



APRENDIENDO DE COVID-19: LA VISIÓN DE LOS DIRECTIVOS SANITARIOS

Estudio completo

Realizado por:

Hiris

Con el patrocinio de:

teva

Madrid, junio de 2020

Comité de Dirección de la Fundación Signo

Presidente:

Josep Pomar Reynés

Vicepresidente:

Marisa Merino Hernández

Secretario General:

Luis Carretero Alcántara

Vocales:

Carmen Pérez Romero

Ignacio López Parrilla

Introducción:

La Fundación Signo tiene entre sus objetivos promover el debate y la elaboración de propuestas para innovar y mejorar la eficiencia en los servicios sanitarios, con la aspiración de ser útiles a la sociedad aportando conocimiento, ideas y alternativas que permitan avanzar en un sistema sanitario más sólido, de más calidad y más eficiente. La pandemia de COVID-19 ha puesto en jaque muchas convicciones que teníamos, ha abierto nuevas incógnitas sobre cómo será la “nueva normalidad” en nuestros hospitales y centros de salud y generado expectativas y oportunidades para cambiar la manera de hacer las cosas.

Para aportar luz, a partir de la casuística y el conocimiento sobre el esfuerzo asistencial y organizativo realizado durante la pandemia hemos realizado el Estudio "Asistencia Sanitaria Post-Covid-19", promovido por la propia FUNDACIÓN SIGNO junto a HIRIS CARE, con el patrocinio de TEVA PHARMA.

Con el objetivo de documentar rápidamente la importante innovación realizada en nuestros centros y obtener lecciones de cara al futuro se ha realizado el estudio cualitativo basado en encuestas telefónicas a directivos sanitarios de diferentes organizaciones sanitarias (niveles asistenciales, divisiones organizativas y sectores público-privados), con relación a la gestión de la Asistencia Sanitaria, con la previsión del futuro inmediato y con los cambios implementados en tu centro, deberían prevalecer a tu juicio, adaptados convenientemente a la "nueva realidad”.

Objetivo del estudio: identificar cuáles han sido los cambios efectuados para abordar la atención sanitaria a la pandemia y extraer lecciones. Se trata de documentar los cambios realizados y el estado de opinión sobre cómo será la asistencia sanitaria en el futuro inmediato.

TABLA DE CONTENIDOS:

1. RESPUESTA A LA PANDEMIA

- 1.1 Cambios en procedimientos de atención: GESTIÓN HOSPITALARIA
- 1.2 Cambios en procedimientos de atención: CENTROS DE SALUD DE PRIMARIA
- 1.3 Cambios en procedimientos de atención: SERVICIOS DE EMERGENCIA
- 1.4 Reorganización de personal interno y creación de equipos Covid-19
- 1.5 Soluciones a la demanda de profesionales para atender pacientes Covid-19
- 1.6 Cambios de roles entre los profesionales sanitarios: el papel de la enfermería
- 1.7 Adaptación de infraestructuras hospitalarias para atender pacientes Covid-19
- 1.8 Nuevos procesos de coordinación entre emergencias, primaria y hospital
- 1.9 Cambios y experiencia de colaboración con el sector social
- 1.10 Nuevas estructuras de coordinación internas y territoriales
- 1.11 Coordinación con el sector privado / concertado asistencial
- 1.12 Respuesta y coordinación con proveedores para garantizar suministros
- 1.13 La importancia de la atención virtual a los pacientes
- 1.14 Medidas puestas en marcha para la comunicación: paciente Covid – familiares

2. PREVISIÓN DE FUTURO

- 2.1 La afectación de la pandemia a la demanda asistencial futura y pendiente
- 2.2 El gasto presupuestario en 2020 e hipotéticas previsiones para 2021
- 2.3 Principales necesidades para la recuperación a corto plazo del sistema asistencial

3. CAMBIOS QUE DEBERÍAN CONSOLIDARSE O INCORPORARSE A LA ASISTENCIA SANITARIA

- 3.1 Lo que MEJOR ha funcionado en la respuesta a la pandemia
- 3.2 Lo que PEOR ha funcionado en la respuesta a la pandemia
- 3.3 Cambios realizados que deben consolidarse
- 3.4 Lo que aún debe implementarse en el sistema asistencial
- 3.5 Algunos casos de buenas prácticas en aspectos relevantes del sistema asistencial

4. LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

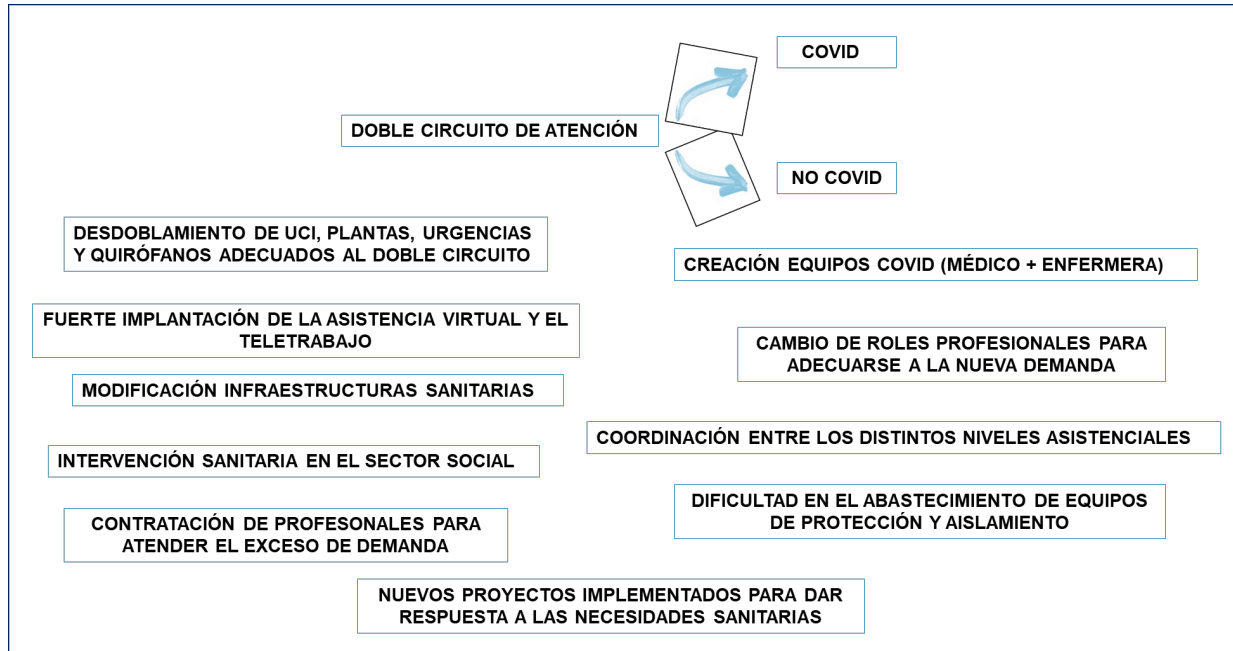
- 4.1 El papel de la Industria Farmacéutica (IF) durante la crisis del Covid-19
- 4.2 Claves para garantizar el suministro de medicamentos frente un potencial rebrote
- 4.3 El futuro de los representantes farmacéuticos
- 4.4 Futuro de la relación del profesional sanitario y la IF tras la crisis del Covid-19

ANEXOS

1.

RESPUESTA A LA PANDEMIA

1.1 Cambios en procedimientos de atención: GESTIÓN HOSPITALARIA



La pandemia ha cogido ‘por sorpresa’ al sistema sanitario en cuanto al volumen de la demanda. La alta incidencia ha hecho necesario acometer una transformación completa del modelo de atención hospitalaria, sectorizando por circuitos bien diferenciados entre Covid-19 y No Covid-19. Desde el 27 de febrero ya algunos hospitales se cerraron y sectorizaron al tener casos confirmados, mientras que otros lo hicieron a partir del 6 de marzo aun no teniendo casos sospechosos y en el resto el cierre se realizó a raíz de aparecer los primeros profesionales infectados (a mediados de marzo).

DESDOBLAMIENTO DE UCIs, PLANTAS, URGENCIAS Y QUIRÓFANOS, con un alto porcentaje de zona Covid-19 (sucia) sobre zona No Covid-19 (limpia)

ÁREA HOSPITALARIA:

- Sectorización de Urgencias para una rápida identificación del paciente sospechoso de Covid-19
- Atención de urgencias indemorables No Covid-19 (oncología, pediatría, obstetricia, ictus, infartos)
- Protección del profesional sanitario y prohibición de visitas de familiares de pacientes
- Desprogramación quirúrgica a pacientes demorables
- Incremento de espacios y uso exclusivo para pacientes Covid-19. Por ejemplo, de 33 quirófanos útiles se dedicaron 29 para Covid-19; de 6 puestos de UCI se incrementaron a 24; de 144 camas de hospitalización pasaron a 302; de 10 plantas en total, 9 dedicadas a Covid-19

CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS:

- Suspensión / desprogramación de las agendas previstas
- Mantenimiento de servicios de diálisis, hospital de día oncológico, radioterapia de pacientes No Covid-19
- Incremento de Interconsultas entre Atención Primaria y Especializada
- Implementación atención virtual:
 - Llamadas telefónicas / Video conferencia / App

1.2 Cambios en procedimientos de atención: CENTROS DE SALUD DE PRIMARIA

Atención Primaria ha llevado a cabo una estrategia muy centrada en contener a los pacientes en sus domicilios para evitar el colapso de las urgencias hospitalarias. Además, se procedió al cierre de muchos centros de salud para la concentración de la actividad sanitaria en centros de salud estratégicos. En cada centro de salud se definió un doble circuito bien señalado (Covid / No Covid-19), un precibaje a cada persona que accedía; uso de gel, mascarilla e identificación de síntomas con una encuesta administrativa previa, para luego seguir por uno de los dos circuitos establecidos.

PRINCIPALES MEDIDAS IMPLEMENTADAS:

- Sectorización de doble circuito Covid-19 / No Covid-19 para una rápida identificación del paciente Covid-19
- Implantación de cribaje en las entradas de los centros de salud
- Creación de circuitos rápidos en urgencias, para atender pacientes bajo sospecha y decidir si el paciente se derivaba a urgencias hospitalarias o podía ser monitorizado desde su propio domicilio
 - Creación de equipos Covid-19 para atención domiciliaria de casos leves o seguimiento post-Covid-19
 - Dispositivos domiciliarios para realizar toma de muestras PCR
- Suspensión / desprogramación consultas externas y pruebas diagnósticas
- Implementación atención virtual y teletrabajo por parte del personal sanitario de riesgo:
 - Videoconferencia
 - Llamada telefónica
 - App
- Incremento de interconsultas entre Atención Primaria y Especializada

1.3 Cambios en procedimientos de atención: SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los Servicios de Emergencia trabajando en estrecha colaboración con Atención Primaria para identificar casos sospechosos de Covid-19 y en la medida de lo posible evitar ingresos innecesarios en urgencias hospitalarias. Las diferentes emergencias territoriales disponen de planes de contingencia y, en ese sentido, han podido ser los que más rápidamente han podido reaccionar a la pandemia. Aun así, sus procedimientos tuvieron que modificarse y sobre todo ampliar dotación de personal y refuerzo de las comunicaciones. En algunos territorios el 061 y la Atención Primaria dependen de una estructura única, lo cual facilitó esa actuación conjunta.

