidad tiene su reflejo en la Constitución Española (art. 18), y desde ahí se proyecta al ámbito sanitario a través, sobre todo, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 2.1 y art. 7). El paciente que es asistido a través de telemedicina debe conocer con quién se está comunicando por medios electrónicos, esto es, poder confirmar que es su médico o un profesional sanitario, y, además, ha de tener la tranquilidad de que la comunicación respeta los estándares europeos de en-

criptación o cifrado de la información y de protección de datos personales, de acuerdo con lo establecido en **el Reglamento 2016/679 europeo de protección de datos (RGPD)** y en **la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales**.

De nuevo, es posible encontrar en la reiterada Ley de ordenación de las profesiones sanitarias un elemento de apoyo para lo manifestado en este apartado, en particular para lo relativo a la identificación recíproca que exige la práctica de la telemedicina, cuando sostiene que *los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución* (art. 5.1, e).

En definitiva, **son parte esencial del derecho del paciente a usar la telemedicina, la correcta identificación del profesional que le asiste, la garantía de la seguridad de las comunicaciones y la protección de datos personales**.

Uno de los derechos fundamentales de mayor relevancia que deben preservarse en la asistencia sanitaria es el de la intimidad de los pacientes



1.3. El consentimiento del paciente al uso de la telemedicina

La necesidad del consentimiento informado para cualquier acto médico es una constante en la asistencia sanitaria. La particularidad cuando se trata de la telemedicina es que, además de la aceptación de la parte puramente médica de la actuación, debe pedirse también al paciente el consentimiento para el uso de medios telemáticos. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes pueden sentirse cómodos siendo tratados de manera no presencial, por medios electrónicos, bien por su forma rígida de entender la relación clínica, bien por carecer de aptitudes o formación suficiente para el uso de los dispositivos o incluso por razones de edad.

Por otro lado, debe tomarse en consideración la denominada *brecha digital* como un factor que puede afectar a ciertos pa-

cientes que, **por razones culturales o de edad, no están familiarizados con la tecnología o que carecen de medios económicos** para hacerse con dispositivos electrónicos adecuados. En todos estos supuestos ha de actuarse con flexibilidad, previendo alternativas asistenciales y medidas que corrijan esa situación.

Además de la aceptación de la parte puramente médica de la actuación, debe pedirse también al paciente el consentimiento para el uso de medios telemáticos



Por lo que se refiere a la formalidad, constancia y contenido del consentimiento informado para telemedicina, han de tenerse en cuenta dos preceptos importantes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente. Por un lado, el que sostiene que *el consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (art. 2.2.); y, por otro lado, el que enuncia que la información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4.1)*. Pues bien, de acuerdo con esta ley, **la regla general para el consentimiento informado en el ámbito asistencial es la de su prestación de manera verbal**, con la excepción de los supuestos de *intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y,*

en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (art. 8.2).

La realización de actuaciones por telemedicina estaría fuera de estos supuestos que exigen la forma escrita, por lo que bastaría el consentimiento informado verbal del paciente, y ello sin perjuicio de que pueda resultar práctico y operativo que haya suscrito un formulario de conformidad al uso, por ejemplo, del portal del paciente. Cuando el consentimiento se haya obtenido únicamente de forma verbal, esa circunstancia debe hacerse constar en la historia clínica (art. 4.1), lo que abarcará el acto médico en su conjunto (en su parte clínico-científica y en la del uso de la herramienta). A estos efectos, tendrá que especificarse el medio telemático utilizado y por supuesto el tratamiento médico pautado, así como las recomendaciones que se hubieran realizado en la consulta virtual o actuación telemática.





1.4. Debe dejarse constancia de su práctica y de su contenido en la historia clínica para permitir el seguimiento adecuado del paciente

La consulta telemédica es un acto médico y, como tal, está sujeto a las obligaciones aplicables a los actos de esa naturaleza, entre ellas la de su documentación clínica. En definitiva, debe hacerse constar en la historia clínica que la consulta ha tenido lugar por medios telemáticos y también su contenido desde el punto de vista asistencial (pautas, recomendaciones, información facilitada por el paciente, etc). De esta manera **se consigue garantizar que la consulta telemédica no constituya un episodio aislado y desconectado del registro de la biografía patológica del paciente**, y que se pueda tener en cuenta en aras de reforzar el conocimiento veraz y actualizado de la salud del paciente y su continuidad asistencial.

Debe hacerse constar en la historia clínica que la consulta ha tenido lugar por medios telemáticos y también su contenido desde el punto de vista asistencial



Es deseable el conocimiento de la historia clínica del paciente por parte del facultativo que realiza actos telemédicos, o al menos que tenga acceso al mismo al tiempo de la consulta virtual

Es deseable el conocimiento de la historia clínica del paciente por parte del facultativo que realiza actos telemédicos, o al menos que tenga acceso al mismo al tiempo de la consulta virtual. **El conocimiento de los antecedentes clínicos suele ser un factor muy importante para que la actuación se lleve a cabo en unas condiciones adecuadas**, salvo que se trate de primeras consultas de orientación general. Desde el punto de vista deontológico, la OMC, en su documento *La Telemedicina en el acto médico. Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online* (2020), recomienda para las consultas médicas sobrevenidas que el médico tome nota, como si de una hoja de evolución se tratara, para luego poder incorporar lo tratado a la historia clínica. Esta mención conecta con la exigencia para los profesionales sanitarios, contenida en la citada Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, de *formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él* (art. 4.7, a).

No es obligado que se conserve en papel, como también recalca la Ley de ordenación al afirmar que *la historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales* (mismo art. 4.7 a).

Cuando se trate de teleconsultas no es obligado que se conserve la grabación digital propiamente dicha (bastaría con anotar su contenido en la historia clínica), sin perjuicio de que ello pueda llevarse a cabo en determinadas ocasiones por razones terapéuticas (por ejemplo, puede tener importancia para ciertos tratamientos psiquiátricos), circunstancia de la que debería advertirse previamente al paciente para recabar su conformidad.

1.5. Deben seguirse las guías clínicas y protocolos del centro asistencial o de las sociedades científicas y profesionales; y también las normas deontológicas

La invocación por parte de la reiterada Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, al cumplimiento de los criterios de normo-praxis conduce al **seguimiento de las reglas de buena práctica médica, que en el caso de la telemedicina no siempre están definidas de antemano**, sino que en gran parte han de construirse desde el consenso clínico y científico. Esta es la razón por la que en el citado documento sobre telemedicina de la OMC, de junio de 2020, se apele a *consensuar desde la profesión médica, lo que se debe y no se debe hacer*.

