

USO DE INTERNET
DURANTE EL CONFINAMIENTO
PARA CONSULTAS NO PRESENCIALES

Atención sanitaria no presencial

INSTITUTO
ProPatiens



A partir de una idea de:

D. Jesús Díaz Olmo
Vicepresidente Ejecutivo Instituto ProPatiens

D. Fernando Mugarza Borque
Presidente Instituto ProPatiens

Autor:

D. Fernando Mugarza Borque
Presidente Instituto ProPatiens

Revisiones y Contribuciones de:

D. Jesús Díaz Olmo
Vicepresidente Ejecutivo Instituto ProPatiens

D. Luis M^a de Palacio Guerrero
Secretario Instituto ProPatiens

D^a. Almudena Fernández García
Responsable Comunicación Instituto ProPatiens

D. Diego Mugarza Arilla
Marketing Manager Instituto ProPatiens

D^a. Mónica Ruiz Lozano
Assistant Instituto ProPatiens

D^a. Maole Cerezo Ceballos
Especialista en Comunicación, RRII, RRPP, Salud y Administraciones Públicas

Diseño y maquetación:

Diego Mugarza

Edita: Instituto ProPatiens
propatiens.com

Reservados los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc., sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

ÍNDICE

1. Introducción del presidente del Instituto ProPatiens (Fernando Mugarza)
2. Entrevista al Dr, Carlos Royo Director de Estrategia de Salud de GMV y presidente de la Comisión de Salud Digital de AMETIC.
3. No es ciencia ficción, ya es una realidad
4. España necesita un sistema sanitario interoperable en beneficio del paciente
5. La importancia de la telemedicina y la teleconsulta en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)
6. Estudio “Uso de internet durante el confinamiento para consultas no presenciales con su médico o profesional sanitario que le atiende”
7. Conclusiones
8. Visión y propuestas de futuro

Introducción

Telemedicina

Definición OMS

«La prestación de servicios de salud (en los que la distancia es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de las TICs para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades»

La atención no presencial o telemedicina supone sin duda uno de los avances más relevantes aportados por la industria tecnológica una vez que aproxima al paciente al sistema, favorece por lo tanto el acceso disminuyendo las listas de espera, impulsa la viabilidad y sostenibilidad del modelo sanitario al hacerlo más eficiente, mejora la equidad y la cohesión interterritorial y facilita que el seguimiento de los pacientes sea más adecuado una vez que la monitorización asociada a la consulta en remoto produce grandes beneficios desde el punto de vista preventivo, mejora de resultados de salud, así como de calidad de vida y bienestar, y ello incide sin duda en el pronóstico y en la experiencia vivida por el propio paciente.

Recientemente se ha publicado el informe “Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario”, realizado por Esadecreapolis y Barcelona Health Hub. Los datos sustentados en ejemplos referenciados a bibliografía de referencia e impacto confirman lo expuesto. Los resultados de salud constituyen el principal objetivo de cualquier sistema sanitario que se

precie: establecer procesos y procedimientos de mejora continua en base a indicadores internacionalmente validados refuerzan la relevancia e impacto de las medidas y programas estructurados y establecidos desde las áreas de gestión.

Un 91% de los pacientes que han tenido seguimiento domiciliario mediante consulta virtual tras intervención vascular recomendaría la atención online

El citado estudio muestra como diversos análisis e informes realizados en diversas patologías de carácter crónico (Parkinson, incontinencia urinaria, salud mental, accidente cerebrovascular, degeneración macular asociada a la edad – DMAE -, traumatología posquirúrgica, etc...) muestran la satisfacción de los pacientes y de los propios profesionales, tanto de atención primaria como especializada, con las consultas a dis-

tancia, especialmente cuando se les añade sistemas de telemonitorización remota, una vez que se reducen los tiempos entre consultas, permite o facilita la asistencia de familiares a las mismas, evita desplazamientos, acorta tiempos también en los servicios de urgencias al optimizar la selección de pacientes que realmente necesitan este servicio asistencial y avanzar en el triaje. Además, reduce el número de pruebas realizadas al paciente al optimizar el ratio de tiempo de consulta, el espaciado de las mismas e incluir la monitorización domiciliaria y mejora la experiencia en general del paciente en su contacto con el sistema: “un 91% de los pacientes que han tenido seguimiento domiciliario mediante consulta virtual tras intervención vascular, recomendaría la atención virtual” según apunta el citado informe.

En cuanto a la experiencia del profesional, según el informe, al parecer no es tan elevada aun cuando alcanza también niveles satisfactorios. Los motivos aducidos son las dificultades técnicas en algunos casos u organizativas, otras relacionadas quizás con cuestiones relativas a habilidades, for-

mación y afinidad por las tecnologías digitales o usos y costumbres relativas al formato y características de una consulta médica al uso. En cualquier caso, el informe resalta los resultados de un estudio realizado en Cataluña en el entorno de la atención primaria en el que “el 83% de los profesionales encuestados calificaron la calidad de consultas de telemedicina como “excelente” o “buena”.

Buena parte de los problemas manifestados por los pacientes pueden ser resueltos de forma remota, a distancia, y es el profesional sanitario el que ha de aconsejar si es necesaria la consulta presencial o no. En este sentido, subraya los resultados de un estudio realizado por la Clínica Mayo cuyos datos reflejan que “el 90% de las gestiones realizadas por los pacientes se resolvieron mediante plataforma electrónica, mientras que un 10% se derivaron a consultas presenciales”.

Entre un 66% y un 88% de las consultas en atención primaria y comunitaria se podrían realizar de forma virtual

En España, un estudio reflejado en el citado informe sugiere que, “de acuerdo con los profesionales sanitarios, entre un 66% y un 88% de las consultas en atención primaria y comunitaria se podrían realizar de forma virtual. Los usos más frecuentes del servicio de tele consulta en atención primaria y comunitaria fueron consultas sobre resultados de pruebas (35,2%), consultas generales (16,0%) y consultas de prescrip-

ciones repetidas (12,2%)”.

En definitiva, la atención no presencial, en remoto o a distancia, constituye una herramienta de carácter complementario y no sustitutiva de la consulta presencial que, por supuesto, sigue manteniendo su relevancia a todos los niveles, siendo indispensable en aquellos casos en que el profesional sanitario valora que lo es. Dicho esto, también es cierto que la consulta a distancia aporta grandes beneficios en términos de resultados de salud cuantitativos en base a indicadores de eficiencia, calidad y seguridad, acceso y resolución asistencial fundamentalmente, y cualitativos en términos de percepción acrisolada en base a criterios de experiencia de paciente y de profesional.

Hoy en día, tal y como muestran los diversos estudios y evidencia científica reflejados en el informe citado: “Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario”, la teleconsulta es una gran aliada en el abordaje del paciente y, sin duda, el entorno digital forma parte de la solución a los problemas inherentes a los sistemas sanitarios producidos por hechos que son irrefutables como el cambio sociodemográfico, el envejecimiento progresivo poblacional, el incremento de la cronicidad, el abordaje de los costes de la innovación incesante, las nuevas formas de enfermar con procesos infecciosos y no emergentes, las consecuencias del cambio climático sobre la salud y los movimientos migratorios entre otros factores.

Muchas gracias.

Dr. Fernando Mugarza

Presidente Instituto ProPatients

Entrevista a Carlos Royo

Director de Estrategia de Salud de GMV.
Presidente de la Comisión de
Salud Digital de AMETIC.

¿Qué aporta en términos de sinergia la relación y simbiosis entre ingeniería - medicina - paciente y sociedad?

La relación entre paciente, sociedad y medicina es obvia. Se lleva produciendo desde los albores de la humanidad. La Historia de la Medicina así lo demuestra. Existen tratados sobre esta relación desde hace muchos siglos, siendo en el Juramento Hipocrático donde se especifican las labores de cuidados que el médico debe tener para con sus pacientes. Siglos después, esta relación se ha ido configurando de un modo muy específico llegando a modelos casi exclusivos para esta relación médico - paciente, la llamada Relación de Agencia, donde la confianza era la base de la misma, ya que el paciente delegaba en el profesional sanitario la toma de decisiones, puesto que el primero no dispone de los conocimientos que sí tiene el segundo.

Estas últimas décadas, y en gran parte gracias a las tecnologías desarrolladas en los últimos tiempos, han permitido poner al ciudadano en el centro de los sistemas sanitarios empoderándolo. La sinergia tecnología - médico - paciente, también ha existido desde siempre, recordemos que los egipcios realizaban trepanotomías con instrumental muy similar al actual, basta una visita al templo de Esculapio en Grecia para poder observar las herramientas con las que se trabajaba entonces y que, en algunos de los casos, son perfectamente identificables por los profesionales sanitarios de hoy debido a su gran similitud.

El salto exponencial de los últimos años lo han dado las mal llamadas "nuevas tecnologías", que ya no son tan nuevas y sobre todo, el acceso universal a las mismas, incluyendo en este epígrafe las redes sociales que han permitido la comunicación inmediata entre los profesionales entre sí y con los pacientes/ciudadanos



y sociedad. Gracias a ellas, la relación que se establece es de “tú a tú” entre los profesionales de la salud y los ciudadanos.

¿Qué ventajas aporta Antari, la suite de productos de e-Health de GMV, a un mejor seguimiento y control del paciente crónico? ¿Y del agudo?

GMV, multinacional española de ingeniería, de reconocido prestigio mundial en sectores como espacio, defensa, aeronáutica, transporte y seguridad/ciberseguridad, realizó su incursión hace más de veinte años en el sector de la salud. Comenzó desarrollando un simulador para el entrenamiento de los artroscopistas (Insigth), y posteriormente, apostó por ofrecer a pacientes y especialistas Antari, una suite de productos de salud digital entre los que figuran sus plataformas de telemedicina o telesalud (hoy nosotros utilizamos el concepto ‘atención no presencial’, que consideramos más clarificador e incluyente con otros profesionales sanitarios).

El espíritu de Antari, en su versión de atención no presencial, ha sido tanto poner en contacto a un paciente con su médico o con el profesional sanitario que le vaya a tratar, independientemente de donde estén ubicados ambos, así como permitir a profesionales de distintas especialidades interactuar en un acto médico mediante la plataforma. Si bien la conexión se realiza mediante videoconferencia, su enfoque está claramente definido hacia el acto médico o acto asistencial. Ese acto clínico lleva aparejados la trazabilidad absoluta de la interconsulta, la seguridad de la misma y de los datos, así como su registro. Estamos hablando de trabajar con un informe clínico y una historia clínica que son almacenados de forma segura y accesible en cualquier momento por el propio paciente o por el profesional.

La plataforma Antari de atención no presencial fue diseñada también para el control y seguimiento de los pacientes crónicos, permitiendo al profesional monitorizar y evaluar su situación, así como

los resultados de las terapéuticas que le prescribe. Ello sin necesidad de acudir al domicilio del paciente o de que este tenga que desplazarse al centro de salud si su situación clínica no lo requiere. La incorporación de formularios de autoevaluación y de guías clínicas para el seguimiento de patologías específicas crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes o el EPOC, han hecho de la plataforma de atención no presencial Antari una solución magnífica para el seguimiento y control de estos pacientes cuyas patologías, no olvidemos, suponen el 80% del gasto sanitario y ponen en peligro la sostenibilidad del sistema si no se implementan soluciones como Antari.

En el caso de los pacientes “agudos”, Antari también ha demostrado su eficacia clínica. A través de la plataforma de GMV, el profesional sanitario puede “filtrar” la situación clínica del paciente, dándole los consejos que precise y evitar, en su caso, los traslados innecesarios e ineficientes al servicio sanitario. La atención

sanitaria no presencial con plataformas como Antari durante los peores días de la pandemia de la COVID-19 cuando pacientes con patologías agudas no acudían al servicio de salud por miedo al contagio, cobran una especial importancia, ya que evitan que queden desatendidos.

En resumen, Antari es un conjunto de productos de e-Health y soluciones de epidemiología que abarca desde soluciones en el ámbito de la atención y monitorización de pacientes crónicos, sistemas de telemedicina (atención no presencial) de atención primaria-especializada, telerehabilitación, sistemas de radiología digital y sistemas de control epidemiológico que hacen uso de los últimos avances y tecnologías en el campo de la salud.