Cuando ha sido patología emergente, en algunas ocasiones, si no se ha podido resolver la demanda o duda en el momento de la primera llamada, los servicios de emergencia han vuelto a llamar al paciente en cuanto les ha sido posible, para no dejar ninguna petición sin atender.

PRINCIPALES MEDIDAS ADOPTADAS:

- Monitorización de todas las patologías para diferenciar Covid / No Covid. Se ha apreciado, entre otros, una disminución del número de infartos, aumento de ictus, paradas cardíacas y precipitados, mantenimiento de trauma grave
- Cambios de circuitos de los vehículos y desinfección de estos, según tipo de paciente
- Utilización de equipos de protección individuales para los profesionales
- Cribaje telefónico con asistentes de inteligencia artificial para atender el volumen del chat (por ejemplo: 400.000 llamadas el 16 de marzo en una sola CCAA)
- Refuerzo de plataformas virtuales y telefónicas
- Creación y refuerzo de videollamadas

1.4 Reorganización de personal interno y creación de equipos Covid-19

Tras el decreto del estado de alarma el sistema sanitario procedió a la reorganización del personal interno (centros de salud, red hospitalaria y centros de emergencias) y la creación de equipos sanitarios para la atención exclusiva del paciente Covid-19, a la vez que se mantenían equipos de sanitarios para la atención presencial no demorable del paciente No Covid-19. En ese sentido se intentó diferenciar ambos equipos para evitar contagios. Este proceso tuvo un ritmo desigual de implantación por regiones en función de un aprendizaje 'acierto-error', pero ha acabado siendo un modelo unificado en todo el territorio nacional.

Creación de EQUIPOS COVID (para la atención exclusiva de pacientes Covid-19)

- Por equipo de atención Covid: entre 7 y 16 pacientes
- Equipos Covid integrados por: MÉDICO + ENFERMERA (El médico desde MIR, cirujano o cualquier otra especialidad clínica)
- Internistas, neumólogos, anestelistas o infectólogos abanderando los equipos Covid como piezas clave
- Otras medidas llevadas a cabo en la reorganización de personal propio:
 - Refuerzo en las áreas de críticos, neumología y medicina interna que han sido los pilares de la atención
 - Derivación a las áreas de críticos de profesionales sanitarios quirúrgicos, fisioterapia, rehabilitación y demás profesionales con suspensión de tareas presenciales
 - Personal teletrabajando desde sus domicilios (sobre todo los de grupos de riesgo y administrativos)
 - Suspensión de vacaciones y demás permisos
 - Suspensión de guardias
 - Turnos duplicados y cambio de duración de jornada laboral de 7h a 12h y hasta 24 horas

1.5 Soluciones a la demanda de profesionales para atender pacientes Covid-19

- La contratación extraordinaria de personal ha sido desigual a nivel de los territorios, en alguno de ellos fue imprescindible para asumir el exceso de presión asistencial y cubrir las bajas de muchos profesionales contagiados en los primeros días de la ‘confusión’, mientras que en otras comunidades se ha resuelto básicamente con profesionales internos que, liberados de su programación habitual, les reasignaron otras tareas.
- El decreto de alarma ha facilitado el procedimiento administrativo de contratación tanto de estudiantes, como de personal sanitario recién jubilado: estudiantes de 6º curso de medicina, 4º curso de enfermería, médicos R0 y reincorporación de médicos, matronas y enfermeras con jubilación reciente o parcial.
- Contratación de personal administrativo, sobre todo teleoperadores para los servicios de emergencia.
- Contratación a tiempo completo de personal sanitario que estaba a jornada parcial.
- Los perfiles más demandados: enfermería, internistas e intensivistas, aunque con dificultad para encontrarlos, pues no en todos los territorios había disponibilidad en las bolsas de empleo.
- Alta colaboración de los médicos de Atención Primaria para reforzar las urgencias hospitalarias.

1.6 Cambios de roles entre los profesionales sanitarios: el papel de la enfermería

Todos los entrevistados quieren dejar constancia de la gran voluntariedad e implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de la pandemia. Y esa implicación ha sido tanto en estar disponibles, como en asumir la función que se les asignara aun no siendo la suya propia y en hacerlo con jornadas maratonianas y durante semanas.

El papel de la ENFERMERÍA se destaca entre todos por su entrega y máxima adaptación. Ha ejercido un nuevo rol compartiendo con los clínicos la gestión integral de los pacientes: dejando su rutina diaria, se han adaptado, han hecho noches, han abierto 24h los centros de salud, han estado donde se les requerido con inmediatez, ...

En el cambio de rol de la enfermería, las enfermeras referentes combinaron su trabajo asistencial con el formativo al personal, incluso grabando vídeos tutorizados para mostrar cómo se debían hacer las nuevas tareas.

REESTRUCTURACIÓN ENTERA DE PROFESIONALES:

Ejemplos de cambios de rol:

- Especialistas médicos quirúrgicos y anestesiistas reconvertidos para atender pacientes críticos en UCI
- Enfermería de psiquiatría, instrumentistas y de salud mental en plantas de hospitalización con pacientes críticos
- Enfermeras de quirófano y endoscopia en consultas integradas en urgencias y UCI
- Matronas trabajando en urgencias y en paritorios de urgencia
- Fisioterapeutas repartiendo mascarillas en los accesos sanitarios, haciendo tareas administrativas y de canal de comunicación, mediante tablets, con los familiares de los pacientes Covid-19
- Celadores, TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) o administrativos haciendo cribaje previo, en los accesos de entrada, para reconducir al paciente a cada uno de los circuitos establecidos

1.7 Adaptación de infraestructuras hospitalarias para atender pacientes Covid-19

El volumen de presión asistencial ha hecho necesario contar o no, según territorios, con apoyos externos o con diferentes soluciones extraordinarias, según las posibilidades arquitectónicas de cada hospital, más o menos adaptables al crecimiento necesario. En algunos casos se ha llevado a cabo una obra nueva en urgencias por estar obsoletas, mientras que en otros han emergido hospitales de campaña en los propios edificios o se han construido hospitales de campaña monográficos fuera del entorno hospitalario.

La presión por la urgente necesidad ha llevado a acometer obras en pocas horas o días y en la mayor parte de los casos por el personal propio de mantenimiento, pero también se destaca la generosa colaboración del Ejército, de la UME, de Cruz Roja o del personal voluntario.

ADAPTACIONES EN LOS PROPIOS HOSPITALES DE REFERENCIA:

- Quirófanos, Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) y Unidad de Reanimación y Cuidados críticos de Adultos (REA) transformados en UCIs
- Hospitales de día convertidos en unidades de hospitalización y desdoblados para Covid-19 / No Covid-19
- Plantas de hospitalización aisladas y de uso exclusivo para pacientes Covid-19
- Sala de la cámara hiperbólica trasformada para semicríticos
- Creación de hospitales de campaña para incrementar la unidad hospitalización:
 - Próximos al hospital central y compartiendo prestaciones comunes
 - En un entorno específico concentrado (1.200 camas)
- Unidades de medicina interna convertidas en unidades Covid-19
- Gimnasios convertidos en hospitales de día o unidades de observación para Covid19
- Pasillos convertidos en salas de espera con doble circuito Covid-19 / No Covid-19
- Aumento del número de camas en agudos/críticos, incrementando un 75-80%
- Laboratorios de microbiología trabajando 24h
- Servicio de radiología trabajando 24h en 2 turnos de 12h para evitar contagios

- Suelos pintados marcando y diferenciando la zona limpia y la zona sucia

Más allá de la reorganización interna de la infraestructura hospitalaria, ha sido necesario tomar otras medidas extrahospitalarias para poder asumir el exceso de volumen de pacientes a través de diferentes soluciones imaginativas y variadas. Todas ellas han tenido su propio desarrollo en las diferentes regiones, según sus necesidades y posibilidades.

- ESTRECHA COLABORACIÓN CON HOSPITALES COMARCALES, CLÍNICAS SIN UCI Y HOSPITALES DE CRÓNICOS:
 - Cesión de uso de UCIs, camas, plantas o alas del hospital para el uso de pacientes derivados del hospital de referencia, bajo su estrecha supervisión
- HOTELES MEDICALIZADOS:
 - Reconversión de hoteles privados como unidades de hospitalización coordinados por AP tanto para pacientes Covid-19 no graves, como pacientes Covid-19 convalecientes que no podían pasar la cuarentena en su propia casa o residencia
- OTROS EQUIPAMIENTOS:
 - Reconversión de centros sociosanitarios como hospitales sociosanitarios “hoteles salud” coordinados por AP
 - Reconversión de un polideportivo en unidad de hospitalización
 - Aulas de la universidad para unidades de hospitalización
- HOSPITALIZACION DOMICILIARIA:
 - Creación de hospital a domicilio de pacientes Covid-19 dados de alta y pacientes Covid-19 leves para seguimiento domiciliario
- TOMA DE MUESTRAS PARA PCR:
 - Creación del circuito Covid-19 AUTO, gestionado por enfermería, aprovechando distintas infraestructuras en todas las CCAA (desde circuitos de cadenas alimentarias hasta aparcamientos públicos)

1.8 Nuevos procesos de coordinación entre emergencias, primaria y hospital

El decreto de alarma ha impulsado la gestión sanitaria a través de una estrecha coordinación directa de los hospitales de tercer nivel con Atención Primaria y con Emergencias, considerando esta actuación conjunta como básica. En algunas CCAA había ya una base de trabajo conjunto, direcciones compartidas entre el 061 y Primaria, incluso planes de contingencia comunes; en ese sentido, la puesta en marcha ha tenido un recorrido diferente según territorios y según incidencia de expansión de la pandemia.

