



# **BUENAS PRÁCTICAS COVID-19 EN EL MARCO DEL PROYECTO TITTAN COVID-19**



**Translation, Innovation & Technology Transfer in Ageing Network in  
the context of the COVID-19 pandemic**

**Octubre 2022**



## INTRODUCCIÓN

La Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS) coordina el proyecto europeo TITTAN COVID-19 (Translation, Innovation & Technology Transfer in Ageing Network in the context of the COVID-19 pandemic). Se trata de un proyecto de intercambio de conocimiento de buenas prácticas relacionadas con la Covid-19 en el campo de la salud. El proyecto se financia a través del Programa Interreg Europe a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

### **Socios:**

- Axencia Galega de Coñecemento en Saúde (ACIS), Galicia (España) - coordinador
- Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), Euskadi (España)
- Fondazione Regionale per a Ricerca Biomedica (FRRB), Italia
- Healthy Saxony (HS), Alemania
- Digital Health & Care Innovation Centre (DHI), Edimburgo (Reino Unido)

### **Actividades:**

Para intercambio y aprendizaje de esas prácticas se llevaron a cabo tres sesiones virtuales de intercambio de conocimiento. Es posible acceder a las grabaciones de los tres eventos a través del canal de YouTube de ACIS:

- ✚ Workshop marzo 2022 organizado por el socio de Escocia (UK):  
<https://youtu.be/gdgAfPgJORM>
- ✚ Workshop mayo 2022 organizado por el socio de Sajonia (DE):  
<https://youtu.be/D6WtOFv4YaU>
- ✚ Workshop junio 2022 organizado por el socio del País Vasco (ES):  
<https://youtu.be/AvJi6yRgqac>

Por último, se llevó a cabo una Conferencia Final del Proyecto en la que se profundizó en algunas buenas prácticas y en la estrategia de cada una de las regiones europeas para lucha contra el Covid-19. Asimismo se analizaron las lecciones aprendidas durante el proyecto que pueden marcar la estrategias y proyectos futuros.

- ✚ Conferencia septiembre 2022 organizado por el socio líder del Galicia (ES):  
<https://youtu.be/mk0VFno1XKo>

Este Dossier pretende recopilar todas las buenas prácticas que pudimos conocer gracias a este trabajo de intercambio entre los socios y difundirlas a toda persona que pueda estar interesado en conocer más sobre las mismas.



## Índice

PROYECTO	REGIÓN	TIPO DE PROYECTO		
		<i>Organizativo/ Asistencial/ Salud pública</i>	<i>TIC</i>	<i>Dirigido a asociaciones de pacientes / empresas</i>
<a href="#">1. Sobreinfecciones por hongos o bacterias multirresistentes en pacientes críticos con SARS-CoV-2. Análisis farmacocinético-farmacodinámico para optimizar el tratamiento antibiótico (País Vasco).....6</a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>		
<a href="#">2. Predicción del deterioro clínico en pacientes ingresados por COVID19 (País Vasco).....9</a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>		
<a href="#">3. Agrupación de hospitales regionales .....12</a>	<b>Sajonia</b>	<i>Organización asistencial</i>		
<a href="#">4. Plan nacional de reasignación de pacientes de Covid .....14</a>	<b>Sajonia</b>	<i>Organización asistencial</i>		
<a href="#">5. COVID19 Pandemia - experiencia de un hospital de primera línea.....17</a>	<b>Lombardía</b>	<i>Organización Asistencial</i>		
<a href="#">6. Pacientes urgentes; centros para enfermedades «tiempo-dependientes» ....20</a>	<b>Lombardía</b>	<i>Organización asistencial</i>		
<a href="#">7. Vuelta a la normalidad: actividades de seguimiento a distancia y plan de recuperación de los servicios asistenciales.23</a>	<b>Lombardía</b>	<i>Organización asistencial</i>		
<a href="#">8. Una nueva práctica de envejecimiento activo: La actividad física adaptada (APA) antes y durante la pandemia .....25</a>	<b>Lombardía</b>	<i>Salud pública</i>		
<a href="#">9. Servicio de consejo sanitario de enfermería.....28</a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>		
<a href="#">10. Near Me.....31</a>	<b>Escocia</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#">11. Test and Protect .....34</a>	<b>Escocia</b>	<i>Salud pública</i>	X	
<a href="#">12. Programa nacional de apoyo a la toma de decisiones del NHS Scotland y apoyo a la</a>	<b>Escocia</b>	<i>Asistencial</i>	X	



<a href="#"><i>toma de decisiones de COVID19 .....37</i></a>				
<a href="#"><i>13. SHAPES: Servicios digitales para un envejecimiento activo y saludable.....40</i></a>	<b>Sajonia</b>	<i>Salud pública</i>	X	<i>Pacientes/ Ciudadanos</i>
<a href="#"><i>14. HoCare2.0: Co-creación para el diseño de soluciones innovadoras en la atención domiciliaria y social .....43</i></a>	<b>Sajonia</b>	<i>Asistencial</i>	X	<i>Pacientes/ empresas</i>
<a href="#"><i>15. Enfoques digitales para las residencias de ancianos.....46</i></a>	<b>Escocia</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#"><i>16. Telemedicina de urgencia: Sistemas COD 19 y COD 20 .....49</i></a>	<b>Lombardía</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#"><i>17. Estudio de validación clínica del sistema de ciber salud StepCare para optimizar la monitorización del paciente COVID-19 y facilitar la hospitalización y el aislamiento en casa. Un estudio piloto .....52</i></a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>	X	<i>Empresas</i>
<a href="#"><i>18. Videoconsulta con asistencia .....55</i></a>	<b>Sajonia</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#"><i>19. Pilotaje de videoconsultas.....57</i></a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#"><i>20. Teleconsulta y videollamadas.....60</i></a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#"><i>21. DYNAMIC-SCOT COPD.....63</i></a>	<b>Escocia</b>	<i>Asistencial</i>	X	
<a href="#"><i>22. Connecting Scotland .....66</i></a>	<b>Escocia</b>	<i>Asistencial</i>	X	<i>Organizaciones ciudadanas</i>
<a href="#"><i>23. Organización y compromiso de los pacientes Asociación de Salud de la Mujer..68</i></a>	<b>Lombardía</b>	<i>Salud pública</i>		<i>Asociación de pacientes</i>
<a href="#"><i>24. Rediseño de las prácticas de intervención del voluntariado en oncología y voluntariado 3.0.....71</i></a>	<b>Lombardía</b>	<i>Asistencial/ Salud pública</i>		<i>Ciudadanos</i>
<a href="#"><i>25. Campañas de vacunación en hospitales .....75</i></a>	<b>Sajonia</b>	<i>Salud Pública</i>		
<a href="#"><i>26. INNOSASUN, la experiencia de apoyar a las empresas en el desarrollo de un dispositivo médico para luchar contra la pandemia de COVID-19 .....76</i></a>	<b>País vasco</b>	<i>Asistencial</i>		<i>Empresas</i>
<a href="#"><i>27. Osasun Eskola:materiales educativos..79</i></a>	<b>País Vasco</b>	<i>Salud pública</i>		<i>Ciudadanos/ pacientes</i>
<a href="#"><i>28. Paciente activo: modalidad online de COVID19.....82</i></a>	<b>País Vasco</b>	<i>Asistencial</i>		<i>Pacientes</i>
<a href="#"><i>29. Plataforma de telemonitorización TELEA (Galicia).....85</i></a>	<b>Galicia</b>	<i>Asistencial</i>	X	<i>Pacientes/ Ciudadanos</i>
<a href="#"><i>30. Sistema de Pooling para realizar PCRs (Galicia).....89</i></a>	<b>Galicia</b>	<i>Asistencial</i>		<i>Pacientes/ Ciudadanos/</i>



				<i>Empresas</i>
<a href="#">31. PRACTICUM DIRECT: Simulador de pandemias (Galicia).....92</a>	<b>Galicia</b>	<i>Organización asistencial</i>	X	
<a href="#">32. XIDE: Gestión integrada de la demanda en equipo (Galicia).....94</a>	<b>Galicia</b>	<i>Organización asistencial</i>	X	<i>Pacientes/ Ciudadanos</i>
<a href="#">33. Estrategia de vacunación de Covid-19 (Galicia).....96</a>	<b>Galicia</b>	<i>Salud Pública</i>		<i>Pacientes/ Ciudadanos</i>
<a href="#">34. Plan de atención y apoyo a los profesionales de la salud (Galicia).....100</a>	<b>Galicia</b>	<i>Organización asistencial</i>		
<a href="#">35. Mejores prácticas en las farmacias comunitarias durante la pandemia (Galicia) .....103</a>	<b>Galicia</b>	<i>Asistencial</i>		<i>Pacientes/ Ciudadanos</i>
<a href="#">36. Gestión del material de seguridad en tiempos de Covid 19 (Galicia).....106</a>	<b>Galicia</b>	<i>Organización asistencial</i>		



## RECOPIACIÓN DE BUENAS PRACTICAS COVID-19

### **1. Sobreinfecciones por hongos o bacterias multirresistentes en pacientes críticos con SARS-CoV-2. Análisis farmacocinético-farmacodinámico para optimizar el tratamiento antibiótico** (País Vasco)

#### **Nombre de la Organización a cargo**

Bioaraba, Clínica de Microbiología, (Vitoria-Gasteiz, España); Osakidetza Servicio Vasco de Salud, Hospital Universitario de Araba, Servicio de Microbiología, (Vitoria-Gasteiz, España). Organización sanitaria pública.

#### **Problema detectado**

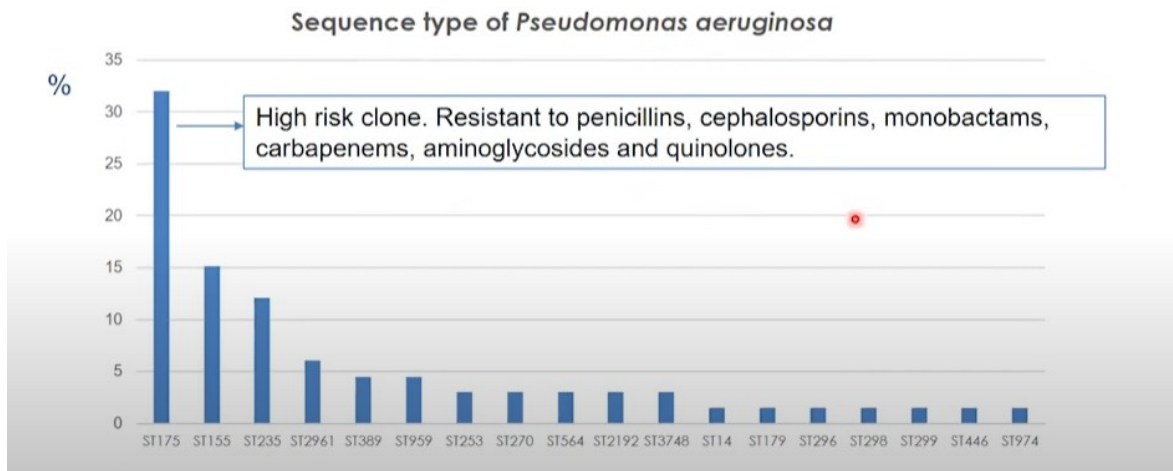
Varios estudios de diferentes países han demostrado el riesgo de los pacientes con COVID-19 de sufrir sobreinfecciones bacterianas y fúngicas. Al inicio de la pandemia (entre el 4 y el 31 de marzo) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de la OSI Araba, el 12,5% de los pacientes con COVID-19 sufrieron una sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecium*, *Haemophilus influenzae* o *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina. Estas sobreinfecciones, a menudo debidas a microorganismos resistentes, aumentan la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes.

#### **Solución implantada**

En este contexto, fue fundamental evaluar si los tratamientos con antibióticos de amplio espectro han desarrollado cambios en la colonización y/o infección nosocomial en los pacientes ingresados en la UCI, y vigilar la aparición de cepas multirresistentes en respuesta a la presión antibiótica. El objetivo de esta metodología es seguir la tendencia de resistencia de las bacterias y los hongos a los antimicrobianos tras la pandemia de COVID-19, y evaluar, mediante un análisis farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) la adecuación de la dosis de antimicrobianos utilizada para tratar a los pacientes ingresados en la UCI con sobreinfecciones bacterianas y fúngicas.

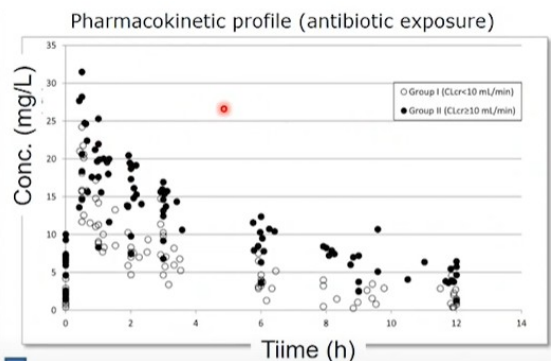
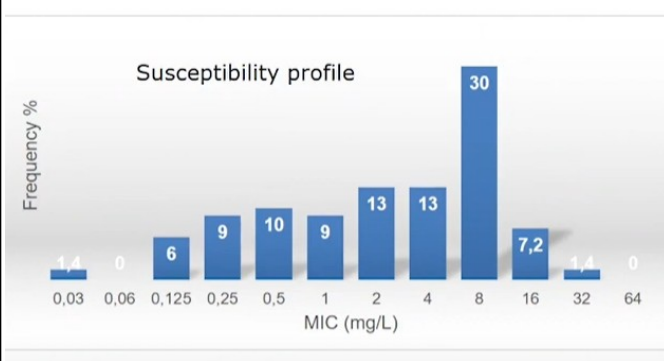
#### **Éxito de la solución**

Gracias a esta metodología con la que se evaluaron los perfiles genómicos de más resistencia a los tratamientos se detectó que el clon ST175, con una frecuencia más alta del 30%, es de los de más riesgo y resistencia a penicilina, quinolonas y cefalosporinas entre otras.



Esta actividad ha puesto de manifiesto la gran diversidad genética de los microorganismos que circulan dentro de una misma unidad hospitalaria, incluso considerando pacientes con características similares. Asimismo, corrobora la amplia distribución de genes de resistencia, virulencia y elementos genéticos móviles. Hemos demostrado un aumento de los fenotipos de resistencia a múltiples fármacos (MDR) entre las diferentes poblaciones bacterianas, principalmente en los genes que codifican las betalactamasas de espectro extendido (ESBL), con el consiguiente riesgo de diseminación de la resistencia y pérdida de opciones terapéuticas.

Toda la combinación de información y análisis obtenidos permitió establecer índices de eficacia de las distintas soluciones farmacológicas y la probabilidad de éxito del tratamiento. Esta estrategia fue muy útil para optimizar los regímenes de dosificación y mejorar la morbilidad y mortalidad de los pacientes, lo que permite diseñar la política antibiótica en la UCI teniendo en cuenta la situación actual de pandemia.





**Recursos:**

Se creó un grupo de investigación multidisciplinar con el objetivo de optimizar estas terapias antimicrobianas. El grupo estuvo formado por:

- Servicio de Microbiología del Hospital, que determinaron los fenotipos de más resistencia y otros indicadores de importancia
- Profesionales de UCI, que identificaron factores de riesgo en los pacientes
- Profesionales de Farmacia hospitalaria, que analizaron las tendencias en los consumos de antibióticos
- Grupo investigación Universidad del País vasco que aportaron los análisis farmacocinético y farmacodinámico (PK/PD)

**Contactos:**

Marina Fernández Torres: Servicio de Microbiología Hospital Universitario de Araba  
MARINA.FERNANDEZTORRES@osakidetza.eus

Alicia Rodríguez: Facultad de farmacia  
alicia.rodriguez@ehu.eus

Andrés Canut: Servicio de Microbiología Hospital Universitario de Araba  
ANDRES.CANUTBLASCO@osakidetza.eus





## 2. Predicción del deterioro clínico en pacientes ingresados por COVID19 (País Vasco)

### Nombre de la Organización a cargo

Servicio Vasco de Salud de Osakidetza, Unidad de Investigación, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo

### Contexto y justificación de la solución

Durante el avance de la pandemia de COVID19 se lanzaron un gran número de herramientas de software para guiar las decisiones y predecir el deterioro clínico en los pacientes de COVID-19. Estas herramientas requieren ser probadas en un escenario real para comprobar la viabilidad de ser consideradas en la rutina clínica diaria tras una evaluación con datos reales de los pacientes.

El objetivo era, gracias a la información analizada, ser capaces de predecir la evolución de los pacientes y con ello poder planificar los recursos necesarios en los hospitales y la probabilidades de que los pacientes llegasen a UCI.

### Solución implantada y metodología

La práctica presentada, COVID19-Osakidetza, es un estudio de cohorte prospectivo que recluta pacientes con COVID-19.

Se diseñó una metodología para recogida de información que partía de:

- una línea base (0) de características sociodemográficas, comorbilidades y medicaciones asociadas,
- línea (1) signos vitales, tratamiento recibido y resultados de pruebas previos
- línea (2) signos vitales, tratamiento recibido y resultados de pruebas tras hospitalización
- línea (3) requerimiento de soporte ventilatorio intensivo o ventilación mecánica invasiva, y/o ingreso en una unidad de cuidados críticos y/o muerte durante la hospitalización.

A partir del desarrollo de un modelo Catboost se incluyeron 1568 pacientes en la cohorte de derivación y 956 en la cohorte de validación (externa). El modelo pudo constatar que los predictores más fuertes de deterioro clínico eran la presión arterial de oxígeno, seguidos de la edad, los niveles de varios marcadores de inflamación (procalcitonina, LDH, CRP) y las alteraciones del hemograma y la coagulación, entre otros. Se planteó como objetivo principal del modelo la capacidad de predecir la progresión hasta una puntuación de 5 o más en la escala de progresión clínica de la OMS antes de que los pacientes requirieran ventilación mecánica.

### Resultados

Esta buena práctica subraya no sólo la importancia de la recogida de datos sistémicos, sino también el impacto de una validación clínica de este tipo de modelos informáticos utilizando la información incluida en el informe sanitario electrónico. El proceso permitió descubrir

información útil para el cribado de los pacientes con COVID19 para predecir su evolución. Sin embargo, esto requiere un número suficiente de pacientes y un proceso de validación en diferentes cohortes. El proceso demostrado en esta experiencia es útil para mostrar el enfoque por pasos y para subrayar la importancia de la necesidad de una validación en diferentes cohortes de población antes de aplicarlo en la clínica.

# Results

## Characteristics of the patients included in derivation and validation cohorts

Variable	Development and internal validation (n=1568)	External validation (n=956)	p-value	missing
<b>Sociodemographics</b>				
Sex (male)			0.01	
Age*	67.42(16)	65.75(20)	0.03	
<b>Vital signs *</b>				
Temperature MAX	37.28 (0.92)	37.07(0.87)	<0.0001	193/160
SpO2 MIN	94.27 (2.87)	95.18 (2.42)	<0.0001	815/458
<b>Laboratory test*</b>				
Glucose	122(44.29)	131.6(59.17)	<0.0001	3/12
Urea	45.55(35)	45(34.2)	0.60	4/15
Sodium	137.5(4.27)	138.3(4.21)	<0.0001	10/14
Potassium	4.13(0.51)	4.06(0.51)	0.0017	46/36
Dimer D	1777(4793)	1317(2590)	0.0049	316/153
Prothrombin time	83.7(21.07)	85.33(19.64)	0.05	106/23
LDH	308(127)	277(269)	<0.0001	237/170
C-reactive protein	83(76)	73.6(69.35)	0.0022	13/27
Procalcitonine	0.37(2.58)	0.52(4.12)	0.37	230/189
Outcome	365 (23.28)	191(19.98)	0.05	
VMK 100%	255(16.26)	79(8.26)	<0.0001	
Optiflow	87(5.55)	73(7.64)	0.04	
NIMV	45(2.87)	15(1.57)	0.0374	
ICU admission	78(4.97)	54(5.65)	0.46	
Death	180(11.48)	110(11.51)	0.98	

NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drugs; MAX: maximum value; MIN: minimum value; SpO2: pulse oximetry saturation; PaO2: partial arterial oxygen concentration; ALT: alanine aminotransferase; LDH: Lactate dehydrogenase; hs-cTnT: high-sensitivity cardiac troponin T; RDW: Red blood cell distribution width; VMK100%: standard-high-flow-

Con todos los datos arrojados por el estudio predictivo de probabilidad de deterioro se crearon 5 grupos de riesgo que se testearon en otra validación externa con parámetros específicos medibles para cada uno de ellos

**Table 3.** Sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values according to different cutoff points in both derivation and validation samples

Risk groups	Derivation sample					
	No patients	Sensitivity	Specificity	Positive predictive value	Negative predictive value	No (%) deteriorated in complementary risk groups
Score >0.04	3998	1	0.12	0.26	1	0
Score > 0.13	2664	1	0.51	0.38	1	1(0.06%)
Score > 0.23	1983	0.98	0.71	0.50	0.99	20(0.83%)
Score > 0.47	701	0.69	1	0.99	0.91	321(8.71%)
Score > 0.82	137	0.13	1	1	0.79	883 (20.77%)

Risk groups	Validation sample					
	No patients	Sensitivity	Specificity	Positive predictive value	Negative predictive value	No (%) deteriorated in complementary risk groups
Score > 0.04	3530	0.99	0.09	0.21	0.98	5 (1.70%)
Score > 0.13	2531	0.90	0.40	0.27	0.94	80(6.19%)
Score > 0.23	1816	0.75	0.59	0.31	0.90	194(9.66%)
Score > 0.47	289	0.27	0.97	0.72	0.84	556(15.73%)
Score > 0.82	12	0.02	1	1	0.80	752 (19.73%)

En conclusión, la herramienta representa una forma de validar un modelo de predicción basado en el aprendizaje automático con excelentes propiedades de rendimiento para ser implementado en el informe de salud electrónico.