Para dar respuesta a este llamamiento se hace preciso generar guías clínicas, protocolos y documentos de consenso que pueden desarrollarse en distintos niveles:

servicios hospitalarios, centros, aseguradoras de asistencia sanitaria, sociedades científicas y profesionales, etc. De hecho, la ley del Estado incluye entre los principios que deben presidir el ejercicio profesional la tendencia a la *unificación de criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar* (art. 4.7, b).

Se hace preciso generar guías clínicas, protocolos y documentos de consenso que pueden desarrollarse en distintos niveles



Existe, por tanto, **una tarea importante para consolidar la telemedicina por la vía de la confección de protocolos de actuación**, que de hecho se han impulsado notablemente en determinados grupos hospitalarios (Sanitas, Quirón) durante la crisis sanitaria por el Covid-19. Estas herramientas han de elaborarse lógicamente pensando en el mejor interés del paciente y priorizando los criterios clínicos y científicos, por encima de los económicos.

Los protocolos suelen tener **gran importancia para determinar lo que constituye una buena praxis médica en cada situación**, y, si se llevan a cabo para los procesos de telemedicina, permitirían construir una auténtica *lex artis telemédica*, que permitiera descartar su realización cuando las condiciones no sean adecuadas. Un ejemplo de esta circunstancia sucedió en el caso fallado en 2008 por la Audiencia Provincial de Murcia (Sentencia 106/2008, de 13 de marzo, Sección 1ª), por el que se condenó a un ginecólogo y a la compañía prestadora de servicios médicos a indemnizar a los padres de un bebé fallecido por un

diagnóstico erróneo realizado a distancia. Conviene precisar que la sentencia no fue condenatoria porque se utilizara la telemedicina con fines diagnósticos, sino por emplearla en un supuesto concreto en el que claramente no procedía hacerlo por resultar indispensable la asistencia presencial del facultativo. Es importante en consecuencia delimitar claramente en qué situaciones es procedente emplear las herramientas tele-

Es importante delimitar claramente en qué situaciones es procedente emplear las herramientas telemáticas y en cuáles no, para no dañar a los pacientes y, al mismo tiempo, para evitar que el médico incurra en responsabilidad profesional



máticas y en cuáles no, para no dañar a los pacientes y, al mismo tiempo, para evitar que el médico incurra en responsabilidad profesional por mala praxis médica, junto con la responsabilidad que pudiera determinarse también a cargo del proveedor de los servicios de salud.

En lo que respecta a las normas deontológicas, la mencionada Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que *los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de norma-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión* (art. 4.5). Este precepto es de una importancia capital para la telemedicina. La ley, al exigir el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, está otorgando una fuerza obligacional a las normas deontológicas que va más allá

del mero ámbito interno colegial o profesional. Por esta vía indirecta se incorporan de facto las reglas deontológicas al marco legal de necesario cumplimiento por los profesionales sanitarios, y ello a pesar de que los códigos deontológicos no sean en sí mismos leyes.

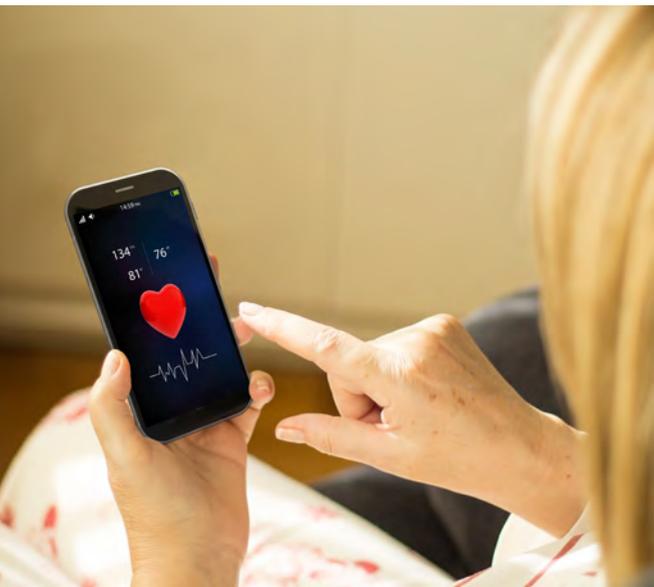
La circunstancia mencionada conduce a que **la práctica de la telemedicina tenga que implementar las reglas deontológicas, o al menos no contradecirlas, so pena de incumplir el propio ordenamiento jurídico**. De cualquier forma, resulta patente que no se puede construir un entorno seguro jurídicamente para la telemedicina si se tuviera enfrente la regulación deontológica de los colegios profesionales de médicos. En el momento de realizarse este capítulo, el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC), de 2011, está en revisión. **Los preceptos más relevantes de ese texto que interfieren en la telemedicina serían los apartados 3 a 6 del art. 26**, donde se afirma lo siguiente:

3. El ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el paciente.

4. Es éticamente aceptable, en caso de una segunda opinión y de revisiones médicas, el uso del correo electrónico u otros medios de comunicación no presencial y de la telemedicina, siempre que sea clara la identificación mutua y se asegure la intimidad.

5. Los sistemas de orientación de pacientes, mediante consulta telefónica o telemedicina, son acordes a la deontología médica cuando se usan exclusivamente como una ayuda en la toma de decisiones.

6. Las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se aplicarán a la telemedicina en la forma establecida en este Código.



En el futuro código deontológico deberían tomarse en consideración los denominados portales del paciente activados por muchos centros sanitarios y las teleconsultas a través de apps en dispositivos móviles

Estos preceptos deberían actualizarse para contemplar la realidad asistencial de la telemedicina y su enorme valor en

orden a garantizar la continuidad asistencial de los pacientes, reducir sus desplazamientos y riesgos de contagio, tal y como se ha demostrado durante la emergencia sanitaria provocada por la Covid-19. En este sentido, en el futuro código deontológico deberían tomarse en consideración los denominados portales del paciente activados por muchos centros sanitarios para facilitar las notificaciones, citas, etc. (no confundir estos portales con las webs de consejo médico) y las teleconsultas a través de apps en dispositivos móviles, en ambos casos con procedimientos de encriptación, no solo para el seguimiento de pacientes estables, segunda opinión médica, etc., sino también para la atención de primeras consultas con finalidad orientadora, velando porque tengan lugar con las debidas cautelas para que no se desvirtúe ni postergue el valor de la consulta presencial siempre que sea procedente derivar a ella.