- **Atención Primaria** llevó a cabo una atención al ciudadano, tanto presencial como telefónicamente para evitar la saturación de las urgencias hospitalarias:
 - Monitorización de pacientes Covid-19 no graves / Atención domiciliaria y/o telefónica de ciudadanos con preocupaciones / Circuito en respiratorio, cribaje respiratorio con médico y enfermera
- **Emergencias** se encargó de cribar llamadas telefónicas, haciendo las derivaciones correspondientes a Atención Primaria o urgencias y los traslados que correspondieran
- **Urgencias hospitalarias** se encargaron de ingresar en los distintos niveles a los pacientes que así lo requerían y que en muchos casos venían transportados por Emergencias

Ejemplos de coordinación entre Emergencias, Primaria y Hospital:

- Creación del comité director interdisciplinar y transversal grupo COVID-19. Tras los casos de China e Italia se creó en febrero para tomar todas las decisiones y generar los circuitos entre los tres niveles asistenciales: Primaria, hospitales y emergencias
- Creación del servicio de epidemiología del distrito, desde el 061. Para identificación de sospecha de patología respiratoria tipo Covid-19, el 061 recogiendo, cribando y

derivando llamadas al Centro de Salud y éste procediendo a la toma de muestras en el domicilio y derivándola al hospital de referencia para su análisis

- Creación de área de salud única territorial. Coordinación unificada tanto nivel asistencial como servicios sociales
- Coordinación socio asistencial integrada del territorio. El gerente del hospital público, coordinador territorial del Covid-19, en estrecha relación con Primaria
- Plan de accidentes de múltiples víctimas. Hecho hace 4 años con todos los hospitales, base para que la coordinación entre el 061 y la red hospitalaria tuviera un plan de contingencia común
- Elaboración de procedimientos nuevos para protocolizar el control de las derivaciones a urgencias. Cribado por el 112 antes de enviar una ambulancia del 061 o de que un equipo de Primaria los viera en el domicilio
- Reorganización total de Primaria sectorizando los centros por zonas. Reorganización de profesionales dejando sus cupos asistenciales para ir a apoyar a urgencias y hacer apoyo a hospitalización a domicilio
- Servicio de Emergencias Sanitarias (SES). Atendiendo la urgencia extrahospitalaria a través del 112, con la creación de un tel. 900 solo para Covid-19 y derivación a la agenda de Primaria quién valoraba si se podía pasar a la red de urgencia
- Sistema COROAUTO para toma de muestras PCR. En un hospital de campaña levantado en el aparcamiento de la facultad de Medicina, enfermeros tomando muestras de profesionales esenciales que no se podían desplazar al hospital

1.9 Cambios y experiencia de colaboración con el sector social

Sin duda ha sido uno de los puntos complicados y más difíciles de la gestión de la pandemia por las consecuencias acaecidas en ellos, con un porcentaje de fallecimientos muy elevado. Cientos de residencias, por todos los territorios, tanto de mayores como de discapacitados, de menores o de drogodependientes con unas infraestructuras y unos perfiles de profesionales propios, muy desigual. En unos casos disponiendo de profesionales sanitarios y en otros no. Residencias tanto de titularidad pública como privada y concertada. Y en su gran mayoría bajo la dependencia administrativa de los Servicios Sociales y no de Salud.

En la mayor parte de los casos, se determinó la intervención del nivel asistencial ya iniciado el mes de abril, cuando el nivel de contagio entre los residentes era muy alto. Como la expansión de la incidencia de la pandemia fue más tardía en el sur de España que en la parte septentrional fue más fácil establecer estrategias más proactivas en regiones como Murcia o Andalucía frente a lo que se había visto en Madrid o Cataluña.

Las residencias dejaron de depender de Trabajo o Servicios Sociales y pasaron a ser tuteladas por las Consejerías de Salud para poder coordinar mejor la actuación de detección, monitorización e intervención.

Se diseñaron circuitos dentro de las residencias, siguiendo el modelo sanitario (Covid-19 / No Covid-19), siendo atendidos por los profesionales del sistema asistencial público y se aislaron pacientes tratando de evitar, en la medida de lo posible, la derivación a las urgencias hospitalarias para no colapsar el sistema.

Acciones realizadas:

- Medicalización de residencias
- Pacientes con necesidades respiratorias más graves se atendieron en los hospitales Covid-19 y algunos pacientes leves No Covid-19 se trasladaron a los domicilios de sus familiares.

El papel de la Atención Primaria ha sido básico, como instrumento activo de la supervisión llevada a cabo por el área de Salud.

Funciones:

- Identificación de casos, garantizar aislamiento, facilitar medidas de protección y formación en medidas de higiene al personal de la residencia, permitiendo que en las residencias hubiera un aislamiento posible.
- Elaboración de protocolos de actuación centrado en lo asistencial, constituyendo equipos de coordinación tanto in situ en las residencias, como hospitalización a domicilio.

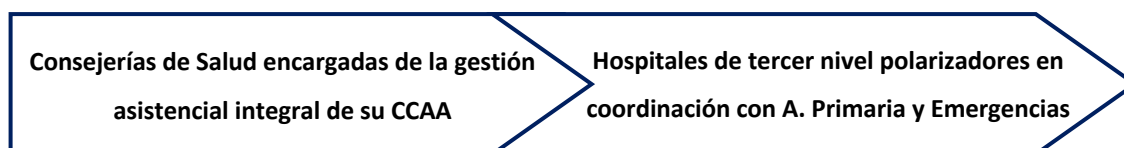
Ejemplos de intervención de las residencias:

- Se creó el equipo “Covid-19 residencias”, equipo multidisciplinar integrado por personal de Atención Primaria, Servicios Sociales y del hospital de referencia para formar, asesorar y ejecutar, en cada residencia, las medidas para implementar el doble circuito y tránsito.
- En muchas residencias se designaron enfermeras públicas, como supervisoras de cada centro, para garantizar el proceso de intervención sanitario de forma que la residencia funcionara como una planta del hospital.
- Equipos liderados por facultativos hospitalarios e integrados por un MAP, una enfermera de AP y un administrativo, encargados de formar en temas de aislamiento y seguimiento de la pandemia.
- Cribado de pruebas PCR tanto de residentes como de profesionales internos.
- Equipos de residencia integrados por geriatras, traumatólogos y enfermeras, visitando y supervisando todas las residencias.

1.10 Nuevas estructuras de coordinación internas y territoriales

En todas las CCAA se ha seguido una coordinación similar emanada de las directrices del decreto de alarma. Las Consejerías de Salud se han hecho cargo de organizar la asistencia sanitaria de la población. La red hospitalaria ha liderado el manejo del paciente hospitalizado y de urgencias, a la vez que desde Atención Primaria se ha llevado a cabo tanto una atención de apoyo a la especializada, como una labor de contención en los centros de salud.

Hay unanimidad en valorar que las diferentes Direcciones Generales territoriales desplazaron/delegaron las tomas de decisiones directamente a los Jefes de Servicio buscando rapidez e inmediatez. Similar proceso se ha repetido en los centros hospitalarios, donde se ha trabajado de forma transversal e interdisciplinar con gran éxito.



Ejemplos de coordinación, por CCAA:

- Coordinación continua por videoconferencias con direcciones médicas y enfermería de los territorios, buscando una resolución conjunta y operativa de los problemas.
- Consejería de Sanidad creó un gabinete para coordinar lo asistencial y lo económico, rompiendo estructuras rígidas, facilitó el teletrabajo y firma electrónica para documentos contables que se firmaban a mano. Medicina Preventiva desdobló en dos circuitos la atención de los pacientes (Covid / No Covid).
- Estructura de gestión conjunta con el 061, fomentando reuniones diarias por videoconferencia.
- Grupos de coordinación desde la consejería. Se creó un gabinete de crisis con los servicios hospitalarios más decisivos para dirigir la evolución. Coordinación continua entre el 061 y Atención Primaria para evitar colapsos en urgencias hospitalarias.

- Salud Pública de la Consejería creó un grupo de trabajo coordinado para que cada centro pudiera implementar las instrucciones de forma piramidal y organizada.
- Gerencia de Área con un acuerdo regional entre Política Familiar y de Salud, coordinando toda la asistencia sanitaria especializada y de Primaria para no colapsar las urgencias hospitalarias.
- La Consejería potenció el desarrollo de los sistemas informáticos que ya tenía, dotó de un teléfono 900 y creó una web para que la ciudadanía pudiera contactar rápidamente y canalizado a través de Atención Primaria.
- Potenciación de los centros de urgencias de Atención Primaria bajo los mismos protocolos territoriales y así distribuir los PCR y kits de tratamientos en coordinación hospitalaria. Conexión con hospitales comarcales para distribución de PCR. Centro coordinador único, a nivel territorial, gestionando todas las camas de críticos de la comunidad.
- La propia Consejería concentró todo el material disponible y se encargó de su distribución. Además, delegó en ciertos hospitales de tercer nivel la toma de muestras para los PCR.
- Plan de contingencia, previo al Covid-19, para poder desarrollar las medidas adoptadas por el ministerio.
- Los directivos impulsando los cambios que los profesionales sanitarios iban proponiendo.
- Hospitales que no atendían casos críticos de Covid-19 que, solicitados desde la Consejería para atender llamadas, reforzando la línea 900 con Enfermería de Primaria.
- Un gerente de Salud único por provincia. Potenciación de la atención al ciudadano (tfno. 900) por el equipo Covid-19. Alta coordinación entre A. Primaria y Emergencias Sanitarias con ambulancias de soporte vital básico para pacientes complejos. Reunión diaria con los servicios sociales para valorar las residencias sociosanitarias.

1.11 Coordinación con el sector privado / concertado asistencial

El decreto de alarma asignó a los hospitales de tercer nivel el uso del sector privado/concertado. Toda la red asistencial española se puso a disposición del ámbito público con un alto nivel de colaboración, manifestado por todos los entrevistados y destacando: la entrega, la generosidad y ayuda incondicional del sector privado.

A destacar que en algunos territorios el hospital de tercer nivel es de gestión concertada y en esos casos asumió la coordinación de su área sanitaria o zona de influencia.

La presencia de clínicas y hospitales privados y/o concertados es muy desigual territorialmente, encontrando desde provincias donde no hay ningún centro asistencial privado con camas (Soria), hasta altas concentraciones en términos municipales muy próximos entre sí en una misma provincia (Madrid).

También las dotaciones de estos centros privados son muy desiguales, unos no están preparados para atender pacientes críticos y otros tienen certificaciones de excelencia en distintos servicios sanitarios.

Como una gran parte de los profesionales sanitarios que trabajan en el sector público también lo hacen en la privada, facilitó todavía más la coordinación entre ambos estamentos.

En muchos casos y por necesidad asistencial se ha debido de contar con la infraestructura del sector privado, su equipamiento, sus propios recursos y con el trabajo de sus profesionales sanitarios.

Fundamentalmente, las tres grandes actuaciones que se han producido en esta colaboración son:

- Derivación a la red privada de pacientes No Covid-19, sobre todo para cirugías que no se podían demorar

- Recepción en la red pública de pacientes Covid-19 graves, por derivación desde la red privada cuando ésta estaba saturada
- Cesión de material y equipamiento de la red privada a la pública: equipos de protección individuales, monitores, respiradores, ...

Ejemplos de algunas estrategias llevadas a cabo en distintas CCAA:

- La estrategia territorial acordada fue que cada centro atendiera su propia demanda en el doble circuito y ante la carencia de camas de críticos del sector privado, intervención del hospital de referencia organizándolo todo como si fuera una unidad más del propio hospital.
- Derivación de pacientes lesionados medulares a una residencia privada del Hospital, con traslado a cargo de los Servicios de Emergencia para garantizar el aislamiento de dichos pacientes.
- La intervención de la red privada para atender casos leves de Covid-19, para evitar la saturación de las urgencias públicas.
- La red pública haciendo uso de quirófanos y UCIs del ámbito privado, para episodios urgentes de pacientes No Covid-19.
- Un hospital concertado con unidad de hospitalización a domicilio, en el periodo de hospitalización de residentes, desplazó a un equipo hasta la residencia para monitorizarles.
- La red pública acogió todos los Covid-19 graves de la región y la red privada los casos de menor gravedad. Ingresó, en un único hospital, a todos los pacientes ancianos positivos de Covid-19.
- La Consejería intervino los Centros Privados para que asumieran pacientes Covid-19, sobre todo pacientes inestables y con necesidades de oxígeno. Por otro lado, se utilizaron los quirófanos del sector privado para poder atender urgencias indemorables No Covid-19.