Se requieren pasos futuros, como una validación externa del modelo en otros entornos y en una cohorte de otro tiempo y aplicar el algoritmo en la práctica clínica. No obstante, el procedimiento explicado aborda los pasos necesarios para alcanzar el éxito en el desarrollo de un modelo de aprendizaje automático para la clasificación de pacientes con el fin de predecir su pronóstico.

**Más información:**

<https://www.nature.com/articles/s41598-022-12247-9>

**Contactos:**

Susana García Gutiérrez, Facultativa de la Unidad de Investigación de la OSI Barrualde-Galdakao). [susana.garciagutierrez@osakidetza.eus](mailto:susana.garciagutierrez@osakidetza.eus)

### 3. Agrupación de hospitales regionales (Sajonia)

#### Nombre de la Organización a cargo

Hospital Universitario Carl Gustav Carus de Dresden para el este de Sajonia, Hospital Universitario de Leipzig para el noroeste de Sajonia

#### Contexto anterior pandemia

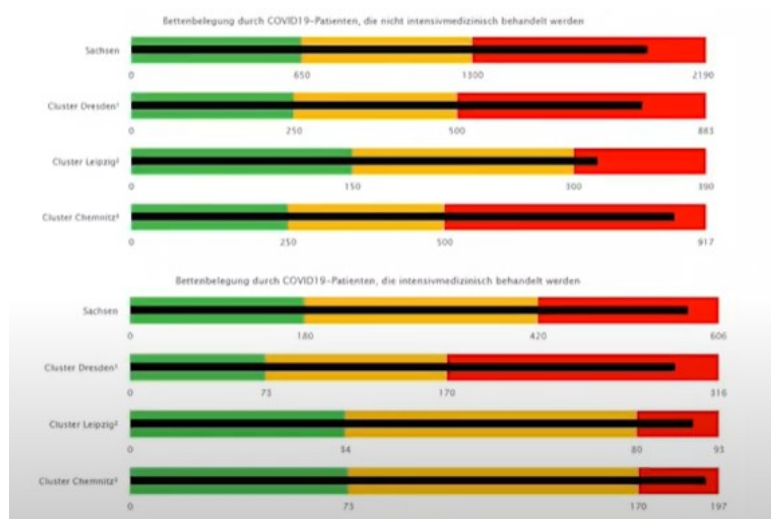
Por lo general, no existía antes de la pandemia una estructura organizativa global de los hospitales alemanes, aparte de la estructura general de propiedad, en la que hay empresas privadas (Helios, Sana, etc.) y estructuras semipúblicas como Cáritas. Durante la situación de Covid-19 se produjo un cambio importante en este aspecto del sistema, que había permanecido rígido durante mucho tiempo.

#### Solución implantada

Los hospitales sajones se organizaron en tres grupos o clústeres. El objetivo es combinar las capacidades para evitar situaciones de triaje cuando los hospitales individuales alcanzan su límite de capacidad. Estos tres clústeres son

- 1) Cluster Dresden
- 2) Grupo de Leipzig
- 3) Grupo de Chemnitz

En las agrupaciones hospitalarias de Dresde y Chemnitz, el nivel crítico es de 500 camas en las salas normales y 170 en las de cuidados intensivos. En el grupo de hospitales de Leipzig, el valor de la carga crítica es de 300 camas en las salas normales y 80 en las unidades de cuidados intensivos.



Para informar a los clústeres sobre el estado actual de las capacidades, se ha desarrollado un cuadro de mando. Se actualizaba tres veces al día. El valor del extremo derecho de la barra del



diagrama indicaba la capacidad total actual de camas para los pacientes de COVID-19 que no requieren actualmente cuidados intensivos o tratamiento médico intensivo. Tan pronto como surja la necesidad, se aumentarán estas camas. La ocupación diaria actual de las camas puede leerse en la barra negra.

### **Éxito de la solución**

Gracias a todo este sistema en los hospitales de Sajonia no hubo ninguna situación de sobrecarga, por lo que la situación de la pandemia estuvo bien controlada.

Además, se redujeron los tiempos de asistencia a los pacientes al no hacer falta triaje.

Toda esta gran colaboración entre hospitales ha significado una gran transformación en el sistema sanitario alemán, en el que cada hospital trabajaba de forma muy independiente e incluso competitiva y han pasado a tener una colaboración muy cercana y fluida tanto el campo asistencial como en el investigador que continúa en la actualidad y que ha conseguido una mejora global del sistema.

### **Estructura de gobernanza:**

Se estableció una estructura de gobernanza para permitir un flujo óptimo de información y toma de decisiones, especialmente cuando se alcanzan los límites de capacidad y se hacen necesarias las reasignaciones de pacientes. Las reuniones de estos órganos de decisión suelen ser diarias, a veces más de una vez al día.

Dentro del grupo, la unidad de crisis estaba formada por el Centro de control del Hospital Central, el Centro de Operaciones del Hospital y la Junta Médica. El Centro de Control del Hospital Central se creó en marzo de 2020 y funciona las 24 horas del día. Es responsable de la gestión centralizada de la capacidad de camas dentro del clúster. Además, el centro de control coordina la distribución de los pacientes de COVID-19 según la urgencia médica y la capacidad de admisión. Además, distribuye los suministros adquiridos de forma centralizada y está disponible para consultas médicas. Durante el punto álgido de la pandemia, el Centro de Control Hospitalario Central recibió una media de 120 llamadas al día, con un total de 34.239 llamadas.

Cuando un grupo alcanza su capacidad, los tres centros de control hospitalario deben coordinarse entre sí. Entonces, los pacientes son trasladados a los hospitales de otro clúster. Si los tres clúster alcanzan su capacidad, los pacientes deben ser trasladados más allá del estado de Sajonia a otros estados federales.

### **Contacto:**

Dr. Robin Weidemann, UKD Technische Universität Dresden.

#### 4. Plan nacional de reasignación de pacientes de Covid (Sajonia)

##### Nombre de la Organización a cargo

The Federal Ministry of Health (Ministerio de Sanidad)

##### El concepto del trébol

El concepto de trébol se desarrolló en la primavera de 2020 en el contexto de la pandemia de Covid 19 en cooperación entre los gobiernos federal y estatal. El concepto coordina/regula la reubicación a nivel nacional de los pacientes con COVID-19 que requieren cuidados intensivos.

El concepto de trébol se utiliza cuando las unidades de cuidados intensivos de determinados hospitales de Alemania están sobrecargadas y se hace necesaria la coordinación de la distribución de los pacientes afectados a otras ciudades o incluso a otros estados.

Dentro de este concepto, Alemania se divide en cinco partes, como un trébol de cinco hojas. Estas partes son: Norte, Este, Sur, Suroeste y Oeste.



Gestión operativa: Una hoja incluye de uno a cinco estados. Dentro de la hoja se nombra a un estado como punto de contacto único (llamado SPoC). Los SPoC funcionan como autoridades de coordinación regional con el GMLZ (servicio especial gubernamental para asistencia y protección en desastres) y un grupo de especialistas (división de Medicina Intensiva, Enfermedades Infecciosas y Medicina de Emergencia.) Se celebran conferencias periódicas dentro de una hoja (conferencia de trébol).

Gestión estratégica: Los actores de la gestión estratégica son responsables de la evaluación de la situación nacional. Se compone de representantes de los SPoC y del grupo de especialistas, de representantes de diferentes ministerios (por ejemplo, el Ministerio del Interior o el



Ministerio de Sanidad). Este comité se reúne periódicamente para el control estratégico global y conjuntamente con la conferencia del trébol.

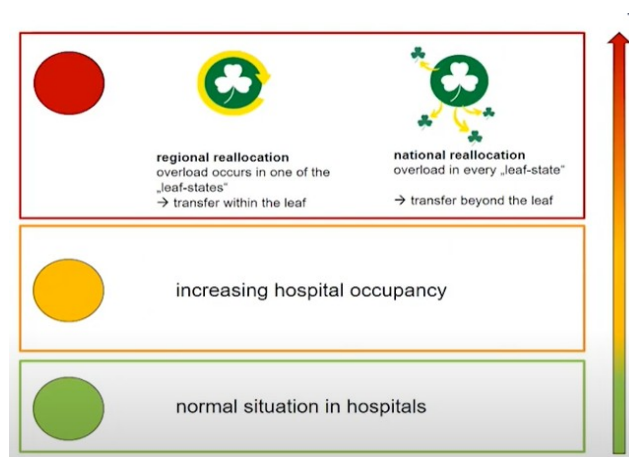
### Solución implantada

La situación del hospital se evalúa mediante tres niveles:

**Verde:** situación normal de los hospitales. Los pacientes son trasladados a otras clínicas si se han superado las capacidades.

**Amarillo:** Debido al aumento de la ocupación de los hospitales, se alcanza el nivel amarillo de planificación. Los estados vigilan la ocupación para evitar la saturación de los hospitales locales o regionales. Dentro del nivel amarillo, se recurre a la reasignación dentro de los clústeres de Sajonia.

**Rojo:** Si hay indicios de una situación de sobrecarga, se alcanza el nivel de planificación rojo. Si se produce una situación de sobrecarga en un trébol, los SPoC predefinidos alertan al comité operativo. Los pacientes pueden ser trasladados a nivel regional o nacional. Si los estados de una hoja todavía tienen capacidad, los pacientes se transfieren regionalmente. Si se superan las capacidades de una hoja, los pacientes se transfieren a nivel nacional. Si la tasa de ocupación en una región es muy alta y es previsible que siga siéndolo, los pacientes son trasladados a hospitales más lejanos, aunque las plazas individuales en los hospitales más cercanos sigan estando libres. Esto también se hace para evitar la saturación y contrarrestar el triaje



Para los traslados se tiene en cuenta su estado estable durante las últimas 24 horas y su condición física

### Éxito de la solución

Dado que las capacidades en el ámbito de la atención hospitalaria de los pacientes de cuidados intensivos son limitadas y no pueden aumentarse en la medida necesaria debido al material requerido y a la cualificación necesaria del personal, se hizo necesario desarrollar un sistema



que equilibró las sobrecargas regionales de las unidades de cuidados intensivos y evitó el triaje.

**Evolución:**

El concepto se activó en diciembre de 2020. En ese momento los pacientes fueron trasladados a nivel regional.

En noviembre de 2021, los Puntos de Contacto Único (SPOC) de los tréboles Sur y Este activaron el concepto de trébol en noviembre de 2021, debido a la elevada congestión regional. Desde entonces, se realizaron traslados estratégicos a mayores distancias para equilibrar la capacidad en toda Alemania. En la cuarta oleada, 34 pacientes fueron trasladados desde Sajonia a otros estados.

**Contacto:**

The Federal Ministry of Health (Ministerio de Sanidad)





## 5. COVID19 Pandemia - experiencia de un hospital de primera línea (Lombardía)

### Nombre de la Organización a cargo

ASST Papa Giovanni XXIII di Bérgamo (Hospital Público y Centro Asistencial - Autoridad sanitaria pública de la Región de Lombardía)

### Contexto

Partimos de la base de que la provincia de Bérgamo fue una de las primeras regiones de Europa en las que irrumpió el Covid, por tanto su hospital sufrió una presión muy importante.

### Medidas implantadas

Las Buenas Prácticas implementadas por ASST Papa Giovanni XXIII durante la fase aguda de la emergencia (febrero - abril de 2020) fueron descritas por el Director de Salud - Dr. Pezzoli:

- Establecimiento de una Unidad de Crisis: la Unidad, coordinada por el Director de Salud y compuesta por las Direcciones de todos los sectores y las Unidades Operativas implicadas, realizó evaluaciones durante la fase aguda de la emergencia (sobre las camas y las unidades de cuidados intensivos, sobre las operaciones quirúrgicas urgentes, sobre la higienización de los ambientes, sobre la logística y sobre la organización del personal empleado)
- Apoyo de los contingentes militares durante la fase aguda. El Hospital de Bérgamo recibió el apoyo de contingentes militares del ejército italiano, de contingentes militares extranjeros y de voluntarios (por ejemplo, del ejército ruso, de emergencias, etc.) para las operaciones de saneamiento de los entornos y para el apoyo a la atención de los pacientes del COVID.
- Reclutamiento. Para hacer frente a la emergencia, se contrató principalmente a médicos, biólogos y enfermeros con contratos temporales. Además, la ASST contrató a neumólogos y especialistas en enfermedades infecciosas.
- Normas de acceso al hospital. La ASST decidió cambiar los protocolos prepandémicos desde el principio de la emergencia. Tras recibir las primeras indicaciones de la Región de Lombardía y del Ministerio de Sanidad, se introdujo un nuevo protocolo interno. En particular, se modificaron las normas de acceso incluyendo procedimientos de cribado (hisopos) en el ingreso hospitalario. En general, han disminuido los ingresos tanto por enfermedades, como por actividades ambulatorias ordinarias y han disminuido drásticamente los ingresos en urgencias por traumatismos y lesiones.
- Plataforma de telemedicina. Para dar soporte a los servicios de telemedicina, tanto durante como después de la fase aguda de las pandemias, se utilizó una plataforma denominada "Fénix Televisita", que garantiza la confidencialidad de los datos, la trazabilidad, el archivo de documentos, los informes de las consultas médicas y la validación con firma digital. Esta plataforma permitía enviar recetas y era accesible desde todos los dispositivos (PC, tableta, smartphone) en modo de aplicación web. El servicio ya se utilizaba antes de la pandemia

para la Procreación Médicamente Asistida.

- Centro médico en el recinto ferial de Bérgamo (Fiera di Bergamo). El Centro Médico se construyó con la instalación de una zona de urgencias TRIAGE. Contaba con 142 camas, todas ellas equipadas con fuente de oxígeno médico y aspiración al vacío, incluidas 24 con equipos de cuidados intensivos y subintensivos. Las actividades de laboratorio se llevaron a cabo en el ASST Papa Giovanni XXIII con un sistema de transporte de muestras biológicas según la urgencia. El primer paciente ingresó el 6 de abril de 2020 y el último fue dado de alta el 23 de mayo de 2020, con una estancia hospitalaria media de 21 días y un total de 120 pacientes. De los 120 pacientes, 28 fueron sometidos a cuidados intensivos y subintensivos. Por último, un total de 277 trabajadores (hospitales, voluntarios, Defensa Civil y militares de la Federación Rusa) trabajaron en diversas funciones.



### Éxito de la solución

Gracias a todos los procedimientos mencionados, adoptados rápidamente, se consiguió una gestión coordinada y eficaz de las zonas comunes y las salas del hospital, de las entradas, así como la posibilidad de asistir a los pacientes a distancia, con seguridad, a través de herramientas informáticas digitales.

Durante la fase de emergencia, el ASST Papa Giovanni XXIII no cubrió un territorio específico (ciudad de Bérgamo o zonas limítrofes), sino que siguió acogiendo a pacientes de toda la provincia de Bérgamo (que puede contar con 1.200.000 habitantes) y de otras provincias lombardas.



**Contacto:**

ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo: Director de Salud - Dr. Pezzoli

## 6. Pacientes urgentes; centros para enfermedades «tiempo-dependientes» (Lombardía)

### Nombre de la Organización a cargo

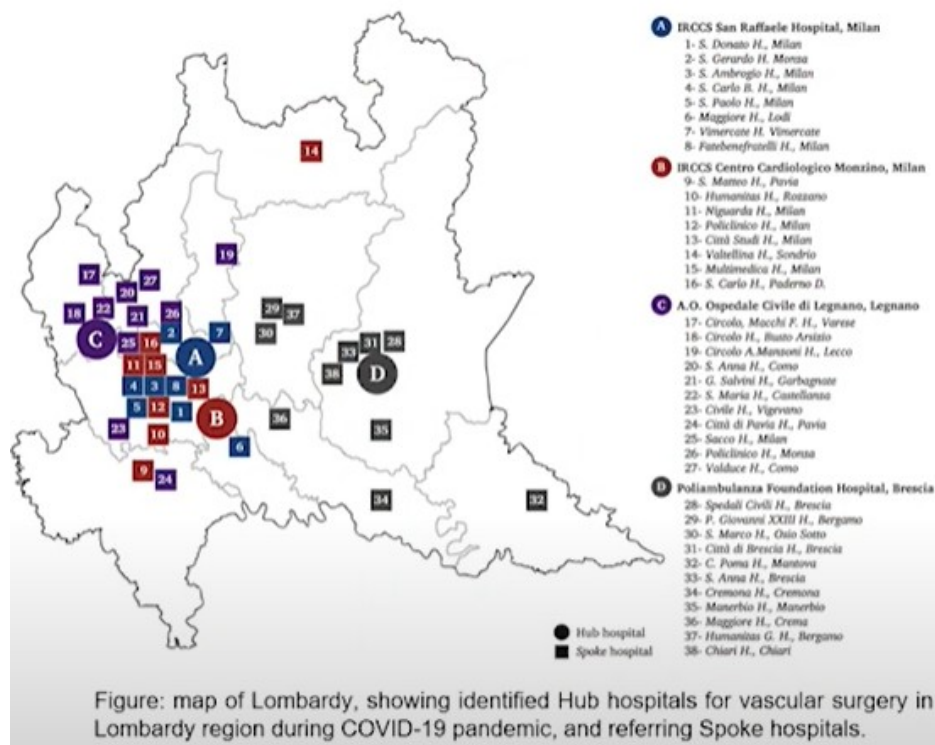
IRCCS Centro Cardiológico Monzino (Istituto Científico de Investigación Sanitaria, Hospitalización y Asistencia Sanitaria - IRCCS. Hospital privado)

### Contexto

La Buena Práctica implementada por el IRCCS Centro Cardiológico Monzino (CCM) durante la fase aguda de la emergencia (febrero de 2020 - mayo de 2020) se refiere a la coordinación de los hubs para enfermedades cardiovasculares tiempo-dependientes, creados para el tratamiento de patologías específicas y que resultaron esenciales para garantizar la continuidad de la atención a los pacientes que no podían esperar el tratamiento hasta el final de la fase de pandemia.

### Sistema Hub implantado

El sistema Hub fue introducido por la Región de Lombardía el 8 de marzo de 2020 para hacer frente a la emergencia pandémica desde sus primeras fases. Esta reorganización supuso la conversión de algunos hospitales de Lombardía en Hubs dedicados exclusivamente a las Enfermedades tiempo-dependientes, mientras que otros hospitales del territorio se reorganizaron para tratar a los pacientes de Covid (y, por tanto, no son Hubs).



Características de un Centro Hub de Cirugía Cardíaca y Cardiología:



Los 4 centros Hub de cirugía cardíaca de Lombardía debían prever la activación de vías preferentes para las urgencias, el acceso y la hospitalización de los pacientes no Covid, gracias a la presencia de varios equipos (de los cuales al menos uno está activo las 24 horas del día, los 7 días de la semana) y de quirófanos específicos siempre activos.