Precisamente, el desajuste entre la realidad asistencial de uso de la telemedicina y

el vigente código deontológico, puesto de manifiesto a raíz de la pandemia de Covid-19, motivó a la Comisión Central de Deontología de la OMC a publicar en junio de 2020 su mencionado documento *La Telemedicina en el acto médico. Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online*, en el que fija unos criterios más acordes con el momento actual, y donde manifiesta que *el desarrollo tecnológico espectacular y en especial de las TICs y la normalización social de sus usos y aplicaciones obligan a actualizar las normas deontológicas vigentes del año 2011 e incluso las incluidas en el actual borrador en proceso de aprobación por la Asamblea General que les afectaban*. Es decir, la propia OMC reconoce que sus previsiones de revisión del código de 2011 han quedado superadas por la realidad asistencial de la telemedicina puesta de manifiesto en la emergencia sanitaria de 2020.

Otro documento de interés en el plano deontológico de la telemedicina es el elaborado por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, en abril de 2020, sobre *Consideraciones deontológicas en relación con la información, consentimiento y consulta virtual durante la pandemia de Covid-19*, donde se abogaba por una flexibilización en los medios para comunicar la información (salvando los casos de malas noticias o defunción) y para obtener el consentimiento informado de pacientes sin capacidad para prestarlo personalmente (a través de personas vinculadas por razones familiares o de hecho), pero exclusivamente referida a la citada situación de excepcionalidad, admitiendo para esos supuestos las consultas virtuales y telefónicas.

En una línea deontológica igualmente muy conservadora hay que situar las Directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) sobre telemedicina, de 1996, también necesitadas de una revisión.

La actualización de las normas deontológicas en materia de telemedicina se antoja también completamente necesaria para

evitar que los profesionales que la llevan a cabo puedan ser objeto de un expediente sancionador por su colegio profesional, como ocurrió en el caso enjuiciado por el Tribunal Superior de Justicia de Málaga en 2014 (Sentencia 1944/2014, de 9 de octubre, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª), donde se sancionó a un médico por prestar asistencia a su paciente por vía exclusivamente telemática, haciendo una interpretación totalmente reduccionista (y hoy día desfasada), que pone por sí misma de relieve la importancia comentada de actualizar el marco deontológico con urgencia, de forma que **no criminalicen las actuaciones médicas realizadas por esta vía, una vez que su seguridad, idoneidad y eficacia están debidamente contrastadas para muchos procedimientos y situaciones.**



La actualización de las normas deontológicas en materia de telemedicina se antoja también completamente necesaria para evitar que los profesionales que la llevan a cabo puedan ser objeto de un expediente sancionador por su colegio profesional



2

El paciente socio sanitario o sociopaciente. Derecho a una protección integral

La pandemia del Covid-19
ha originado una fractura
moral en la sociedad

2.1. Introducción

Es un lugar común entre los autores del campo de la bioética la afirmación de que la pandemia del Covid-19 ha originado una fractura moral en la sociedad, como lo prueba la circunstancia de que los medios de comunicación hayan traslucido que

en los centros residenciales de personas mayores se produjo una identificación entre ser mayor y mortalidad. A la postre, se ha transmitido indirectamente la idea de que las personas mayores son menos valiosas (forzadas al altruismo obligatorio), sin posibilidad de partici-

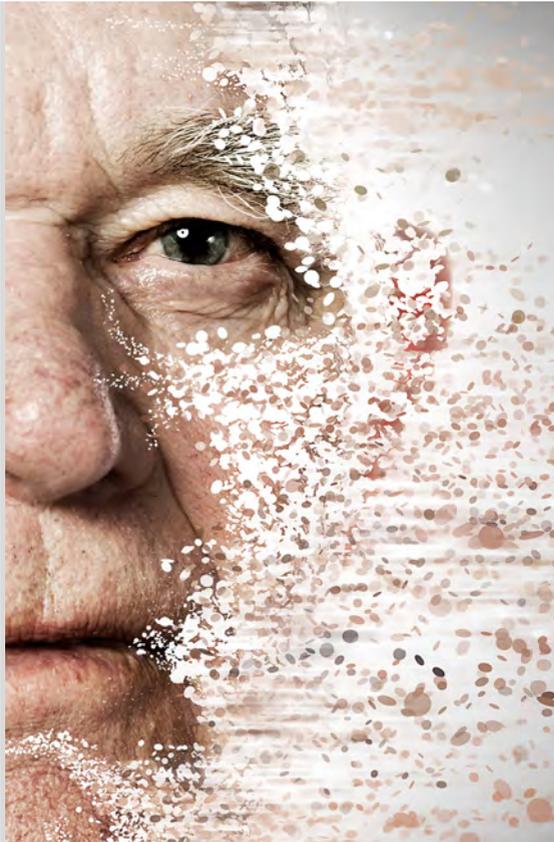
pación en las decisiones relativas a su salud (negación del pacto intergeneracional de cuidados) y, en definitiva, se ha constatado la emergencia de un debilitamiento de la cohesión social y abandono de las personas más vulnerables.

Así, se ha dicho que la pandemia, en lo que respecta a las personas mayores, ha dado lugar *a situaciones de abandono y aislamiento y a la privación de asistencia sanitaria intensiva cuando es necesaria frente a manifestaciones muy graves de la enfermedad* (Romeo Casabona y Rodríguez-Pardo del Castillo) o se ha podido escribir un artículo titulado *De la (des) humanización de la atención sociosanitaria y el maltrato a las personas mayores en las residencias durante la pandemia de Covid-19. Algunos datos en Castilla-La Mancha* (Gutiérrez Fernández). También

otro de índole periodística para reflexionar sobre el abandono a los mayores titulado *Los viejos avergüenzan a la sociedad* (Rubén Amón).

Sin embargo, es obvio, **no puede aceptarse que las personas vulnerables tengan merma de sus derechos** y, sobre todo, de aquellos que son más necesarios en una pandemia, tal y como se expone a continuación.