Teleasistencia, telepresencia, telemonitorización, teleconsulta, telecirugía, teleradiología, teledermatología, teleoftalmología, telecardiología o telerehabilitación son algunas de las aplicaciones más avanzadas en eHealth, ¿qué otras aplicaciones digitales de atención a pacientes en remoto se pueden desarrollar en el futuro y en qué áreas está trabajando en este sentido GMV?

Como comentaba con anterioridad, Antari permite recoger toda la información de una interconsulta, ya sea de un profesional de salud con su paciente o entre profesional – profesional en el estudio o debate de algún caso clínico. Dependiendo de qué tipo de profesional esté conectado y del equipamiento médico que tengamos a disposición, podremos hacer una consulta de cualquier especialidad, cuidado de enfermería, ayuda psicológica, etc.

Antari se ha implementado en distintos casos de uso como telepediatría o teleoftalmología o en mutuas para la exploración y valoración en remoto de accidentes de tráfico. Su versatilidad favorece su adaptación a cualquier contexto en el que se requiera atención sanitaria: hoteles, estaciones de esquí, cruceros... Como decía anteriormente, Antari es una *suite* de productos de sanidad digital. Otro de los productos que la conforman es Antari Evidence, plataforma para la explotación de datos clínicos y epidemiológicos. Los datos que quedan registrados, con toda seguridad, en las interconsultas realizadas con la plataforma Antari de atención no presencial, constituyen una fuente magnífica para el estudio de cualquier tipo de patología, brote epidémico, ensayos clínicos, etc.

«El ciudadano español: gestor de su salud y donante de conocimiento».

El objetivo de este proyecto es, a través de la industria española del sector, **hacer una transformación digital drástica y poner a nuestro país en punta de lanza en temas tecnológicos y sanitarios.**



Antari Evidence nació fruto de la experiencia en la explotación de datos clínicos y epidemiológicos obtenida por GMV en proyectos nacionales e internacionales emblemáticos. Este desarrollo, desplegado con tecnología Big Data, permite a las instituciones de salud pública, servicios de salud e institutos de investigación, relacionar datos clínicos, sociales y medioambientales para la obtención de conocimiento, identificar sospechas clínicas y alertas en los sistemas de salud, mediante la automatización de la vigilancia epidemiológica, facilitando la toma de decisiones asistenciales.

La atención no presencial y la vigilancia epidemiológica cobran un papel protagonista en los tiempos actuales: tanto las herramientas tecnológicas de atención domiciliaria a los pacientes como las de ayuda a la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. De hecho, el 82% de los españoles está a favor de las consultas *online* como alternativa a visitar los centros de salud, frente al 70% del promedio europeo.

Según la resolución de la línea de ayudas orientada al I+D+i, los fondos europeos FEDER destinados a mejorar los servicios públicos sanitarios conllevan el procedimiento de compra pública innovadora (CPI), ¿cuál es la valoración que hace respecto de este tipo de ayudas a la innovación, qué oportunidades y qué carencias ve en ellas?

Efectivamente, el Gobierno de España, a través del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital o anteriormente el Ministerio de Industria, Energía y Turismo, gestionan los fondos europeos recibidos a través del ente

instrumental destinado a ello: Red.es.

La función de Red.es es trabajar en la ejecución y despliegue de los planes previstos para la digitalización en España, orientada a la convergencia digital con Europa para mejorar los servicios públicos y desarrollar la economía digital, en nuestro caso los servicios públicos sanitarios. Lo hace sobre dos ejes principales:

El fomento al emprendimiento y el despliegue de programas de implantación tecnológica en los servicios públicos de la Administración, especialmente en sanidad, justicia y educación.

Red.es, una vez en disposición de esos fondos, se pone en contacto con las comunidades autónomas para proponer la firma de acuerdos. Cuando no ha habido esa disposición presupuestaria, como ha ocurrido en el último período, los criterios de selección se han basado principalmente en el nivel de consecución de la ejecución y en el cumplimiento de indicadores que se trasladan a los proyectos. Con todo, han sido las regiones que mejor han desarrollado convenios anteriores con las que se han negociado nuevos convenios.

El método de compra pública innovadora o cualquier otro que contribuya a ofrecer servicios de calidad a los ciudadanos es adecuado. El instrumento no es la cuestión, sino cómo se utilice para que los fondos se destinen a unos proyectos que sean ejecutables y que se desarrollen con las garantías necesarias por parte de todos los actores para que lleguen a convertirse en realidades.

Un caso de éxito de compra públi-

ca innovadora es HEXIN, proyecto en el que GMV ha desarrollado una plataforma de explotación de información y gestión de datos clínicos y epidemiológicos única por sus características en España. Gracias a la aplicación de la inteligencia artificial y a su solución de análisis semántico uQuery®, el proyecto de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia ha conseguido aflorar más de mil casos de enfermedades raras y obtener sospechas de enfermedades transmisibles como infecciones agudas respiratorias.

Desde entidades como AMETIC, la patronal representante del sector de la industria tecnológica digital en España, hemos presentado al Gobierno una propuesta que define una serie de macro proyectos tractores en diferentes ámbitos, entre ellos el de la salud, que hemos titulado: "El ciudadano español, gestor de su salud y donante de conocimiento". El objetivo de este proyecto es, a través de la industria española del sector, hacer una transformación digital drástica y poner a nuestro país en punta de lanza en temas tecnológicos y sanitarios.

La UE financia un proyecto de historia clínica interoperable liderado por Castilla-La Mancha y Canarias: 'Iso HCE Historia Clínica Interoperable y Multiregional' (ISOHCE), que se enmarca dentro del modelo de compra pública innovadora. ¿Considera interesante este tipo de iniciativas relacionadas con la interoperabilidad? ¿Cuál es la visión desde GMV al respecto? ¿Está la empresa involucrada en algún proyecto de estas características en Europa y/o en España?

La interoperabilidad siempre ha sido una necesidad y más aún en nuestro país, donde la gestión sanitaria está descentralizada en las 17 comunidades autónomas, donde cada una tiene sus propios sistemas de información, no siempre compatibles entre ellos. Los avances tecnológicos en interoperabilidad se han desarrollado gracias a la utilización de estándares internacionales que permiten que estos sistemas puedan entenderse los unos con los otros y haciendo posible así que el ciudadano/paciente pueda tener acceso a su información clínica, independientemente de donde resida o donde haya sido atendido por problemas de salud.

GMV está trabajando en distintos proyectos, tanto nacionales como internacionales, extrayendo y tratando datos de diversas fuentes de información, entre ellas las historias clínicas electrónicas, utilizando metodologías y tecnologías innovadoras para ayudar a obtener evidencia clínica a diversas instituciones, tanto públicas como privadas. Uno de estos proyectos a nivel nacional es HEXIN, que hemos comentado en la pregunta anterior. A nivel internacional quiero destacar el Proyecto HARMONY. GMV ha desarrollado una plataforma que está trabajando con la mayor base de datos europea de enfermos oncológicos para la búsqueda de evidencia en enfermedades hematológicas. El objetivo final que persigue es hallar tratamientos eficaces para cada uno de estos tipos de cánceres. En la última Asamblea General de socios que componen Harmony se comunicó que ya se ha volcado la primera remesa de datos procedente de uno de los socios, que ha aportado información clínica, genética y molecular de más de 1.400 personas con leucemia mieloide aguda. Los resultados de los análisis genéticos, realizados sobre unos 100 genes de pacientes afectados, permitirán determinar las mutaciones causantes de la enfermedad en cada uno de ellos. El objetivo es progresivamente ir recogiendo más datos anonimizados y tratarlos para obtener pruebas. Como mínimo, se espera trabajar con 70.000 datos de pacientes europeos con neoplasias hematológicas. Participan en la Alianza Harmony más de 50 instituciones de toda Europa.

En 2019, el pleno del Comité de las Regiones de la UE en Bruselas aprobó la propuesta de la Región de Murcia para crear la historia clínica electrónica europea para el intercambio transfronterizo de datos de forma segura. La iniciativa CEF (Connecting Europe Facility) llegará a los profesionales de los servicios de salud europeos en el ámbito del "intercambio transfronterizo de la información clínica". El intercambio transfronterizo de información clínica estará enfocado a dos aspectos: el resumen del paciente y la receta electrónica. De esta forma, los profesionales sanitarios podrán acceder a la "historia clínica resumida de un paciente de un país distinto al de acceso" y los farmacéuticos podrán dispensar una receta electrónica en un país distinto al que se realizó la prescripción. ¿Qué papel podría jugar la suite Antari o las soluciones tecnológicas de GMV en este contexto integrador europeo?

Los asuntos de interoperabilidad son fundamentales en el ámbito de la salud, ya que los ciudadanos y pacientes nos movemos no solo dentro del territorio nacional, también en el europeo, tanto por cuestiones de ocio y turismo como laborales.

Disponer de una historia clínica electrónica donde el profesional sanitario pueda ver los antecedentes del paciente que tiene delante, provenga de donde provenga, es un sueño que hemos tenido muchos desde hace



*«Los retos, más que de desarrollo tecnológico, eran otros relacionados con cuestiones relativas a la **protección de datos personales, las infraestructuras y los servicios de computación en nube**, que requieren desarrollar directrices, normativas y reglamentaciones concretas para garantizar la protección de los datos de salud».*

años. Una parte muy importante de la atención sanitaria es la prescripción de medicamentos, por lo que la receta electrónica va a ser una herramienta magnífica para la correcta prescripción, dotando de más calidad, seguridad y control a esta actuación médica.

En GMV vamos un poco más lejos, creemos en el concepto de la historia clínica inteligente, donde tecnologías como la inteligencia artificial o el Big Data logran que toda la información registrada del paciente sea generadora de conocimiento para una mejor atención a sus demandas sanitarias, no solo para tratar su enfermedad, sino para actuar de modo preventivo, abordando el control de patologías crónicas, consiguiendo un mejor seguimiento de comorbilidades, haciendo realidad la implementación y adecuación a planes terapéuticos digitales, trabajando en la evaluación sistemática y continua del estado de salud.

Toda esa información permitirá el “empoderamiento” del ciudadano/paciente, haciéndose gestor de su propia salud y aportará un nivel de conocimiento a los profesionales del estado real de cada uno de sus pacientes, así como el de la comunidad, ayudando poderosamente a prevenir, identificar, tratar y evaluar situaciones de crisis como la de la pandemia de la COVID-19.

samente a prevenir, identificar, tratar y evaluar situaciones de crisis como la de la pandemia de la COVID-19.

Las herramientas tecnológicas de GMV, así como sus productos como la suite Antari, en sus diversas modalidades y casos de uso, están enfocadas a esta visión transformadora de lo que creemos que debe ser la atención sanitaria contemplada de una manera global u holística.

La estandarización de la futura historia clínica para toda Europa supone un gran reto a la vista. El proyecto epSOS europeo concluyó, ¿qué conclusiones extrajeron y qué líneas de avance tecnológico surgieron de él en relación con el futuro de la atención no presencial y la interoperabilidad?

El proyecto epSOS tenía como fin apoyar el desarrollo y la utilización de soluciones de sanidad electrónica interoperables, prestando atención específica a la telemedicina y a la sanidad móvil (m-Health). Al abordar las conclusiones se observó que los retos, más que de desarrollo tecnológico, que no eran tales siendo completamente factible su utilización para el objetivo que se perseguía, eran otros relacionados con

cuestiones relativas a la protección de datos personales, las infraestructuras y los servicios de computación en nube, que requieren desarrollar directrices, normativas y reglamentaciones concretas para garantizar la protección de los datos de salud.

La necesidad de disponer de una historia clínica electrónica existe, la tecnología también, solo habrá que adecuar esos aspectos antes citados, así como contar con la voluntad política de los distintos estados miembros para llevar a cabo los cambios necesarios. La pandemia del SARS COV 19 ha venido a demostrar con su tozuda realidad que debemos implementar esta serie de soluciones mucho más pronto que tarde.

Tecnología y Medicina son dos entornos de la ciencia destinados a entenderse en beneficio del paciente para conseguir los resultados sanitarios y de salud, para alcanzar la mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos y procedimientos aplicados, para mejorar la calidad, seguridad, equidad y acceso y para disminuir la presión asistencial y financiera del sistema en su doble titularidad. ¿Qué propuestas y recomendaciones considera que deberían ser tenidas en cuenta por las administraciones y los gestores sanitarios en relación con estos aspectos? ¿Cuál es el posicionamiento de GMV en este sentido?