El Centro Cardiológico Monzino (CCM) actuó como coordinador de los 4 centros centrales de cirugía cardíaca en cuanto a las urgencias y los ingresos. Además, tenía el papel de Hub en cuanto a la cirugía vascular y las urgencias cardiológicas: casos de infarto agudo de miocardio (red de infartos), urgencias electrofisiológicas (marcapasos, arritmias graves, desfibriladores), casos de cardiopatías estructurales inaplazables.

- Asumir y transportar a los pacientes de los hospitales no centrales. Desde el principio de la emergencia, las decisiones sobre qué paciente transportar, tratar y operar en el Hub se tomaron rápidamente, pero cumpliendo un protocolo específico. En cuanto el hospital transmitía los datos clínicos y diagnósticos (TAC, ecocardiografía, etc.) del paciente urgente a través de un sistema telemático, el equipo de cirujanos cardíacos del Hub examinaba inmediatamente los datos. En caso de aceptación, el paciente era trasladado al Hub gestionado por Areu (Agencia Regional de Emergencias) en ambulancia o helicóptero en el caso de hospitales lejanos; el paciente se convertía así en un "Nuevo caso administrativo y hospitalario" a cargo al 100% del Hub de destino. Por el contrario, si se detectaban problemas, se pedía al equipo del Hub que informara en un expediente de la decisión de no aceptación, tomada de acuerdo con el hospital de origen.

- Colaboración con otros Centros Hub de Cirugía Cardíaca. Los cirujanos cardíacos del Centro de Cardiología, en colaboración con sus colegas de los otros Centros Hub de Cirugía Cardíaca, han creado una lista prioritaria compartida de urgencias a realizar en total acuerdo con las Guías Regionales. Lo mismo se hizo para los casos urgentes de cirugía vascular, mientras que los casos urgentes de cardiología fueron siempre atendidos por los equipos de CCM

#### **Colaboración con hospitales externos al HUB**

- Traslado de los equipos médicos/de enfermería a los centros hub. En una primera fase, los Centros Hub se enfrentaron al problema de la insuficiencia de equipos de cirujanos cardíacos en sus departamentos.

Por ello, decidieron establecer contactos directos con los hospitales ordinarios que no estaban en el Hub y que tenían pacientes en tratamiento (pero que habían cerrado las salas de cirugía cardíaca debido a la reorganización de las camas de cuidados intensivos). En cuanto llegaba una solicitud de traslado de pacientes con necesidad urgente de hospitalización inmediata o con prehospitalización completa (a la espera de ser operados en unos días), el Hub y el hospital se activaban inmediatamente (si el CCM no tenía disponibilidad de equipos propios o si el centro de referencia lo solicitaba) para transportar al equipo respectivo de cirujanos cardíacos a la estructura del Hub, junto con el paciente en tratamiento.

- Normas de acceso al CCM. Todos los pacientes debían ser Covid negativos (el CCM fue uno de los primeros en disponer de hisopos rápidos). En el Monzino, se utilizaba la tomografía



computarizada de tórax de forma casi rutinaria para detectar la sospecha de neumonía y comprobar el estado de los pacientes que iban a ser ingresados por infección por COVID. El Centro de Cardiología, paralelamente a las normas de distanciamiento, acondicionó su Servicio de Urgencias con zonas de espera especiales utilizando el Aula Magna y los espacios universitarios. Sin embargo, cabe señalar que tanto en la primera como en la segunda oleada (durante los primeros meses de la primera pandemia, el acceso estaba reservado únicamente a los casos urgentes), muchos pacientes programados para intervenciones quirúrgicas y revisiones no se presentaron en el Monzino por temor a ser infectados por el virus y, en consecuencia, muchas citas fueron aplazadas.

### Éxito de la solución

Los procedimientos descritos, adoptados oportunamente, permitieron una gestión coordinada y eficaz de los transportes desde otros hospitales y de los ingresos de pacientes en un centro especializado.

Durante la fase de emergencia, el MCP coordinó las emergencias cardiovasculares en toda Lombardía, siendo también el centro de la cirugía cardíaca (4 centros en Lombardía) y de la cirugía vascular (4 centros) y las mencionadas emergencias cardiológicas en nombre de la Región de Lombardía.

En las dos cirugías pandémicas el CCM trató:

- Cirugía cardíaca y cirugía vascular: 198.
- Cardiología intervencionista (PCI): 338.
- Aritmología: 395.

Además, aunque no se trataba de un HUB de COVID, se crearon salas específicas para aquellos pacientes a los que se les descubría que eran COVID positivos después de haber sido ingresados de urgencia, o procedentes del Servicio de Urgencias, que mientras tanto se veía desbordado por las actividades adicionales de los numerosos Centros de COVID). Por tanto, el compromiso del personal médico y paramédico se centró tanto en las urgencias cardiovasculares como en los pacientes con COVID.

### Contacto:

Director del Área Clínica IRCCS Centro Cardiológico Monzino- Dr. Mauro Pepi –  
mauro.pepi@ccfm.it.



## **7. Vuelta a la normalidad: actividades de seguimiento a distancia y plan de recuperación de los servicios asistenciales (Lombardía)**

### **Nombre de la Organización a cargo**

ASST Spedali Civili di Brescia (Hospital Público y Centro Asistencial - Autoridad sanitaria pública de la región de Lombardía)

### **Contexto**

Durante la fase aguda de la pandemia fue el mayor hospital de Europa con pacientes COVID. Cuando acabo esta fase en mayo de 2020 se hizo necesario reabrir las actividades ordinarias del hospital y hacer el seguimiento de los pacientes que se habían dado de alta por COVID. Durante la fase posterior a la emergencia, ASST Spedali Civili no cubrió un territorio o ciudad específicos, sino que siguió recibiendo pacientes de toda la provincia de Brescia, de otras provincias lombardas y de fuera de la región de Lombardía, ya que las actividades de seguimiento "traspasaron" la provincia.

### **Medidas implantadas**

La buena práctica implementada por ASST Spedali Civili en la fase posterior de la emergencia (mayo - octubre de 2020) se dividió en dos áreas distintas: Área ambulatoria y Área de hospitalización y cuidados

#### Área ambulatoria:

- Recuperación de actuaciones. Por indicación de la Autoridad Regional, se revisó la lista de espera dando prioridad a pacientes con urgencia (U - con prioridad en 72 horas y B - con prioridad en 10 días).

Con las primeras reaperturas, se realizó un mapeo de las nuevas áreas en otros locales del hospital. Así, se reactivaron las actividades ambulatorias, incluso para las citas menos urgentes (marcadas como D con prioridad en 30 días y P - con prioridad en 120 días) y para las actividades de cribado. También se suprimieron los Centros Territoriales dedicados exclusivamente a los pacientes de COVID. Por último, se revisaron las agendas de citas para reordenarlas de acuerdo con las nuevas normas de distanciamiento social.

#### Área de Admisión y Tratamiento

- Recuperación de los servicios sanitarios. En la fase de urgencias y posteriormente, se produjo una disminución de los ingresos en el área quirúrgica, mientras que aumentaron los ingresos en el área médica. Para reducir los tiempos de espera de las intervenciones quirúrgicas programadas, la Región de Lombardía decidió adoptar un método de compensación basado en incentivos para el personal médico-enfermero en caso de que se programaran sesiones quirúrgicas adicionales (más allá de las horas previstas institucionalmente), ampliando el horario y el número de días del quirófano, que antes sólo se activaba para las urgencias.





### **Sistemas de seguimiento.**

Para evitar la interrupción del seguimiento de los pacientes crónicos, se implantaron los exámenes a distancia (contacto telefónico, solicitud de envío de documentación clínica al paciente, evaluación a distancia del estado de salud del paciente). El sistema de seguimiento que se utilizó y se integró con el área ambulatoria fue el Fenix Amb (software de gestión ambulatoria).

### **Éxito de la solución**

Los Procedimientos comunicados han permitido una gestión eficaz de la reapertura de las actividades regulares del hospital, de los servicios y de las herramientas de seguimiento a distancia de los pacientes de Covid (y de otras categorías) de forma consolidada.

El número de médicos que participaron en la reducción de los tiempos de espera en la "modalidad incentivada" fue de 50.

### **Contacto:**

Dr. Paolo Lodetti y Dra. Milena Guarinoni para el Área de Consultas Externas de ASST Spedali Civili di Brescia (U.O.C. Specialistica Aziendale).

Dra. Cristina Rosati para el Área de Admisión y Tratamiento de ASST Spedali Civili di Brescia (U.O.C. Epidemiologico, Accreditamento e Flussi Sanitari).



## 8. Una nueva práctica de envejecimiento activo: La actividad física adaptada (APA) antes y durante la pandemia (Lombardía)

### Nombre de la Organización a cargo

Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS (organización sin ánimo de lucro - Centro privado de asistencia sanitaria/hospitalaria, de rehabilitación/rehabilitación en régimen residencial, domiciliario y ambulatorio).

### Contexto

La Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS se fundó en 1896 y tiene su sede en Cesano Boscone (área metropolitana de Milán), pero también tiene sucursales en Lombardía, Piamonte y Liguria. Su misión es gestionar servicios sociales, sanitarios y asistenciales organizados en cadena, dedicados a la asistencia de personas mayores y discapacitadas (en su Residencia de Ancianos (RSA) o en la Residencia de Discapacitados (RSD)). También hay un hospital, la Casa di Cura Ambrosiana, vinculado a la Fondazione, que ofrece una serie de servicios diversificados de hospitalización y ambulatorios para los ancianos frágiles. También hay varios servicios ambulatorios y de atención domiciliaria en la zona.

"Salute in Movimento" (Salud en Movimiento) es un servicio que lleva a cabo una serie de evaluaciones funcionales personalizadas de personas discapacitadas y mayores con diferentes grados de cronicidad, con el objetivo de mejorar las condiciones físicas y psicológicas de los pacientes del Instituto y hacer un seguimiento de los resultados.



### Programa implantado

- APA, Actividad Física Adaptada o "Attività Fisica Adattata":

La Actividad Física Adaptada es una práctica que se lleva a cabo, desde 2002, dentro del mencionado Servicio de Atención a las Personas Mayores. El objetivo de la APA es educar al movimiento de forma socializadora, es decir, involucrando a las personas mayores a participar en sesiones quincenales (colectivas o individuales) organizadas por Kinesiólogos y Educadores Profesionales en gimnasios. La idea que está en la base de esta práctica, es que el movimiento es considerado como un elemento de prevención, habilitación y mantenimiento de buenas condiciones psicofísicas. Además, la APA ha demostrado ser necesaria para pacientes con problemas crónicos degenerativos (artrosis, polimialgia reumática, osteoporosis) o con enfermedades agudas y comorbilidades que afectan seriamente a la independencia.



El proceso de elegibilidad y admisión de la APA implica una serie de pasos: La elegibilidad de cada nuevo asistido se determina mediante un examen médico y, a continuación, mediante la visita de un kinesiólogo que realiza evaluaciones del rendimiento físico del paciente. A continuación, se evalúan la postura y la funcionalidad del paciente mediante una serie de pruebas. Una vez completado el proceso de elegibilidad, se realizan nuevas evaluaciones periódicas de la evolución de la APA cada 3 meses y los datos recogidos se cargan en un software para su procesamiento. Los datos ayudan a comprender los resultados de las actividades implementadas.

El aislamiento experimentado durante las distintas oleadas impidió el mantenimiento de un estilo de vida activo de los sujetos mayores. En particular, las restricciones y el miedo al virus del SARS COV 2 dificultaron las actividades cotidianas normales (caminar, subir las escaleras, etc.) y las actividades de socialización experimentadas a través de la APA.

El personal administró a distancia ejercicios adaptados y rutinas de movimiento ("píldoras de salud") tanto de forma individual como colectiva (a través de grupos de WhatsApp y otras aplicaciones de mensajería). Las herramientas tecnológicas también permitieron impartir clases a distancia (a través de videollamadas) con ejercicios físicos explicados y aplicados.

Este tipo de actividades no sólo le ayudó a su bienestar físico, sino también con su bienestar



cognitivo y psicológico, el hecho de que fueran capaces de estar en contacto con el personal de la fundación y seguir con su actividad en un momento de tanta incertidumbre e inseguridad fue de gran ayuda para evitar depresiones o problemas psicológicos.

En el caso de los ancianos frágiles, se formó a los cuidadores para que trabajaran a distancia y en línea con los operadores del Instituto. Esto hizo posible el seguimiento de los pacientes con demencia mediante el trabajo funcional y la estimulación cognitiva (a través de conversaciones guiadas para estimular la memoria, la orientación y la capacidad de atención), lo que ralentizó la progresión de las patologías degenerativas crónicas.

En cambio, para los ancianos que se encontraban en residencias, se activaron varias APA para grupos específicos separados y aislados; los operadores y los kinesiólogos sólo podían acceder a estos grupos con equipos de protección y un espaciado adecuado (para evitar el contagio).

### Éxito de la práctica

La APA se aplicó no sólo en la sede de la Fondazione Istituto Sacra Famiglia (en su propio territorio), sino también en algunas de las otras 12 sedes de la región de Lombardía, con la participación de unos 70 usuarios.

En la sede de Cesano Boscone, unos 200 pacientes fueron atendidos y se beneficiaron de la actividad adaptada.

La Buena Práctica permitió un camino eficiente y virtuoso de envejecimiento activo en términos de movimiento destinado a ser un elemento de prevención, habilitación y mantenimiento de buenas condiciones psicofísicas.

Desde la aplicación de las primeras medidas de bloqueo y restricción, los facultativos constataron un aumento de los trastornos de conducta, de la depresión y del autoaislamiento entre los pacientes acostumbrados a participar en la práctica adaptada. Por mucho que la APA parezca más eficaz en presencia, la pandemia permitió el uso experimental de herramientas digitales para comunicarse y dar continuidad a las actividades. Algunas personas mayores, más familiarizadas con las herramientas digitales, respondieron bien a estas nuevas modalidades. Otros muchos, en cambio, necesitaron la ayuda de familiares o cuidadores.

### Contacto:

[https://www.sacrafamiglia.org/anziani/attivita-fisica-adattata-apa/;](https://www.sacrafamiglia.org/anziani/attivita-fisica-adattata-apa/)

<https://www.sacrafamiglia.org/en/home-sacra/>

Prof. Fabrizio Pregliasco (ex director de salud y actual asesor científico - Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS) y Dra. Iride Ghezzi (jefa del servicio Salute in Movimento - Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS).

## 9. Servicio de consejo sanitario de enfermería (País Vasco)

### Nombre de la Organización a cargo

Osakidetza: emergencias.

### Programa Consejo sanitario

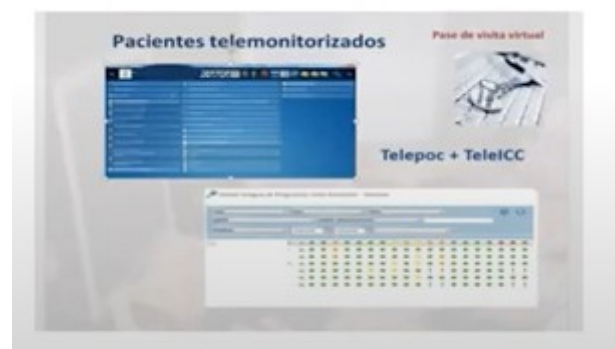
El 9 de junio de 2010, el Consejo sanitario comenzó a funcionar con 10 profesionales de la enfermería. El horario de apertura era de lunes a domingo de 8 a 22 horas.

Inicialmente era un servicio de atención sanitaria a los ciudadanos, pero con el paso de los años se ha convertido en un servicio de referencia en atención sanitaria, educación y empoderamiento de los ciudadanos. En la actualidad cuenta con 23 puestos de enfermería consolidados y un horario continuado 24x7. Su ubicación en el Servicio de Urgencias de Osakidetza lo convierte en un servicio de alta resolución para situaciones de urgencia/emergencia, ya que puede enviar una ambulancia, un médico o una enfermera al domicilio.

También puede concertar citas con los Equipos de Referencia de Atención Primaria. Entre todas las funciones que realiza está la atención de la demanda sanitaria, tanto en las llamadas recibidas desde el teléfono específico del Consejo (900 20 30 50) como en las llamadas recibidas en los teléfonos específicos de los 3 Centros Coordinadores de Urgencias de Osakidetza, realizando un triaje para derivar al mejor profesional, asignar un nivel de urgencia a la llamada y el seguimiento de los pacientes crónicos tanto telemonitorizados (con insuficiencias respiratorias o cardíacas) como no telemonitorizados (Pluripatológicos y Paliativos). En ambos casos se refleja toda la información en la historia clínica de los pacientes.

En el caso de los primeros se hace un paseo virtual por la herramienta digital que registra sus mediciones y su respuesta a los cuestionarios y se evalúan las alarmas de colores que la aplicación digital proporciona.

En el caso de los segundos, los no telemonitorizados, se suele programar las llamadas para adelantarse a los problemas que se deriven y da tiempo a entrar en la historia clínica y preparar llamada.



Los consejos sanitarios que más se suelen dar suelen versar sobre vacunación, cuidado bebés, pruebas médicas, etc.

Otro programa que ha incrementado considerablemente la actividad de Consejo Sanitario es el Servicio de Teleasistencia, un dispositivo que tiene en casa personas mayores o frágiles para que pulse cuando tienen alguna necesidad. En pocos años se han duplicado los usuarios de este servicio porque tenemos una sociedad muy envejecida.



También colabora en diferentes Proyectos de Investigación, como el de prevención del suicidio.

### Cambios en la Pandemia

Con la llegada de la pandemia y debido a que el servicio de asesoramiento sanitario se convirtió en el teléfono de referencia para la población (además de continuar con su actividad habitual), fue necesario redimensionarlo, dotándolo de hasta 50 puestos de enfermería para hacer frente al fuerte incremento de llamadas y a las bajas del personal habitual. Además, hubo que crear 10 nuevos puestos de enfermería en el Centro de Coordinación de Urgencias y organizarse de otra manera para evitar el colapso del sistema, estableciendo nuevos circuitos de derivación de llamadas desde el 112 para paliar la avalancha de llamadas que también recibía el teléfono de urgencias y que no tenían criterios de urgencia y, por tanto, debían ser atendidas en un nivel más adecuado. Asimismo, se establecieron circuitos de derivación a Atención Primaria y a los Puntos de Atención Continuada.

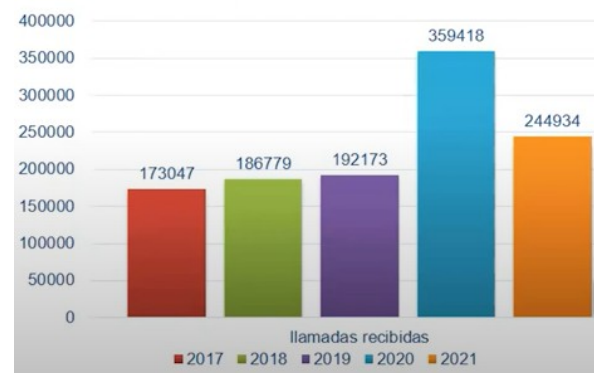
Estos nuevos circuitos, junto con el continuo cambio de protocolos y procedimientos, obligaron al personal de enfermería a estar constantemente actualizado. El hecho de trabajar con una herramienta informática compartida con Osakidetza Emergencias y el 112 hace que la enfermería tenga una gran capacidad de respuesta y ayuda a canalizar la actividad de forma que cada persona sea atendida en el nivel asistencial más adecuado para resolver su problema. Además, disponer de una Historia Clínica totalmente integrada también facilita que los profesionales estén informados y tomen decisiones adecuadas y seguras.

Una vez estabilizada la actividad pandémica, se ha puesto en marcha el Programa de Prevención de Suicidios en coordinación con el 112 y el teléfono específico de prevención de suicidios a nivel nacional (024). Además, se realizan llamadas de seguimiento durante 30 días a las personas que han intentado quitarse la vida y han acudido a las urgencias hospitalarias por este motivo.

### Éxito de la práctica

Hay varios datos que reflejan el éxito:

- aumento del personal de enfermería de 10 a 23 efectivos
- horario de trabajo 24x7
- aumento de los datos de actividad, desde las 173.047 llamadas recibidas en 2017 hasta las 359.418 en el 2020 y las 244.934 en 2021.



- aumento de la actividad de seguimiento de pacientes crónicos y de las llamadas recibidas de



Teleasistencia.