Se ha constatado la emergencia de un debilitamiento de la cohesión social y abandono de las personas más vulnerables



2.2. Decálogo ético en tiempos de pandemia

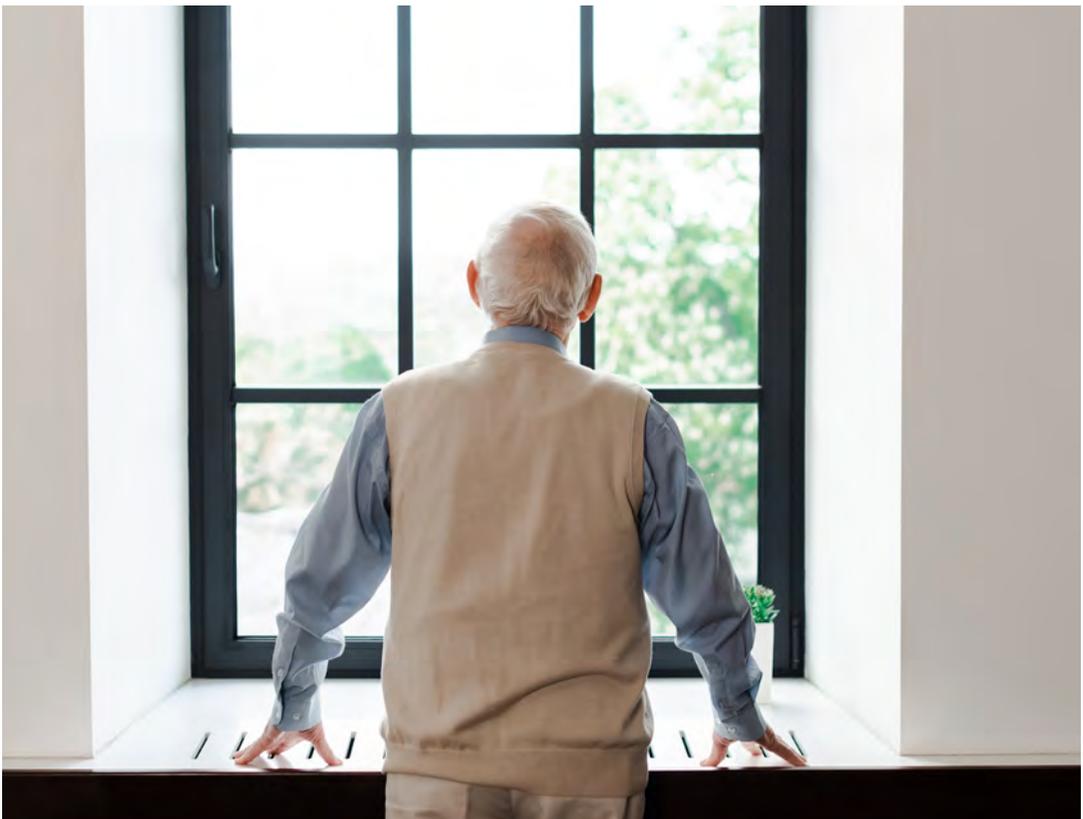
A continuación, se enuncian una serie de **principios y valores éticos del socio-paciente, que derivan del trabajo del Comité de Ética Asistencial de Eulen Sociosanitarios**, y que se consideran una aportación importante a tomar en consideración de cara al **reforzamiento del sistema de protección socio-sanitario tras el paso devastador del Covid-19**. Su visión se proyecta fundamentalmente hacia las personas vulnerables por enfermedad, discapacidad o simplemente edad avanzada, que viven en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

1. Cualquier consideración que se haga en relación con los **discapacitados y las personas mayores debe partir siempre del**

concepto de dignidad, lo que impide tratarlos como medios (explotación o maltrato); considerar que carecen de valor (por falta de capacidades o recursos) o que son un disvalor (carga, conducta inadecuada, gastos o molestias).

2. Hay que **evitar los peligros de la aporofobia, gerontofobia o diversofobia**.

3. Hay que rechazar, por obvio, que las **personas con discapacidad o mayores sean personas, por cualquier motivo, menos valiosas y, por tanto, que puedan ser discriminadas por edad o problemas cognitivos**: la discriminación etaria o cognitiva conduce a imponerles un altruismo obligatorio sin sentido, a la negación de su autonomía, a la ruptura del pacto intergeneracional de cuidados, al debilitamiento de la cohesión social y a un paternalismo rechazable.





La especial vulnerabilidad de los discapacitados y personas mayores aumenta en tiempos de pandemia

4. Cuando los recursos sanitarios puedan ser insuficientes, hay que priorizar, si es necesario, pero salvaguardando los principios de justicia, autonomía y no maleficencia, por lo que **las personas con discapacidad o mayores deben ser tratadas, en lo referente a la asistencia sanitaria, del mismo modo que las demás personas**, esto es, solo con referencia a criterios clínicos y expectativas objetivas de supervivencia.

La especial vulnerabilidad de los discapacitados y personas mayores aumenta en tiempos de pandemia, como la vivienda, hasta el punto de haber dado lugar en algunas ocasiones, además de a situaciones de abandono y aislamiento, a la privación de la asistencia sanitaria intensiva cuando ésta era necesaria para hacer frente a situaciones muy graves de enfermedad provocadas por el virus SARS-CoV-2.

5. Las personas somos seres sociales por naturaleza y necesitamos vivir en comunidad. **El aislamiento, en sí mismo, es un daño, hasta el punto de que a veces se considera una pena social y repercute con mayor intensidad en las personas mayores o con problemas cognitivos:** pueden no comprender la situación, tienen mayores dificultades para hacerse cargo de las circunstancias y sufren por la incertidumbre o por la falta de acompañamiento.

6. Hay que **afirmar rotundamente el derecho de las personas mayores o discapacitadas, que viven en residencias, a comunicarse personalmente con sus familiares o allegados**, sin perjuicio de adoptar las medidas pertinentes preventivas de contagios en defensa de su salud y del personal que les atiende, asumiendo los costes que sean necesarios.

7. Hay que **valorar los aspectos psicológicos perjudiciales que genera el aislamiento:** ansiedad, miedo, situación de estrés (padecer o no la enfermedad, muerte, pérdida de seres queridos); los sentimientos pesimistas (la soledad, la desesperación); los sentimientos de culpa; la irritabilidad y el enfado.

Se debe evitar no solo la muerte física, sino también la muerte social o de pena.

8. Son valorables una serie de recomendaciones para paliar, en lo posible, la situación: el manejo de la información (adecuada, sin sobreexposición); recibir apoyo social (contacto con personas queridas); medios tecnológicos (teléfono, videollamadas); participar en actividades comunitarias; mantener rutinas; mantenerse activo y comida y bebida sanas y equilibradas.