Creo que el posicionamiento frente a todo lo expuesto en la pregunta se ha ido desgranando a lo largo de las respuestas anteriores. La convicción de GMV es firme: defendemos la urgencia de impulsar la transformación digital del Sistema Nacional de Salud, tanto para conseguir que sea sostenible como para poder colocar al ciudadano en el centro, con el empoderamiento suficiente que le permita gestionar y decidir sobre qué es lo que cree más conveniente para su salud, obviamente acompañado en este viaje por sus profesionales.

Creo sinceramente que estamos en un momento crucial para acercarnos a esta realidad soñada. La pandemia de la COVID-19 ha hecho saltar muchas alarmas al ver nuestros sistemas sanitarios, a nivel mundial, muy estresados, y en algunos casos, hasta colapsados. Tenemos que extraer una lección muy importante de lo aprendido y dar los pasos necesarios para que no se vuelva a repetir esta situación de estrés. Hay que encontrar la oportunidad de esta terrible crisis. La sostenibilidad del sistema sanitario ya estaba en peligro por factores como el envejecimiento de la población; el altísimo número de pacientes crónicos y el elevado coste de sus patologías; el relevo generacional que se va a producir en nuestro país entre los profesionales de la salud, con una jubilación masiva de médicos en los próximos cinco años... Y otros factores determinantes. Además, llega la pandemia y esto se multiplica y acelera.

En el momento actual, tenemos que abordar esa transformación digital y tenemos que hacerlo ahora si queremos garantizar la sostenibilidad nuestro Sistema Nacional de Salud. Por suerte, estamos trabajando en iniciativas muy interesantes como el Macro Proyecto tractor en Salud propuesto por AMETIC del que hablé anteriormente y que tengo el honor de coordinar, donde se definen todas las líneas de acción que deberían realizarse en nuestro país en los próximos cinco años para implementar esa transformación digital. Para que, además de "solucionar" los grandes retos que tenemos en nuestra sanidad, seamos capaces de poner a España en punta de lanza del avance tecnológico y, por ende, obtener magníficos resultados en salud situándonos como referente a nivel internacional.

Dr. Carlos Royo Sánchez.

Director de Estrategia de Salud de GMV.

Presidente de la Comisión de Salud Digital de AMETIC.

No es ciencia ficción, ya es una realidad

Cuántas veces hemos oído hablar de este concepto, el de la telemedicina, un término que, como en muchas de las historias e ideas narradas por Julio Verne, cuando se comenzó a acuñar, se adelantaba a su época que, sin duda, es la actual, cuando las tecnologías de la información y las comunicaciones han dado un salto de gigante introduciéndose con éxito y de forma intensiva en nuestras vidas y en todas las disciplinas del saber.

Muchos van a ser los ejemplos en el futuro relacionados con este aserto y con otros como la teleasistencia, la telerehabilitación, la gamificación aplicada a la salud, etc., conceptos ya no tan novedosos, puesto que la ciencia y la tecnología avanzan a una velocidad inusitada.

Hoy ya contamos con empresas que como GMV, que dedican buena parte de sus conocimientos y esfuerzos a esta faceta de la salud, a esta revolución que puede contribuir sin duda a hacer más sostenibles, eficaces, eficientes, efectivos y solventes nuestros sistemas, que hoy por hoy adolecen de recursos para afrontar toda la demanda asociada a la innovación más ingente con la que conviven.

La telemedicina y la “salud móvil”, claves en el nuevo modelo sanitario

La telemedicina y la “salud móvil”, claves en el nuevo modelo sanitario

El sistema sanitario se encuentra en un momento crucial y las demandas sanitarias requieren de una mejor manera de abordar las enfermedades crónicas y las patologías de una población cada vez más envejecida. Por ello, es fundamental apostar por la interoperabilidad de los sistemas tecnológicos para mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

El entorno sanitario ha sufrido muchas modificaciones a lo largo de los años, pasando de una medicina reactiva en la que el paciente atendía simplemente a los consejos de su médico, a una participativa en la que los pacientes demandan más interactividad e información por parte de los especialistas. Los profesionales y especialistas de la medicina son las fuentes a las que se recurre de manera más habitual para obtener información sobre temas de salud. Sin embargo, cada vez existen más personas que recurren a las nuevas tecnologías como fuente de información de salud, en concreto, un 29,9% de los ciudadanos.

Es clave integrar las nuevas tecnologías en el sistema sanitario para permitir un acceso más fácil a la información del paciente, una mejora del coste-eficiencia, la libre movilidad del paciente a lo largo del sistema sanitario o el acceso del paciente a su historial clínico, entre otros beneficios.

Barreras al desarrollo de la telemedicina en España

Tal y como subrayan la evidencia científica y los datos reflejados en el informe citado: "Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario", realizado por Esadecreapolis y Barcelona Health Hub, las principales barreras se pueden agrupar en "regulatorias, culturales, financieras y de seguridad":

La principal barrera de la telemedicina en España es la falta de una norma específica que permita unificar los criterios que existen en nuestra legislación

«La principal barrera que encuentra la telemedicina en España es la falta de una norma específica que permita unificar los criterios que existen en nuestra legislación».

«La falta de formación en el uso de nuevas tecnologías, tanto por parte del profesional como por parte del paciente, representa una barrera al desarrollo de la consulta virtual a distancia. Por otro lado, la resistencia al cambio por ambas partes y las opiniones o experiencias previas suponen también una barrera».

«Las principales barreras financieras se encuentran actualmente en el sector de titularidad pública, debido a la falta de una definición de las bases normativas de reembolso de las tele-consultas. En el ámbito privado, se empieza ya a realizar pago por acto, pero es necesario generalizarlo».

«La acreditación y registro de los servicios y profesionales sanitarios que ejercen la telemedicina es esencial para el impulso de la atención no presencial de forma segura. La falta de seguridad jurídica puede ser un obstáculo para su utilización. Es importante disponer de un sistema que permita comprobar la identidad del paciente. La confidencialidad de los datos resulta esencial, así como el hecho de cumplir con los principios que determina el Reglamento de Protección de Datos (RGPD)».

La sanidad del futuro

Las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario persiguen dos objetivos. Por un lado, ofrecer mejoras en la calidad asistencial y, por otro, proporcionar a los profesionales del centro información en cualquier momento, independientemente de la fuente de donde proceda. La incorporación de la historia clínica electrónica, la cita médica por Internet o la receta electrónica son algunos ejemplos de los logros que la tecnología ha conseguido en el ámbito sanitario. En este contexto, los profesionales hacen hincapié en los beneficios de la historia clínica electrónica, ya que les permite disponer de los datos (análisis clínicos o pruebas diagnósticas) de cualquier paciente desde cualquier dispositivo electrónico.

La evolución del paradigma en la salud y la medicina nos ha llevado también a la denominada "mHealth" (salud móvil) que supone ahorros en el gasto sanitario, mayor eficiencia, cambios en los hábitos y educación y nuevas formas de interacción con los pacientes.

La tecnología debe estar al servicio del hombre y no al revés, por lo tanto, nada mejor que su aplicación en un área tan necesitada de sostenibilidad y tan humanista como es la medicina y la salud

La telemedicina es un buen ejemplo de este tipo de novedades; de hecho ya está implantada en algunas clínicas y hospitales privados donde “los pacientes pueden realizar consultas con su médico habitual a través de una webcam y una serie de elementos básicos de diagnóstico (electrocardiograma, ecocardiograma, medidores de constantes, etc.) sin necesidad de desplazamientos al centro, lo que permite una mayor accesibilidad, un seguimiento más personalizado del paciente y un alivio de los tiempos de demora en las citas.

Propuestas concretas

Aunque las nuevas tecnologías presentan innumerables ventajas en el entorno sanitario, los expertos encuentran algunos obstáculos en la interoperabilidad. La necesidad de adaptación de los sistemas de información, la fragmentación de los sistemas de salud en 17 sistemas, o la protección de la privacidad y datos de los pacientes, son algunos de los obstáculos que deberían solventarse para la efectividad del modelo.

Aun así, y con el objetivo de mejora de la calidad de vida de base, es recomendable llevar a cabo acciones sobre la gobernanza y actuar sobre los procedimientos y procesos para lograr un sistema sanitario sostenible a través de las nuevas tecnologías.

Dentro de las acciones de gobernanza se hace necesario contribuir al desarrollo del Marco Europeo de Interoperabilidad para “m.Health”, impulsar la agenda digital propuesta por el Gobierno y dotar de carta de naturaleza a la sanidad electrónica con un centro de referencia.

Por otro lado, es conveniente incidir sobre el plan de acción con avances como la historia clínica electrónica, la receta electrónica, el diagnóstico por imagen compartido, la telemonitorización o los datos de laboratorio y pruebas clínicas compartidas.

Finalmente, sería de gran ayuda clarificar los procedimientos de protección de datos, impulsar el uso de los estándares internacionales de información clínica, fomentar la educación en TIC’s e interoperabilidad y establecer indicadores de seguimiento y mejora.

La tecnología debe estar al servicio del hombre y no al revés, por lo tanto, nada mejor que su aplicación en un área tan necesitada de sostenibilidad y tan humanistas como son la medicina y la salud son... esta última es, sin duda, la cualidad que más nos importa a todos.

España necesita un sistema sanitario interoperable en beneficio del paciente

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, el desarrollo tecnológico vinculado a una ingente cantidad de datos e información y el acceso creciente de la población a las innovaciones tecnológicas hacen necesario un cambio en la gestión hospitalaria que facilite el acceso del paciente (propietario de sus datos de salud) y del profesional a toda la documentación clínica disponible y proveniente de aquellos centros por los que aquel haya transitado.

La interoperabilidad de los sistemas tecnológicos ayuda a optimizar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios y contribuye, además, a la mejora continua de la calidad de los mismos. En cierto modo, la integración de los sistemas tecnológicos juega un papel importante en la seguridad del paciente y, también, supone un desahogo en el consumo de recursos sanitarios (evitando duplicidades y redundancias de consultas y pruebas diagnósticas) facilitando la precisión en el seguimiento de los pacientes, reduciendo los errores médicos y, por lo tanto, mejorando los resultados de salud bajo un prisma de eficiencia.

Nuestro sistema sanitario se encuentra en un momento crucial y la constante presión asistencial, debida a múltiples factores sociales y sanitarios, provoca un incremento en la demanda de necesidades de atención de nuestros pacientes y su entorno. En este sentido, la mejora de la interoperabilidad de los sistemas tecnológicos ayudará a optimizar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios y contribuirá a su sostenibilidad.

Según el informe "Estudio de Interoperabilidad en el sector sanitario. El paciente como actor principal", desarrollado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en el marco internacional existe un claro consenso en la necesidad de desarrollar un modelo de interoperabilidad en el ámbito de la salud electrónica que permita el entendimiento de los sistemas de información para favorecer el acceso de los pacientes y los profesionales a la documentación clínica independientemente del sector asistencial en el que trabajen.

Por ese motivo, la Unión Europea ha desarrollado un marco general de interoperabilidad que abarca diferentes áreas y sectores, a la vez que ha establecido un marco estratégico propio del sector salud.

España ha avanzado mucho en el desarrollo TIC en general, y en especial en el ámbito sanitario. A modo de ejemplo, se pueden destacar proyectos como la Agenda Digital para España (2013-2015), el informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre la e-Salud, prioridad estratégica para el sistema sanitario o el proyecto de historia clínica digital del SNS que se inició en 2006. Asimismo, destaca el proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud, el cual pretende establecer un sistema de intercambio de información relativo a la receta-e que

La integración de los sistemas tecnológicos juega un papel importante en la seguridad del paciente y, también, supone un desahogo en el consumo de recursos sanitarios



garantice la prestación farmacéutica a los ciudadanos en movilidad, en todo el territorio nacional.