- consolidación de los programas corporativos (multipatología, cuidados paliativos, prevención de suicidios, telemonitorización).

El Consejo de Salud ha recibido la visita de varias regiones europeas.

A nivel nacional, comunidades como La Rioja, Cantabria y Navarra han puesto en marcha consejos de salud adaptados a sus características y sus profesionales han ido a formarse con el Consejo de Enfermería de Osakidetza.

**Contacto:**

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/servicios-on-line/-/consejo-sanitario/>

Raquel Roca: Adjunta y Responsable de Consejo Sanitario.

[raquel.rocastro@osakidetza.eus](mailto:raquel.rocastro@osakidetza.eus) \_



## 10. *Near Me* (Escocia)

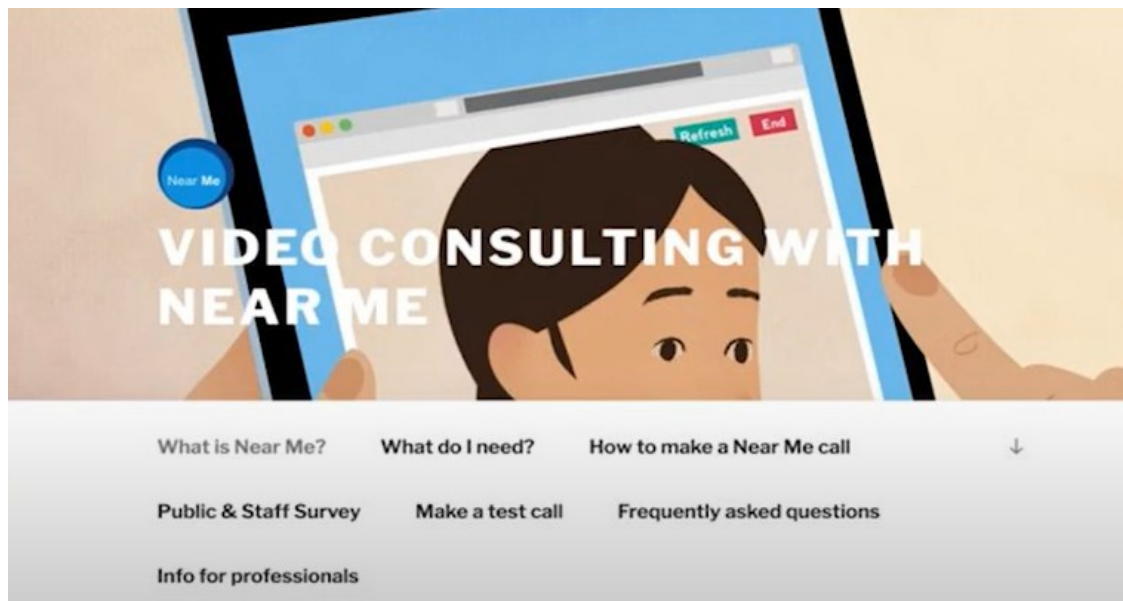
### Nombre de la Organización a cargo

Gobierno de Escocia

### Descripción de la solución

Near Me es un servicio de videoconsulta que permite a las personas atender las citas sanitarias a distancia desde su casa o donde les resulte más cómodo. El servicio ha recibido 1,6 millones de libras esterlinas para su ampliación en 12 semanas por parte del programa TEC de Escocia en 2020 y ahora se está extendiendo a diversos servicios públicos.

Se basa en la plataforma "Attend Anywhere", cuyo objetivo es reducir los desplazamientos en las zonas rurales de Escocia.



Entre marzo y junio de 2020, las consultas pasaron de 330 por semana a casi 17.000.

### Ventajas

- Reducción de la exposición a enfermedades infecciosas
- Reducción de los desplazamientos a las consultas: tiempo, coste, comodidad
- Ha reducido el tiempo de ausencia del trabajo, la escuela o el hogar
- Ha facilitado la asistencia si el paciente suele necesitar que alguien le lleve a las citas
- Permite a los pacientes tener a alguien con ellos para que les apoye en su cita (uniéndose a la consulta con ellos o desde otro lugar)
- Disminuye el impacto medioambiental de los desplazamientos



### Dificultades encontradas

- Gestionar la capacidad de la plataforma, ya que la demanda de consultas a distancia aumentó rápidamente durante la pandemia de COVID-19.
- Fomentar la adopción de las consultas a distancia por parte de los clínicos. Antes de COVID-19, Near Me se consideraba una necesidad poco frecuente.
- Superar la suposición de que la población envejecida y los pacientes discapacitados serían incapaces de adaptarse a un servicio digital.

A pesar del amplio impacto positivo de Near Me, todavía existen barreras para algunos pacientes:

- Acceso deficiente o nulo a una conexión a Internet
- No tienen acceso a un espacio privado donde puedan utilizar Near Me para hablar confidencialmente con los médicos
- Escasos conocimientos digitales

Para ampliar el impacto positivo del servicio, el equipo se enfrenta a la brecha digital y a la búsqueda de soluciones a la falta de espacios privados trabajando con organizaciones como Connecting Scotland (que será analizada como buena práctica también en este dossier), bibliotecas, centros comunitarios o ayuntamientos que pueden proporcionar espacios seguros y apoyo técnico.

### Éxito de la solución

Varias iniciativas ayudaron a mejorar el éxito en su aprendizaje o transferencia:

- La puesta a disposición de recursos educativos para la implantación de Near Me
- La creación de un equipo de apoyo técnico fue clave para la adopción y el éxito del servicio.
- La conexión de los clínicos "campeones" con sus colegas para compartir consejos sobre el mejor uso de Near Me en relación con su campo y circunstancias específicas amplió el alcance del servicio.

El servicio ya se utiliza ampliamente en todo el NHS de Escocia para las citas de salud y atención primaria y secundaria, con alrededor de 20.000 consultas cada semana a partir de 2021.

Según una encuesta realizada a los pacientes para la "Evaluación del servicio de videoconsulta Attend Anywhere / Near Me en Escocia, 2019-20", la distancia media de ida que habrían recorrido hasta una clínica era de 51 millas (82 km).

Near Me es un ejemplo de innovación en las vías de prestación de asistencia sanitaria. Ofrece a los pacientes la opción de recibir asistencia sanitaria donde más les convenga y se adapta a una amplia gama de circunstancias. Durante y antes de la COVID-19, benefició especialmente a la población de edad avanzada, ya que redujo su exposición a las infecciones y eliminó el estrés





y las dificultades de los desplazamientos para acudir a una cita.

**Contacto:**

kara.mackenzie@dhi-scotland.com

Marc Beswick – National Lead, Near Me Network.

Página web: <https://www.nearme.scot/>

## 11. Test and Protect (Escocia)

### Nombre de la Organización a cargo

Salud Pública de Escocia, dirigido por el Digital Health and Care Innovation Centre

### Contexto

Antes de la pandemia de COVID-19, las pruebas del virus, la notificación de los resultados y el rastreo de los contactos en Escocia eran gestionados a nivel regional por las juntas sanitarias locales del Servicio Nacional de Salud (NHS), utilizando un sistema que dependía del papel, las hojas de cálculo y las llamadas telefónicas.

A medida que la pandemia se afianzaba, el Centro de Innovación en Salud y Atención Digital (DHI), planteó la preocupación de que este enfoque regional no fuera suficiente. Este es el motivo de este proyecto, propiedad de Public Health Scotland y dirigido por DHI, para desarrollar nuevos sistemas digitales para la notificación de los resultados de las pruebas y el rastreo de los contactos.

### Soluciones

Para el desarrollo de este sistema de notificación de los resultados de las pruebas, DHI reunió a 15 partes interesadas, de los ámbitos de la innovación digital y la salud pública, en dos talleres para crear una visión y una hoja de ruta. En 41 días se puso en marcha un nuevo sistema de notificación de resultados de pruebas en 14 consejos de salud de Escocia, con el que se tramitan millones de registros cada mes.

En estas primeras reuniones de cocreación y diseño se realizaron esquemas muy ilustrativos de cómo deberían ser los flujos de información y los procesos y que ayudaron mucho en momentos posteriores.



Con un aumento sin precedentes de los casos, se identificó que también sería necesario un enfoque totalmente nuevo para la localización de contactos. Utilizando el mismo enfoque co-creativo, el equipo de DHI diseñó un sistema digital en el que los ciudadanos tenían la posibilidad de "auto-rastrear contactos". Fue el primer sistema sanitario cogestionado en

Escocia que se desplegó a gran escala, lo que supuso un importante avance en la asistencia sanitaria.

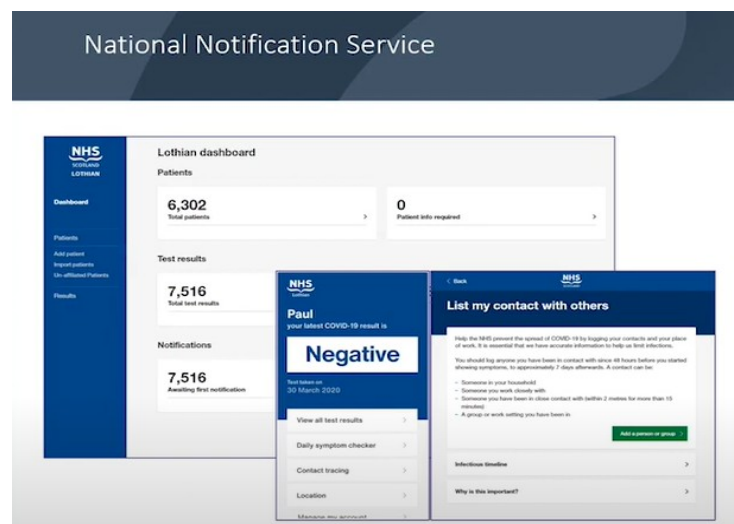
Además en esas primera reuniones se diseñaron las herramientas de localización de contactos de cara al uso de los profesionales, herramienta que fue absolutamente clave para permitir que Escocia aliviara las restricciones de bloqueo por primera vez alrededor de mayo de 2020. Se utilizó durante un breve periodo de tiempo antes de que Public Health Scotland pudo producir una definitiva para el servicio nacional de rastreo de contactos pero realmente fue un vehículo de aprendizaje y la base de las herramientas posteriores.

### Dificultades encontradas

Los médicos que participaban en el proyecto estaban preocupados por asegurarse de que los ciudadanos habían visto su resultado, lo que supuso un reto para los desarrolladores. La solución consistió en enviar un enlace a los resultados a través de un mensaje de texto que, tras introducir los apellidos y la fecha de nacimiento, enviaba un acuse de recibo al equipo clínico. Las llamadas telefónicas se utilizaron como método de seguimiento en los casos en que los ciudadanos, especialmente los de mayor edad, no habían visto sus resultados. De este modo se respetaron las normas éticas y se abordaron los problemas de privacidad, a la vez que se podía ampliar la escala para millones de personas.

### Éxito de la solución

Se han llegado a procesar más de 7 millones de resultados de test y se han llegado a compartir más de 150.000 contactos y un 64% de desplazamiento del esfuerzo de localización de contactos al canal digital.



- El resultado de estas innovaciones digitales fue la localización exitosa de los contactos de millones de ciudadanos, salvando innumerables vidas



- Se alivió la presión sobre los sistemas y el personal sanitarios
- Se ha sentado un nuevo precedente para activar a los ciudadanos a fin de que gestionen conjuntamente su atención sanitaria habitual, lo que tendrá un impacto a largo plazo en el envejecimiento saludable

Por último, se fortaleció con este sistema de cocreación el establecimiento de mecanismos de transferencia de conocimientos que posibilita que las personas clave comprendan tanto el problema/necesidad como la posible solución. Al utilizar métodos de diseño participativo se consiguió reunir a las partes interesadas adecuadas para garantizar que la solución funcione para todos los usuarios y la aceptación de todas ellas que ayuda a reducir plazos

**Contacto:**

Chal Chute – Digital Health and Care Innovation Centre  
kara.mackenzie@dhi-scotland.com



## 12. Programa nacional de apoyo a la toma de decisiones del NHS Scotland y apoyo a la toma de decisiones de COVID19 (Escocia)

### Nombre de la Organización a cargo

Digital Health and Care Innovation Centre – Organización de investigación

### Programa y soluciones

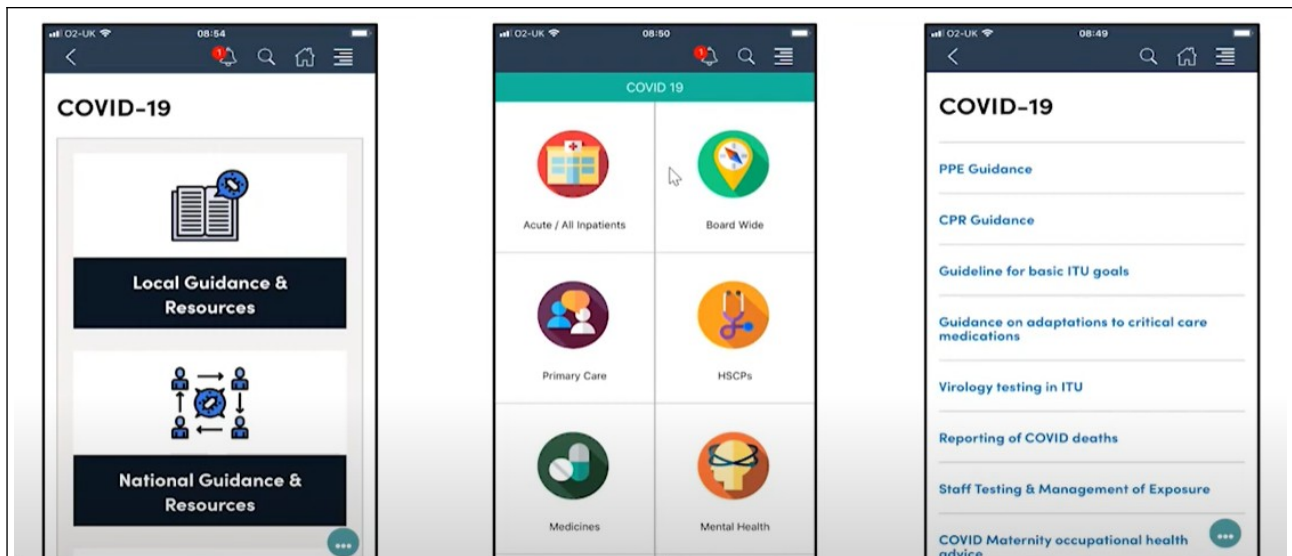
Este Programa, dirigido y gestionado por DHI en colaboración con NHS Greater Glasgow and Clyde, NHS Lanarkshire, NHS Lothian y Healthcare Improvement Scotland respondió a la pandemia de COVID-19 con el desarrollo de varias soluciones de apoyo a la toma de decisiones para los profesionales sanitarios.

Consistiría en integrar las pruebas validadas en los sistemas y procesos cotidianos para que los profesionales sanitarios y los ciudadanos puedan hacer lo correcto en el momento adecuado, actuando como una especie de orientación o un asistente desde la fase de cribado y evaluación hasta el diagnóstico, el tratamiento y la atención sanitaria.

Se trata de una plataforma que comprende herramientas para construir aplicaciones web y móviles y poblarlas con contenido también para construir algoritmos.

Se desarrollaron aplicaciones de orientación para:

- Entrega de la guía local de COVID -19, lanzada en diferentes momentos entre abril y diciembre de 2020 proporcionando directrices actualizadas y apoyo informativo para los médicos que prestan asistencia sanitaria a los pacientes con sospecha de COVID 10.
- Entrega de la guía nacional de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) para la evaluación de la COVID 19 en atención primaria (publicada el 08/20) y para la gestión de la COVID larga (09/21).
- Una aplicación para el paciente para apoyar la autogestión de la COVID larga. Incluye un diario de síntomas que permite al paciente seguir los cambios en sus síntomas de COVID larga. Puede generar un informe que muestre cómo han cambiado sus síntomas a lo largo del tiempo y compartirlo con los profesionales de la salud (publicado el 21/12).



Todas las aplicaciones se crearon dentro de la plataforma Right Decision Service de DHI, que permite un rápido desarrollo de herramientas utilizando plantillas y funcionalidades predefinidas listas para su publicación, sin necesidad de conocimientos de programación.

Las aplicaciones para profesionales y pacientes se desarrollaron utilizando un enfoque de codiseño, con la participación de grupos de profesionales y pacientes y trabajando a través de sucesivas iteraciones de prototipos, versiones alfa y beta.

### **Dificultades encontradas**

Se desarrolló otra aplicación, "RESTORE2", una herramienta para la detección precoz del deterioro en usuarios de residencias con COVID-19 presunta o confirmada, para su integración en los registros de evaluación de las residencias. La organización asociada responsable del desarrollo del sistema de registro de evaluación de residencias asistenciales estaba preocupada en un principio por la posibilidad de tener alguna responsabilidad legal por el dispositivo médico. La confusión del momento unida a la confusión legal creó un retraso en la integración, que hizo que el proyecto no se implementase. Sin embargo, la herramienta RESTORE2 está totalmente desarrollada para su uso e integración futuros.

### **Éxito de la solución**

Con este programa se ha aportado claridad sobre la necesidad y el beneficio del apoyo específico a la persona y de las responsabilidades del dispositivo médico al principio del desarrollo además de colaborar estrechamente con los gestores del conocimiento y con los médicos que tienen un fuerte sentido de propiedad sobre el servicio.

En cuanto a las aplicaciones diseñadas, en términos de impacto se hizo un seguimiento del uso durante un año, de las aplicaciones nacionales y locales, y todas, excepto una, siguen en uso activo y se han actualizado continuamente desde la primera entrega.



Su éxito se comprueba con los 500-1000 usuarios al mes por aplicación. Todo ello proporcionó una atención al paciente más segura, oportuna y coherente, que reduce las variaciones injustificadas y los consiguientes daños al paciente. Por estas razones, las herramientas recibieron una excelente respuesta de los médicos.

Todo ello ha llevado a la expansión hacia conjuntos de herramientas más amplios, por ejemplo, un conjunto completo de calculadoras, para ayuda a los consejos de administración en sus tomas de decisiones.

No nos podemos olvidar del valor de tener esa infraestructura nacional que se podría movilizar a nivel nacional y local para gestionar los recursos para satisfacer sus propias necesidades.

**Contacto:**

Ann Wales – Digital Health and Care Innovation Centre

[kara.mackenzie@dhi-scotland.com](mailto:kara.mackenzie@dhi-scotland.com)



### 13. SHAPES: Servicios digitales para un envejecimiento activo y saludable (Sajonia)

#### Nombre de la Organización a cargo

Universidad Nacional de Irlanda, Maynooth

#### Contexto

Al mismo tiempo que la población europea envejece, la esperanza de vida aumenta. Los ciudadanos de la Unión Europea pueden seguir siendo productivos y activos mucho más allá de la edad estándar de jubilación. Para mantener una vida más larga y saludable se necesitan soluciones que prevengan o minimicen los riesgos de lesiones, fragilidad y enfermedades crónicas de larga duración.

#### Proyecto

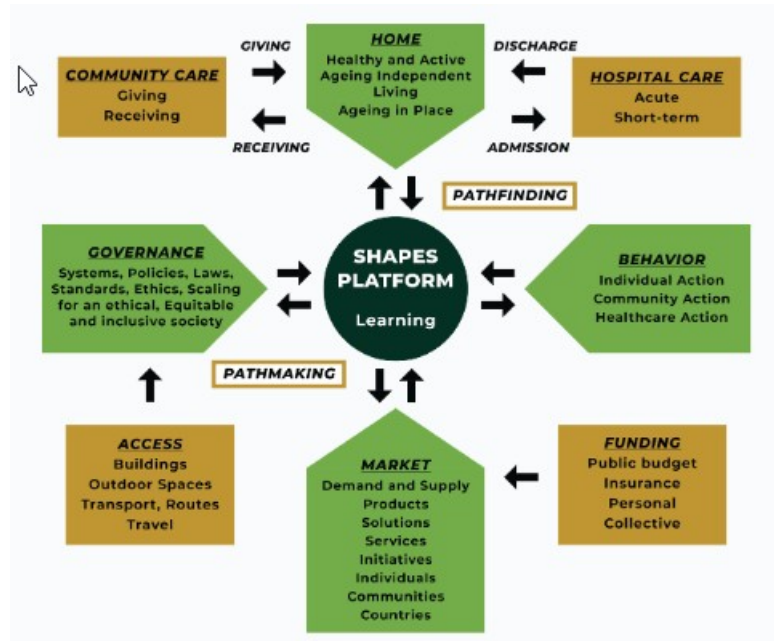
El proyecto SHAPES (IA) es un Proyecto Horizon 2020 iniciado en noviembre de 2019, que cuenta con 36 socios (organismos públicos, PYMES, universidades y un gran socio industrial) de 14 países europeos, que pretenden construir, pilotar y desplegar una plataforma abierta a gran escala y estandarizada por la UE. Uno de los socios es la región de Sajonia a través de Healthy Saxony (HS), socio también del proyecto TITTAN.