9. La regulación normativa de la pandemia no ha tenido en cuenta las especiales circunstancias que se dan en los diversos centros residenciales: condicionantes físicos o las peculiaridades

propias e inherentes a las personas mayores o con discapacidad intelectual o deterioro cognitivo.

10. Es importante, por último, **el desarrollo adecuado del duelo**, que es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa. La comunicación, el ritual y la despedida deben considerarse elementos esenciales.

De todo lo anterior se deriva que el socio-paciente es un paciente con especial vulnerabilidad y necesidades específicas, que van mucho más allá de ver atendido su problema de salud, precisa de una sistema de protección integral en el que se tengan presente diversas variables. En la parte más dura de la pandemia, cuando el número de fallecimientos en las residencias de mayores era muy elevado, quedaron postergados muchos de estos principios y valores éticos, de lo que debe extraerse una enseñanza y aprendizaje importante para el futuro, con el fin de evitar la repetición de las terribles situaciones que se vivieron en muchos casos.





Falta de coordinación entre la asistencia socio sanitaria y la sanitaria, esto es, la coordinación de los recursos sanitarios y sociales, con especial hincapié en la Salud Mental

2.3. Refuerzo de la coordinación asistencial

Una de las mayores dificultades y carencias en el ámbito socio sanitario, a propósito de la pandemia, fue la falta de coordinación entre la asistencia socio sanitaria y la sanitaria, esto es, la coordinación de los recursos sanitarios y sociales, con especial hincapié en la Salud Mental. Sobre este particular se señalan a continuación algunos aspectos que se consideran prioritarios a reforzar en el futuro:

1. Conexión de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia con la atención sanitaria.

Se trata de un tema sencillo y de mucho interés que tiene como objetivo final conseguir la mejor asistencia para la persona.

2. Teleasistencia unida a e-Salud.

La teleasistencia, un servicio social que debe utilizar un único sistema de comunicaciones y documentación compartida para enfermos crónicos y pluripatológicos, de manera que sirva de apoyo a los centros de atención primaria y a las familias. Esta conexión en red permitiría responder de manera rápida, coordinada y adaptada a las necesidades específicas de la persona atendida, utilizando menos recursos.

3. Unidades de asesoría.

Se trata de dispositivos hospitalarios capaces de acudir a residencias de mayores o centros de personas con enfermedad mental grave para cuidados más complejos de los habituales. Estos equipos de especialidades evitan que sean las personas mayores, los enfermos, los que tengan que desplazarse con todo lo que conlleva.

4. Gestor de casos. La figura del gestor de casos o enfermera de enlace coordina a las tres partes: no solo en el caso de Atención Primaria, sino en el caso de servicios sociales y sanitarios.

5. Historia clínica compartida. Tiene por misión establecer los datos que cada uno de los profesionales puede consultar o modificar, teniendo en cuenta todos los aspectos de protección que sean necesarios. Se trata de una prioridad que evitaría aspectos duplicados, falta de información o sesgos en la atención, por la desconexión del ámbito sanitario y sociosanitario.

6. Implicación de los profesionales. Es imprescindible su necesidad de coordinación utilizando los recursos que están a su alcance.

7. Coordinación con el área de farmacia. Se precisa para la atención de las necesidades farmacoterapéuticas de las personas atendidas, normalmente con enfermedades crónicas y polimedicadas. Para dicha tarea se antoja fundamental la colaboración del farmacéutico comunitario (de oficina de farmacia) o, en su caso, del servicio de farmacia hospitalaria (según la normativa que corresponda), que han de garantizar la continuidad asistencial.





3

Paciente y pasaporte de vacunación

El pasaporte de vacunación, pasaporte Covid, certificado verde digital y, definitivamente, certificado Covid digital, según la UE, **es un documento con un código QR (similar a un código de barras) en el que las autoridades de los países podrán comprobar tres informaciones: si la persona se ha vacunado, si ha pasado la enfermedad o si tiene una prueba negativa que acredite que no está**

Se produjo con el fin de facilitar la libre circulación durante la pandemia de Covid-19

infectada. Su instauración se produjo a través del Reglamento (UE) 2021/953, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de junio de 2021, relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados Covid-19 interoperables de vacunación, de prueba diagnóstica y de recuperación (certificado Covid digital de la UE) a fin de facilitar la libre circulación durante la pandemia de Covid-19.



El Reglamento establece que se acepte para viajar entre los países de la Unión Europea cualquiera de los siguientes certificados (art. 3.1):

Certificado de vacunación: un certificado que confirme que el titular ha recibido una vacuna contra la Covid-19 en el Estado miembro que expide el certificado;

Certificado de prueba diagnóstica: un certificado que confirme que el titular realizó una prueba NAAT (prueba de amplificación de ácido nucleico molecular como PCR) o una prueba rápida de antígenos enumerada en la lista común y actualizada de pruebas rápidas de antígenos de la Covid-19 establecida sobre la base de la Recomendación del Consejo de 21 de enero de 2021, llevado a cabo por profesionales sanitarios o personal cualificado para realización de las pruebas en el Estado miembro que expide el certificado, y que indique el tipo de prueba, la fecha en que se realizó y su resultado;

Tiene que extenderse en un formato seguro e interoperable y, en el caso de las vacunas, indicará claramente si se ha completado o no el ciclo de vacunación

Certificado de recuperación: un certificado que confirme que, tras un resultado positivo de una prueba NAAT realizada por profesionales sanitarios o personal cualificado para la realización de pruebas, el titular se ha recuperado de una infección por el SARS-CoV-2.

Remarca el Reglamento que debe expedirse un certificado independiente para cada vacunación, resultado de prueba o recuperación, y que habrán de expedirse gratuitamente. Además, tiene que extenderse en un formato seguro e interoperable y, en el caso de las vacunas, indicará claramente si se ha completado o no el ciclo de vacunación.

Se trata, pues, de un **salvoconducto para que las personas puedan moverse sin restricciones y al que puede accederse con facilidad desde un teléfono o almacenarse en un dispositivo**. Se asemeja, aunque más actualizado y digitalizado, a la tarjeta amarilla, que se empleaba, por ejemplo, para la fiebre del mismo color. En todo caso (en vigor desde el primero de julio de 2021) se aplica a los 27 Estados Miembros, estando también disponible para los países del espacio Schengen.