Por otra parte, cabe reseñar que en España desde el sector privado se han llevado a cabo iniciativas orientadas a favorecer al paciente la disponibilidad de su información clínica. De hecho, algunos grupos hospitalarios y aseguradoras disponen de espacios web donde el paciente puede acceder a su información clínica. España necesita disponer de un sistema sanitario que sea interoperable en beneficio del paciente, liderando el cambio organizativo, tecnológico, operativo y cultural que ello significa.

Barreras de la interoperabilidad

El estudio muestra que existen barreras que dificultan el desarrollo de los proyectos de interoperabilidad en España. En este sentido, la mayor parte de los expertos identifica barreras legales y culturales, seguidas de las organizativas -68,8%, económicas y operativas -62,5%- y tecnológicas, con un 18,8%.

En lo relativo a las barreras legales, cabe mencionar que la legislación no contempla, por parte de los proveedores de salud, la entrega de información clínica a los pacientes de forma sistematizada e inherente a su proceso asistencial.

El acceso a la información está condicionado a la solicitud de la misma previamente al proveedor de salud, que dispone de un plazo máximo de un mes para proporcionarla en el formato que considere más oportuno. A esto hay que añadir que la legislación en materia de protección de datos es excesivamente estricta, busca garantías de seguridad para acceder a la información clínica, pero no existe una legislación que garantice el acceso al paciente cuando necesita la información y que hoy debería ser cercano al momento en el que se produce.

Las barreras culturales afectan tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes. En esta línea, los profesionales se muestran reticentes a compartir la información que generan, entre otras razones, por el sentido de propiedad de la información o por una idea de sobreprotección hacia el paciente, que les hace pensar que es más adecuado proporcionarlo presencialmente con la correspondiente explicación.

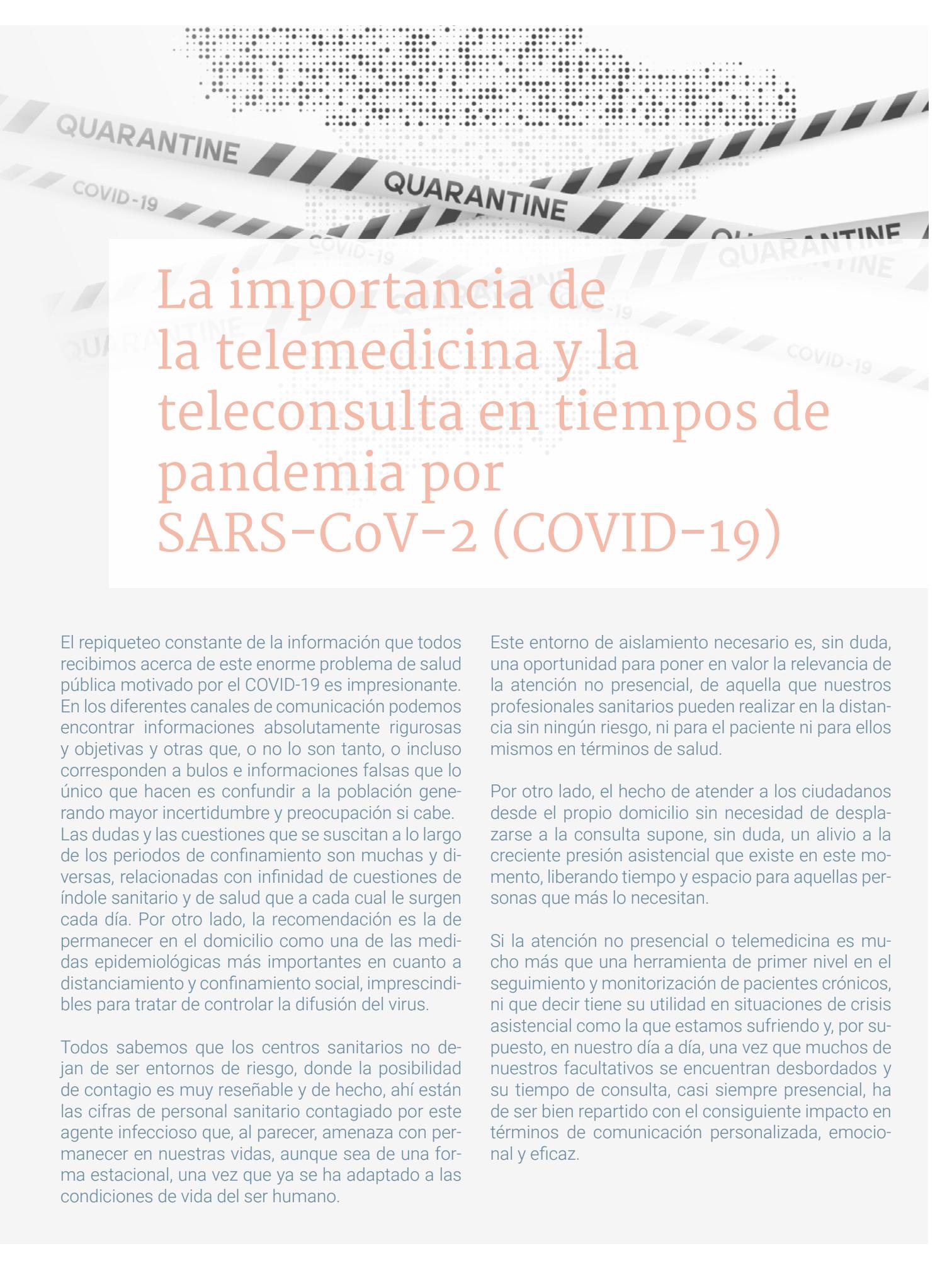
Por parte de los pacientes, las reticencias suelen asociarse al desconocimiento de los beneficios que puede aportar el modelo y al pensamiento de que el acceso *online* trata de buscar ahorros y no de eliminar tareas improductivas. En lo que respecta a los obstáculos organizativos, el principal escollo se encuentra en la falta de voluntad y consenso a alto nivel para alcanzar un acuerdo en el ámbito nacional que implique a todos los agentes involucrados en la definición de un modelo integrado de interoperabilidad.

En menor medida, existen barreras económicas derivadas de la inversión que sería necesario acometer para la puesta en marcha de un modelo de estas características; y también operativas, vinculadas a la ausencia de un organismo que, establezca las directrices comunes para el desarrollo de la interoperabilidad e incluso tecnológicas, como algún caso de obsolescencia de determinados sistemas de información.

...pero también existen muchos beneficios

Se considera que el paciente es el mayor beneficiario de un modelo de interoperabilidad clínica. De esta forma, la accesibilidad a su información clínica le permitirá adquirir progresivamente un rol más activo en el cuidado de su salud y una mayor autonomía en la gestión de su proceso asistencial, implicándose más en su autocuidado y en la gestión de su plan terapéutico (medicamentos, dietas, etc.). En la medida en la que el paciente pueda disponer de su información clínica será capaz de moverse libremente por el sistema sanitario y, si el paciente comparte esta información con los profesionales sanitarios, se mejorarán aspectos como la continuidad asistencial, la seguridad del paciente, la práctica clínica, los resultados en salud y la eficiencia de los procesos asistenciales. La transparencia ayuda a mejorar.

Sin duda, esto repercutirá en que para los profesionales será más fácil la coordinación asistencial y la atención clínica de un paciente. Asimismo, dispondrán de información fiable, más tiempo asistencial para dedicar al paciente, una mayor eficiencia de los procesos clínicos y una personalización de la relación con el paciente.



La importancia de la telemedicina y la teleconsulta en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)

El repiqueteo constante de la información que todos recibimos acerca de este enorme problema de salud pública motivado por el COVID-19 es impresionante. En los diferentes canales de comunicación podemos encontrar informaciones absolutamente rigurosas y objetivas y otras que, o no lo son tanto, o incluso corresponden a bulos e informaciones falsas que lo único que hacen es confundir a la población generando mayor incertidumbre y preocupación si cabe. Las dudas y las cuestiones que se suscitan a lo largo de los periodos de confinamiento son muchas y diversas, relacionadas con infinidad de cuestiones de índole sanitario y de salud que a cada cual le surgen cada día. Por otro lado, la recomendación es la de permanecer en el domicilio como una de las medidas epidemiológicas más importantes en cuanto a distanciamiento y confinamiento social, imprescindibles para tratar de controlar la difusión del virus.

Todos sabemos que los centros sanitarios no dejan de ser entornos de riesgo, donde la posibilidad de contagio es muy reseñable y de hecho, ahí están las cifras de personal sanitario contagiado por este agente infeccioso que, al parecer, amenaza con permanecer en nuestras vidas, aunque sea de una forma estacional, una vez que ya se ha adaptado a las condiciones de vida del ser humano.

Este entorno de aislamiento necesario es, sin duda, una oportunidad para poner en valor la relevancia de la atención no presencial, de aquella que nuestros profesionales sanitarios pueden realizar en la distancia sin ningún riesgo, ni para el paciente ni para ellos mismos en términos de salud.

Por otro lado, el hecho de atender a los ciudadanos desde el propio domicilio sin necesidad de desplazarse a la consulta supone, sin duda, un alivio a la creciente presión asistencial que existe en este momento, liberando tiempo y espacio para aquellas personas que más lo necesitan.

Si la atención no presencial o telemedicina es mucho más que una herramienta de primer nivel en el seguimiento y monitorización de pacientes crónicos, ni que decir tiene su utilidad en situaciones de crisis asistencial como la que estamos sufriendo y, por supuesto, en nuestro día a día, una vez que muchos de nuestros facultativos se encuentran desbordados y su tiempo de consulta, casi siempre presencial, ha de ser bien repartido con el consiguiente impacto en términos de comunicación personalizada, emocional y eficaz.

Si bien es cierto que son ya bastantes los años que se lleva intentando asentar esta tecnología en nuestra sociedad, también es notorio que no se encuentra instaurada con el peso específico que le corresponde y que le permite su gran utilidad, versatilidad y acceso. Un dato al respecto: aunque más del 65% de los ciudadanos son propensos a su utilización en el caso de que la tuvieran a mano, disponible, la verdad es que tan solo el 8% la ha utilizado para descongestionar las consultas y centros asistenciales en esta crisis, según el informe de la consultora Oliver Wyman, "Covid-19: Telehealth is the New Front Door".

No cabe duda alguna, en opinión de los expertos más versados en la materia, de que la llegada de las redes 5G debería suponer un revulsivo para que telemedicina y salud estrechasen sus manos definitivamente y generasen las sinergias necesarias. No en vano, el cambio sociodemográfico con el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento consiguiente y la cronicidad van a poner a prueba a todos los sistemas sanitarios del planeta.

En este contexto, he tenido la oportunidad de comprobar la utilidad de diversas herramientas tecnológicas, como es el caso de la plataforma Antari, un completo sistema de telemedicina que permite llevar la teleconsulta o consulta sanitaria a distancia, conectando cualquier entorno asistencial con el paciente a través de las herramientas digitales que este posea. Un sistema fiable, eficiente, muy fácil de usar, compatible, utilizado en muy diversos escenarios en diferentes partes del mundo (teleoftalmología, telepediatría, interconsultas profesional-profesional...) y que permite mejorar notablemente las capacidades asistenciales, de gestión y de seguimiento y monitorización de los pacientes.

En resumen, y como cierre de esta breve reflexión, la aplicación de la telemedicina o teleconsulta es ya una realidad, pero debe prodigarse más una vez que se está convirtiendo en una alternativa a la hora de ofrecer servicios sanitarios de alta calidad a poblaciones que, como la nuestra, avanzan hacia escenarios de elevada demanda en cuanto a servicios sanitarios y de salud se refiere.



Estudio «Uso de internet durante el confinamiento para consultas no presenciales con su médico o profesional sanitario que le atiende»

Metodología

Para dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio se ha utilizado una encuesta autoadministrada validada por el *Steering Committee* del Instituto ProPatients y la universidad a través de la Cátedra del Paciente (Instituto Propatients – Universidad de Alicante – Universidad Miguel Hernández)

Muestra

En abril de 2019, el Instituto Nacional de Estadística (INE), en colaboración con su homólogo de Portugal, presentaron el informe 'Península Ibérica en Cifras', un documento que recoge los principales indicadores y variables de los dos países.