La integración de una amplia gama de soluciones tecnológicas, organizativas, clínicas, educativas y sociales pretende facilitar el envejecimiento activo y saludable a largo plazo y el mantenimiento de un nivel de vida de alta calidad. A través de la tecnología, los entornos domésticos y comunitarios locales interactúan con las redes sanitarias y asistenciales, contribuyendo a la reducción de los costes sanitarios y asistenciales, de las hospitalizaciones y de los cuidados institucionales.

La plataforma de atención integrada SHAPES es una plataforma abierta basada en cuatro factores: hogar, comportamiento, mercado y gobernanza. A través de la tecnología, los entornos domésticos y comunitarios locales interactúan con las redes sanitarias y asistenciales, lo que contribuye a reducir los costes sanitarios y asistenciales, las hospitalizaciones y los cuidados institucionales. La analítica de grandes datos y la inteligencia artificial analizan la información relativa a la salud, el entorno y el estilo de vida y las necesidades individuales, crean perfiles de usuario y ofrecen tecnologías digitales personalizadas.

Las tecnologías digitales de SHAPES cubren un amplio espectro de áreas que incluyen plataformas de IoT y Big data, herramientas de comunicación y accesibilidad en línea, estimulación cognitiva y rehabilitación, asistentes conversacionales y chatbots, soluciones basadas en la robótica, plataformas de salud y bienestar, soluciones para garantizar la seguridad, herramientas de respuesta a COVID-19, así como soluciones en el área de la analítica de datos, como sistemas predictivos y herramientas de evaluación del bienestar.





El proyecto SHAPES reúne a los principales grupos de investigación, empresas y expertos de toda Europa.

El proyecto SHAPES está estructurado en diez paquetes de trabajo temáticos (WP), cada uno de ellos subdividido en tareas específicas. La figura ofrece un resumen gráfico de la estructura del Proyecto y de los temas relevantes que se abordan en los distintos paquetes de trabajo y en el conjunto del proyecto.

La campaña de pilotaje a gran escala de SHAPES cuenta con la participación de más de 2.000 personas mayores en 15 centros piloto de 10 Estados miembros de la UE, incluidos 6 centros de referencia de la Asociación Europea para la Innovación (AEI) sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (AHA), y con la participación de cientos de partes interesadas clave para aportar soluciones que mejoren la salud, el bienestar, la independencia y la autonomía de las personas mayores, al tiempo que mejoran la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas sanitarios y asistenciales en Europa.

## Soluciones

Algún exemplo de soluciónes en las que se está trabaxando son:

- los sensores de e-salud y los wearables
- oxímetros de pulso y medidas de la frecuencia cardíaca con tecnología bluetooth
- robots de asistencia que podrían ayudar en rehabilitación
- aplicaciones móviles

Algún exemplo de las temáticas que se abordan en los diferentes proyectos piloto en los que



se está trabajando, son los siguientes:

- mejoras en el hogar y comunidad
- atención a personas mayores que tienen enfermedades neurodegenerativas como la demencia, por ejemplo, cómo pueden permanecer en casa el mayor tiempo posible
- rehabilitación física en casa
- asistentes inteligentes para un envejecimiento saludable en casa
- control y la optimización de la medicina
- dispositivos de estimulación psicosocial y cognitiva

Asimismo están sobre la mesa temas como la privacidad la propiedad de los datos que se están introduciendo en esa plataforma a través de las soluciones digitales, la propiedad de la plataforma, la cuestión de la gobernanza, las distintas formas de participación, y la accesibilidad, asequibilidad y sostenibilidad de la atención.

#### **Evaluación**

La campaña piloto aún no ha comenzado, por lo que no disponemos de pruebas del éxito, que se derivarán del conjunto de herramientas de evaluación, tal y como se indica en el "Plan de la campaña piloto paneuropea de SHAPES". El conjunto de herramientas incluye los siguientes métodos de evaluación:

- MAFEIP para modelar la salud de la población y la rentabilidad
- MAST para proporcionar argumentos basados en la evidencia para la negociación de nuevos servicios
- MOMENTUM y MAPS para evaluar el éxito y la sostenibilidad al final del piloto

NASS para identificar los riesgos y evitar el fracaso durante el desarrollo de casos de uso en relación con los grupos de pacientes y las herramientas digitales

#### **Contacto:**

**Web:** <https://shapes2020.eu/>

Melanie Labor - Investigadora postdoctoral, Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Irlanda, Maynooth

**Contacto:** [shapesinfo@mu.ie](mailto:shapesinfo@mu.ie)

#### 14. HoCare 2.0: Co-creación para el diseño de soluciones innovadoras en la atención domiciliaria y social (Sajonia)

##### Nombre de la Organización a cargo

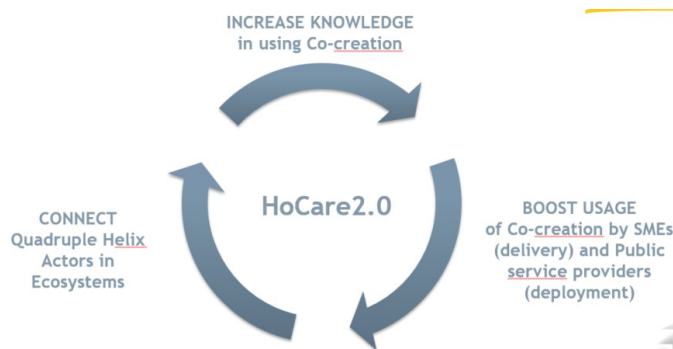
Agencia Regional de Innovación del Transdanubio Central, Hungría

##### Proyecto

El proyecto HoCare2.0 es un proyecto de Interreg Central Europe, que ha reunido a 11 socios (Alemania, República Checa, Hungría, Polonia, Italia y Eslovenia) que van desde los proveedores de servicios públicos, pasando por los servicios sanitarios nacionales, hasta empresas que apoyan a los anteriores. Cada uno de los socios del proyecto tiene conocimientos y experiencia específicos que garantizan resultados de alta calidad. El objetivo final de toda la asociación es lograr un cambio sistemático en los ecosistemas de innovación territoriales y orientarlos hacia la innovación abierta 2.0.

El objetivo del proyecto HoCare2.0 es proporcionar una atención domiciliaria centrada en el cliente (atención sanitaria y social) utilizando los principios de la cocreación a través de un proceso de diseño de productos o servicios en el que los comentarios de los consumidores desempeñan un papel fundamental desde el principio hasta el final pudiendo presentar ideas, diseños o contenidos.

HoCare2.0 pone en contacto a los representantes de la Cuádruple Hélice (QH) para que trabajen juntos en el producto o servicio final de atención domiciliaria: Industria, empresarios y PYMES que fabrican productos; Administración pública, Instituciones que prestan asistencia sanitaria; Ciudadanos que necesitan esos productos o servicios y por último investigadores, universidades con innovaciones relacionadas con la atención domiciliaria.



Dentro del proyecto se crea una red de laboratorios de cocreación, uno por territorio. El objetivo de esta red es conectar a los actores de la cuádruple hélice para desarrollar productos y servicios innovadores. Con la ayuda de los miembros de los laboratorios de cocreación se identifican las necesidades que deben abordarse en cada territorio.

Para compartir un conocimiento de alta calidad, HoCare2.0 desarrolla un paquete de conocimientos que sirve como herramienta de educación básica para el avance del conocimiento individual, institucional y de las partes interesadas sobre la adaptación de los enfoques de cocreación y el uso de las herramientas previamente desarrolladas. Los socios también organizan formaciones para las PYMES y los proveedores de servicios públicos durante las conferencias abiertas y los roadshows que tendrán lugar en diferentes países durante la duración del proyecto.



## Soluciones

En total, 18 instituciones de todos los territorios demuestran la utilidad y el impacto de las herramientas desarrolladas en la prestación de soluciones innovadoras de asistencia social a domicilio.

Doce PYMES y seis proveedores de servicios públicos de salud y asistencia social participan en el desarrollo y las pruebas piloto.

En Alemania hay varios proyectos piloto:

- El **compañero de terapia digital**, que desarrolla una aplicación existente basada en el navegador, que ya se utiliza para la terapia oral del cáncer, como aplicación móvil para otras enfermedades crónicas. Esta solución ya se vende en toda Alemania.

- **Análisis de audio inteligente**

- **Videoconsulta con asistencia**, que fue utilizada por un proveedor de asistencia regional y es transferible a otros proveedores de servicios del sector sanitario ambulatorio y hospitalario. En el futuro, está previsto reproducir la solución en otras regiones de Sajonia y ampliarla.



Se trata de una plataforma técnica, orientada al usuario, adecuada para proporcionar atención y asesoramiento sin contacto a los pacientes, que pueden realizar citas regulares con su médico de cabecera y o la obtención de una segunda opinión, eliminando las barreras geográficas o de movilidad.

Funciona desde cualquier dispositivo dotado de una cámara, micrófono y altavoz y, por supuesto, el dispositivo necesita acceso a Internet

Para su desarrollo contamos con 11 futuros usuarios y sus cuidadores, de los que se recogieron sus necesidades y requisitos, después se creó un equipo y juntos desarrollaron un plan de implementación que fue la pauta para el proceso de desarrollo, posteriormente se crearon dos prototipos: uno en papel para explicar el proceso de videoconsulta a los destinatarios y a sus cuidadores y otro prototipo era una demo para demostrar el software de videoconsulta.

Tras un primer taller de cocreación para presentar nuestros prototipos y para recoger los primeros comentarios de nuestros usuarios finales siguió una fase de prueba con los médicos responsable y usuarios finales, y tras incorporar los resultados de la misma se llegó al diseño final del servicio y al final del proceso de desarrollo.

**Contacto:**

Corina Röllig y Ulrike Sobczak – Jefas de proyecto, Carus Consilium Sachsen GmbH

<https://www.carusconsilium.de/de/projekte/demographie-und-flaechendeckende-versorgungskonzepte/hocare-2.0>

<https://www.interreg-central.eu/Content.Node/HoCare2.0.html>



## 15. Enfoques digitales para las residencias de ancianos (Escocia)

### Nombre de la Organización a cargo

Gobierno escocés - División de Salud y Asistencia Digital - Administración Pública

### Contexto

Durante la respuesta inicial a la pandemia de COVID-19 se puso de manifiesto el devastador impacto en las residencias y la experiencia del personal y los residentes. Los residentes no podían recibir visitas externas debido a los cierres impuestos y la interacción entre los residentes también estaba limitada. Desde el punto de vista de los derechos humanos, era importante garantizar la "calidad de vida" al tiempo que se protegía a los residentes de un virus mortal.

Unido a todo ello, hay que destacar la geografía escocesa con grandes sistemas montañosos e incluso grupos de islas que ayuda más a la dispersión y el aislamiento.

De las residencias escocesas el 61% de ellas son de propiedad privada, por lo que normalmente son grandes empresas las que gestionan varias residencias. Pero también hay algunas que son bastante pequeñas, incluso unidades de 4 personas, y el resto, 18% son públicas (autoridades locales) y un 21% pertenece al tercer sector.

### Programa implantado

La solución fue una alternativa digital a la socialización y atención sanitaria en persona. En noviembre de 2020 se puso en marcha un programa nacional.

Digital Approaches to Care Homes fue liderado por el Gobierno escocés y ejecutado con Connecting Scotland (organización escocesa de voluntariado), en colaboración con otros organismos públicos.

Se puso en marcha un plan de acción con los colaboradores involucrados en este sector: organismos que agrupan a las organizaciones del sector y los que dirigen, organismos que los inspeccionan o certifican y organismos que trabajan en la innovación sanitaria como DHI.

El plan de acción para los enfoques digitales en las residencias de ancianos se basa en tres pilares:

- Fundamentos digitales - Garantizar que la conectividad y los dispositivos puedan soportar las tecnologías digitales. Identificar las necesidades y desarrollar enfoques para la recopilación de datos que apoyen una mejor planificación de la atención individual y la prestación de servicios, apoyos y actividades.
- Servicios digitales - Mejorar el acceso de los residentes a los servicios sanitarios y asistenciales integrados. Apoyar el bienestar emocional y físico de los residentes y del personal.
- Liderazgo y habilidades digitales - Desarrollar las habilidades digitales y la confianza de los



residentes y el personal.

Se llevó a cabo un proyecto piloto inicial en seis residencias de Aberdeenshire para identificar los dispositivos más adecuados para distribuir e identificar las necesidades de aprendizaje digital del personal.

Se desarrolló en los primeros momentos de la pandemia una herramienta de evaluación de las residencias para satisfacer las necesidades de información rápida de los responsables de la toma de decisiones en torno a las personas y asegurar que el individuo sea atendido perfectamente y que se tomen precauciones de seguridad. Esa herramienta incluso se ha explorado para otros usos, estudiando las infecciones respiratorias y del tracto urinario.

Asimismo, se implantó un programa que se centra en la gestión de la atención digital en dos residencias (Dumfries y Galloway) que pretende demostrar los beneficios de la planificación digital de los cuidados en las residencias, grabando los datos de los cuidados y pruebas diarias en dispositivos para después poder gestionarlos más eficazmente y ayudar a prevenir y alertar sobre problemas médicos lo que proporcionará a los cuidadores más tiempo para estar con los residentes.

Otra iniciativa que ha sido muy bien recibida, pretendió ayudar al personal para cuidar su salud mental. Se entregaron Ipads y se desarrollaron recursos en línea como series de debates, libros de autoayuda sobre salud y se crearon foros u oportunidades para que se expresarán en un entorno distinto al de su trabajo.

Todas estas medidas se difundieron por varias vías para conseguir y se llegó al menos a un Ipad por cada 20 residentes durante 24 meses. Se crearon recursos para formación digital a medida asistencia con el uso de los dispositivos.

La colaboración con Barclays Digital Eagles se inició en enero de 2022, formando una continuación de la formación inicial proporcionada por el equipo de atención social de TEC y el equipo de formación Connecting Scotland Digital Champions.

Se hacían sesiones de intercambio de conocimientos en línea donde las personas se enseñan unas a otras, que quedaban grabadas y puestas a disposición en nuestra página web.

### **Dificultades encontradas**

- Garantizar que las 1.400 residencias de Escocia tuvieran acceso a Internet y a dispositivos para utilizar con los residentes. El tamaño de las residencias puede variar entre 4 y 150 camas, por lo que cada una de ellas tiene capacidades, recursos y necesidades diferentes. Se utilizó un formulario de autoevaluación para conocer las necesidades de cada residencia.

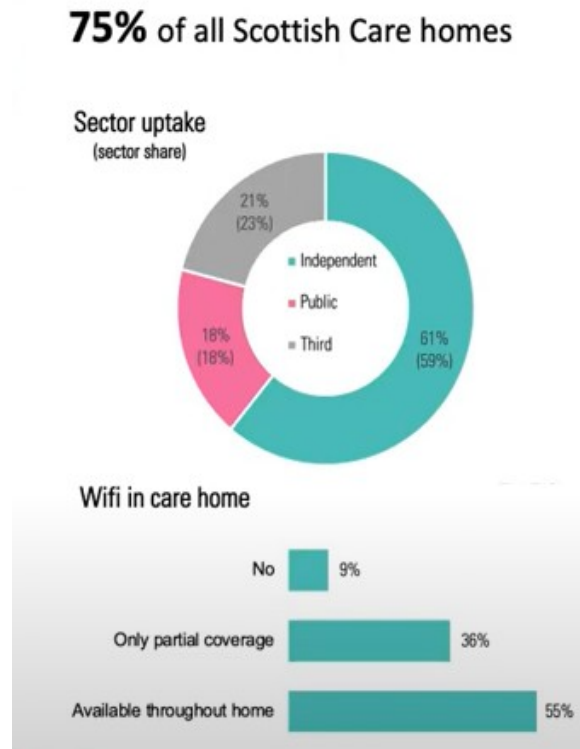
- La formación digital para el personal de las residencias, muy ocupado y sobrecargado de trabajo, se impartió en módulos más breves y de tamaño reducido para ofrecer flexibilidad en relación con las tareas asistenciales existentes.

- El codiseño y la colaboración se llevaron a cabo de forma asíncrona, para que el personal

de las residencias pudiera contribuir en el momento en que les resultara conveniente.

### Éxito de la práctica

La adopción por parte del sector de la conexión a Internet y los dispositivos fue del 75% de todas las residencias escocesas (1.056 hogares).



El programa ayudó a muchos residentes de residencias en Escocia a mantener un nivel de interacción social durante la COVID-19 y, trágicamente, el servicio se utilizó para facilitar las últimas despedidas entre los residentes y sus familiares y amigos. Sin una alternativa digital de rápido desarrollo , el impacto psicológico negativo de la pandemia se habría intensificado.

### Contacto:

Rikke Iversholt - Directora Nacional de Atención Social, Technology Care  
[kara.mackenzie@dhi-scotland.com](mailto:kara.mackenzie@dhi-scotland.com)



## 16. Telemedicina de urgencia: Sistemas COD 19 y COD 20 (Lombardía)

### Nombre de la Organización a cargo

ASST Fatebenefratelli Sacco (Hospital Público y Centro Asistencial - Autoridad sanitaria pública de la región de Lombardía) y Università degli Studi di Milano (Universidad pública de investigación).

### Contexto

ASST Fatebenefratelli Sacco (ASST FBF-Sacco) es el hospital más importante dedicado a las enfermedades infecciosas en el norte de Italia.

En la primera fase de la emergencia, el principal problema era el gran número de pacientes de COVID que había que seguir en el hospital. Por lo tanto, era necesario dar de alta a los pacientes en situación menos grave, que podían ser seguidos y controlados a distancia en su domicilio.

Por ello, en colaboración con la Universidad de Milán (UNIMI) durante las tres fases de la emergencia (marzo de 2020 - mayo de 2021) llevaron a cabo la creación e implantación de estas dos plataformas de telemedicina.

### Plataformas implantadas

#### COD 19

En la creación de este sistema de telemonitorización participaron posgraduados de la UNIMI, infectólogos y médicos que trabajan en las distintas instalaciones del hospital ASST FBF Sacco.



El sistema de seguimiento se desarrolló en las siguientes fases:

- Listas de pacientes. Desde las primeras fases de la pandemia, los infectólogos proporcionaron a los operadores del COD 19 listas de pacientes dados de alta del hospital, para los que era necesario un seguimiento a distancia (por la evolución de la enfermedad y/o por los que tenían efectos a largo plazo después de la enfermedad).

- Establecimiento de la primera unidad operativa. Para garantizar una respuesta inmediata, se comenzó inicialmente utilizando llamadas telefónicas y una hoja de Excel con los datos de contacto de los pacientes y la información actualizada sobre su estado de salud. En las dos

primeras semanas (febrero de 2020), se realizó el seguimiento de aproximadamente 1000 pacientes de COVID.

- Creación y desarrollo del COD 19. Al cabo de un mes (marzo de 2020), la UNIMI encargó el sistema digitalizado a Link-Up, una pequeña empresa de informática, que desarrolló un primer prototipo de plataforma digital para gestionar mejor la información recogida en los seguimientos.

- Funcionamiento del COD 19. El uso de los datos recogidos permitió comunicar eficazmente el estado de salud de los pacientes a las diferentes partes interesadas, también fue útil para otros tipos de patologías no relacionadas con el virus.

## **COD 20**

El objetivo de COD 20 es dar mayor protagonismo al sistema de televigilancia.



COD 20 actúa como plataforma para:

- Telemedicina. Funciona gracias a diferentes Dispositivos Hospitalarios para diferentes patologías que se conectan directamente con la plataforma, transfiriendo datos a la misma.

- Televisita. El especialista puede realizar revisiones y modular la terapia farmacológica a distancia.