1.12 Respuesta y coordinación con proveedores para garantizar suministros

Ha sido uno de los puntos débiles de la gestión de esta pandemia. Se ha hablado mucho de la escasez de material, sobre todo de equipos de protección de los sanitarios en la primera fase de la pandemia (marzo).

Junto a esta escasez, también han podido fallar los protocolos de manejo de los equipos de protección individuales e idoneidad según circunstancias (excepto en Emergencias donde hay unos protocolos estrictos). Inicialmente hubo dudas sobre qué equipos utilizar tanto de inadecuación como de excesivo acopio por parte de algunos profesionales por temor a no disponer de suficientes.

Búsqueda de medidas alternativas cuando no se disponían de equipos, para poder proteger al profesional y al paciente.

Falta de equipamiento debido a la distorsión del mercado mundial que provocó la urgencia sanitaria. La alta dependencia del mercado chino, como gran proveedor mundial y la lentitud interna administrativa española del procedimiento legal tanto a nivel de compra como de reparto, provocaron el desabastecimiento de muchos hospitales en momentos críticos.

Paralelamente la sociedad civil se puso en marcha y comenzó a fabricar productos reconvirtiendo industrias con numerosas iniciativas privadas y con mucho talento ya bien para la impresión en 3D de pantallas y respiradores o la confección de batas, guantes, mascarillas que sirvieron para el abastecimiento y la resolución de necesidades.

En abril las compras ya se descentralizaron y cada CCAA dispuso en sus almacenes propios del material, equipamiento y medicación que requería la gestión de la pandemia.

Ejemplos de gestiones para el autoabastecimiento llevadas a cabo por las CCAA:

- Todo el equipamiento se centralizó a través de una compra única para Primaria, 061 y hospital. Solo las primeras semanas hubo escasez de equipos de protección. Destacan la importancia de la reconversión de algunas industrias para proveerles de batas reciclables.
- Gestión centralizada del material (mascarillas, equipos de protección individuales, soluciones hidroalcohólicas, ...) y desde ahí se distribuyó a hospitales y áreas sanitarias, paliando los fallos de suministro iniciales.
- En abril la Consejería ya contó con sus propios proveedores y las necesidades se relajaron. Se determinó un control de equipos de protección individuales según indicaciones del Ministerio y la CCAA, para que cada profesional tuviera lo necesario según las necesidades laborales.
- Las compras realizadas tardaron en llegar porque los propios vendedores las desviaron a otros países. Se coordinó y protocolizó con la unidad de Prevención para conocer tiempo de duración y cuándo y cómo usar los equipos
- La CCAA quedó totalmente desabastecida en los primeros días de marzo, no había equipos de protección individuales e incluso se hicieron artesanalmente con tejido de TNT (tejido no tejido). Los hospitales pertenecientes a grupos privados disponían de mayores reservas.

1.13 La importancia de la atención virtual a los pacientes

La atención virtual al paciente ya tenía una implantación en muchos de los territorios, aunque de forma desigual, pero la base tecnológica y el impulso de los proyectos estaban en marcha, de esta manera fue posible desarrollarlo muy rápidamente.

El Real Decreto de Alarma, prohibió las visitas a los familiares ingresados y, por otro lado, el confinamiento obligatorio de muchos de los profesionales sanitarios, han sido dos de los detonantes para que la atención virtual, tan necesaria en esta pandemia, se haya podido materializar de forma tan exitosa para los profesionales, familiares y pacientes.

La atención virtual al paciente se ha llevado a cabo siguiendo el doble circuito:

- No Covid: se ha potenciado la atención virtual de las consultas externas programadas. Se ha contactado con todos los pacientes con consultas y cirugías programadas para atenderlas o reprogramarlas en meses sucesivos.
- Covid: se ha habilitado un circuito para recibir y canalizar las llamadas de los casos sospechosos. A través de teléfonos 900, 061 y 112 se ha podido atender la ingente cantidad de llamadas de los ciudadanos.

Ha sido necesario reforzar con recursos humanos, la logística de los sistemas informáticos en ambos circuitos.

Los circuitos han sido atendidos tanto por profesionales de Primaria como de Emergencias y de la red hospitalaria. Profesionales sanitarios de grupos de riesgo han teletrabajado junto con otros profesionales sanitarios que han ejercido la teleasistencia desde los centros de salud. El apoyo del personal administrativo junto con el refuerzo de voluntarios en el cribaje de todas las consultas telefónicas, ha hecho posible la resolución de cientos de miles de llamadas atendidas en pocas semanas.

En esta gestión se multiplican los ejemplos de empresas privadas donando software, smartphone o tablets.

Ejemplos llevados a cabo por las CCAA:

- Gran parte de la actividad asistencial se suprimió y se derivó a consulta virtual donde ya existían herramientas, pero se aceleró el proceso para poder atender a toda la demanda. Tanto en Primaria como en la red hospitalaria se cribaron por video consulta y teléfono las llamadas de los ciudadanos, de acuerdo con el doble circuito.
- Profesionales sanitarios de grupos de riesgo junto a profesionales jubilados voluntarios teletrabajaron en los centros de atención telefónica, interpretando y tratando desde pruebas radiológicas a programas de atención en salud mental.
- Médicos y enfermeras llamando a diario, incluidos fines de semana, a pacientes sospechosos de Covid-19 (unas 50.000 personas) y cuando aparecían síntomas inequívocos se les dirigía al circuito rápido y específico.
- Consultas externas (por ejemplo, Reumatología) resueltas en su mayoría telefónicamente y en aquellos casos que no se podían solventar de esta forma, se citaba a los pacientes de forma presencial, lo cual ha permitido mantener las consultas sin demora.
- La mayor parte de las consultas externas programadas se han llevado a cabo telefónicamente o con vídeo llamada. Este proceso ha permitido comprobar la necesidad de mejorar la infraestructura del sistema, pero aun y así el éxito obtenido lo proyecta como algo a implantarse de forma generalizada, más allá de la pandemia.
- La Consejería facilitó la implantación de sistemas de conexión para facilitar el teletrabajo al personal de administración, técnicos e informáticos, para garantizar que departamentos como, por ejemplo, control de la actividad, facturación, ..., siguieran en marcha. También aquellos profesionales sanitarios de grupos de riesgo y de forma virtual, dieron soporte a las áreas asistenciales.

1.14 Medidas puestas en marcha para la comunicación: paciente Covid - familiares

Cuando se prohibió el acceso de familiares a los centros hospitalarios y residencias sociosanitarias, las CCAA y los servicios de Salud trabajaron en facilitar el contacto virtual entre el paciente y su familia, además de informarles de la evolución del ingresado. Esta actuación se ha considerado esencial dadas las medidas de aislamiento y el alto impacto que el Covid ha tenido en pacientes de estancias prolongadas y en aquellos que han fallecido sin la proximidad física de sus allegados.

Apoyo de psicólogos clínicos y voluntarios de los Colegios de Psicólogos a los familiares a través de llamadas / teleconferencias / videoconferencias, ...

Donaciones de la sociedad civil de tablets y móviles para facilitar la comunicación: paciente Covid – familiares.

En algunos casos, a los pacientes críticos en el final de su vida se permitió el acompañamiento de un familiar, 1h/día, con todas las medidas de protección necesarias.

Doble circuito de comunicación:

- **médico a familiares**
- **familiares a paciente**

Ejemplos llevados a cabo por las CCAA:

- La gestión telefónica de los profesionales sanitarios como informadores a los pacientes fue muy satisfactoria y llevo a cabo con personal sanitario de riesgo o que no tenía actividad debido a su especialidad, con el objeto de mitigar la soledad del paciente. Se dispuso tanto de móviles, como de tablets en las UCIs para realizar las conexiones con las familias. En situaciones de pacientes terminales o demenciados, se facilitó la entrada durante más tiempo a los familiares, manteniendo siempre las medidas necesarias seguridad, higiene y protección.
- Puesta en marcha un programa de tele rehabilitación online. Debido a la buena experiencia de los pacientes se está considerando como una medida nueva a implantar con carácter general.
- La comunicación paciente-familiares llevada a cabo por los fisioterapeutas que no podían desempeñar sus funciones y se ofrecieron voluntarios, pero también por enfermeras de salud mental y TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). Las tablets consideradas como un instrumento básico para ello.
- La comunicación paciente-familiares se ha vivido como una de las cosas más duras. La imposibilidad legal que los pacientes estuvieran acompañados por un familiar se ha resuelto, en algunas ocasiones, por acompañamientos restringidos y sobre todo por la comunicación virtual. El papel del voluntariado ha sido esencial también con el correo electrónico, imprimiendo o leyendo a los pacientes los correos que les enviaban sus familiares.
- Visitas prohibidas salvo urgencias pediátricas o personas que necesitaran cuidador, teniendo que potenciar la comunicación virtual y estableciendo horarios de información, por parte de los profesionales a los familiares.
- El papel de la enfermería fundamental en el proceso de comunicación y de acompañamiento hasta el último minuto de vida con el paciente. Se creó un grupo de duelo formado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, con un abordaje virtual para dar soporte a las familias. Otro tipo de comunicación que se estableció fue gracias a la colaboración con la universidad y el voluntariado

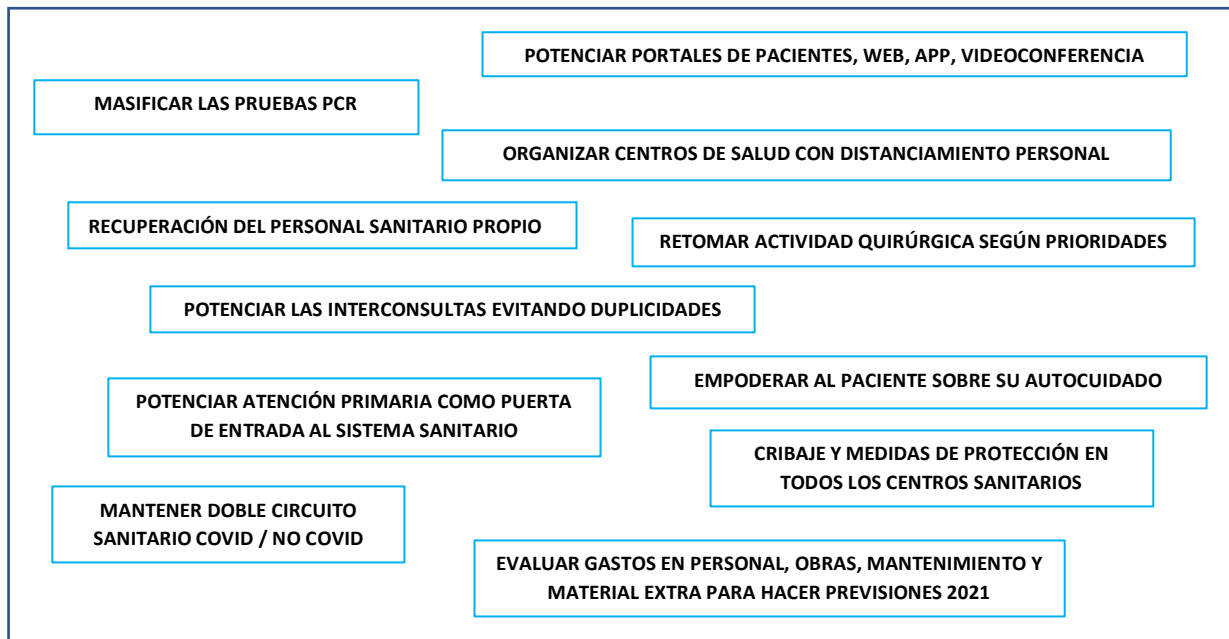
de los estudiantes de 6º medicina para realizar las llamadas paciente-familiares a través de dispositivos móviles.