En relación con las enfermedades crónicas, el citado informe apunta que el 30,9% de las personas encuestadas padecerían, al menos, una enfermedad de carácter crónico, teniendo en cuenta que la media en Europa se sitúa en el 33%. Atendiendo a esta cifra, es importante señalar que estas patologías tienen una mayor prevalencia en mujeres (32,6%) frente a los hombres con un 29,1%.

Enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica o la insuficiencia cardíaca; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); el asma, o la diabetes mellitus tipo 2 junto a la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia son las patologías más frecuentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pone el acento, en sus múltiples comunicaciones, en que las enfermedades crónicas representan el gran reto de futuro para los gobiernos en el ámbito de la salud, tal

es así como que el 80% de las consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios se deben a las enfermedades crónicas, generando hasta el 70% del gasto sanitario.

Atendiendo a estos porcentajes, y teniendo en cuenta que la población española en 2019 era de 47.329.981 habitantes, podríamos afirmar que el universo muestral estaría en torno a 14.624.964 pacientes crónicos en España.

De esta forma se plantea un estudio observacional, retrospectivo y horizontal mediante un sondeo de percepción acerca del impacto del coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) en pacientes crónicos, dirigido a personas mayores de 30 años con enfermedades crónicas. Tamaño del universo: 14.624.964 pacientes crónicos.

- Heterogeneidad (diversidad del universo): 50%
- p: proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.
- q: proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, $1-p$.
- Margen de error: 6%
- Nivel de confianza: 90% ($k=1,65$)
- Tamaño muestral necesario: 189 pacientes crónicos en toda España

Ámbito:

El ámbito de la muestra es Estatal, abarcando por lo tanto todo el país, si bien con los resultados extraídos se ha tratado de reflejar la distribución de cada variable en cada comunidad autónoma.

Fecha de realización y encuestas recogidas:

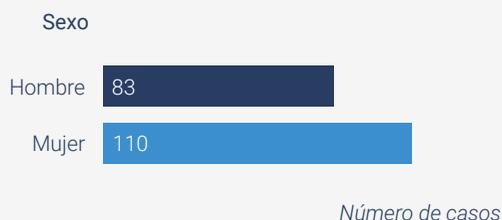
Se realizaron 193 encuestas anónimas en total, en toda la geografía española, a lo largo de la última semana del mes de abril y dos primeras de mayo de 2020. La encuesta se llevó a cabo de forma digital a través de "Google Forms" y su composición estaba determinada por cuatro secciones: autenticación de la persona que responde la encuesta a través de contraseña, datos sociodemográficos, datos relacionados con su situación de paciente crónico y su relación con la situación, de pandemia motivada por la COVID-19, y finalmente una acerca de la valoración de las consecuencias en este periodo de estado de alarma, confinamiento y aislamiento social con todo lo que ello ha implicado en reprogramación de consultas, de procedimientos quirúrgicos calendarizados, en saturación de los servicios de urgencia y de ocupación hospitalaria y sobrecarga asistencial en todos los sentidos. El tiempo de contestación no superó en ningún caso los 10 minutos.

Segmentación: No se ha realizado una segmentación previa ni por CC. AA., ni por provincias, puesto que, a priori, no es uno de los objetivos planteados en el estudio. Tampoco se ha realizado una segmentación previa de la muestra ni por edad, ni por género, si bien todos estos parámetros han sido tenidos en cuenta en el perfil individual objeto de pregunta en la propia encuesta.

Resultados

Sexo

En relación con este atributo, en la encuesta se observa una mayor prevalencia del sexo femenino, 110 encuestadas frente a 83, lo que significa un 57% en el caso de las mujeres frente a un 43% en el caso de los hombres. Este dato concuerda con el hecho de que hay una mayor prevalencia de enfermedades de carácter crónico en el sexo femenino.



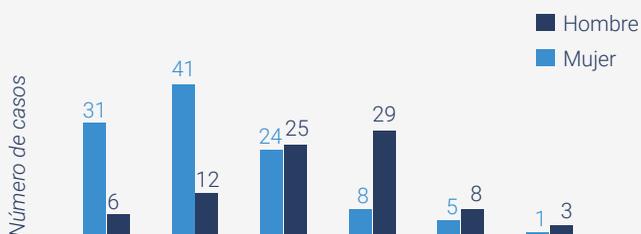
Edad

En cuanto a este parámetro, las edades en las que se concentra el mayor número de respuestas es en el rango de los 38 a los 61 años (61% respecto al 39% en las edades no comprendidas en este segmento de edad).



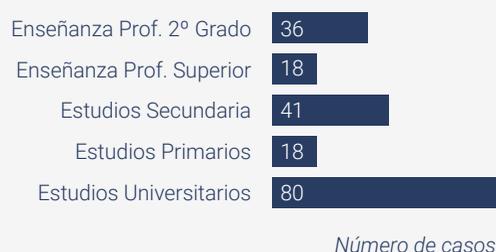
Edad y Sexo

Las edades en las que se concentran más respuestas a la encuesta es en el rango de 50 a 70 años en el caso de los hombres (28,5%) y de 30 a 50 años en el de las mujeres (37%).



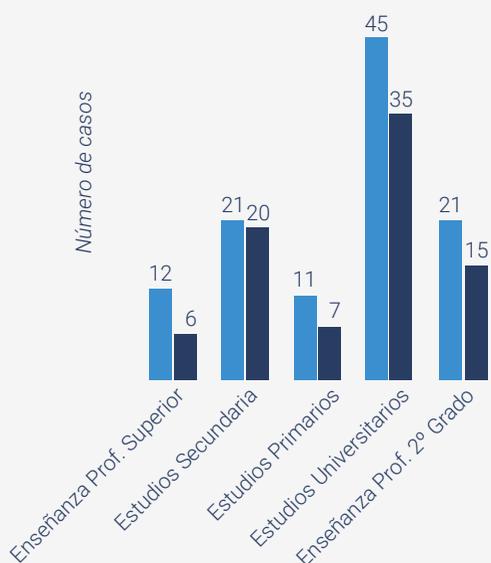
Nivel de estudios

El mayor número de respuestas en el ámbito formativo se concentra en el ámbito académico universitario (80), lo que significa un 41,45%, en el de estudios secundarios (41), representando un porcentaje del 21,24%, y en la enseñanza profesional de segundo grado (36) cifra que corresponde a un 18,65% de la muestra.



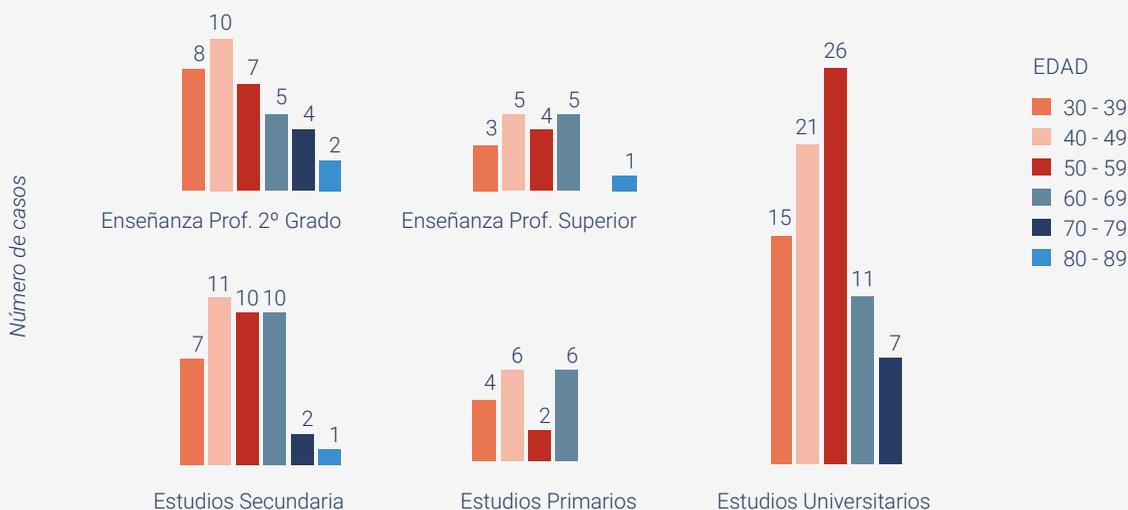
Nivel de estudios en relación al sexo

En la muestra llama la atención el mayor número de universitarias que universitarios participantes, 45 frente a 35, es decir, el 23,31% frente al 18,13% en favor de la mujer. Algo similar ocurre con la enseñanza profesional de segundo grado, 21 frente a 15, o lo que es lo mismo, el 10,88% frente al 7,77% en favor del sexo femenino.



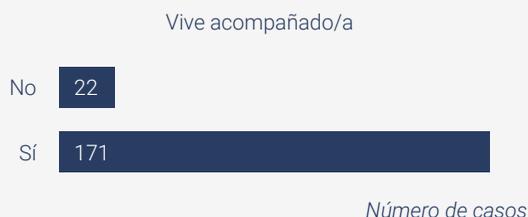
Nivel de estudios en relación a la edad

El mayor grado formativo alcanzado por parte de los encuestados se sitúa en un rango de edad que va de los 30 a los 60 años, una vez que concentra el 72,2% de los casos. Este hecho es muy llamativo en los estudios universitarios que concentran en este rango de edad el 32,12% de los casos de la muestra. La relación edad y nivel formativo tiene una relación inversa, es decir, a mayor edad menor nivel y viceversa.



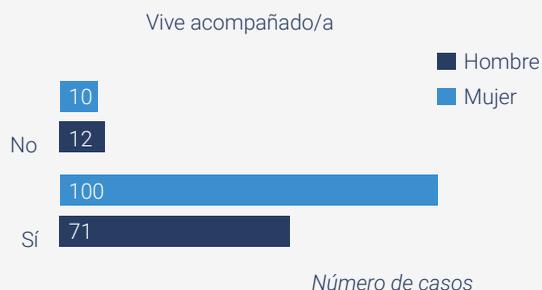
Forma de convivencia

La mayoría de los pacientes crónicos que han respondido a la encuesta viven acompañados de otras personas, familiares o no, 171 frente a 22, es decir, el 88,6% frente al 11,4%.



Forma de convivencia en relación al sexo

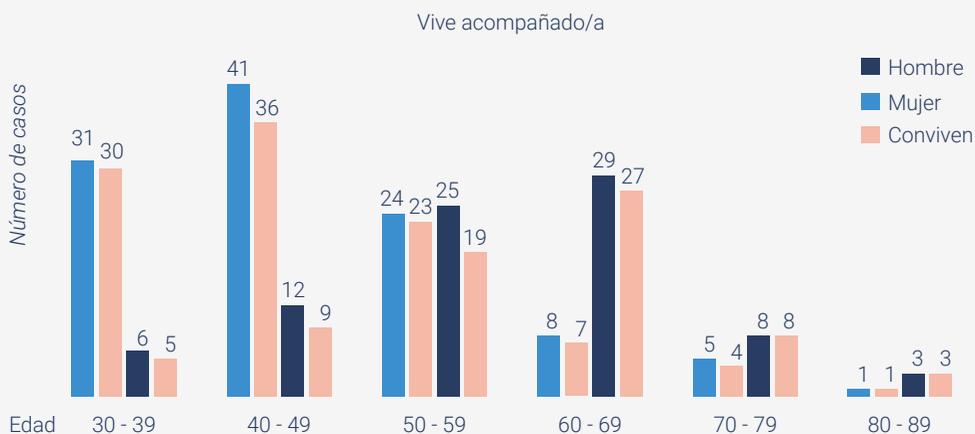
Ante esta variable, el comportamiento resulta diferencial entre ambos sexos una vez que el 85,5% de los hombres (71 casos de 83) y el 90,9% de las mujeres (100 de 110) viven acompañados.



Forma de convivencia en relación al sexo y la edad

A pesar de que la mayoría de las personas de ambos sexos con enfermedades crónicas manifiestan vivir acompañadas de alguna persona, familiar o no, es en los extremos de la muestra donde esto se manifiesta más claramente, en edades comprendidas entre los 30 y 40 años (35 de 37 casos – 94,59%) y entre 70 y 90 (16 casos de 17 – 94,11% -).

En los rangos intermedios se aprecia que entre los 40 y 50 años, el 15,1% viven solos, especialmente los hombres (25%) frente al 12,19% de las mujeres. Algo más acusado ocurre en la franja de edad de 50 a 60 años, (24% de los hombres frente al 4,2% de las mujeres) y entre los 60 y 70 años se equilibra y el 10% de los hombres y el 12,5% de las mujeres viven en soledad.