- Teleconsulta. Varios especialistas siguen a un mismo paciente.

- Telecooperación sanitaria. El especialista en el hospital se comunica con un cuidador que sigue al paciente de forma presencial (o con enfermeros/especialistas que se desplazan al domicilio del paciente).

Funcionamiento de COD 20: La plataforma es un software abierto, ofrecido para su uso gratuito por la UNIMI. La plataforma está dotada de una carpeta electrónica que permite el intercambio de archivos entre los médicos de cabecera y los especialistas. El paciente puede cargar informes y documentación clínica en la carpeta y varios especialistas pueden seguir al mismo paciente en el mismo tiempo y puede comunicarse y dar instrucciones a los cuidadores.

Funcionamiento de Televisita:

Cuando el especialista fija una fecha, el sistema envía automáticamente un mensaje de texto y un correo electrónico confirmando la visita al paciente. El paciente puede reunirse con el especialista con un simple smartphone u otros medios digitales accediendo a esos enlaces.

Al mismo tiempo, la plataforma transfiere los datos y los informes al paciente (en la Historia Clínica Electrónica de la Región de Lombardía).



### Éxito de la práctica

La puesta en marcha del COD 19 y el COD 20 ha permitido una gestión coordinada de los reconocimientos médicos a distancia en condiciones de seguridad tanto para los médicos como para los pacientes.

COD 19: Durante la segunda oleada, la plataforma llegó a gestionar hasta 400 informes diarios. En julio de 2021, la actividad se ralentizó al gestionarse mejor las cifras debido a la campaña de vacunación y a una mejor gestión de las salas de los hospitales. La plataforma volvió a estar plenamente operativa durante la última oleada de infecciones (diciembre de 2021) y realizó el seguimiento de un total de más de 48.000 pacientes desde el inicio de la pandemia.

COD 20: Actualmente hay 680 especialistas que operan con 72 ambulatorios que utilizan el COD 20 para la ASST FBF-Sacco de Milán. La Plataforma también cuenta con otros 103 especialistas con 17 ambulatorios para ASST Valtellina en Sondrio.

### Futuros desarrollos

Un proyecto de la UNIMI, denominado GSA (University Grand Challenges), cuenta con la participación de 13 departamentos y pretende entender la telemedicina desde diferentes perspectivas (económica, sanitaria y legal). Otro proyecto que se desarrollará para la cardiología pediátrica consistirá en el uso de dispositivos de cardiología que se instalarán en las clínicas de familia pediátricas para que los pediatras puedan enviar el trazado de la patología detectada inmediatamente a la plataforma y al hospital. Dentro de la UNIMI se creará el Centro Universitario de Telemedicina (UCT), que será el punto de referencia de todo el proyecto COD 20 en los próximos años (un centro de medicina virtual).

### Contacto:

COD 19: <https://www.cod19.it> ; <https://www.asst-fbf-sacco.it/news/info/cod19-oltre-10000-pazienti-presi-in-carico-dal-centro-operativo-dimessi>

COD 20: <https://www.cod20.it/> ; <https://lastatalenews.unimi.it/cod20-piattaforma-tecnologica-statale-per-virtual-hospital>

Prof. Gian Vincenzo Zuccotti (Director/Jefe de Pediatría y Urgencias Pediátricas - ASST Fatebenefratelli Sacco y Profesor de Pediatría General y de Especialidades - Universidad de Milán), Dr. Andrea Foppiani (Doctor en Ciencias de la Alimentación, Nutrición y Medio Ambiente - Universidad de Milán) y Dra. Irina Ziyangirova (Directora del Proyecto COD 20 - ASST Fatebenefratelli Sacco)



**17. Estudio de validación clínica del sistema de ciber salud StepCare para optimizar la monitorización del paciente COVID-19 y facilitar la hospitalización y el aislamiento en casa. Un estudio piloto (País Vasco)**

**Nombre de la Organización a cargo**

Naru (industria del Medtech sector)

**Contexto**

El Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, cuenta con unos dos millones de potenciales pacientes y más de 30.000 profesionales, por lo que se entiende que sea un socio estratégico en términos de testeo para las empresas en el desarrollo de sus tecnologías sanitarias.

Esta buena práctica fue apoyada por el Programa INNOSASUM y la Iniciativa Medtech, dos mecanismos de apoyo al sector empresarial, creados por la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco, para articular la interacción con el Sistema Sanitario Público Vasco y los agentes relacionados, respondiendo a sus necesidades en materia de innovación

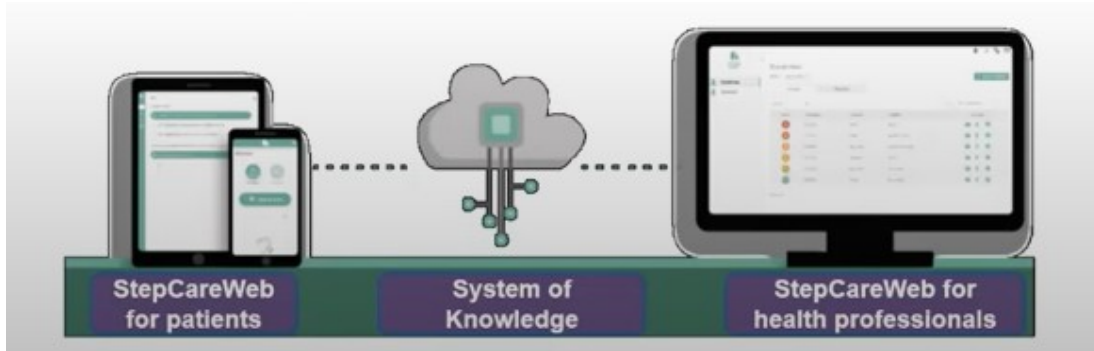
Tal como explicamos en la anterior buena práctica, estos dos programas fueron de vital importancia durante la crisis sanitaria del Covid-19 para apoyar las empresas en el desarrollo de soluciones innovadoras en la batalla contra el virus y apoyaron 11 proyectos de innovación sanitaria. Este es uno de esos 11 proyectos, se trata de una plataforma de e-salud desarrollada por una empresa vasca Naru, especializada en el desarrollo de sistemas de inteligencia artificial para aplicaciones de salud que tienen diferentes productos para monitorización de pacientes especialmente enfocados al cáncer.

**Estudio de validación de Software StepCare**

StepCare es un dispositivo de software médico, desarrollado por la PYME Naru Intelligence, para optimizar la monitorización remota de pacientes adultos sin deterioro cognitivo diagnosticados con COVID-19 o con sintomatología compatible con COVID-19. Está pensado para los casos en los que la sintomatología del paciente es leve, o cuando el sistema hospitalario no puede ofrecerlo (por falta de recursos o de seguridad), y se recomienda el aislamiento domiciliario.

StepCare permite a los pacientes ampliar el tiempo durante el cual pueden seguir la evolución de su enfermedad desde casa y a los hospitales evitar colapsos al poder mandar a casa a pacientes más leves que se pueden monitorizar con esta solución.

No es sólo una aplicación para los pacientes y una aplicación web para los médicos, también tiene detrás de un algoritmo que ayuda a los médicos a priorizar a los pacientes basándose en los resultados reportados por los pacientes a través de la aplicación, identificando así a los pacientes con síntomas graves lo antes posible y prevenir complicaciones graves.



Ese sistema en la nube, que es el algoritmo de inteligencia artificial, es probablemente la parte del sistema que da más valor a este producto.

Como dispositivo médico tiene que cumplir con todas las regulaciones y eso significa que la compañía tiene que realizar una validación clínica de su producto para poder obtener la marca CE.

INNOSASUN y la iniciativa Medtech ofrecieron a Naru Intelligence el marco del Sistema Sanitario Público Vasco -concretamente el Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia y el Sistema de Salud, Osakidetza- para realizar la validación clínica. Medtech no aporta la financiación a las empresas sino a los institutos de investigación les aporta el dinero que la empresa debería pagar por ese servicio, facilitando el acceso al mercado lo antes posible.

En una primera fase se evaluó la eficacia y la facilidad de uso del sistema en un grupo de 15 pacientes durante 1 mes y una segunda fase en la que evaluamos la eficiencia del dispositivo de ayuda a los médicos en su toma de decisiones implicando a los profesionales sanitarios con 20 pacientes durante 6 meses.

Además, se testeó si la priorización previa realizada por los clínicos coincidía con la priorización realizada por la plataforma con su algoritmo y si han coincidido, lo que ayuda mucho a los clínicos.

Esto permitió a la empresa demostrar que su dispositivo médico funciona en un escenario real, de forma segura y eficaz, y gracias a este estudio su dispositivo médico software obtuvo el marcado CE.

StepCare es un buen ejemplo de cómo INNOSASUN y Medtech impulsan el desarrollo de una herramienta de software (StepCare) que ayuda en la lucha contra el COVID19, la cual logró llegar al mercado más rápidamente, cumpliendo con todos los requisitos aplicables.

### Éxito de la práctica

En cuanto a StepCare tras realizar la validación clínica:

- Se concluye que StepCare es un sistema clínicamente seguro, fiable y eficiente.



- Los resultados apuntan a una reducción de la carga de trabajo del personal de los servicios de Atención Primaria y Hospitalización a Domicilio y a la optimización de la atención y seguimiento de los pacientes, proporcionando al personal clínico la información necesaria para anticiparse a un empeoramiento del paciente, lo que ha supuesto una mejora respecto a los procedimientos habitualmente utilizados.

**Contacto:**

**Web:**

<https://www.biodonostia.org/biodonostia-apoya-la-validacion-clinica-de-stepcare-un-sistema-de-inteligencia-artificial-para-optimizar-el-seguimiento-de-pacientes-con-covid-19/>

lmendoza@bioef.eus ,scardoso@bioef.eus

## 18. Videoconsulta con asistencia (Sajonia)

### Nombre de la Organización a cargo

Hospital Universitario Carl Gustav Carus de Dresden y Carus Consilium Sachsen

### Contexto

Con la pandemia crece la demanda de una solución que fuera capaz de activar una conexión más estrecha y estable entre los enfermos y el médico.

Asimismo, como la mayoría de las personas mayores de Sajonia vive en un entorno rural, la oportunidad de las soluciones digitales para consultar con los médicos se hace más necesaria

En este contexto en el marco del proyecto "Who Care 2.0" conjuntamente Hospital Universitario Carl Gustav Carus de Dresden y Carus Consilium Sachsen desarrollaron la videoconsulta CCS.

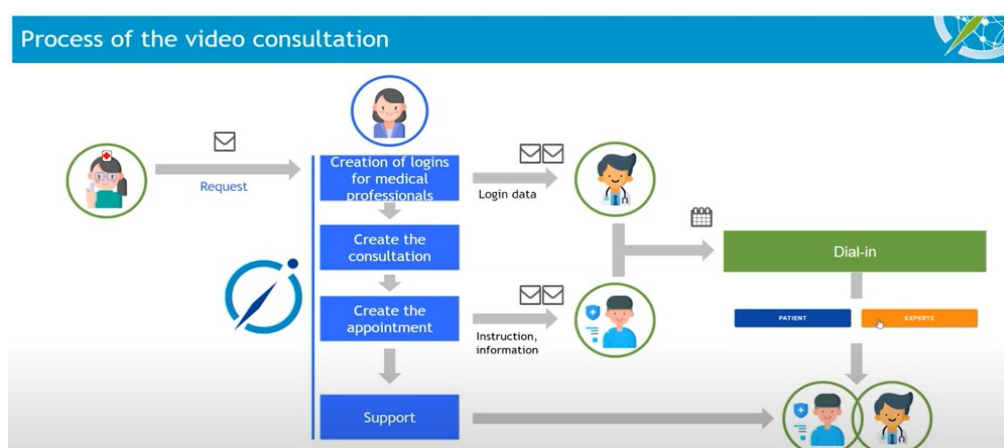
Se trata de una plataforma técnica adecuada para la consulta y atención sin contacto de pacientes que elimina barreras de movilidad y geográficas.

### Soluciones implantadas

La videoconsulta CCS se puede utilizar en todos los dispositivos móviles que estén equipados con una cámara, un micrófono y altavoces con acceso a internet.

El software utilizado no tiene acceso a los datos sanitarios o al contenido de la conversación, la videoconsulta no se graba, no se almacenan ni se transmiten datos a terceros, asegurando la confidencialidad.

Al proceso de la videoconsulta que desarrollamos mayor fiabilidad y apoyo individual tanto a los pacientes como a los clínicos, lo que permite a estos últimos concentrarse en lo esencial que es el tratamiento del paciente.



El equipo técnico crea el login para los profesionales médicos y les proporciona sus datos personales de acceso, el nombre de la consulta se define entonces junto con el médico y cada médico sólo puede ver la cita de la consulta a la que está asignado. En cuanto el médico



registrado nos informa de las próximas citas el equipo las crea en el sistema e informa a los pacientes sobre las mismas, el procedimiento de las videoconsultas, así como sobre la seguridad de los datos. Cada paciente recibe un correo electrónico nuestro un día antes de la cita con los datos de acceso para su cita y en el momento de la cita el equipo de CCS proporciona apoyo ayudando a los pacientes y al médico, que es lo que diferencia a esta solución y le da valor añadido. Aunque no es tan frecuente que necesiten ayuda porque es una solución muy intuitiva.

Además, se desarrolló a través de un proceso de cocreación una solución orientada al cliente en el ámbito de la asistencia domiciliaria, con el apoyo de un asistente que se encarga de preparar y hacer el seguimiento en el vídeo. El grupo objetivo al que se dirige son los receptores de atención que ya reciben servicios de atención domiciliaria.

En la cocreación se contó con la participación significativa de las personas mayores para obtener directrices sobre cómo proceder en las diversas etapas de la evolución del desarrollo de la solución.

En primer lugar, reclutamos a 11 receptores de cuidados (entre 80 y 103 años, la mayoría de ellos sufren enfermedades cardiovasculares o problemas de movilidad y varios problemas neurológicos, por lo que necesitan apoyo de enfermería) y a sus cuidadores... los cuidadores tienen

Se establecieron los requisitos de los usuarios entrevistando a los mismos y por último se creó un equipo y juntos desarrollamos un plan de implementación como guía y creamos dos prototipos basados en los requisitos de los usuarios que habían testado la solución.

Finalmente tuvimos un taller online de cocreación para presentar los prototipos y recoger un primer feedback, esta fase fue seguida por una fase de prueba en forma de juego de rol y luego una prueba final con un médico responsable, el feedback se incorporó a la solución para su versión definitiva.

### **Éxito de la práctica**

La solución fue utilizada por un proveedor de asistencia regional y es transferible a otros proveedores de servicios del sector sanitario ambulatorio y hospitalario. En el futuro, está previsto reproducir la solución en otras regiones de Sajonia y ampliarla.

### **Contacto:**

<https://www.interreg-central.eu/Content.Node/HoCare2.0.html>

Corina Röllig y Ulrike Sobczak – Jefas de proyecto, Carus Consilium Sachsen GmbH

[Corina.Roellig@carusconsilium.de](mailto:Corina.Roellig@carusconsilium.de)





## 19. *Pilotaje de videoconsultas.* (País Vasco)

### Nombre de la Organización a cargo

Osakidetza: Servicio vasco de Salud

### Contexto: las videollamadas en el ámbito sanitario

Dentro del ámbito sanitario, las pruebas sobre los resultados de los pacientes, la rentabilidad, la seguridad, las cuestiones técnicas, el impacto de las videoconsultas en la prestación de asistencia sanitaria y la calidad de las consultas son variadas y proceden principalmente de estudios pequeños.

Los pocos ensayos aleatorios que se han realizado se centran en el uso de las videoconsultas en las consultas externas de los hospitales para pacientes con enfermedades crónicas. En general, informan de que las videoconsultas provocaron una alta satisfacción entre los pacientes y los médicos; no se observaron diferencias en la evolución de la enfermedad ni en el uso de los servicios; un ensayo no aleatorio que comparaba las videoconsultas con las consultas telefónicas y presenciales en la atención primaria del Reino Unido no informó de diferencias en cuanto a la duración, el contenido y la calidad de las consultas en comparación con las telefónicas. Sin embargo, ambas formas de consultas a distancia se consideraron menos "ricas en información" que las consultas presenciales, y los problemas técnicos fueron frecuentes. Además, no se pudieron encontrar pruebas significativas para informar a los clínicos sobre cuándo utilizar la consulta telefónica o por vídeo.

La llegada de la pandemia ha traído cambios organizacionales muy grandes y ha ayudado mucho a superar barreras y rechazos que había en la población ante este tipo de plataformas, lo que ayudó mucho.

### Pilotaje

Para hacernos una idea de cómo es el proyecto de Pilotaje partimos de la base de que la población a la que atiende el sistema de salud del País Vasco asciende a más de dos millones de personas. Aunque el Pilotaje fue una experiencia pequeña, se trata de un proyecto corporativo que se pretende desplegar en todo el sistema desde la atención primaria a la atención más especializada e integrar en la historia clínica del paciente.

Los tres objetivos que se pretendían alcanzar fueron: diseñar la herramienta integrada en el sistema, evaluar la experiencia piloto y proponer mejoras para el despliegue definitivo.

Para el estudio se seleccionaron 21 profesionales y se prepararon materiales de ayuda para los mismos y para los pacientes. Tras un mes de uso se hicieron encuestas a ambos colectivos para evaluar su usabilidad y eficacia.



Tras el pequeño estudio realizado, estos son los aprendizajes y los próximos pasos:

- Se considera una herramienta útil, pero en procesos concretos y definidos, definiendo previamente y de forma clara con el paciente en qué momentos del proceso de seguimiento se puede, debe y va a utilizar.
- Aporta el valor de la comunicación verbal y de la imagen a la consulta telefónica, lo que puede llevar a comprobar que tanto el profesional como el paciente-familia están satisfechos con lo que se les propone.
- Complementado con las consultas presenciales, será una buena alternativa a las consultas telefónicas.
- Desde el punto de vista técnico, es fácil de utilizar, pero debe mejorarse desde el punto de vista de la gestión de una agenda de atención primaria.
- Todavía no está validado para su uso en patología aguda, a menos que se avance en los procesos de triaje para situaciones de emergencia sanitaria.
- El escalado de este proyecto continuará durante 2022 y 2023.

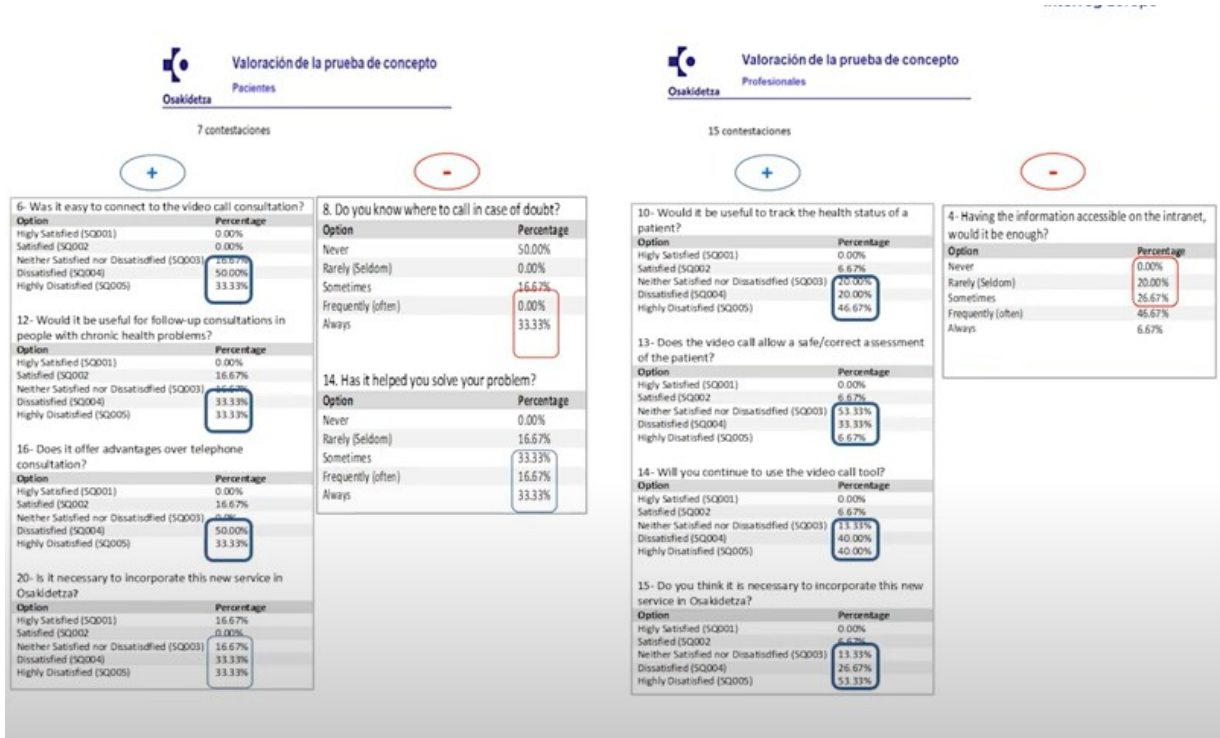
### Éxito de la práctica

La buena experiencia fue adquirida por 21 profesionales con más de 150 videollamadas.