Esta exigencia del pasaporte de vacunación suscita valoraciones tanto de aceptación como de rechazo, según se considere algo razonable o atentatorio de otros derechos y valores importantes que deben ser objeto, también, de contemplación adecuada. En definitiva, la exigencia del pasaporte plantea un auténtico conflicto de valores en el que se observa incertidumbre en los hechos, su dinamicidad y lo difícil que es jerarquizarlos cuando no se pueden compatibilizar, como se observa al describir sus ventajas y sus inconvenientes.

Esta exigencia del pasaporte de vacunación suscita valoraciones tanto de aceptación como de rechazo, según se considere algo razonable o atentatorio de otros derechos





Por lo que se refiere a las ventajas, **las más importantes pueden ser las de naturaleza económica, pues marcará un antes y un después para el turismo español**, en la medida que puede ayudar a detener en parte la ruina a la que, por ejemplo, podrían estar abocados los servicios de hostelería, con pérdidas de miles de millones, evitando, además, la sangría presupuestaria actual, traducida en diversos procedimientos de ayudas para evitarlo (ERTES, etc). Además, con carácter general, **no solo puede reactivar el turismo de los países, sino también el**

comercio y el trabajo. Se trata, pues, de facilitar la libertad de movimientos de la ciudadanía y de consolidar un *valor económico*, que en un amplio sector de la población (la española desde luego) es sentido como un valor crucial para rehacer dignamente sus vidas, sin ignorar los riesgos que entraña pero que se estiman de rango inferior (jerarquización), una vez exista un alto nivel de vacunación de la población) sobre todo, cuando queden vacunadas las personas de mayor riesgo (mayores, sanitarios, servicios esenciales, cuidadores, etc).

Respecto de los inconvenientes, **la vacuna no es obligatoria en la UE, por lo que exigir el certificado podría entenderse para algunos como incongruente y discriminatorio**; hay personas que no pueden vacunarse (alergias, problemas médicos, embarazadas, menores y jóvenes y adultos a los que no ha llegado la vacuna); las vacunas no son cien por cien eficientes y pueden no ser efectivas contra las nuevas variantes del Covid-19. Esta situación podría traducirse en casos de discriminación rechazables. De hecho, el propio Reglamento europeo establece lo siguiente (considerando 36):

Es necesario evitar la discriminación directa o indirecta de las personas que no estén vacunadas, por ejemplo, por motivos médicos, porque no forman parte del grupo destinatario al que se administra o autoriza actualmente la vacuna contra la Covid-19, como los niños, porque aún no han tenido la oportunidad o han decidido no vacunarse. Por consiguiente,

la posesión de un certificado de vacunación, o la posesión de un certificado de vacunación que indique una vacuna contra la Covid-19, no debe ser una condición previa para ejercer los derechos de libre circulación o para el uso de los servicios transfronterizos de transporte de viajeros, como aviones, trenes, autocares, transbordadores o cualquier otro medio de transporte. Además, el presente Reglamento no puede interpretarse en el sentido de que establezca un derecho o una obligación a ser vacunado.

Además, se podrían crear espacios de élitte, pues el paso siguiente es exigir el certificado para trabajar, para ir a la universidad, para entrar en espectáculos o centros de ocio, comercios y hostelería. **Existe igualmente riesgo de falsificación y, por último, puede comprometerse la intimidad de los ciudadanos y su derecho a la protección de datos**, y ello sin perjuicio de que el Reglamento europeo mencionado determina lo siguiente en esta materia:

Hay personas que no pueden vacunarse (alergias, problemas médicos, embarazadas, menores y jóvenes y adultos a los que no ha llegado la vacuna)



Con la Covid-19 el mundo se ha dividido de alguna forma entre los países ricos y los pobres



A efectos del presente Reglamento, los datos personales contenidos en los certificados expedidos de conformidad con el presente Reglamento serán tratados únicamente con el fin de acceder a la información incluida en el certificado y verificarla, con el fin de facilitar el ejercicio del derecho a la libre circulación dentro de la Unión durante la pandemia de Covid-19. No se producirá ningún tratamiento ulterior una vez finalizado el período de aplicación del presente Reglamento.

La problemática expuesta pone de manifiesto que el pasaporte biológico enfrenta valores contrapuestos y, dada la pluralidad que existe en las sociedades libres para su apreciación, resulta muy difícil definir su jerarquización en el terreno de la reflexión ética.

Con la Covid-19 el mundo se ha dividido de alguna forma entre los países ricos y los pobres. En los primeros, **los avances en vacunación han determinado la opción en favor del valor economía con subordinación de los restantes** y con olvido de la afirmación repetida de que ningún país estará a salvo hasta que todas las personas estén vacunadas, con inde-

pendencia del lugar donde vivan (debido a las mutaciones). En esta línea hay que enmarcar las iniciativas de la India y Sudáfrica, secundadas por más de cien países (entre ellos EEUU, España y el Parlamento Europeo) **dirigidas a suspender temporalmente los derechos de propiedad intelectual sobre las patentes de las vacunas, transferir la tecnología y permitir la fabricación y distribución de aquéllas a precio de coste para hacer frente al cúmulo de muertes y secuelas en los países pobres.** Añádase, además, que esta forma de actuar repercutiría de manera positiva, necesariamente, en favor de los estados más ricos.

En el mundo occidental han contribuido, además, otras causas a la situación actual: el cansancio del confinamiento; los efectos letales o graves, que afectan, fundamentalmente, a un sector determinado de la población (los de mayor edad); el difícil sacrificio impuesto a la gente joven, unido a la dificultad para insertarse en la comunidad con un trabajo digno y estable, y la crisis de valores profundos que impulsa a un hedonismo instantáneo, apreciado como sucedáneo de felicidad.