- Amplia apuesta y desarrollo por la telemedicina, siendo los profesionales de grupos de riesgo los que asumieron el rol de informadores, comunicándose con familiares para actualizar el estado del paciente. Mucha aportación de la sociedad civil donando terminales telefónicos. Los profesionales sanitarios que teletrabajaban eran los encargados de realizar seguimiento online a los pacientes dados de alta directamente desde urgencias. El resultado de este proceso obtuvo un nivel de satisfacción muy alto, tanto por parte de los profesionales como de pacientes y familiares augurando que va a ser un proceso para potenciar y consolidar a corto / medio plazo. Enfermería apoyando los encuentros virtuales de paciente-familiares de forma diaria y escribiendo cartas de condolencia en una intervención muy humanizada de la medicina.

2.

PREVISIÓN DE FUTURO

2.1 La afectación de la pandemia a la demanda asistencial futura y pendiente



La palabra tan de moda actualmente como “desescalada”, va a ser un proceso complejo hasta que los hospitales sean completamente seguros para pacientes y profesionales. Pasado el momento agudo de la pandemia, los gestores sanitarios van analizando la situación y comprueban que mucha población crónica que tenía consulta o cirugía programada no quieren volver a los hospitales, tienen miedo de contagiarse en esos espacios. Se ha comprobado que hasta un 75% de pacientes programados para una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), aún prefieren esperar.

Por otro lado, han bajado mucho las listas de espera en consultas externas por la atención telefónica que se les ha venido realizando, pero aún no saben cómo resolverán el 100% de las mismas.

MEDIDAS IMPLANTADAS PARA LA GESTIÓN SANITARIA TRAS EL PICO DE LA PANDEMIA:

- Mantener el doble circuito: paciente Covid-19 / No Covid-19
- Limitar el número de pacientes y control de tiempos en las salas de espera
- Empoderar al paciente sobre la necesidad de su autocuidado y autoprotección
- Recuperar a los profesionales sanitarios para sus competencias concretas
- Hacer PCR a todos los sanitarios

PACIENTE COVID-19:

- Se van a mantener espacios para paciente Covid-19 con un circuito exclusivo, tanto en urgencias como en hospitalización. Además de unas unidades de seguimiento para pacientes post-Covid-19, una vez se están empezando a recibir pacientes ya dados de alta pero con secuelas pulmonares.
- Equipos formados por neumólogo + fisioterapeuta + MAP para hacer el seguimiento.

PACIENTE NO COVID-19:

- **CONSULTAS EXTERNAS:** La actividad asistencial programada ha sido desigualmente atendida por territorios, en función del grado de afectación de la pandemia. En todos los casos, ha habido mucha atención online y cierta consulta presencial cuando así lo requería la situación. Ahora se está en la fase de mantener la atención virtual que se ha realizado durante estos meses y viendo los resultados obtenidos, potenciarla.
- **ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:** Salvo urgencias inaplazables, la actividad quirúrgica sí que ha sufrido un parón generalizado. Actualmente, ya se están realizando algunas intervenciones por laparoscopia y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) programadas, por ejemplo, cirugías oftalmológicas.

Ejemplos territoriales de recuperación de la agenda asistencial:

- En este tiempo se ha atendido un 60% de las consultas externas programadas. El proceso de recuperación de la agenda pasa por reprogramar primero a los no resueltos telefónicamente. Cada servicio trabaja con sus propios pacientes, definiendo criterios de priorización.
- Desde mediados de mayo la agenda es prácticamente normal, no solo ya se opera lo urgente sino algunas otras demandas, incluso se interviene a pacientes programados por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Todos los pacientes ya se están reprogramando con una buena coordinación entre Atención Primaria y atención hospitalaria para determinar prioridades y valorar quién debe ver a cada paciente. En este sentido, se están creando consultas virtuales entre el médico hospitalario y el de Atención Primaria.
- El paciente ha tenido miedo al contagio y las visitas a urgencias han bajado de forma importante y de aquellos que acuden son por intervenciones de casos graves y agudos. Aun así, desde mediados de mayo, ya se ha reprogramado al 40% de los pacientes pendientes y se sigue manteniendo la atención virtual en los casos menos graves. Se están regularizando también los hospitales de día, con el objetivo que a final de mes la recuperación esté bastante normalizada.
- Se pretende potenciar, de forma importante, tanto la consulta no presencial como la interconsulta Hospitalaria-Primaria. Por otro lado, se está trabajando tanto en retomar los procesos no atendidos en este periodo, como en instaurar programas que potencien la Carpeta de Salud y empoderen al paciente para que él mismo se controle ciertos parámetros, como: tensión, saturación, peso, talla... y los comunique telefónicamente.

2.2 El gasto presupuestario en 2020 e hipotéticas previsiones para 2021

La gestión de la pandemia del Covid-19 ha conllevado un exceso importante del gasto, que junto a haber sido menor la actividad asistencial disparará el coste unitario por paciente. Mayoritariamente, se ha hecho un esfuerzo muy importante por cubrir los múltiples gastos extraordinarios. El sistema sanitario, al igual que otros sectores económicos del país, con esta grave afectación sanitaria, social y económica desconoce cómo será su reconstrucción y la afectación en los presupuestos nacionales.

Directivos y gestores hablan de que todavía es pronto para plantearse los presupuestos de 2021. Hay una alta expectación sobre lo que resuelvan el Ministerio de Sanidad y la Unión Europea de cara a posibles inyecciones de capital.

Gastos en:

- material: batas, mascarillas, equipos de protección, respiradores, ...
- medicamentos: medicación específica para el Covid-19, PRC, test serológicos, ...
- personal: nuevas contrataciones, ampliaciones de horarios, ...
- mantenimiento y adecuación de los hospitales con una ocupación máxima
- obras nuevas: ampliaciones, quirófanos, salas de hospitalización, ...

Ejemplos territoriales del gasto presupuestario en 2020 y previsión 2021:

- Aún es pronto para hablar de nuevos presupuestos, se están empezando las primeras reuniones. No ha habido limitación en el gasto que se ha tenido que acometer, pero se prevé un recorte presupuestario para el año próximo como en el resto de las regiones.
- Con la crisis se ha gastado mucho en equipos de protección, PCR y test. Se espera que la situación presupuestaria que sobrevenga va a ser menor, de forma que habrá que eliminar mucha asistencia banal e innecesaria y generar más valor añadido.
- Aunque todavía es muy, pero se espera poder adaptarse a las nuevas necesidades, por ejemplo, con la implantación de la teleasistencia se espera poder reducir consultas innecesarias.
- Todo está aún en revisión y todavía no se puede hablar de presupuestos para 2021, pero se tiene claro que el gasto en 2020 se va a disparar, sobre todo porque se ha gastado mucho en material y en nuevas contrataciones. Además, el crecimiento exponencial en las áreas de hospitalización y de críticos, junto a muchas reformas estructurales todo ello con alto impacto económico.
- Fuerte inversión en material, gasto en personal, mantenimiento de hospitales, etc. Esta crisis se califica no solo como sanitaria sino como socioeconómica, donde todo el mundo está apostando para afrontarla. Al tener presupuestos limitados, se habla de la necesidad de 'reinventarse' con reuniones Primaria-Hospital, para reorganizarse y poder afrontar las agendas asistenciales.
- El porcentaje invertido en material ya es superior a lo que han supuesto las 600 contrataciones que se han llevado a cabo en todo el territorio. De cara a terminar el año se está a la espera de las posibles inyecciones presupuestarias por parte del Ministerio. Para 2021 se necesita mayor previsión en almacenaje de material para evitar desabastecimientos e importantes subidas en los precios.

2.3 Principales necesidades para la recuperación a corto plazo del sistema asistencial

Unanimidad, entre los entrevistados, en la valoración de como el sistema sanitario ha reaccionado de manera ejemplar para afrontar la demanda asistencial, pero también en que el aprovisionamiento de material puso en jaque al sistema en las primeras semanas de la pandemia. Para ello se considera esencial hacer un correcto aprovisionamiento de material de cara a un posible rebrote. En esa línea se habla de la importancia de contar con proveedores nacionales de calidad.

Por otro lado, se habla de la necesidad de estudiar, indicadores y parámetros, en que se ha movido cada centro sanitario: número de pacientes, material, personal sanitario, ..., para poder establecer indicadores sanitarios que ayuden a plantear previsiones de futuro.

AGENDA SANITARIA:

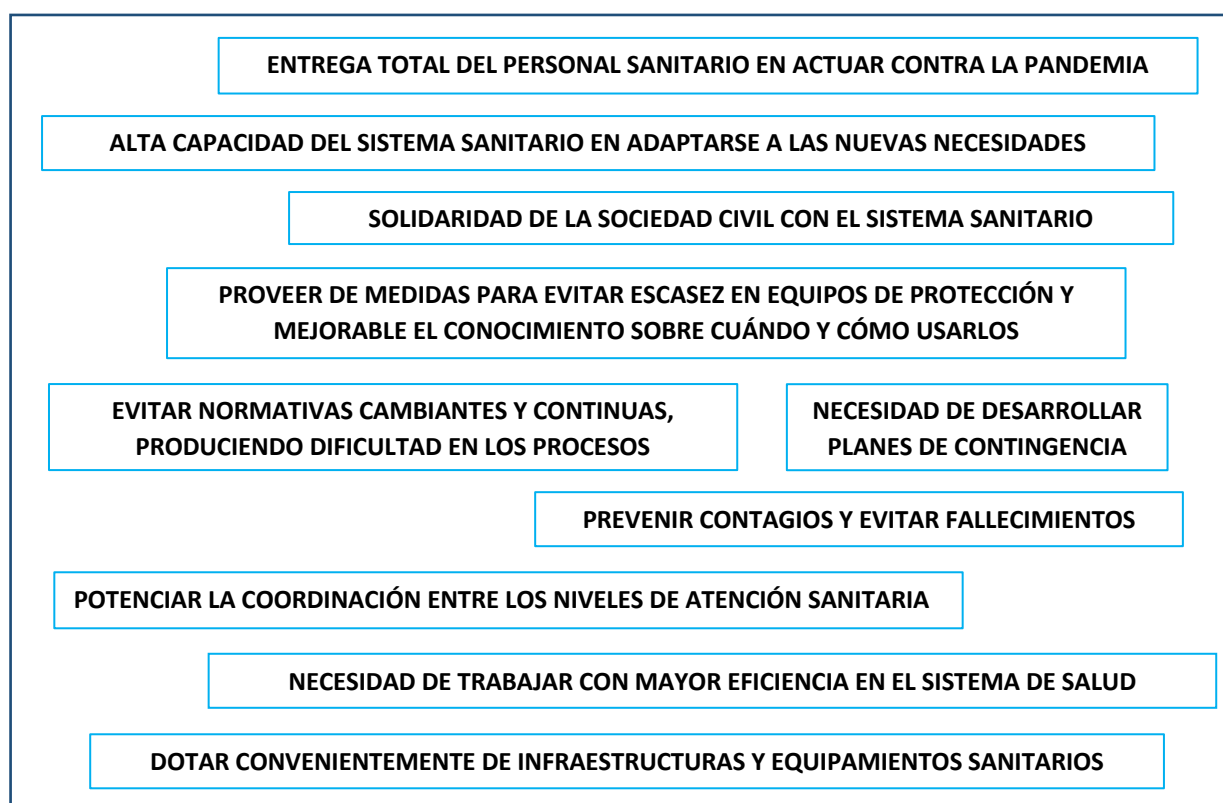
Reorganización integral. Por un lado, ya se habla de hacer pedagogía con los pacientes para evitar visitas banales a los centros de salud. Potenciar los portales del paciente, web y App que ya estaban en marcha y que con la pandemia se han desarrollado extraordinariamente. Potenciar las interconsultas Primaria-Especializada de forma virtual evitando duplicidades de visitas. Potenciar Primaria como puerta de entrada y limitar el acceso a las consultas especializadas, de forma que los pacientes crónicos, sin episodios agudos, se puedan atender más en Primaria. Evitar concentraciones en los centros de salud, modificar las agendas y combinar horas de consulta presencial con tiempos de atención telefónica. Retomar la actividad quirúrgica pospuesta con el cribaje necesario. Implantar el doble circuito Covid / No Covid en todas las instalaciones sanitarias, incluidas salas de espera. Proveer de material para desinfección en las entradas y cribaje de acceso. Mantener un porcentaje importante de camas para críticos.

RRHH:

Los profesionales del sistema tienen que volver a sus puestos previos, conjugando sus permisos de vacaciones, teniendo en cuenta posibles rebrotes y, además, valorar la incorporación o no del personal de contratación extraordinaria. Dimensionar correctamente los circuitos Covid.

3.

CAMBIOS QUE DEBERÍAN CONSOLIDARSE O INCORPORARSE A LA ASISTENCIA SANITARIA



3.1 Lo que MEJOR ha funcionado en la respuesta a la pandemia

- Respuesta unánime de todos los entrevistados sobre lo que mejor ha funcionado en la pandemia: los profesionales
- Destacando la entrega de los médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, conductores, administrativos, voluntarios, ...
- La alta calidad profesional y el que todos se hayan puesto a disposición de la dirección en un proyecto común, ha hecho posible afrontar la pandemia como un conjunto
- Capacidad de adaptación rápida de la administración sanitaria a las necesidades cambiantes y continuas que iban surgiendo, protegiendo la seguridad del paciente y del profesional
- El papel de la sociedad civil con donaciones tanto de material: batas, mascarillas, dispositivos electrónicos, material quirúrgico, ..., como de comida para los profesionales, alojamiento, transporte o aportaciones económicas, además del apoyo manifestado a través de agradecimientos continuos y de la red nacional de aplausos

- El apoyo de cientos de empresas reconvirtiendo sus producciones para poder abastecer las necesidades sanitarias (Epis, respiradores, batas)
- La colaboración de empresas del sector farmacéutico (medicamentos y productos sanitarios) para ayudar al abastecimiento con sus stocks y su red de contactos

Ejemplos territoriales de lo que MEJOR ha funcionado en respuesta a la pandemia:

- Preparar un plan de contingencia a finales de febrero tras ver lo que sucedía en Madrid y contar con la experiencia de dicha comunidad. Montar unidades de intensivos garantizando la atención en condiciones adecuadas y en tiempo récord.
- La implicación de todas las personas, su voluntariedad, reducir la tensión, absoluta disponibilidad, horas de trabajo, cambios de puesto de trabajo y alta profesionalidad de los equipos.
- Creación de equipos multidisciplinares en las áreas de hospitalización. Atención telefónica generalizada. Rapidez en las pruebas PCR a todos los sanitarios. Protección del personal No Covid-19.
- Telemedicina generalizada y con Atención Primaria reforzada para evitar colapsar urgencias. Alta capacidad de reacción de los profesionales. Creación de comité de críticos muy bien cohesionado (internistas, enfermería, anestesistas)
- Acceso remoto a la historia clínica del paciente para poder hacer seguimiento y atención virtual. Creación de la infraestructura de servidores que permitió que el sistema soportara hasta 500 especialistas accediendo a la vez, con dispositivos móviles. El buen funcionamiento de las consultas colaborativas (interconsulta) potenciando el trabajo desde Primaria.
- El papel de la atención primaria frenando urgencias. Profesionales cambiando de rol con total disponibilidad. Alta coordinación interhospitalaria con Primaria y con Emergencias. La coordinación en general entre todos los distintos profesionales.
- Los profesionales asumieron el trabajo telemático con total solvencia y se potenció el soporte informático para poder hacer videoconferencias con el paciente, a través del móvil. Acuerdo con las farmacias de calle para que proporcionaran la medicación

de dispensación hospitalaria y evitar desplazamientos del paciente al hospital. Buena coordinación con el servicio de riesgos laborales de toda la comunidad.

- Creación de comités de dirección hospitalarios para la toma de decisiones consensuadas. Creación de comités clínicos compartiendo información e implementando acciones concretas. Formación desde enfermería sobre cómo manipular un respirador.
- Universalización de la vídeo consulta en Atención Primaria, en todos los centros de salud, para poder hacer frente a las necesidades territoriales debido a su gran dispersión geográfica.
- Establecer un sistema de información para facilitar la toma de decisiones y la fluidez de la comunicación. Conseguir que las UCIs no se infectaran. Atender al sector sociosanitario sin hacer traslados. Creación de un circuito de pruebas PCR tanto a domicilio como en auto y coordinado por microbiología.
- Fuerte apuesta por reforzar la Atención Primaria con un doble circuito de atención telefónica y domiciliaria para evitar el colapso de las urgencias hospitalarias.
- Control de acceso hospitalario (temperatura/gel/mascarilla). Salas de espera con distanciamiento personal. Reorganización de las agendas de consultas con citas mucho más espaciadas en el tiempo y compatibilizándolas con telemedicina. Flexibilidad arquitectónica de los hospitales nuevos para poder crecer según las necesidades. Potenciar el autocuidado del paciente crónico con el apoyo de enfermería. Reforzar la unidad de referencia del coronavirus para trabajar en la prevención y en la formación.
- La colaboración entre hospitales de la región trabajando coordinadamente y el doblaje de los circuitos. Conseguir mantener aislado y con pleno funcionamiento el Hospital Nacional sin paralizar su actividad interna.
- El excelente trabajo del servicio de prevención de riesgos laborales para poder en marcha todas las medidas. El reparto de la medicación de pacientes crónicos directamente a sus domicilios. El desarrollo del laboratorio de microbiología para realizar pruebas PCR.

3.2 Lo que PEOR ha funcionado en la respuesta a la pandemia

Los entrevistados están aún inmersos en la gestión de la pandemia, pero son conscientes de los procesos menos acertados puestos en marcha, así como de las carencias del sistema de salud para afrontar una crisis de esta magnitud que ha puesto en jaque y con máxima presión al sistema sanitario.

Se asume que el sistema sanitario es una pieza más, dentro de un sistema integral, donde todas las decisiones que se han de tomar exceden en muchos casos el ámbito estrictamente sanitario y en ese sentido están abiertos a un debate de cómo mejorar las actuaciones llevadas a cabo.

- El primer hándicap que se han encontrado ha sido la falta de planes de contingencia que dieran respuesta rápida, ágil y coordinada a una pandemia de este tipo.
- La escasez de equipos de protección, así como de todo el material necesario, agravado por una alta dependencia del mercado exterior y un insuficiente volumen de almacenaje español, es otro de los puntos débiles.
- Una información continuamente cambiante y a veces contradictoria entre la política, la medicina preventiva y los propios intereses regionales, con la puesta en marcha de acciones que rápidamente quedaban obsoletas.
- El elevado número de pacientes fallecidos (muchos de ellos en residencias sociales), además, de los miles de casos de profesionales sanitarios infectados por la escasez, por un mal uso de equipos de protección o inadecuadas medidas de aislamiento, han supuesto un duro golpe.

Ejemplos territoriales de lo que PEOR ha funcionado en respuesta a la pandemia:

- La gestión de recursos ha sido de una gran dificultad, buscar personal donde no lo había y formarlos, para cubrir el gran número de bajas producidas. Al no disponer de reactivos y equipos, los microbiólogos han trabajado 24h. Carencia al principio de la pandemia de equipos de protección individuales.

- Difícil la organización de miles de profesionales en un proceso único. Desatención a gran parte de la población No Covid. Ha faltado saber combinar tecnologías, inteligencia artificial, big-data, ..., para hacer una mejor previsión.
- Lo peor fue no haber tenido un aprovisionamiento local, no poder disponer de respiradores de forma inmediata y la alta dependencia del mercado externo para el acopio del material necesario.
- Disponer de menos efectivos en Atención Primaria (médicos y enfermeras) de los que hacían falta, para atender las necesidades de las residencias sociales.
- Falló la coordinación, el cómo hacerlo, ya que no todas las zonas de Primaria tenían la misma afectación y agobio, pues en otras no había tantos casos y no se entendieron las medidas adoptadas. Faltaron unos planes de contingencia más adaptados a la realidad.
- La falta de una mayor integración del área sociosanitaria con el área de Salud, para una mejor vigilancia de las residencias de mayores a través de Primaria.
- Medicina preventiva y prevención de riesgos laborales no estuvieron suficientemente coordinados y dieron información contradictoria. Dificultad en coordinar grandes equipos y, además, las contrataciones extraordinarias.
- Dada la baja incidencia del Covid-19, lo peor fue mantener a la mitad del sistema sanitario inactivo por el Decreto y no poder realizar intervenciones No Covid, cuando cirujanos, unidades de reanimación y cuidados críticos de adultos o unidades de recuperación posanestésica, estaban paradas.
- La falta de provisión y tecnología, con excesiva dependencia del exterior y proveedores negociando de manera mezquina, “buscando al mejor postor”
- El alto fallecimiento en residencias sociales, el no poder hacer duelo y cerrar el acompañamiento de los familiares a los pacientes.
- La falta de planes de prevención, no cerrar antes los flujos geográficos y que ello afectará a los profesionales sanitarios que tuvieron que enfrentarse en la primera línea de acción y desprotegidos durante los primeros días.