En las encuestas podemos destacar que los pacientes no vieron complicado conectarse y era útil para pacientes con problemas crónicos y que afirmaban que con respecto a las llamadas telefónicas la videollamada les ofrecía un plus. Además, más de un 66 % de ellos confirmo que las veían como un elemento necesario en el futuro del sistema

Más del 80% de los profesionales seguiría usándola y se concluye que hay que definir bien los

procesos, que es un complemento a las visitas presenciales y que no se le ve el uso en cuestiones agudas, más bien en cuestiones crónicas.



**Contacto:**

Joseba Igor Zabala Rementeria. Jefe de Servicio de Atención Integral y Cronicidad del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

josebaigor.zabalarementeria@osakidetza.eus



## 20. *Teleconsulta y videollamadas.* (País Vasco)

### Nombre de la Organización a cargo

Osakidetza: Servicio Vasco de Salud

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

### Contexto

Osakidetza introdujo hace tiempo las consultas telefónicas. Las razones por las que optó por este tipo de consultas son varias y bastante obvias. Podemos hablar de evitar las bajas laborales. De este modo, el paciente no tiene que perder el tiempo en acudir físicamente al centro médico para una consulta sin complicaciones. También podemos hablar del ahorro en desplazamientos, no sólo en tiempo, sino también en gasolina, dinero y contaminación. Los pacientes pueden resolver sus dudas de forma rápida, segura y con todas las garantías del criterio de un médico especialista en la materia en cuestión.

También podemos decir que la consulta telefónica es una buena medida para evitar el contagio. De hecho, la pandemia lo ha demostrado.

Introducir la videollamada, añadiría vídeo, lo que reduce la frialdad en la relación profesional-paciente. Además, en ocasiones, el profesional necesita el vídeo para poder realizar un diagnóstico más exhaustivo. Por ejemplo, en las consultas de psiquiatría o dermatología puede ser de vital importancia. No olvidemos que también podemos aplicar la videollamada en rehabilitación, donde es importante que el fisioterapeuta pueda mostrar los ejercicios al paciente o incluso ver si éste los realiza correctamente.

### Sistema de videollamadas

La primera duda surgió con la decisión de que solución usar, pero una vez que llegó la pandemia y se vio que la mayoría de los profesionales usaban Zoom se valoró y evaluó la opción de integrar esta solución en el sistema clínico. Se tuvo que integrar en el sistema de citas y en la historia clínicas

De tal manera que cuando el paciente llamaba o pedía presencialmente una cita de videollamada, porque así se lo había indicado el médico, el personal administrativo al buscar la cita tiene que meter un código especial para las videollamadas, en ese momento el sistema le recuerda que tiene que introducir obligatoriamente los datos de teléfono y email para poder enviar a los mismos links para conectarse y datos de la citación.

El día de la cita el profesional solo tendrá que acceder a su agenda donde ya le constará la citación de videollamada y al abrir la historia del paciente le sale un icono en la parte superior para ya abrir el acceso a Zoom.



Osakidetza en una primera fase, ha optado por realizar videollamadas para las consultas siendo el profesional quien lo propone, pero los puntos identificados donde podremos aplicarlos serán los siguientes:

- A petición del paciente: A través de la cita multicanal o a través de la llamada al centro de salud, el paciente podrá solicitar la videollamada con su médico o enfermera del cupo, al igual que ahora puede seleccionar la llamada telefónica.
- Videollamada in situ: Podría ser aplicable implementar un mecanismo por el que el paciente solicite una videoconsulta in situ ante un conjunto de profesionales (Urgencias, Consejo de Salud, Centro de Salud).
- Videoconferencia grupal/webinars: El uso de webinars podría aplicarse para impartir formación a grupos de pacientes en una fecha/hora concreta (cursos sobre parto, vida saludable, deshabituación del tabaco, etc..).
- Videollamada multidisciplinar: En este caso, el profesional sanitario puede compartir la invitación con otros profesionales.

Como describimos en la práctica anterior en marzo de 2021 se puso en marcha una PdC (Prueba de Concepto) con 21 profesionales de la red, tanto médicos como enfermeros, y de las áreas de primaria y especializada. El objetivo era recibir el feedback tanto de los profesionales como de los pacientes para medir la satisfacción con el servicio y poder crecer a partir de ahí.

Tras la prueba se realizaron adaptaciones en Osabide Global y Osabide Global Primaria, para que los profesionales pudieran acceder a la plataforma Zoom de Osakidetza a través de las estaciones clínicas para realizar videollamadas.



La prueba de concepto se realizó de marzo a junio de 2021.

### **Éxito de la práctica**

Como dijimos en la descripción de la buena práctica anterior, viendo los resultados de las encuestas cumplimentadas por Profesionales y Pacientes, tanto los resultados como el feedback mostrado por los participantes en el Pilotaje fueron muy positivos.

La Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, a través del Servicio de Integración Sanitaria y Cronicidad (SIAC), ha elaborado un informe con los resultados de la encuesta de evaluación realizada en junio de 2021 para el pilotaje de la solución VideoCalls.

Asimismo, se ha elaborado el informe de Evaluación del Impacto de la Protección de Datos (EIPD) para garantizar el uso de las VideoLlamadas, tanto para los usuarios-pacientes como para los profesionales de Osakidetza que participan en ellas.

### **Contacto:**

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/>

SERGIO RESINO SANTAMARÍA Responsable de informática Osakidetza

[SERGIO.RESINOSANTAMARIA@osakidetza.eus](mailto:SERGIO.RESINOSANTAMARIA@osakidetza.eus)





## 21. DYNAMIC-SCOT COPD . (Escocia)

### Nombre de la Organización a cargo

NHS Greater Glasgow and Clyde – Administración pública

### Contexto

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un grupo de afecciones pulmonares que causan dificultades respiratorias. Se convertirá en la tercera causa de muerte en todo el mundo en 2030 y afecta principalmente a los adultos de mediana edad y a los mayores.

En el Reino Unido hay más de un millón de pacientes afectados y sigue siendo una de las cinco principales causas de ingresos hospitalarios de urgencia, por lo que seguimos teniendo el reto de cómo ofrecer modelos de atención en la comunidad siendo capaces de identificar a los individuos que probablemente serán hospitalizados.

Estos pacientes tienen a veces hasta 5 ingresos hospitalarios anuales, por ello el modelo tradicional de cuidados ambulatorios supone unos costes innecesarios para el paciente, los clínicos, el sistema en general y por tanto con estos proyectos se busca también un sistema más sostenible a la larga. Reducir episodios de exacerbaciones y hospitalizaciones reduciría mucho esos costes.

Con estas soluciones, en torno a los datos y la inteligencia artificial, se busca llegar a una atención proactiva y preventiva intentando evitar una hospitalización y apoyar a la decisión clínica. También se trata de transformar los modelos de atención tanto en términos de detección como pasando a modelos de cribado proactivo con datos recogidos de forma rutinaria, ver cómo podemos mover los modos tradicionales de atención a estos pacientes e igualmente cómo rompemos esas barreras institucionales de prestación.

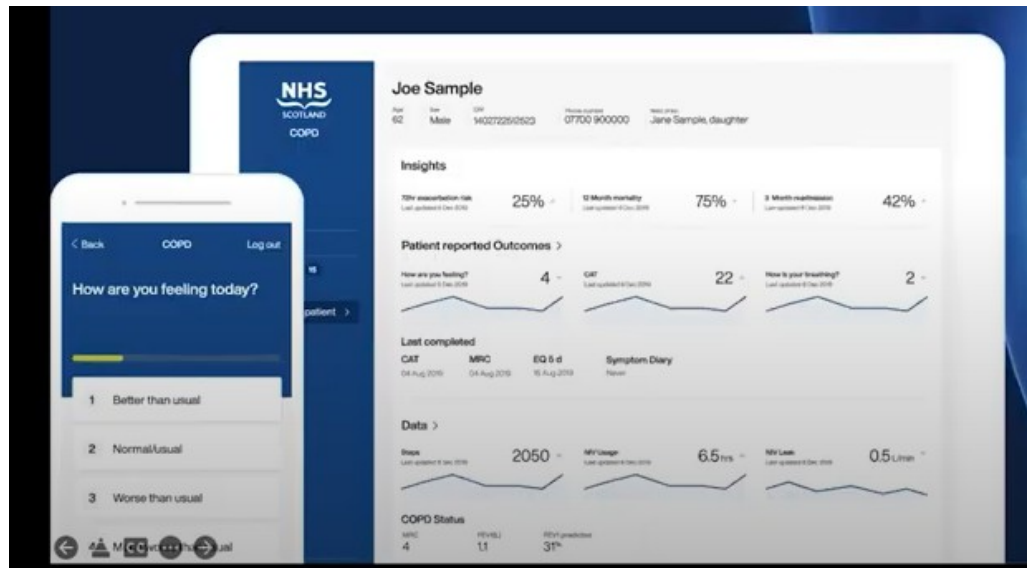
### Proyecto implantado

El proyecto DYNAMIC-SCOT COPD, financiado por el Gobierno escocés entre mayo de 2020 y agosto de 2021, en respuesta a la pandemia de COVID19, tenía como objetivo reducir los ingresos hospitalarios de pacientes con enfermedades pulmonares importantes, reduciendo así sus posibilidades de infección por COVID-19 y disminuyendo la presión sobre el personal y los recursos del NHS.

El Servicio Digital EPOC es una plataforma de cogestión de vanguardia que permite a los pacientes gestionar mejor su enfermedad en casa y tratar proactivamente las exacerbaciones antes de que den lugar a una hospitalización. Utiliza un resumen clínico detallado y datos de eventos, mensajes entre el paciente y el médico y visualizaciones de datos de resultados referidos por el paciente, agregados a los dispositivos portátiles del paciente y a la terapia de monitorización remota.

El paciente podrá acceder desde el móvil donde encontrará preguntas sencillas y registrará datos sobre cómo se siente, esa información la verán los profesionales que puedan tomar decisiones sobre si esa persona necesita tomar antibióticos o alguna otra medida

El proyecto se basó en un ensayo clínico del NHS Greater Glasgow & Clyde (NHSGGC) y de STORM ID RECEIVER, y tras conseguir una participación sostenida de los pacientes y una reducción de los eventos clínicos, el servicio de EPOC se amplió a todo el NHSGGC, dando prioridad a los pacientes que más se beneficiarían.



La plataforma debía cumplir los requisitos de una amplia gama de usuarios, desde los médicos hasta los pacientes. Además, había que equilibrar las necesidades de los médicos con la viabilidad técnica y los costes de desarrollo. Esto se consiguió gracias a la estrecha colaboración entre médicos, académicos y socios de la industria, con un planteamiento del problema definido y un conjunto de objetivos compartidos.

La colaboración con las partes interesadas fue fundamental para el éxito del proyecto:

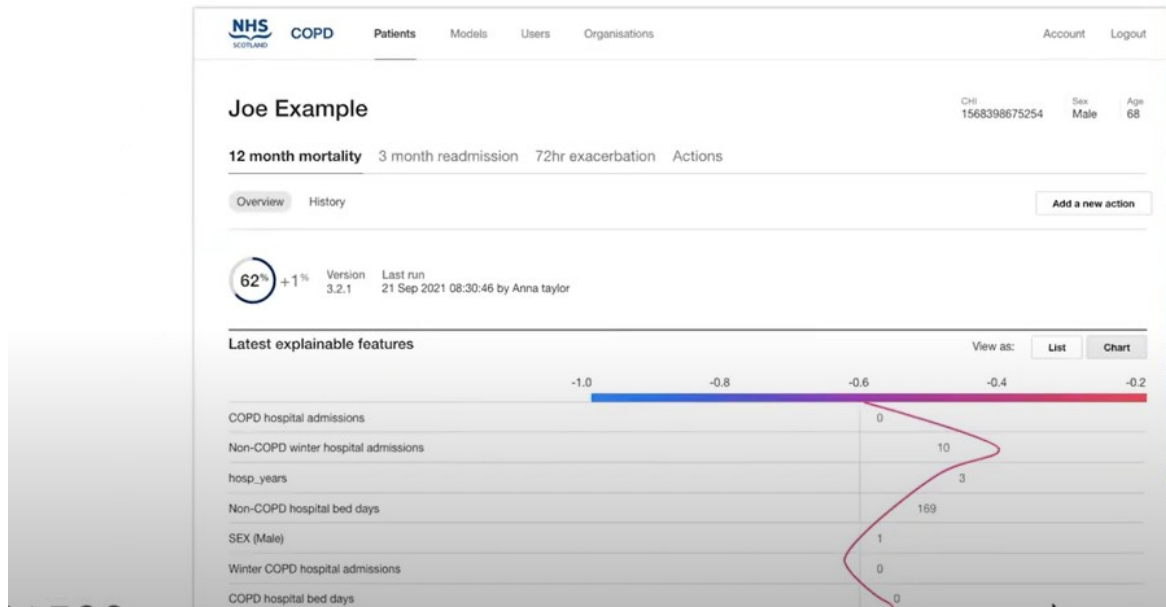
- Comprender las necesidades de los pacientes para mejorar su compromiso y permitirles gestionar su enfermedad.
- Demostrar los beneficios de la plataforma a los médicos y garantizar la cohesión con su flujo de trabajo clínico.
- Proporcionar a los proveedores de tecnología información suficiente para crear una plataforma que se ajuste a su propósito.
- Dar prioridad a las funciones esenciales que aportarán más beneficios con mayor rapidez y crear una hoja de ruta para las futuras incorporaciones que no sean críticas.

Con los datos obtenidos se ha trabajado en conceptos como los de mortalidad a los 12 meses, como predecirla para apoyar una buena toma de decisiones en la asistencia sanitaria más cercana al paciente





## Clinician App: Explainability



### Éxito de la práctica

El ensayo demostró que se podían ahorrar 9 camas al día por año

Tras el éxito de los primeros pasos en las regiones de Glasgow y Clyde y Lothian, las dos mayores juntas sanitarias de Escocia, está previsto ampliar la plataforma a otras regiones de Inglaterra. La plataforma puede reutilizarse para otras enfermedades crónicas o, en el futuro, para pacientes con múltiples afecciones crónicas que necesiten una gestión conjunta.

Los datos iniciales de las evaluaciones clave de implementación y efectividad, realizadas para DYNAMIC-SCOT por el equipo de innovación respiratoria del NHSGGC, muestran que las tasas anuales de ingreso por EPOC se redujeron en un 42% y las tasas anuales de citas en cama en un 88%.

### Contacto:

Professor David Lowe, NHS Greater Glasgow and Clyde  
kara.mackenzie@dhi-scotland.com



## 22. *Connecting Scotland*. (Escocia)

### Nombre de la Organización a cargo

Gobierno de Escocia

### Contexto

Durante la pandemia se han dado pasos de gigantes en temas de medicina digital y uso de soluciones basadas en las nuevas tecnologías, pero todas estas increíbles soluciones digitales sólo pueden ser eficaces si las personas que las necesitan tienen dispositivos digitales y las habilidades para acceder a ellos. Aquí es donde aparece la brecha digital entre los que pueden acceder a las soluciones digitales y los que no, en este contexto se enmarca este proyecto que pretende eliminar esos obstáculos de la brecha digital en determinados colectivos que por no tener recursos accedían a internet en lugares públicos como bibliotecas y centros comunitarios que se cerraron debido al confinamiento.

Connecting Scotland se creó en marzo de 2020 en respuesta a la pandemia del virus Covid-19 y ofrece un enfoque nacional centrado en el ser humano para reducir las tasas de exclusión digital debidas a los bajos ingresos. Se trata de una colaboración entre organizaciones públicas, privadas y del tercer sector, con el Consejo Escocés de Organizaciones Voluntarias y el Gobierno Escocés trabajando juntos como líderes que supone una respuesta de emergencia coordinada para asegurar que nadie se quedara atrás.

### Proyecto implantado

El programa proporciona dispositivos, datos y apoyo a las personas que corren un mayor riesgo de exclusión digital, y que se han visto aún más afectadas por la pandemia de Covid-19 y los posteriores cierres. Utiliza un modelo de "Campeón Digital": el personal y los voluntarios de toda Escocia que tienen relaciones de confianza con los destinatarios finales están formados para proporcionar un apoyo continuo en el espacio digital, centrado en la creación de habilidades digitales básicas y esenciales, la confianza y la comprensión digital. Además, se estableció una línea de ayuda técnica telefónica a la que la gente pudo llamar también.

Fase 1 (abril-julio de 2020): La primera fase de Connecting Scotland incluyó varios proyectos piloto, además del programa principal, que se dirigió a 9.000 hogares que eran clínicamente vulnerables al coronavirus.

Fase 2: familias y personas que abandonan la asistencia, personas mayores y discapacitadas, residencias de ancianos

Fase 3: empleabilidad y universidades

Se estableció un proceso de "vía rápida" para que las organizaciones pudieran solicitar un pequeño número de dispositivos (hasta 10) para satisfacer las necesidades inmediatas de las personas excluidas digitalmente que pudieran no encajar en los criterios de las rondas anteriores o que fueran identificadas recientemente.

La forma más eficaz de encontrar a personas necesitadas fue a través de organizaciones,



entidades benéficas y autoridades locales que ya estaban trabajando con ellas. Las solicitudes de dispositivos fueron realizadas por la organización para evitar el excesivo papeleo y para no hacer recaer la carga de la solicitud en un individuo.

En cuanto a dispositivos se eligieron Ipads y Chromebooks y en cuanto a la conectividad para asegurarse de que la gente tenía el acceso a Internet en su casa y que no necesitaba tener banda ancha instalada se eligió router móvil para poder llevarlo contigo. En lugar de entregarse directamente los dispositivos a las personas, con el riesgo de que se produzcan errores, los dispositivos se enviaron a la organización que los había solicitado, que luego cotejó los números de serie con los destinatarios correctos.

Se llevó a cabo una prueba piloto para comprobar los supuestos y la teoría. La retroalimentación y las entrevistas con los participantes revelaron mucho sobre lo que funcionaba y lo que no.

El programa tuvo un amplio alcance en Escocia, desde los centros urbanos de nuestras ciudades hasta zonas muy rurales y las remotas tierras altas e islas.

#### **Éxito de la práctica**

- 4.244 campeones digitales han sido formados para ofrecer apoyo
- 60.000 hogares en línea
- El 68% de los encuestados en la fase 1 de la encuesta de seguimiento dijeron que eran usuarios de Internet seguros o bastante seguros, y el 86% de los encuestados dijeron que sus habilidades digitales habían mejorado desde que participaron en Connecting Scotland
- El 86% de los encuestados declaró que había mejorado su capacidad para mantenerse en contacto con los demás.
- El 83% de los encuestados declaró que había mejorado su capacidad para encontrar intereses
- El 74% declaró haber mejorado su salud mental

#### **Contacto:**

Silke Mehgrott, Scottish Council for Voluntary Organisations : [silke.mehgrott@scvo.scot](mailto:silke.mehgrott@scvo.scot)

[www.connecting.scot](http://www.connecting.scot)

[kara.mackenzie@dhi-scotland.com](mailto:kara.mackenzie@dhi-scotland.com)



### **23. Organización y compromiso de los pacientes Asociación de Salud de la Mujer.** (Lombardía)

#### **Nombre de la Organización a cargo**

Salute Donna ONLUS - Asociación de Pacientes y Voluntarios inscrita en el Registro Único Nacional del Tercer Sector con el objetivo de realizar actividades de interés general y de voluntariado

#### **Contexto**

Salute Donna ONLUS es una asociación de pacientes fundada en 1995 y con sede en la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori de Milán. Al ser una asociación compuesta por pacientes oncológicos que trabajan como voluntarios, su misión es proteger a los pacientes con cáncer, desarrollar proyectos de investigación y llevar a cabo actividades que surjan de las necesidades reales de los pacientes en tratamiento.