Comunidad autónoma de residencia

Todas las comunidades autónomas tienen representación en el estudio y la mayoría de los pacientes encuestados residen en la Comunidad de Valencia (26,94%), Madrid (15,54%), Aragón (14,5%), Andalucía (12,43%), Galicia (7,25%) y Cataluña (5,18%).

Comunidad autónoma de residencia en relación con el sexo

En este apartado vemos como tanto pacientes crónicos hombres como mujeres residen fundamentalmente en los territorios antes reflejados (Comunidad Valenciana, Madrid, Aragón, Andalucía, Galicia y Cataluña), si bien la proporción de mujeres es mayor en la Comunidad Valenciana respecto a hombres (16,58% frente a 10,36%) y lo mismo ocurre con Madrid (9,84% frente a 5,69%), Cataluña y Galicia fundamentalmente. La proporción de hombres es mayor en Aragón (8,29% frente al 6,21% de mujeres).

Comunidad autónoma de residencia en relación con el rango de edad

La distribución de esta variable es bastante homogénea en todas las comunidades autónomas salvo el caso de la Comunidad Valenciana y Andalucía, que en la franja etaria de los 30 a los 69 años se concentran 72 casos sobre el total (37,3%) y Aragón, que concentra 23 casos (11,91%) en el rango de los 40 a los 49 años.

Principales patologías crónicas que padece

Enfermedades crónicas

Están representadas en la muestra las patologías crónicas más prevalentes. Más del 50% de las respuestas de los pacientes crónicos participantes en la encuesta refieren pluripatología con 2 o más enfermedades crónicas concomitantes. Destacan la diabetes (40 casos – 20,7%), la fibrosis pulmonar idiopática (30 casos – 15,54%), la hidrosadenitis (26 casos – 13,47%), la obesidad (26 casos – 13,47%), el asma (22 casos – 11,39%), la ansiedad (21 casos – 10,88%), las dislipemias (20 casos – 10,36%). La hipertensión arterial (19 casos – 9,84%), la esclerosis múltiple (19 casos – 9,84%), las enfermedades cardiovasculares (15 casos – 7,77%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC (12 casos – 6,21%). Es importante destacar la presencia en la muestra de patologías como la Sensibilidad Química Múltiple, una entidad nosológica de prevalencia creciente que precisa, sin duda, mayor atención por parte de todos.

50% Pluripatología

Más del 50% de los pacientes crónicos encuestados padecen más de una patología.

- ENFERMEDADES MÁS DESTACADAS EN EL ESTUDIO
- Diabetes
 - Fibrosis Pulmonar Idiopática
 - Hidrosadenitis
 - Obesidad
 - Asma
 - Ansiedad
 - Hipertensión Arterial
 - Esclerosis Múltiple
 - Enfermedades Cardiovasculares
 - EPOC

Uso de internet para consultas no presenciales durante el aislamiento social «*confinamiento*» con motivo de la COVID-19

Telemedicina

El desarrollo de las herramientas de comunicación e información en el ámbito digital están a la orden del día y los avances que se producen constantemente en este contexto tecnológico hacen que su uso esté cada vez más arraigado, aunque bien es cierto que todavía existen barreras culturales, jurídicas, económicas, etc. que hacen que su implantación no sea todo lo ágil que sería deseable, especialmente en un espacio sanitario y sociosanitario como el de la cronicidad. En el presente estudio hemos podido constatar este hecho de tal forma que, de los 193 pacientes crónicos encuestados, 136 manifestaron no haber utilizado las consultas a distancia o no presenciales, lo que supone el 70,46% de los casos. Por su parte, 57 confesaron haber utilizado este sistema versátil de consulta, lo que representa el 29,53% de todos los encuestados. La transformación digital sin duda es uno de los grandes retos de nuestro sistema sanitario.

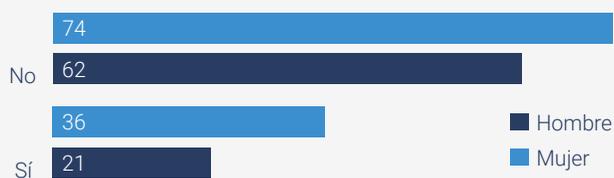
70%

No utiliza la teleconsulta

La mayoría de los pacientes participantes no usaron la telemedicina durante el periodo de confinamiento.

Cruzando esta variable con el sexo podemos comprobar que el 67,27% de las mujeres participantes en el estudio (74 casos) no utilizaron este tipo de herramienta para facilitar sus consultas con los profesionales sanitarios frente al 32,72% (36 casos) que sí lo hicieron. Dado el desarrollo de las TIC, en lo que podríamos denominar atención no presencial o a distancia este porcentaje no es nada deseable en estos momentos, aunque lógicamente irá mejorando con el tiempo. En cuanto a los hombres el 74,69% (62 casos) no utilizaron este sistema frente a un 25,30% (21 casos) que sí manifestaron haberlo utilizado. Esta diferencia en favor de la mujer, en cuanto al manejo y utilización de este tipo de tecnologías, es importante tenerla en cuenta de cara a posibles acciones de promoción e impulso futuras.

Uso de internet para consultas no presenciales con su médico o profesional sanitario



Número de casos

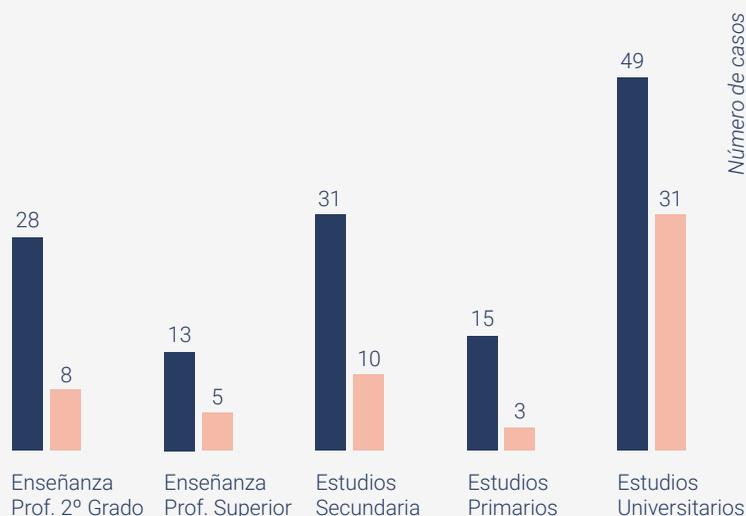
Los rangos de edad más jóvenes son los que más recurrieron a la teleconsulta

Un 41% de los pacientes consultados de entre 30 y 40 años utilizó internet para consultas no presenciales con su médico o profesional sanitario.

En cuanto al uso de internet para consultas no presenciales con el médico o profesional sanitario en relación con el rango de edad podemos apreciar por los datos que figuran en la gráfica, que son los pacientes crónicos más jóvenes los que más utilizan estas herramientas digitales, un 40,54% (15 encuestados de los 37 en el rango de edad de los 30 a los 39 años). En la franja de edad de los 40 a los 49 años, el porcentaje de usuarios de este tipo de herramientas tecnológicas es del 35,84% (19 de 53), y a partir de los 50 años estos porcentajes disminuyen paulatinamente: 26,59% (13 de 49 encuestados en la franja de edad de los 50 a 59 años), 21,62% en el rango de los 60 a 69 años, el 18,18% entre los 70 y 79 años y el 0% en los mayores de 80 años. En cualquier caso, este aspecto tan relevante de cara a la disminución de la presión asistencial y mejor monitorización del paciente crónico está creciendo especialmente en esta época de pandemia, una tendencia que seguro se mantendrá a futuro, especialmente si se vencen las barreras de todo tipo que todavía existen.

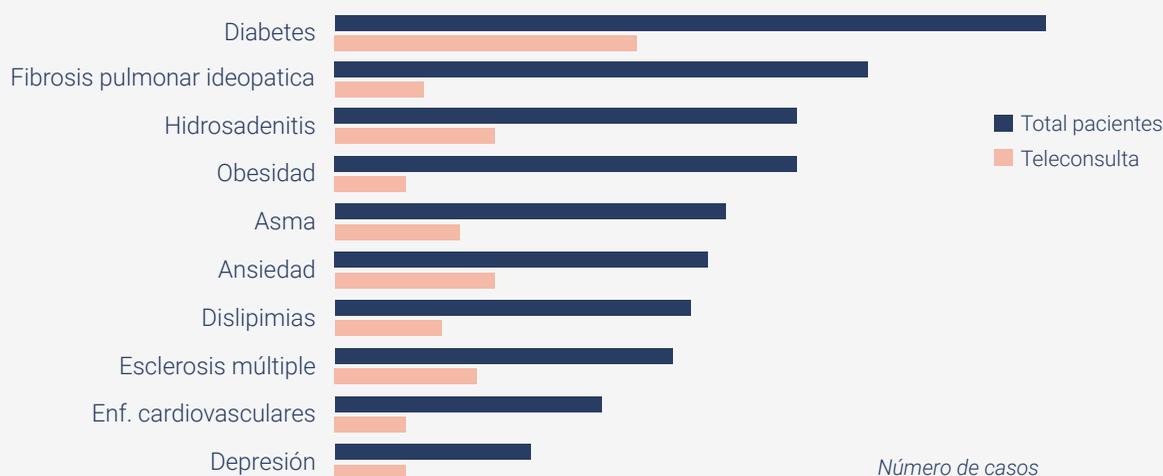
En relación con esta misma variable relacionada con el nivel de estudios, podemos observar una relación directa entre la formación superior y el grado de utilización de internet para consultas con los profesionales sanitarios. En el caso de los universitarios participantes en el estudio, el 38,75% manifiestan utilizar internet para consultas sanitarias no presenciales (31 encuestados de 80 en este segmento formativo), el 27,77% en el caso de estudios de enseñanza profesional superior (5 de 18 participantes en esta franja), 24,39% en aquellos encuestados que tienen estudios de secundaria (10 de 41 encuestados en este rango formativo), 22,22% en el caso de enseñanza profesional de segundo grado (8 de 36) y 16,66% en el caso de primaria (3 de 18). De nuevo se concretan las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades relacionadas con estas variables teniendo en cuenta el impulso de las herramientas digitales para consulta no presencial en momentos de crisis sanitaria y de distanciamiento / aislamiento social.

A mayor nivel de estudios, más uso de la telemedicina



En cuanto al uso de internet para consultas no presenciales con el médico o profesional sanitario que le atiende, en base a la comunidad autónoma en que reside, se puede apreciar entre los encuestados que, de una forma global, el uso de este tipo de herramienta todavía no se encuentra implantada de manera generalizada, probablemente, por lo ya expuesto con anterioridad. Entre las comunidades con recepción de encuestas más elevada, llama la atención el caso de Aragón, territorio en el que el 50% de los participantes (14 casos de 28) en el presente estudio confiesan utilizar este formato a distancia de consulta, mientras que en territorios con mayor índice de población como Andalucía alcanza el 37,5% de respuestas positivas a la consulta (9 de 24 encuestados en dicho territorio), en Madrid un 20% (6 de 30), en la Comunidad de Valencia un 28,84% (15 de 52) y en Galicia un 7,14 (1 de 13). Sin duda, uno de los retos en este capítulo se encuentra en profundizar más en la aceptación cultural de este tipo de tecnología a través de la información, la comunicación, la formación y la promoción institucional desde los diferentes territorios del Estado.

En relación a la tipología de las patologías analizadas en el presente estudio realizado a pacientes crónicos durante la etapa de confinamiento motivado por la COVID-19, las diez patologías que más han utilizado la teleconsulta o atención no presencial en el estudio han sido: diabetes (17 casos), ansiedad (9 casos), esclerosis múltiple (8 casos), asma (7 casos), dislipemia (6 casos), fibrosis pulmonar (5 casos), enfermedades cardiovasculares (4 casos), depresión (4 casos) y obesidad (4 casos).