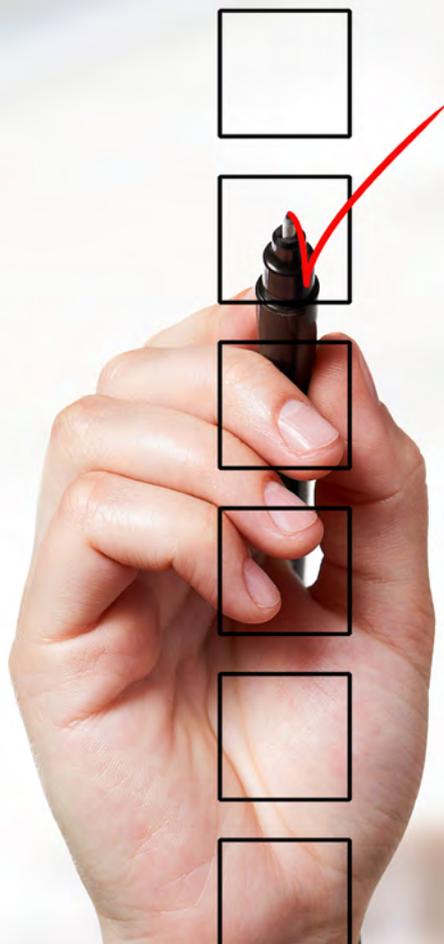
Conclusiones

Es posible fundamentar la existencia de un derecho del paciente a que su asistencia tenga lugar por medios telemáticos, siempre que esté indicada para su situación clínica.

La pandemia de Covid-19 ha puesto de manifiesto que el sociopaciente es un paciente con especial vulnerabilidad y necesidades específicas, que van mucho más allá de ser atendido de su problema de salud. Por este motivo, **es necesario reforzar sus**

derechos previendo una protección integral que cubra, entre otros, aspectos relacionados con la discapacidad física y mental, la edad avanzada, la soledad y el desamparo.

La exigencia del *Certificado Covid digital de la Unión Europea* no está exenta de controversia en el terreno ético y legal, al chocar con principios y valores importantes asentados en la sociedad.





Bibliografía

- Abellán F, Sánchez-Caro J (coordinadores): Impacto de Covid-19 en la relación clínica: algunas consideraciones bioéticas y legales. Informe del experto, nº.19, Fundación Merck Salud, junio 2020. <https://www.fundacionmercksalud.com>.
- Abellán F, García Díaz A: Protección de datos personales de salud en el plano asistencial e investigador (Coords. Javier Sánchez-Caro y Fernando Abellán). En: "e-Salud y cambio del modelo sanitario", Fundación Merck Salud, 2020. <https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2020/03/1.5.-PROTECCION-DE-DATOS-DE-SALUD.-Fernando-Abellan-Ana-Garcia.pdf>.
- Abellán F (coordinador): El paciente digital y la e-Salud. Informe del experto, nº. 18, Fundación Merck Salud, enero 2019. https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Paciente_digital_DEF.pdf.
- Abellán F (coordinador): Telemedicina: bases para la futura regulación de un mercado emergente. Informe del experto, nº. 5, Fundación Salud 2000, septiembre 2012. https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/05/5_Telemedicina_ampliación.pdf.
- Amón, R: Los viejos avergüenzan a la sociedad, No es no. El Confidencial, 19/03/2020. https://blogs.elconfidencial.com/espana/no-es-no/2020-03-19/ancianos-coronavirus-muerte-mayores-virus-covid-19-residencias-salud-publica-sanitarios_2506636/.
- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica, julio de 2011. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf.

- Consideraciones deontológicas en relación con la información, consentimiento y consulta virtual durante la pandemia de Covid-19, Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, Barcelona, abril de 2020. <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8811.PDF>.
- Decálogo ético en tiempos de pandemia. Comité de Ética Asistencial de Eulen Servicios Sociosanitarios, 2021 <https://sociosanitarios.eulen.com/main-files/uploads/2021/01/DECÁLOGO-EN-TIEMPOS-DE-PANDEMIA-def.pdf>.
- Directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) sobre telemedicina, 1996. <https://www.cgcom.es/sites/default/files/Directrices%20sobre%20telemedicina%202002%20Boletin%2096.pdf>
- Gutierrez Fernández, R: De la (des)humanización de la atención sociosanitaria y el maltrato a las personas mayores en las residencias durante la pandemia de covid-19. Algunos datos en Castilla-La Mancha. Boletín de Derecho Sanitario y Bioética, nº. 188, marzo 2021, SESCOAM. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210415/188_marzo.pdf
- Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, 25 de marzo de 2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
- Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situación de pandemia: el Sars.Cov-2, 2 de abril de 2020. Ministerio de Sanidad. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf.
- La Telemedicina en el acto médico. Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online. Comisión Central de Deontología. OMC, 10 de junio de 2020. https://www.comcantabria.es/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-E-CONSULTA_CCD_10_06_2020.pdf.
- La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones, COM (2008) 689 final, Bruselas 4 de noviembre de 2008. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:ES:PDF>.
- Romeo Casabona, C M^a, Rodríguez-Pardo del Castillo, J M: Personas mayores. En Decálogo para la protección de los derechos humanos en pandemias” Sauquillo F (Coord.). Fundación Abogacía Española, 2021. <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2021/01/decalogo.pdf>.
- Sánchez-Caro J, Martín García S, Abellán F, Navarro Izquierdo A. Derechos en cuidados sociosanitarios. Manual Práctico. Eulen Sociosanitarios, 2017.
- Sánchez-Caro J, Abellán F (coordinadores): e-Salud y cambio del modelo sanitario. Fundación Merck Salud, 2020. <https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2020/02/e-salud-FINAL.pdf>.
- Sánchez-Caro J, Abellán F: Telemedicina y protección de datos sanitarios. Aspectos legales y éticos. Comares, Madrid 2002.

FUNDACIÓN MERCK SALUD

Desde la Fundación Merck Salud estamos convencidos de que lo más importante son las personas. Por eso, nuestra responsabilidad es colaborar en la mejora y desarrollo de nuevos avances en beneficio de su salud. Y con este objetivo llevamos, desde 1991, trabajando, por un lado, en la promoción de la investigación biomédica y, por otro, en el desarrollo de la bioética, a través de cuatro pilares básicos.

Cuatro caminos que nos llevan a uno solo: LA SALUD



Promoción de la Investigación

La labor de la Fundación en el ámbito de la investigación se estructura fundamentalmente en torno a varias áreas científicas y se basa en la utilización de dos herramientas clave: la concesión de becas a profesionales que desarrollan su actividad investigadora en estos ámbitos y la entrega de las Ayudas Merck de Investigación, que premian los proyectos inéditos llevados a cabo por equipos de investigadores en este país.



Apoyo a la Bioética

El compromiso de la Fundación en el ámbito de la Bioética se traduce en dos acciones claves: la colección de monografías "Bioética y Derecho Sanitario" en las que se profundiza sobre los problemas éticos derivados de la aplicación de la ciencia, y la elaboración de informes de experto que ayudan a clarificar determinados conceptos o situaciones que pueden tener repercusión en el ámbito de la salud.