- Muchos profesionales infectados, plantillas justas, multiplicando los turnos, rotando, agotados. La logística dependiente del exterior y el no haber podido actuar de forma territorial según las necesidades propias.
- Posiblemente Atención Primaria fue lenta en las primeras semanas destinando pocos recursos para el cuidado domiciliario y el control del paciente Covid-19 no se consiguió hasta mediados de abril.

3.3 Cambios realizados que deben consolidarse

Analizando la gestión llevada a cabo y los principales problemas a los que se ha tenido que enfrentar el sistema sanitario, se habla mucho de la necesidad de seguir trabajando en las distintas líneas emprendidas:

- Trabajar coordinadamente entre los tres niveles asistenciales: Primaria, Emergencias y Medicina especializada hospitalaria, para poder hacer una medicina preventiva común y compartiendo en red las historias clínicas informatizadas
- Incrementar la coordinación de los distintos territorios, facilitando planes de contingencia comunes, proyectos informáticos, aplicaciones telemáticas, ..., para la atención al paciente
- Mantenimiento del doble circuito Covid / No Covid para atender todas las necesidades con la protección y aislamiento necesarios
- Consolidación de los hospitales de tercer nivel como ejes vertebradores para la asistencia a pacientes críticos
- Fomentar el trabajo de equipos multidisciplinares para dar respuestas integrales a las necesidades
- Potenciación de la Atención Primaria en la contención de las urgencias y atención al paciente No Covid
- Incrementar el servicio domiciliario de salud
- Implantación generalizada de los servicios de telemedicina, combinada con la medicina presencial según las necesidades
- Potenciar el teletrabajo, tanto asistencial como administrativo, en cuanto a agilizar procesos y proteger a los profesionales de potenciales riesgos
- Acelerar procesos administrativos en los sistemas de compras: asegurar el aprovisionamiento de material necesario (equipos de protección individuales, PCR, test serológicos, ...)
- Seguir haciendo pruebas masivas de PCR para llegar a tener toda la población analizada
- Intervenir en las residencias sociales para implementar planes sanitarios

Ejemplos territoriales de los cambios territoriales que deben consolidarse:

- Mantener el doble circuito: limpio / sucio. Garantizar la protección de los profesionales ante el Covid-19. Potenciar la interacción entre servicios. Seguir mejorando la ficha electrónica y mejorar la bidireccionalidad entre Primaria-Hospital.
- Potenciar la Atención Primaria como puerta de entrada del paciente al sistema de salud y como seguimiento del paciente post Covid-19. Potenciar la interconsulta no presencial a través de la atención virtual.
- Mayor inversión en la historia clínica electrónica y en todo el soporte informático que permita acceder tanto a los historiales clínicos como ser un canal de comunicación, intercambio de opiniones y formación entre profesionales sanitarios.
- Trabajar en políticas de prevención y estandarizar del uso de equipos de protección individuales. Seguir dotando de mayor autonomía a la enfermería, en relación con el médico, para agilizar visitas y diagnósticos.
- Fomentar la proactividad del sistema con planes de contingencia. Proyectos de trazabilidad para poder identificar rápidamente posibles casos sospechosos, organizar cuarentenas y demás necesidades de atención.
- Dotar de más herramientas a Primaria para potenciar la consulta virtual. Potenciar la pedagogía sanitaria con la población para que sepan dónde ir, según la necesidad. Protocolizar materiales a usar y procedimiento para cada fase del Covid-19.
- Fomentar la coordinación entre distintos servicios (anestesistas con intensivistas o neumólogos). Unidad de Reanimación y Cuidados críticos de Adultos (REA) y UCI han trabajado juntos y deben seguir así. Poder montar/desmontar un hospital de forma rápida.
- Mayor coordinación entre unidades durmientes (unidades de semicríticos) que puedan dar respuesta rápida en una situación de pandemia y puedan pasar a unidades de críticos o unidades de convalecencia convertibles.
- Seguir potenciando la atención virtual del paciente no crítico para que pueda ser atendido en su domicilio.

3.4 Lo que aún debe implementarse en el sistema asistencial

Eficiencia en el sistema de salud. Coordinación entre niveles de atención. Dotación de infraestructuras y equipamiento.

- **Atención Primaria:** reformar y fortalecer con recursos profesionales bien formados y con sistemas de trabajo que permitan tanto la consulta virtual con el paciente, como una interrelación estrecha con el nivel especializado para derivación e interconsulta. Atención sanitaria domiciliaria que permita tanto el diagnóstico como hacer pruebas y el seguimiento de pacientes frágiles. Realizar las pruebas de PCR para diagnosticar casos confirmados.
- **Hospitales:** creación de unidades funcionales Covid que den una respuesta integral a la pandemia y que estén formadas por hematólogos, internistas, microbiólogos, ..., más allá del equipo Covid (médico + enfermera) de intervención en críticos. Facilitar la recogida de medicamentos de dispensación hospitalaria con enlaces en farmacias de calle y así evitarle al paciente el ir al hospital a recogerlos.
- **Emergencias sanitarias:** dotarlas de centralitas más resolutivas y de doble sistema de llamada para evitar el colapso o bloqueo.
- **Modificación de Infraestructuras sanitarias:** establecer el doble circuito Covid / No Covid en todos los espacios sanitarios con sistemas de cribaje, eficaces y eficientes, en las entradas. Salas de espera con espacios que permitan un distanciamiento.
- **Modificación de agendas sanitarias:** citas médicas más distanciadas en horarios, para evitar aglomeraciones en las salas de espera.
- **Coordinación entre los distintos niveles sanitarios:** evitar duplicidades en las visitas de los pacientes y establecer planes de actuación ante las crisis, definiéndose qué roles debe tener cada profesional en cada momento.
- **Pruebas PRC y test serológicos:** crear un circuito unificado para llevarlo a cabo tanto presencialmente, como en tomas domiciliarias o circuitos con el coche, para que toda la población esté controlada.

- **Implantación altamente informatizada de todo el sistema:** lograr que todos los niveles tengan acceso a la historia clínica del paciente, posibilitar la derivación electrónica, interconsulta virtual y acceso a la receta electrónica común.
- **Material:** disponer de todo el equipamiento necesario en un almacén centralizado que resuelva todas las necesidades.

Ejemplos territoriales de lo que aún debe implementarse en el sistema asistencial:

- Herramientas que se han empezado a utilizar como la teleconsulta y el teletrabajo, deben implementarse de forma más estructurada y generalizada.
- Desarrollar un plan de emergencia estructurado y coordinado para toda la región.
- Evitar duplicidades del sistema y no realizar las pruebas PCR en distintos niveles. Implantar un cribaje claro y ágil para una derivación más temprana y al nivel que corresponda. Crear unidades funcionales integrales para Covid.
- Reorganizar los turnos de trabajo en horarios de mayor afluencia del paciente, de una manera más flexible y compatibilizarlo con la atención telefónica.
- Conseguir que toda derivación desde Primaria al Especialista, el paciente sea visitado de forma prácticamente inmediata. Cambiar pautas de trabajo potenciando la interconsulta y que el paciente solo acuda al sistema sanitario en casos necesarios.
- Fortalecer la Atención Primaria con recursos, objetivos y compromisos. Agendas más espaciadas, salas de espera y espacios externos sanitarios bien acondicionados para permitir el distanciamiento personal.
- Inversión en infraestructuras, las centralitas de emergencia no pueden fallar y algunas están obsoletas, por lo que se deben compaginar con sistemas alternativos de comunicaciones.
- Poder movilizar recursos si vuelve la pandemia, tener reservas de material y no depender del mercado externo.
- Masificar las pruebas de test serológicos y de PCR a la población. Trabajar en planes de contingencia coordinados ante alertas sanitarias, potenciando la eficiencia de los resultados. Dotar de más capacidad a las UCIs en número y en recursos.

3.5 Algunos casos de buenas prácticas en aspectos relevantes del sistema asistencial

En muy poco tiempo han tenido que tomarse medidas prácticas e inmediatas para atender la fuerte demanda asistencial que ha provocado la pandemia, además de garantizar la protección de los pacientes (internalizados o no) y la de los profesionales sanitarios. En ese sentido, se recogen algunos ejemplos de buenas prácticas surgidos durante la pandemia y también otros proyectos que tenían cierta implantación previa, pero que la necesidad los ha generalizado. Son muchos los entrevistados que quieren ver el lado positivo de esta crisis en cuanto a que al poner el sistema ‘patas arriba’, como lo han definido muchos de los sanitarios, se ha visto la oportunidad de reestructurar, modificar o adoptar nuevas medidas para ser más eficientes y eficaces.

- La telemedicina y las redes sociales han tenido infinidad de ejemplos implantados con buen resultado, tanto en el área Hospitalaria, como la Atención Primaria y las Emergencias. Es una tecnología que debe consolidarse porque ha cambiado la relación médico-paciente con un paradigma más eficiente.
- La intervención sanitaria en los domicilios y en las residencias sociales es otro de los claros ejemplos de necesidades que se han resuelto con equipos móviles con una alta autonomía y operatividad.
- Tramitaciones como bajas laborales, solicitud de Incapacidad Temporal (IT) o bien la renovación de prescripciones farmacológicas, resueltas telemáticamente facilitando al paciente sus gestiones y a los facultativos ahorro de tiempo.

Ejemplos territoriales de algunas de las “best practices”:

- Soporte informático para diferentes modalidades de teleasistencia:
 - Software para teleasistencia, a través de una plataforma, ha sido una intervención satisfactoria y se quiere implantar de forma estable.

- Programa de rehabilitación online. Primeros resultados satisfactorios y se quiere profesionalizar más.
- Medicación hospitalaria para pacientes crónicos:
 - Fármacos de dispensación hospitalaria derivados a farmacias de calle para acercarlos al domicilio del paciente, evitando así accesos innecesarios a los centros hospitalarios. En colaboración con el Colegio de farmacéuticos.
 - Proporcionar tres meses de tratamiento hospitalario a pacientes crónicos, en lugar del mes habitual.
- Atención Sanitaria 24 horas:
 - Centros de urgencia de atención primaria en estrecha coordinación con el hospital de referencia. Además de la atención 24h, evaluación de pacientes o hacer PCR. También prescripción farmacológica, renovación de planes de medicación o tramitación de incapacidad temporal.
- Asistencia Sanitaria virtual:
 - Programa de telerehabilitación, servicio personalizado de Fisioterapia online, con una alta satisfacción por parte de los ciudadanos.
 - Carpeta Salud telemática que permite comunicación con el paciente a través de una App, solucionando muchas demandas asistenciales.
 - Programa de teledermatología y otras consultas virtuales, para gestionar las revisiones asistenciales.
 - Creación de una App, para teletrabajar y con acceso a la historia clínica para atender pacientes.
 - Desarrollo de una App, a raíz de la pandemia, que posibilita el contacto médico-paciente vía móvil, pudiéndose enviar fotos para analizar dudas.
- Unidad de Hospitalización a domicilio:

- Proyecto pionero para que el paciente internalizado haga la hospitalización en su domicilio y el equipo del hospital se desplace a visitarle a su propio domicilio
 - También se creó una unidad de hospitalización a domicilio de geriatría con intervención en las residencias sociales.
- Soporte emocional:
 - Consolidar un soporte emocional para el final de la vida, ante protocolos tan estrictos sobre el acompañamiento, apoyar en el sufrimiento de las familias y trabajar para que las personas no murieran solas.
- Zona verde:
 - Creación de Zona Verde con internistas, neumólogos, neurólogos, psicólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, nutricionistas, ..., para recuperar cuanto antes a los pacientes y enviarlos a casa.
- Mensajería instantánea en consultas externas:
 - Envío de SMS para avisar a los pacientes de la suspensión o la reprogramación de consultas programadas.
- Medidas para prevenir contagios entre profesionales:
 - Supresión del control digital de acceso del personal sanitario a los centros hospitalarios, para pasar a uno manual para evitar contagios.