Teniendo en cuenta que buena parte de los pacientes con cronicidad presentan varias patologías concomitantes, estos resultados apuntan hacia la importancia de la teleconsulta o atención no presencial en el seguimiento y monitorización de las patologías crónicas más relevantes y de mayor prevalencia, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares (como infartos o accidentes cerebrovasculares), el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes, las enfermedades neurodegenerativas como la esclerosis múltiple, el parkinson o el alzheimer, la hipertensión arterial o las dislipemias.

42,85% *Ansiedad*

42,5% *Diabetes*

42,1% *Esclerosis múltiple*

Si observamos patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, podemos apreciar con satisfacción que el 42,50% (17 casos de 40) de los pacientes crónicos con diabetes que participan en este análisis han utilizado los servicios de teleconsulta. En los casos de ansiedad, este porcentaje alcanza incluso porcentajes relativos superiores, un 42,85% (9 de 21 casos). En enfermedades neurodegenerativas como la esclerosis múltiple, el dato porcentual queda en un 42,10% (8 casos de 19). Lo mismo ocurre porcentualmente con la depresión (un 36,36% - 4 de 11 casos -), la hidrosadenitis (34,61% - 9 casos de 26), el asma, con un 31,81% (7 casos de 22), un 30% en el caso de los pacientes con dislipemias (6 de 20 casos), un 26,66% en pacientes cardiovasculares, un 16,66% en pacientes crónicos con fibrosis pulmonar y un 15,38% en pacientes con obesidad (4 de 26 casos).

Estos datos confirman el hecho de que la consulta en remoto, no presencial, ha merecido un impulso evidente en esta situación de crisis sanitaria en la que el acceso al sistema se ha visto comprometido, especialmente en patologías crónicas de alta prevalencia, que precisan de una monitorización constante.

Patologías Crónicas	Número Total	Uso de Teleconsulta
Aniridia	1	1
Ansiedad	21	9
Artritis psoriática	1	1
Artrodesis cervical	1	1
Asma	22	7
Cáncer	5	3
Cataratas	1	1
Cefaleas en racimo	1	0
Colitis ulcerosa	4	1
Degeneración corneal	1	1
Depresión	11	4
Dermatomiositis	3	2
Diabetes	40	17
Dislipemias	20	6
Distrofia muscular	1	1
Endometriosis	1	1
Enf. de Crohn	4	1
Enf. cardiovasculares	15	4
Enf. neuromusculares	7	1
Epilepsia	11	2
EPOC	12	1
Esclerosis múltiple	19	8
Esclerosis sistémica	1	0
Fibromialgia	3	1
Fibrosis pulmonar idiopática	30	5
Fibrosis quística	3	1
Glaucoma	1	1
Gastritis crónica	6	0

Patologías Crónicas	Número Total	Uso de Teleconsulta
Hemofilia	2	1
Hidronefrosis	1	1
Hidrosadenitis	26	9
Hipertensión arterial	19	1
Hipertensión pulmonar	1	0
Hipo/Hipertiroidismo	1	1
Infecciones	6	1
Insomnio	14	2
Insuficiencia renal	3	0
Leucocitemia	1	0
Lupus eritematoso	3	2
Maculopatía miópica	1	0
Malformación linfática	1	0
Obesidad	26	4
Osteoporosis	1	0
Paraparesia espástica familiar	1	0
Patología articular	5	2
Sensibilidad química múltiple	1	0
Síndrome de sjögren	2	0
Síndrome antifosfolípido	1	0
Síndrome de piernas inquietas	1	0
Transplante	5	0
Trombosis esencial	1	0
Trombosis safena	1	0
Úlcera gastroduodenal	6	1
Urticaria a frigore	1	0

Fuentes a las que se recurre para recibir información sobre la COVID-19

En este apartado se describe en tablas y gráficos las fuentes de información que el paciente crónico participante en este estudio verbaliza al ser preguntado sobre las fuentes que ha empleado, en primer lugar, para informarse sobre el virus. A continuación se expone un listado con todas las fuentes de información señaladas por cada uno de los participantes en este análisis.

Una vez aclarado el aspecto de prelación a la hora de describir los datos del presente análisis, en este apartado en concreto llama poderosamente la atención este aspecto de la encuesta, una vez que tras el médico con un 40,41% (78 de 193 pacientes crónicos involucrados en el estudio), es internet la fuente más importante de información con un 27,97% (54 de 193 casos) y los medios de comunicación con un 20,20% (39 de 193 casos). Este dato refuerza la importancia del entorno digital informativo para transmitir el pulso y las constantes de la situación de pandemia, de ahí la responsabilidad de dichos entornos informativos profesionales que son, per se, auténticos agentes de salud preventiva y poblacional.

Llama la atención que, tanto el Ministerio como otros profesionales sanitarios que no sea el médico o las propias asociaciones de pacientes, según refleja el presente estudio sobre pacientes crónicos en época de confinamiento por pandemia, quedan por debajo en términos reales y relativos porcentuales en cuanto a fuentes de información consultadas por los pacientes para seguir la pandemia.

Fuentes de consulta de información sobre la Covid19

40%
Médico

28%
Internet

20%
Medios de comunicación

Atendiendo a la relación de esta variable con el sexo, vemos como este orden de prelación informativa se mantiene con algunas particularidades, en el caso de las mujeres, el médico recrece hasta alcanzar un límite porcentual del 44,44% (48 de 108 casos), 4 puntos porcentuales por encima de la media general. Internet permanece en un rango relativo similar, con escasas diferencias, con un 26,85% (29 de 108 casos), al igual que ocurre con los medios de comunicación con un 18,51%.

En el caso de los hombres con patologías crónicas participantes en el estudio, los ratios son del 35,29% (30 de 85 casos), algo más de 5 puntos porcentuales sobre la media en el caso del médico como fuente informativa, un 29,41% (25 de 85 casos) si referimos a internet como fuente de información y un 22,35% (19 de 85 casos) si, como fuente informativa, hacemos referencia a los medios de comunicación, un tanto porcentual similar a la media general en ambos casos con una diferencia escasa de dos puntos respectivamente.



Si analizamos esta variable en términos etarios, podemos apreciar elementos relevantes para la reflexión. En primer lugar, que internet es la principal fuente de información en pacientes crónicos de 50 a 59 años, con un 34,69% (17 de 49 casos), que el médico como fuente de información destaca especialmente en aquellos que se encuentran en el rango de edad de los 30 a los 39 años, con un 52,77% (19 de 36), y que el resto de cifras porcentuales están en línea con la media general referida a fuentes más relevantes de información, salvo en el caso de aquellos pacientes que se encuentran en el rango de edad de entre 80 a 89 años, en los que los medios de comunicación aparecen como preponderantes como fuente (50%) y que apuntan al médico como fuente de información con un 25% de los pacientes involucrados en el análisis (porcentaje similar al médico) y la nula relevancia de internet como fuente, teniendo en cuenta el bajo número de pacientes de dicha franja etaria involucrados en este informe.

En todos los segmentos de edad el es médico la fuente más consultada, excepto entre los 50-59 años que se decantan por internet.

Edad	Médico	Internet	Medios Comunicación
30-39	52,77%	25%	13,88%
40-49	39,62%	28,30%	24,52%
50-59	28,57%	34,69%	20,40%
60-69	48,64%	24,32%	16,21%
70-79	38,46%	30,76%	23,07%
80-89	25%	0%	50%

En relación con el nivel de formación alcanzado por los pacientes crónicos participantes en este estudio, podemos apreciar cómo aquellos que manifiestan tener una enseñanza profesional superior o universitaria son los que, con más profusión, han utilizado internet como fuente para recibir información sobre la pandemia de la COVID-19 durante la época de confinamiento con un 38,88% (7 de 18 casos) y un 31,25% (25 de 80n casos). En las personas que confiesan disponer de una acreditación correspondiente a enseñanza profesional de segundo grado, llama la atención que sean los medios de comunicación la principal fuente de información (36,11% - 13 de 36 casos -) por encima del médico y de internet. En enseñanza secundaria y primaria, internet como fuente de información es señalada en primer lugar en el 24,39% de los casos y el 27,77% respectivamente.

Quienes consultaron más internet son aquellos con mayor nivel de estudios

Nivel de estudios	Médico	Internet	Medios Comunicación
Enseñanza Prof. de 2º grado	33,33%	19,44%	36,11%
Enseñanza superior	44,44%	38,88%	0%
Enseñanza secundaria	46,34%	24,39%	21,95%
Enseñanza primaria	38,88%	27,77%	27,77%
Enseñanza Universitaria	38,75%	31,25%	16,25%

Si cruzamos la variable “fuentes de información” con la territorialidad de residencia podemos observar cómo internet, como fuente de información, se encuentra muy por encima de la media general entre los participantes en el estudio en el caso de Cataluña (45,45%) y Andalucía (36%) y donde los medios de comunicación alcanzan valores porcentuales más elevados respecto de la media general: en Madrid (32,25%) y Aragón, con el 29,62%. El análisis de estas cifras debe tener en cuenta y contemplar el número de pacientes crónicos participantes en cada territorio.

Respecto al resto de los datos, todos ellos se encuentran en torno a la media general en cada uno de los apartados, con las salvedades de las comunidades autónomas de Galicia, Madrid y Aragón, que en ratios porcentuales de uso de internet se encuentran 5, 7 y 8 puntos porcentuales por debajo respectivamente (21,42%, 19,35% y 18,51% en cada caso frente a 26,85%), siempre con la salvedad del número de pacientes involucrados en el análisis por cada territorio.

Las cifras que ofrece el presente estudio deben ser tenidas en cuenta con la cautela necesaria de cara a establecer las estrategias pertinentes de comunicación en cada territorio, y lo deseable es que hubiera una coordinación de mensajes, posicionamiento, canales y herramientas en todas las comunidades autónomas para evitar discrepancias y diferencias que incidan en el criterio de la población.

Es muy importante destacar en este análisis la importancia que está adquiriendo internet como fuente de información en la totalidad de los territorios, con los datos porcentuales destacados que ya han sido comentados.

Finalmente, resaltar la relevancia del médico como fuente de información en clara ventaja respecto de otros profesionales del sector sanitario cuya relevancia no es, ni con mucho, tan elevada. Este dato debe inducir también a la reflexión de cara a estrategias profesionales de comunicación en el futuro, especialmente en este tipo de situaciones tan complejas y críticas.

CC.AA. destacadas	Médico	Internet	Medios Comunicación
Andalucía	40%	36%	20%
Aragón	40,74%	18,51%	29,62%
Cataluña	45,45%	45,45%	0%
Galicia	42,85%	21,42%	21,42%
Madrid	35,48%	19,35%	32,25%
C. Valencia	35,29%	29,41%	19,60%

Datos más relevantes del análisis



1. De los 193 pacientes crónicos encuestados durante el periodo de confinamiento por la pandemia motivada por el SARS-CoV-2 (COVID-19), 136 manifestaron no haber utilizado las consultas a distancia o no presenciales, lo que supone el 70,46% de los casos. 57, por su parte confesaron haber utilizado este sistema versátil de consulta, lo que representa el 29,53% de todos los encuestados. La transformación digital, sin duda, es uno de los grandes retos de nuestro sistema sanitario.

2. El 67,27% de las mujeres participantes en el estudio (74 casos) no utilizaron este tipo de herramienta para facilitar sus consultas con los profesionales sanitarios, frente al 32,72% (36 casos) que sí lo hicieron. En cuanto a los hombres el 74,69% (62 casos) no utilizaron este sistema, frente a un 25,30% (21 casos) que sí manifestaron haberlo utilizado.

3. En cuanto al uso de internet para consultas no presenciales con el médico o profesional sanitario, en relación con el rango de edad, podemos apreciar por los datos que figuran en la gráfica que son los pacientes crónicos más jóvenes quienes más utilizan estas herramientas digitales, un 40,54% (15 encuestados de los

37 en el rango de edad de los 30 a los 39 años).

4. En cuanto a esta misma variable, observando el nivel de formación de los participantes en el estudio, podemos detectar una relación directa entre la formación superior y el grado de utilización de internet para consultas con los profesionales sanitarios. En el caso de los universitarios participantes en el estudio, el 38,75% manifiestan utilizar internet para consultas sanitarias no presenciales (31 encuestados de 80 en este segmento formativo).