Difusión del conocimiento

En la Fundación Merck Salud somos conscientes de que el avance científico requiere la divulgación de conocimientos a la sociedad. En esta línea se enmarcan las reuniones científicas que organiza la Fundación, entre las que destacan los Encuentros Merck Salud, foros de diálogo que permiten debatir y actualizar conocimientos sobre los temas que más interés generan entre el colectivo sanitario. En segundo lugar, conviene subrayar las jornadas de debate en las distintas Comunidades Autónomas que permiten un acercamiento a las problemáticas específicas de los Sistemas Regionales de Salud.



Defensa de la salud

En la Fundación Merck Salud, se entiende la ciencia y la medicina como un pilar básico y esencial del que toda la sociedad debiera beneficiarse. Por este motivo, se colabora en la mejora y promoción de la salud junto con asociaciones profesionales y de pacientes.

TÍTULOS DE LA COLECCIÓN BIOÉTICA Y DERECHO SANITARIO

- Libro 1.** Derecho y Reproducción Humana. Endocrinología Pediátrica, inmunología y Neurología
- Libro 2.** Derecho y Reproducción Humana (Monográfico)
- Libro 3.** Consentimiento Informado (Parte 1ª)
- Libro 4.** Consentimiento Informado (Parte 2ª)
- Libro 5.** Consentimiento Informado (Parte 3ª)
- Libro 6.** La Historia Clínica
- Libro 7.** Ética y Deontología Médica
- Libro 8.** Imprudencia y negligencia en la profesión médica
- Libro 9.** Telemedicina y protección de datos sanitarios. Aspectos legales y éticos – Granada
- Libro 10.** Derechos y Deberes de los pacientes. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas
- Libro 11.** Datos de salud y datos genéticos. Su protección en la Unión Europea y en España
- Libro 12.** Derechos de los médicos en la relación clínica
- Libro 13.** Investigación Biomédica en España: Aspectos Bioéticos, Jurídicos y Científicos
- Libro 14.** Instrucciones Previas en España: Aspectos Bioéticos, Jurídicos y Prácticos
- Libro 15.** Medicina Genética Clínica del siglo XXI. Consideraciones científicas, éticas y legales
- Libro 16.** Salud sexual y reproductiva. Aspectos científicos, éticos y jurídicos
- Libro 17.** Retos en Salud Pública: Derechos y Deberes de los Ciudadanos
- Libro 18.** Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la Discapacidad
- Libro 19.** Medicina Personalizada. Aspectos científicos, bioéticos y jurídicos
- Libro 20.** Los ensayos clínicos a la luz del Reglamento de la Unión Europea
- Libro 21.** Manual de Casos Bioético Legales en Oncología Médica
- Libro 22.** Manual de Casos Bioético Legales en Neurología
- Libro 23.** Manual de Casos Clínicos en Farmacia Oncológica
- Libro 24.** Avances en Salud: Aspectos científicos, clínicos, bioéticos y legales
- Libro 25.** e-Salud y cambio del Modelo Sanitario
- Libro 26.** Inteligencia Artificial en el campo de la salud. Un nuevo paradigma: aspectos clínicos, éticos y legales

OTROS TÍTULOS

- Reproducción Humana Asistida y Responsabilidad Médica (Consideraciones legales y éticas sobre casos prácticos)
- Reproducción Humana Asistida. Protocolos de Consentimiento Informado de la Sociedad Española de Fertilidad
- Ensayos Clínicos en España. Aspectos Científicos, Bioéticos y Jurídicos
- Consentimiento Informado y Hormona del Crecimiento
- Selección Genética de Embriones: entre la libertad reproductiva y la eugenesia
- La Responsabilidad Médica por la Información del Medicamento
- Bioética y Ley en Reproducción Humana Asistida Ética Clínica en Farmacia Hospitalaria
- Bioética de las Patentes Relacionadas con la Salud
- Casos Clínicos en Reproducción Humana Asistida



fundacionmercksalud.com



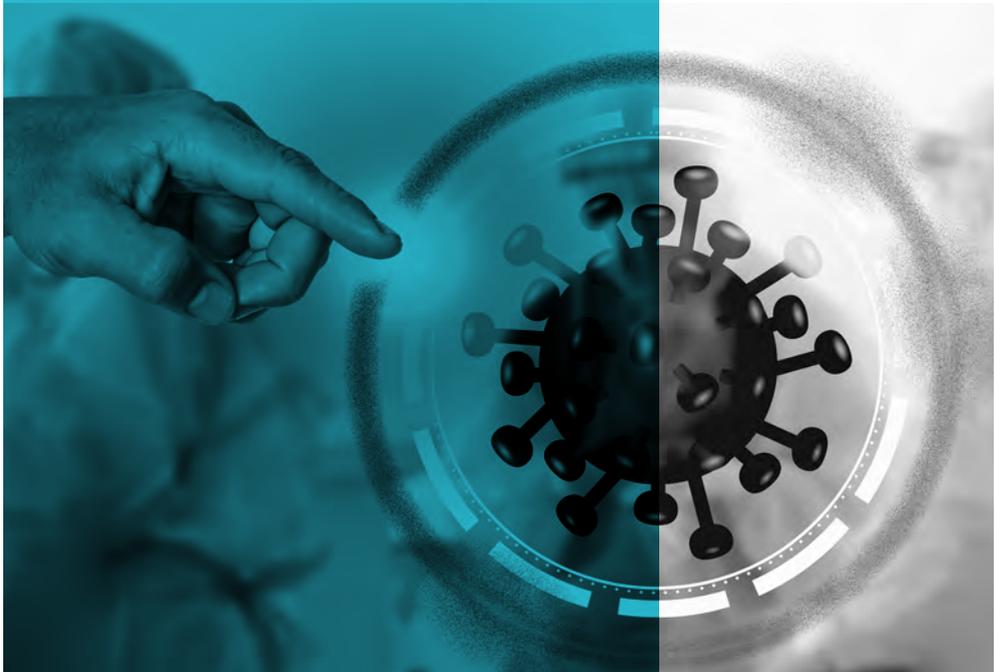
fundacionmercksalud@merckgroup.com



linkedin.com/company/fundacion-merck-salud/



twitter.com/fundmercksalud



Derecho Sanitario Asesores



Fundación
Merck
Salud