4.

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

4.1 El papel de la Industria Farmacéutica (IF) durante la crisis del Covid-19

La colaboración desinteresada de algunos laboratorios ha sido importante y se ha agradecido profundamente. En otros casos, han llamado para interesarse por la situación y para ofrecer apoyo. Algunos profesionales sanitarios valoran la menor intervención y presencia de la Industria Farmacéutica (IF) en este periodo, entendiendo que su papel era no distraer la dedicación prácticamente exclusiva de los profesionales y gerentes a la resolución de la crisis.

El decreto de alarma prohibió las visitas del personal no sanitario a los centros de salud y en ese sentido, la IF solo ha podido relacionarse con los sanitarios de manera telefónica o virtual. La valoración de su presencia, durante la pandemia y más allá de la pandemia, requiere una reflexión más sosegada y profunda, según refieren muchos entrevistados. En todo caso, se presume que la IF haya tenido más relación directa con los servicios de farmacia hospitalaria que con los clínicos durante el periodo de pandemia.

Ejemplos de las acciones llevadas a cabo por laboratorios en algunos de los territorios:

- Donación de material sanitario no propio de la IF, pero que lo han facilitado: respiradores, monitores para UCIs, mascarillas, ...
- Ofrecimiento de ensayos clínicos y soluciones tecnológicas en el campo de la innovación
- Colaboración con suministros, tecnología, software, cámaras web, tablets para poder realizar consultas online, ...
- Facilitar los reactivos necesarios para poder realizar PCR
- Eliminar procedimientos administrativos lentos (en procesos de compra)
- Suministro de medicación de hospitales de día oncológicos o cesión de personal propio para hacer tratamientos oncológicos a domicilio

4.2 Claves para garantizar el suministro de medicamentos frente un potencial rebrote

La crisis de la pandemia lo que ha puesto de manifiesto es la necesidad de tener un stock importante tanto de medicamentos como de material sanitario. Son muchas las voces de los sanitarios que hablan de recuperar la localización próxima de muchas empresas farmacéuticas, que garanticen el suministro y más en medicamentos de escaso precio, pero de alto impacto sanitario.

Los entrevistados hablan de la importancia de que el sistema público de salud lleve a cabo un plan de contingencia y pacte con los suministradores de las medicaciones básicas. Por un lado, para asegurar una buena previsión y, por otro lado, para evitar su encarecimiento por la escasez. En ese sentido se ponen como ejemplo el incremento de precio de los PCR en pocos días, desde 5-8€/unidad hasta llegar a costar unos 50€.

Manifiestan que se ha trabajado en una situación de tensión por el temor, sobre todo, de no disponer del aprovisionamiento necesario para los pacientes intubados. Una tensión que afortunadamente no se ha visto desbordada y que al final se ha podido disponer del abastecimiento requerido. Han sufrido no tanto por carecer de medicamentos de innovación, sino en garantizar determinados anestésicos, curarizantes, medicación para el final de la vida, altamente comercializados y muchas veces de bajo valor económico pero los más utilizados en las UCIs.

Son muchos los entrevistados que entienden que la pandemia ha producido la saturación del mercado internacional, pero que aun así los laboratorios han trabajado para que la cadena no se colapsara, aumentando la producción y, por otro lado, facilitando la gestión administrativa habitual “primero nos daban los fármacos y luego se hacía el papeleo”.

4.3 El futuro de los representantes farmacéuticos

- La visita tradicional del delegado farmacéutico a los médicos prescriptores lleva tiempo cuestionándose. Por un lado, se valora tanto la información medicamentosa que aportan, como el apoyo que ofrecen para facilitar la formación de los profesionales, pero también se cuestiona el tiempo que se invierte en esa relación frecuente, los encuentros incómodos en los pasillos y, en ocasiones, la falta de contenido de las visitas por carecer de novedades
- EL PAPEL DEL DELEGADO: Al tener actualmente restringidas las visitas por la pandemia se vislumbra una oportunidad para reorientar la relación con esa figura (el delegado) que ha podido quedar algo obsoleta. La promoción de sus productos y divulgación de novedades, siempre que tenga interés, tendrá que ser a distancia – online-, pero más allá de eso, vehicular nuevas formas de relacionarse con el laboratorio a través del delegado. Y determinar los interlocutores por ambas partes, quién representa al laboratorio y quién representa al hospital o centro de salud.
 - Citas planificadas con temas previamente solicitados y acordados.
 - Trabajar sobre todo el conjunto de transacciones que se tiene con un laboratorio, no solo una línea de productos o un fármaco que lleve un único delegado, llegar a establecer sinergias en formación y en investigación.
- LA FORMACIÓN: Se habla mucho de la necesidad formativa continua del profesional sanitario y que la Administración hace una mínima inversión en ese campo, de forma que la IF cubre un espacio ofreciendo su apoyo. Si se sigue pensando en la IF como facilitador de la formación en la sanidad, ésta tiene que reinventarse.
 - Formación no solo al médico, sino también al resto de profesionales sanitarios (enfermería, farmacia, fisios, etc)
 - Potenciar mucho más de lo que se hace ahora la formación online (talleres, advisory, etc)

4.4 Futuro de la relación del profesional sanitario y la Industria Farmacéutica tras la crisis del Covid-19

Se vislumbra un momento propicio para reconducir la relación entre la industria farmacéutica y el sector asistencial. Más allá de ser proveedores de fármacos y productos sanitarios o ayudar en la formación y en la investigación, se habla de la oportunidad para hacer un papel de soporte, de acompañamiento, de facilitar herramientas de formación y de conocimiento, siendo además proactivos. Las relaciones virtuales vienen a apoyar ese cambio necesario.

Al igual que el sistema sanitario está reflexionando sobre su actuación ante la pandemia, la IF tendrá que hacer lo equivalente, plantearse cambios de paradigma, analizar dónde estaba y ver qué ha cambiado, ver qué necesidades nuevas han surgido entre sus clientes. Se espera o se 'sugiere' que al igual que el sistema sanitario se ha volcado en revisar la manera de hacer las cosas después de COVID, ese mismo espíritu de revisión de los espacios de confort debiera estar entre todos los proveedores.

La IF ante la necesidad crítica del sistema sanitario tiene que adecuarse a responder a la necesidad, y hacerlo de manera ágil y eso tendrá un coste económico que habrá que valorar. Y se engloba tanto a los laboratorios de medicamentos como a los tecnológicos y sin duda a los proveedores de gases medicinales. Estas semanas se ha visto cómo se han tenido que adecuar soluciones nunca pensadas anteriormente, y que difícilmente se pueden hacer por separado, se trata de una acción global.

La IF suele tener separadas la línea médica de la de marketing, formación e investigación y eso complica y rompe muchas veces la comunicación. En ese sentido, la experiencia de la pandemia demuestra la importancia de integrar ambas líneas con un interlocutor único; relaciones integrales entre el hospital y el laboratorio como un conjunto.

Los laboratorios tendrán que ofrecer sus propuestas de medicación a un nivel único hospitalario, establecer protocolos por áreas de terapia y no de manera individualizada médico a médico; deberán hacer propuestas al hospital en su conjunto.

Si se acepta que la IF tenga que jugar un papel en la formación continua, tendrá que ser permeable a las necesidades presentadas por el sistema sanitario, en aspectos en los que ellos son expertos (por ejemplo, evaluación y seguridad en el uso y manejo de los medicamentos o logística en situaciones de crisis) y proactiva para conocer las necesidades reales de administración de los fármacos en épocas de crisis (se ha dado el caso de que en la pandemia se han tenido que preparar diluciones porque las presentaciones existentes eran de ampollas pequeñas, insuficientes para tanto volumen de paciente, y se han tenido que emplear enfermeras solo para cargar las diluciones).

En ese sentido de la IF se espera que trabaje en:

- Facilitar estudios para analizar impactos de tratamientos
- Poner en marcha ensayos que beneficien ambas partes
- Formación en cohesión de equipo y nuevas herramientas en la gestión del cambio, en consolidar todo lo positivo aprendido con esta crisis

El papel de la IF en la investigación. Falta investigación en antibióticos y antivirales para hacer frente a las amenazas víricas, como se ha visto y sufrido; se percibe que la industria invierte mucho esfuerzo y dedicación en investigación oncológica y enfermedades raras, pero de algún modo hay otros campos muy necesarios que están menos desarrollados y afectan a muchas personas (por ejemplo, antiinfecciosos). En ese sentido, se le anima a la investigación de nuevas moléculas y nuevos tratamientos, a desarrollar procesos de ensayos clínicos y nuevos fármacos biológicos.

Anexo 1 – Características principales del estudio:

Metodología:

- Entrevistas en profundidad
- Total 41 entrevistas realizadas telefónicamente
- Duración media: 44'
- Ámbito geográfico: Comunidades Autónomas (CCAA)
- Targets entrevistados:
 - Gerencia o dirección de división Hospitalaria
 - Gerencia o dirección de división de Atención Primaria
 - Dirección de Enfermería
 - Dirección de Servicios Integrados o Corporativos
 - Dirección de Servicios de Emergencias Sanitarias
- Promotor: Fundación Signo e Hiris Care
- Patrocinador Teva Pharma

Anexo 2 – Entrevistas según CCAA y cargos

CCAA (17)	Gerentes o Dir. de división hospitalarios (18)	Gerentes o Dir. de división de Atención primaria (5)	Director de Enfermería (7)	Dir. de servicios integrados o corporativos (8)	Dir. de Servicios de Emergencias sanitarias (3)	TOTAL (41)
ANDALUCÍA	3	1			1	5
ARAGÓN			1			1
BALEARES			1		1	2
CANARIAS				1		1
CANTABRIA				1		1
CASTILLA Y LEÓN	1	1		1		3
CASTILLA-LA MANCHA	2					2
CATALUÑA	3	2	3			8
COMUNIDAD DE MADRID	2	1	1	2		6
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA			1			1
COMUNIDAD VALENCIANA				2		2
EXTREMADURA	1					1
GALICIA	2					2
LA RIOJA					1	1
PAÍS VASCO	2			1		3
PRINCIPADO DE ASTURIAS	1					1
REGIÓN DE MURCIA	1					1
Total según cargos	18	5	7	8	3	41