5. En cuanto al uso de internet para consultas no presenciales con el médico o profesional sanitario que le atiende, en base a la comunidad autónoma en que reside, se puede apreciar entre los encuestados que, de una forma global, el uso de este tipo de herramienta todavía no se encuentra implantada de una forma generalizada, probablemente por lo ya expuesto con anterioridad. Entre las comunidades con recepción de encuestas más elevada, llama la atención el caso de Aragón, territorio en el que el 50% de los participantes (14 casos de 28) en este estudio confiesan utilizar este formato de consulta a distancia, mientras que en territorios con mayor índice de población

como Andalucía, alcanza el 37,5% de respuestas positivas a la consulta (9 de 24 encuestados en dicho territorio), Madrid un 20% (6 de 30), la Comunidad de Valencia un 28,84% (15 de 52) y Galicia un 7,14 (1 de 13).

6. En relación a la tipología de las patologías analizadas en el presente estudio, realizado a pacientes crónicos durante la etapa de confinamiento motivado por la COVID-19, las diez patologías que más han utilizado la teleconsulta o atención no presencial en el estudio han sido: diabetes (17 casos), ansiedad (9 casos), esclerosis múltiple (8 casos), asma (7 casos), dislipemia (6 casos), fibrosis pulmonar (5 casos), enfermedades cardiovasculares (4 casos), depresión (4 casos) y obesidad (4 casos).

7. En cuanto a fuentes de información consultadas tras el médico, con un 40,41% (78 de 193 pacientes crónicos involucrados en el estudio), es internet la preponderante con un 27,97% (54 de 193 casos) y los medios de comunicación con un 20,20% (39 de 193 casos). Este dato refuerza la importancia del entorno digital informativo para transmitir el pulso y las constantes de la situación de pandemia.

CONCLUSIONES

1. La atención no presencial o telemedicina supone, sin duda, uno de los avances más relevantes aportados por la industria tecnológica una vez que aproxima al paciente al sistema, favorece por lo tanto el acceso disminuyendo las listas de espera, impulsa la viabilidad y sostenibilidad del modelo sanitario al hacerlo más eficiente, mejora la equidad y la cohesión interterritorial y facilita que el seguimiento de los pacientes sea más adecuado.
2. El informe “Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario”, realizado por Esadecreapolis y Barcelona Health Hub, muestra la satisfacción de los pacientes y de los propios profesionales, tanto de atención primaria como especializada, con las consultas a distancia, especialmente cuando se les añade sistemas de telemonitorización remota.
3. Buena parte de los problemas manifestados por los pacientes pueden ser resueltos de forma remota, a distancia, y es el profesional sanitario el que ha de aconsejar si es necesaria la consulta presencial o no.
4. En España, un estudio reflejado en el citado informe sugiere que, “de acuerdo con los profesionales sanitarios, entre un 66%-88% de las consultas en atención primaria y comunitaria se podrían realizar de forma virtual”.
5. El 82% de los españoles está a favor de las consultas *online* como alternativa a visitar los centros de salud, frente al 70% del promedio europeo.
6. La interoperabilidad siempre ha sido una necesidad, y más aún en nuestro país, donde la gestión sanitaria está descentralizada en las 17 comunidades autónomas y cada una tiene sus propios sistemas de información, no siempre compatibles entre ellos.
7. El paciente es el mayor beneficiario de un modelo de interoperabilidad clínica. La mayor parte de los expertos identifican barreras legales y culturales, seguidas de las organizativas -68,8%, económicas y operativas -62,5%- y tecnológicas, con un 18,8%.
8. La historia clínica inteligente es clave, una vez que tecnologías como la inteligencia artificial o el Big Data, logran que toda la información registrada del paciente sea generadora de conocimiento para una mejor atención a sus demandas sanitarias, no solo para tratar su enfermedad, sino para actuar de modo preventivo, abordando el control de patologías crónicas, consiguiendo un mejor seguimiento de comorbilidades, haciendo realidad la implementación y adecuación a planes terapéuticos digitales, trabajando en la evaluación sistemática y continua del estado de salud.
9. Telemedicina, historia clínica inteligente, receta electrónica y monitorización a distancia son herramientas digitales claves y simbióticas que precisan un impulso decidido por parte de todos los agentes implicados a través de una estrategia conjunta de interoperabilidad que evite disponer de sistemas dispares que no se “entiendan” entre sí.
10. Las principales barreras que encuentra la telemedicina en España son: la falta de una norma específica que permita unificar los criterios que existen en nuestra legislación; la falta de formación en el uso de nuevas tecnologías, tanto por parte del profesional como por parte del paciente; la resistencia al cambio; la falta de seguridad y las reticencias relativas a la confidencialidad de los datos; la

acreditación y registro de los servicios y profesionales sanitarios que ejercen la telemedicina y el reembolso de su actividad.

11. En épocas de pandemia como la del SARS-CoV-2 (COVID-19), el hecho de atender a los ciudadanos desde el propio domicilio, sin necesidad de desplazarse a la consulta, supone sin duda un alivio a la creciente presión asistencial, liberando tiempo y espacio para aquellas personas que más lo necesitan.

12. Si bien más del 65% de los ciudadanos son propensos a su utilización en el caso de que la tuvieran a mano, disponible, la verdad es que tan solo el 8% la ha utilizado para descongestionar las consultas y centros asistenciales en esta crisis, según el informe de la consultora Oliver Wyman, "Covid-19: Telehealth is the New Front Door".

13. De los 193 pacientes crónicos participantes en el estudio desarrollado por el Instituto Pro-Patiens referido a la época de confinamiento por la COVID-19, 136 manifestaron no haber utilizado las consultas a distancia o no presenciales, lo que supone el 70,46% de los casos. Por su parte, 57 confesaron haber utilizado este sistema versátil de consulta, lo que representa el 29,53% de todos los encuestados. La transformación digital sin duda es uno de los grandes retos de nuestro sistema sanitario.

14. Antari es un conjunto de productos de e-Health y soluciones de epidemiología de GMV, que abarca desde soluciones en el ámbito de la atención y monitorización de pacientes crónicos, hasta sistemas de telemedicina (atención no presencial) de atención primaria-especializada, tele-rehabilitación, sistemas de radiología digital y sistemas de control epidemiológico que hacen uso de los últimos avances y tecnologías en el campo de la salud.

La mayoría de los ciudadanos son propensos a usar la telemedicina, pero el sistema sanitario tiene que afrontar la transformación digital necesaria en este sentido





Visión y propuestas de futuro

Como se ha comentado, la implantación de los sistemas digitales para la mejora del sistema teniendo en cuenta los resultados de salud sanitarios y de salud en base a indicadores cuantitativos de eficiencia, acceso, calidad y seguridad, resolución asistencial y cualitativos de experiencia de paciente, precisa de un revulsivo colegiado e integrador de todas las partes interesadas en el desarrollo de una estrategia que contemple cada uno de los matices y aportaciones realizadas en este documento.

Para ello se estructura una serie de propuestas que puedan servir como aportación a la proyección e impulso necesarios de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en nuestro país. Los diecisiete puntos que aborda este capítulo final acerca de la visión y propuestas de futuro son los siguientes:

1. Eliminación decidida de las barreras que todavía se ciernen sobre la implantación de este entorno tecnológico y que han sido expuestas en este análisis: regulatorias, culturales, financieras y de seguridad.
2. Implicación decidida de las asociaciones de pacientes en la transformación digital como elemento clave que contribuya a mejorar los resultados de salud relativos, fundamentalmente, a acceso al sistema (listas de espera), eficiencia, equidad y cohesión interterritorial.
3. Mejora de su perfil digital a través de una profesionalización de sus estructuras que ponga el acento en la importancia de las tecnologías de la información y la comunicación en su contacto con el sistema, aportando casos prácticos de éxito y ejemplo. El profesional sanitario es el que debe valorar la conveniencia y oportunidad, o no, de una consulta presencial en cada caso y de la monitorización a distancia, especialmente en el caso de pacientes crónicos.
4. Impulso de la telemedicina desde las sociedades científicas, médicas, farmacéuticas, de enfermería y los propios colegios y organizaciones profesionales.
5. Dotación financiera suficiente desde todas las administraciones en los presupuestos generales del estado donde haya una partida concreta, específica e interanual para el impulso de esta materia tan relevante.

6. Elaboración de una estrategia de consenso por una interoperabilidad eficiente y ágil entre el sistema público y privado. Para ello resulta determinante establecer una historia clínica digital compatible entre sí y con todos los elementos diagnósticos del mercado que, además, posea un módulo de gestión para el profesional que le ayude a programar toda su actividad y permita el seguimiento y monitorización en domicilio en el caso de pacientes crónicos. Un modelo como el desarrollado por GMV – Antari – que cumple con todas estas premisas y es utilizado ya en numerosos casos de éxito, dentro y fuera de nuestras fronteras.

7. Mayor capilaridad social desde las organizaciones y sociedades que aglutinan a las empresas de tecnologías vinculadas, directamente, con las tecnologías de la información y las comunicaciones. Una mayor presencia y protagonismo de las empresas tecnológicas TIC en el sector sanitario es deseable, para ello la comunicación y la especialización en materia sanitaria a través de profesionales acreditados y con profundo conocimiento del sector es indispensable.

8. Definición de las bases normativas de reembolso de las tele-consultas en la sanidad de titularidad privada y en los modelos de colaboración: pago por acto. En la sanidad pública, establecimiento de planes de incentivos en base a objetivos establecidos.

9. Aprendizaje y análisis de los casos de éxito de otros sectores y países de nuestro entorno geográfico con una revisión exhaustiva de sus casuísticas, retos, barreras, oportunidades y cómo han sabido afrontarlas.

10. Formación del personal sanitario acerca de las TIC, su manejo, sus casos de uso, la mejora de los resultados de salud que pueden ofrecer al paciente una vez que este es el destinatario último y principal de su implantación y manejo adecuado.

11. Generar un programa de incentivos financieros y/o regulatorios a la implantación tecnológica y utilización de las herramientas relacionadas con la transformación digital asentada en las TIC que cumplan con los parámetros antes comentados de compatibilidad, interoperabilidad y gestión clínica y asistencial global.

12. Inclusión de apartados ya mencionados como la interoperabilidad, compatibilidad y gestión global, como claves para la mejora de la calidad asistencial y sostenibilidad del SNS, en la agenda de los ministerios competentes y del propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

13. Visión estratégica conjunta de todos los operadores que trabajan en el ámbito de las TIC, impulsando las conclusiones de la comisión de reconstrucción aprobadas en el Parlamento y relativas a las tecnologías de la información y las comunicaciones.

14. Dentro de las acciones de gobernanza, se hace necesario contribuir al desarrollo del Marco Europeo de Interoperabilidad para “m.Health”, impulsar la agenda digital propuesta por el Gobierno y dotar de carta de naturaleza a la sanidad electrónica con un centro de referencia.

15. Promulgación de una norma específica que permita unificar los criterios que existen en nuestra legislación en esta materia.

16. Acreditación y registro de los servicios y profesionales sanitarios que ejercen la telemedicina (seguridad jurídica de sus actuaciones).

17. Sería de gran ayuda clarificar los procedimientos de protección de datos, impulsar el uso de los estándares internacionales de información clínica, fomentar la educación en TIC’s e interoperabilidad y establecer indicadores de seguimiento y mejora.

Bibliografía

News.esadecreapolis.com. 2020. La atención sanitaria no presencial, clave para evitar la propagación de la COVID-19. [online] Available at: <<https://news.esadecreapolis.com/post/la-atenci%C3%B3n-sanitaria-no-presencial-clave-para-evitar-la-propagaci%C3%B3n-de-la-covid-19>> [Accessed 11 May 2021].

Esadecreapolis.com. 2020. Estudio sobre la consulta médica virtual. Con la colaboración de Barcelona Health Hub. [online] Available at: <<https://www.esadecreapolis.com/estudio-consulta-medica-virtual>> [Accessed 11 May 2021].

Youtube.com. 2020. Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario. [online] Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=L1q1_HcP6qY> [Accessed 11 May 2021].

Atención sanitaria no presencial

USO DE INTERNET
DURANTE EL CONFINAMIENTO
PARA CONSULTAS NO PRESENCIALES

INSTITUTO
ProPatiens

Colaboradores del Instituto ProPatiens