Entre sus actividades ordinarias destacamos:

- a) Actividades de prevención primaria. Salute Donna ONLUS organiza actos de divulgación sobre estilos de vida saludables en línea con el Código Europeo contra el Cáncer, principalmente en colegios y para públicos diversos. Los voluntarios de la Asociación desempeñan el papel de testimonios, con el fin de concienciar sobre la importancia de la investigación y los tratamientos específicos para las enfermedades oncológicas.
- b) Recaudación de fondos para proyectos de investigación. Los proyectos de investigación -en coordinación con la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori- pretenden abordar tanto cuestiones sociales (estilos de vida correctos, nutrición, daños y contaminación causados por el tabaquismo, etc.) como cuestiones sanitarias.
- c) Organización de conferencias científicas. La Asociación organiza periódicamente conferencias destinadas a proporcionar información sobre diversas enfermedades oncológicas. Los voluntarios se encargan de la organización de los encuentros.

El proyecto "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" ("La salud: un bien que defender, un derecho que promover") se creó en 2014 y reúne hasta 45 asociaciones de pacientes a nivel nacional, bajo la coordinación de Salute Donna ONLUS. En el marco de esta iniciativa, Salute donna defiende los derechos y las reivindicaciones de los pacientes de cáncer y oncología ante las instituciones estatales y los foros políticos.

#### **Actividades durante la pandemia**

Al comienzo de la pandemia, Salute Donna ONLUS emprendió acciones para asistir y apoyar a los pacientes a través de las siguientes iniciativas:

1. "La hora de la salud" en Facebook Live. Durante esta hora, profesionales de la medicina, conocidos miembros del Parlamento e investigadores participaron y fueron entrevistados para proporcionar información sobre el virus Covid 19, la campaña de la vacuna contra el Covid 19 y

cómo acceder a los hospitales. La emisión en directo, inicialmente bajo el nombre de "Buenos días, salud", comenzó unos días después de que se impusieran las primeras restricciones a nivel nacional, con una frecuencia de una vez por semana.

2. Activación de un foro de preguntas y respuestas en la página de Facebook de la Asociación. A partir del 12 de marzo de 2020, los pacientes y familiares pudieron hacer preguntas y obtener respuestas de un equipo compuesto por infectólogos, oncólogos, hematólogos, psicólogos y especialistas.

3. Lanzamiento de una encuesta a los pacientes italianos de oncología y oncohematología durante la pandemia. Durante la pandemia, Salute Donna ONLUS lanzó el proyecto "La salud: un bien que defender, un derecho que promover", en el que participaron 45 asociaciones de pacientes. Dentro de este proyecto, Salute Donna ONLUS inició una recogida de datos, tanto en línea como a través de formularios en papel, distribuidos en las consultas externas de los hospitales. Participaron 774 pacientes de todo el país. La encuesta se realizó siguiendo dos vertientes: la gestión del diagnóstico, el tratamiento y las actividades de seguimiento, los inconvenientes y las preocupaciones que experimentaban los pacientes, y las necesidades de las personas que viven con cáncer. Los resultados permitieron conocer los inconvenientes que experimentaron los pacientes durante las restricciones.

Se descubrió que la suspensión de los servicios en los hospitales causó gran preocupación; además, el miedo a contraer el virus en las instalaciones hospitalarias afectó gravemente a los pacientes. A partir de los resultados, se han puesto en marcha nuevas iniciativas de atención (por ejemplo, muchas empresas de logística han tomado medidas para gestionar la administración de la medicación a domicilio). En cuanto a la gestión de los servicios, se puso de manifiesto que, a pesar de las enormes dificultades, los servicios hospitalarios para pacientes con cáncer en el norte de Italia garantizaron cierta continuidad (o suspendieron hasta cierto punto) de la atención, aunque fue la zona del país más afectada.

- Iniciativas hacia la población mayor: La asociación también se ha dirigido a la población anciana afectada por el cáncer durante muchos años, ofreciendo servicios de información sobre estilos de vida saludables, prevención, nutrición y actividad física. Durante la pandemia, los voluntarios de la asociación prestaron un apoyo real a los ancianos ayudándoles a reservar citas médicas en línea y ayudaron a redactar y distribuir un folleto sobre la campaña de vacunación contra el covid 19 en los ambulatorios de los hospitales.





### Éxito de la práctica

Las prácticas de esta entidad han tenido mucha repercusión gracias a la gran implantación de esta organización: tiene sucursales en varias regiones (27 sucursales en 8 regiones con un total de 400 voluntarios en toda Italia)

En Lombardía, la asociación trabaja activamente en los principales hospitales de enfermedades oncológicas, incluido el Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori de Milán.

Las actividades llevadas a cabo por Salute Donna ONLUS, antes de la aparición de COVID 19, permitieron mejorar las condiciones de los pacientes con cáncer tratados en los hospitales en términos de atención, apoyo y concienciación. Todas las actividades descritas anteriormente son un ejemplo de participación real y activa de los pacientes.

Durante la pandemia, la Asociación actuó para apoyar a los pacientes de cáncer que se encontraban en apuros, para proporcionarles continuidad en la atención e información clara sobre Covid 19. También ayudó a concienciar a las instituciones sanitarias para que crearan políticas específicas para los pacientes de cáncer durante la emergencia del Covid 19.

### Contacto:

Anna Mancuso, Presidenta de la Asociación Salute Donna ONLUS

<https://www.salutedonnaonlus.it/>



## 24. Rediseño de las prácticas de intervención del voluntariado en oncología y voluntariado 3.0. (Lombardía)

### Nombre de la Organización a cargo

Legga Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) - Asociación Provincial de Milán Monza Brianza Aps - (Organismo público de afiliación, sin ánimo de lucro, con sede en Roma y supervisado por el Ministerio de Sanidad).

### Contexto

La Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) - sección Milán-Monza Brianza (activa desde 1948), es una organización sin ánimo de lucro cuya misión consiste en las siguientes actividades: prevención primaria, diagnóstico precoz, asistencia a los enfermos de cáncer y a sus familias, promoción y apoyo de iniciativas, estudios e investigaciones en el campo de la oncología, recogida de apoyos económicos públicos y privados para la potenciación de la lucha contra el cáncer.

Entre las actividades de los voluntarios de LILT:

- Asistencia a pacientes adultos y pediátricos y a sus familias. LILT proporciona, a los pacientes de cáncer con dificultades socioeconómicas, subsidios económicos a través de una operación de servicio social durante todo el año, se encarga de la entrega de paquetes de alimentos, proporciona apoyo para el pago de facturas de servicios públicos (Internet, electricidad y gas) y organiza servicios de acompañamiento al tratamiento en los hospitales (unos 13.000 ingresos al año). Además, el LILT proporciona material sanitario en préstamo de uso gratuito (sillas de ruedas, camas decúbito, etc.), servicios de mediación cultural con el personal de la profesión y asesoramiento jurídico en el ámbito de la oncología.

- Servicios de atención - Red "En casa, lejos de casa". El LILT proporciona hogares de acogida gratuitos (5 "Casas del Corazón") para pacientes pediátricos (niños y jóvenes de hasta 25 años), situados cerca de la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori de Milán, para pacientes y familiares procedentes de otras regiones italianas (En Italia, el fenómeno de la migración sanitaria entre regiones es bastante común).

- Información técnica y asistencia a los pacientes en los hospitales. Los voluntarios de LILT están cualificados para apoyar a los pacientes con información para orientarles en las salas del hospital y animar al paciente a tener una relación de ayuda y apoyo con ellos.

Voluntarios LILT: Los voluntarios de LILT se seleccionan a través del Test de Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) - (un test utilizado en el ámbito clínico y forense para investigar los rasgos de personalidad y las características de comportamiento), son entrevistados por psicólogos y reciben formación continua (prácticas y cursos de formación anuales y reuniones periódicas de supervisión y actualización con psicólogos). Tienen una edad comprendida entre los 20 y los 70 años, y deben garantizar su disponibilidad al menos durante una o dos medias jornadas cada semana. El Sector del Voluntariado se encarga de la gestión diaria de los voluntarios de LILT desde el momento en que se incorporan





a la asociación hasta el final de su actividad. El sector coordina los grupos de voluntarios, cada uno de ellos dirigido por un jefe de grupo, que representa el contacto principal para LILT. El número de voluntarios hasta la fecha es de 697.

### **Actividades durante la pandemia**

En los años anteriores a la pandemia, LILT llevó a cabo diversas actividades que implicaban a pacientes y ex pacientes de cáncer. Entre las que se llevaron a cabo en los hospitales estaban

- "Grupo de animación" en el que los voluntarios organizaban y gestionaban momentos de entretenimiento y encuentro con los pacientes (juegos de mesa, horas felices, conciertos de Navidad y otras ocupaciones recreativas).

- "ArtLab", un taller de arte celebrado en los espacios interiores de la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, en el que todos los pacientes, ex pacientes y familiares podían realizar diversas actividades (pintura, yoga, movimiento postural) para recuperar su bienestar y calidad de vida.

Al comienzo de la pandemia la forma de operar, gestionar la prestación de servicios y el voluntariado cambió. Mientras que los servicios de atención domiciliaria pudieron continuar gracias a la intervención de los trabajadores de LILT, el voluntariado activo en los hospitales se detuvo, lo que supuso graves inconvenientes para los pacientes en tratamiento (especialmente en los hospicios para los cuidados paliativos).

Tras la primera reapertura (junio de 2020), se reanudaron gradualmente las actividades de participación activa. Entre ellas, los cursos impartidos anteriormente por profesionales, con el apoyo de voluntarios, se trasladaron a "Spazio Parentesi", la primera academia en Italia dedicada exclusivamente a la formación e información de pacientes y ex pacientes de cáncer; la preparación de los locales y la idea se diseñaron en colaboración con la Escuela Europea de Oncología (ESO) y Europa Uomo. Los equipos multidisciplinares que trabajan en Spazio Parentesi han organizado e impartido los siguientes cursos

- "Corpo e Mente ArtLab". Taller de Arte en modalidad híbrida (clases presenciales + online). Las clases online fueron muy apreciadas porque redujeron los desplazamientos y el estrés de los pacientes sometidos a Quimioterapia y Radioterapia

- "Mi prendo Cura di me". Curso de formación sobre actividad motriz, buenos hábitos alimentarios y apoyo psicológico y motivacional.

- "I Corretti Stili di Vita". Programa para todo el mundo (incluidas las personas sanas), centrado en la prevención primaria y el estilo de vida saludable.

**Proyecto de voluntariado 3.0.** Tras la repentina falta de voluntarios en contacto con los pacientes, se inició con una encuesta, destinada a identificar las necesidades de los pacientes y de los hospitales, con el fin de priorizar las más acuciantes.

Las principales necesidades que surgieron de la encuesta son las siguientes 3:



- Servicios de información y orientación. A raíz de esta petición se decidió instalar tótems informativos que permitían a los pacientes acceder a información sobre pabellones, servicios de apoyo, acompañamiento a los cuidados y líneas de ayuda y servicios de escucha (psicólogos o voluntarios).



- Información sobre los derechos de los pacientes con cáncer. Se creó una página web socio-jurídica, gracias a la colaboración de cuatro abogados (antiguos voluntarios de LILT). La página "Apoyo sociojurídico" todavía está en la web de LILT Milán-Monza Brianza. El paciente o el familiar podían dirigir una consulta sociojurídica a través de un formulario que debía rellenarse y que se enviaba a través del sistema a los responsables del Área de Voluntariado (y a su vez éstos lo transmitían a los Trabajadores Sociales o a los cuatro abogados).

- Realización de actividades de voluntariado en el hogar. El análisis reveló la necesidad de los pacientes de que alguien les ayude en casa con toda una serie de tareas prácticas (hacer la compra, pagar los servicios públicos, acompañarles al médico, ayudarles con otras tareas). Se contrataron más voluntarios para esta actividad y se actualizaron las competencias de los que ya estaban presentes.

El proyecto tuvo una duración de un año (diciembre de 2020-diciembre de 2021), y al final del mismo, todas las propuestas implementadas se incorporaron a las funciones ordinarias de LILT. En 2022 está previsto un nuevo proyecto, "Voluntariado 4.0", que se ampliará también a otras regiones italianas (Véneto, Toscana y Lacio).

### Éxito de la práctica

Las buenas prácticas aplicadas por el LILT descritas anteriormente (tanto antes como durante la pandemia) fueron decisivas porque sus acciones voluntarias tuvieron efectos positivos para un grupo específico de pacientes (los enfermos de cáncer), tanto en el tratamiento como en el periodo posterior a la terapia.



De hecho, este enfoque ha permitido a los pacientes disfrutar de un verdadero apoyo humano-relacional que alivia el estrés y los temores hacia la enfermedad y el tratamiento (concepto de humanización de los cuidados). Aunque el periodo del primer confinamiento supuso graves inconvenientes para los pacientes, LILT fue capaz de reorganizar sus iniciativas con la ayuda de nuevas herramientas digitales y modos de prestación a distancia, repensando y reorganizando los espacios y redefiniendo el papel de los voluntarios en este nuevo escenario.

**Contacto:**

Immacolata Di Carlo, Jefa del Sector de Voluntariado de la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT)

Luisa Bruzzolo (LILT Milan Operations Director).

<https://www.legatumori.mi.it/>



## 25. Campañas de vacunación en hospitales (Sajonia)

### Nombre de la Organización a cargo

Hospital Universitario de Dresden Carl Gustav Carus, Hospital Universitario de Leipzig

### Contexto

Sajonia es el estado federal con la tasa de vacunación más baja de Alemania. Muchos ciudadanos no se vacunan por diversos motivos. Esta situación es especialmente problemática para el personal de enfermería. Por ello el gobierno reaccionó ante esta situación haciendo obligatoria la vacunación en el sector de la enfermería.

Las campañas de vacunación en los hospitales se introdujeron ya en marzo de 2021. Empezaron los tres mayores hospitales y después les siguieron otros. Se intentaba conseguir dos objetivos:

- 1) Por un lado utilizar recursos humanos disponibles: muchos médicos se declararon dispuestos a vacunar además de su trabajo diario, a pesar del elevado esfuerzo que ello suponía.
- 2) Por otro lado, para no desperdiciar ninguna vacuna de las que no quería la población.

### Solución implantada

Por todo ello se empezaron a recoger en los hospitales las dosis de vacunas sobrantes. Se crearon estructuras para recoger los sobrantes y evitar su caducidad. Los respectivos hospitales organizaron los procesos de cita y vacunación. Dado que era sobre todo el personal del hospital el que podía participar en las campañas de vacunación, se procuró que las citas fueran compatibles con el horario de trabajo. Hubo una gran involucración del personal interno, que a menudo realizaba acciones tipo flash-mob durante los descansos que ayudaron mucho a animar el personal y subir las ratios de participación.

Posteriormente, las personas externas, como familiares, proveedores o socios de la red, también tuvieron la oportunidad de vacunarse en el marco de estas campañas. Esta estructura de dentro a fuera demostró ser muy eficaz. También las citas para la segunda dosis y el refuerzo se organizaron de esta manera.

### Éxito de la solución

Lamentablemente, esto no cambió mucho la tasa general de vacunación de la población.

Sin embargo, estas campañas de vacunación pudieron garantizar el acceso a la vacuna a muchas personas que estaban dispuestas a vacunarse y que habrían tenido que esperar mucho tiempo para su cita de vacunación debido a la priorización. Además, se evitó que los sobrantes caducaran y tuvieran que ser eliminados.

### Contacto:

Dr. Robin Weidemann, UKD



**26. INNOSASUN, la experiencia de apoyar a las empresas en el desarrollo de un dispositivo médico para luchar contra la pandemia de COVID-19 (País Vasco)**

**Nombre de la Organización a cargo**

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria (BIOEF)

**Contexto**

El Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, cuenta con unos dos millones de potenciales pacientes y más de 30.000 profesionales, por lo que se entiende que sea un socio estratégico en términos de testeo para las empresas en el desarrollo de sus tecnologías sanitarias.

INNOSASUN y Medtech son dos mecanismos de apoyo al sector empresarial para articular la interacción y cooperación con el Sistema Sanitario Público de Euskadi y los agentes relacionados que forman este ecosistema, respondiendo a sus necesidades en materia de innovación.

Además del Servicio Público de salud, este ecosistema está compuesto por más de 170 empresas que trabajan en biociencia y salud, además de por los cuatro institutos de investigación sanitaria y por los centros tecnológicos de las universidades.

INNOSASUN pretende convertir al Sistema de salud Vasco en un socio preferente, poniendo sus capacidades y conocimientos al servicio del desarrollo socioeconómico y Medtech es una herramienta de apoyo financiero a todo este sistema que apoya el proceso innovador.

**Proyectos en el marco de estas iniciativas**

En 2014, la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco creó el Programa INNOSASUN para apoyar a las empresas en el desarrollo y validación de tecnologías sanitarias.

Las principales actividades realizadas en el marco de INNOSASUN son:

- 1) el asesoramiento y la orientación a empresas y otros agentes sobre las especificaciones o requisitos de sus tecnologías sanitarias, para que puedan ajustarse mejor a las necesidades de los profesionales sanitarios y de los pacientes y, en definitiva, al mercado;
- 2) los estudios preclínicos y, sobre todo, clínicos para el desarrollo y validación de tecnologías sanitarias. En este sentido, INNOSASUN ofrece al sistema sanitario como banco de pruebas o living lab en un entorno real, para estudios de demostración, validación y/o coste-efectividad de dispositivos y tecnologías médicas.

En 2018, la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco creó Medtech Initiative para apoyar económicamente la colaboración del Sistema de salud vasco con empresas en el marco de INNOSASUN para el desarrollo y validación de tecnologías sanitarias que mejoren los resultados en salud y generen valor. Esta iniciativa permitió superar una de las principales limitaciones para terceros, especialmente para las PYME, en su camino hacia el mercado, que es la falta de presupuesto para realizar estudios clínicos costosos, pero, al mismo tiempo, obligatorios.

Algunos ejemplos de las tecnologías que se probaron gracias a estas colaboraciones se pueden ver en la imagen y son: sistema de dispositivos médicos impresos en 3d, soluciones e-health, soluciones de análisis in vitro, soluciones mediante robótica, obviamente medicamentos y otros.

Durante la pandemia, estas dos herramientas de apoyo, INNOSASUN y Medtech, han sido muy valiosas, ya que son estratégicas y están orientadas a fomentar la colaboración público-privada con las empresas del sistema y en esos momentos esta colaboración fue clave para buscar soluciones a la crisis sanitaria.

Para luchar contra la pandemia, durante 2020 y 2021, se colaboró y apoyó el desarrollo y la validación de 11 tecnologías sanitarias, incluidos los sistemas de diagnóstico del SARS-CoV-2 y los tratamientos para pacientes del Covid-19, de 11 empresas diferentes. Entre ellos:

- 5 test diagnósticos in vitro
- 3 proyectos de pruebas individuales de energía para ventiladores mecánicos
- Una plataforma de monitorización de salud a distancia
- 1 proyecto de Impresiones 3D para Swab
- 1 proyecto de Test de diagnóstico con marcadores biológicos

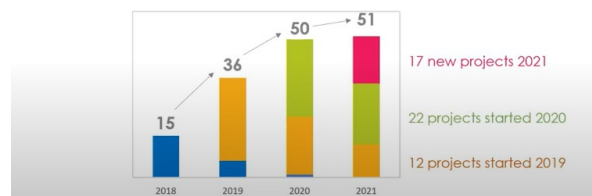


### Éxito de la práctica

En esta figura podemos ver los números de la iniciativa de Medtech, que desde 2018 llevo a cabo más de 90 proyecto con 54 empresas que logró testear 78 soluciones.

Since 2018,

- + **90 projects** executed by the Basque Public Health System
- + **54 basque companies** supported and
- + **78 health technologies** tested



Durante 2020 y 2021, once empresas que accedieron a Medtech colaboraron con el Sistema Sanitario Público Vasco en proyectos centrados en el desarrollo de sistemas de diagnóstico del



SARS-CoV-2 y en el tratamiento de pacientes con Covid-19. Dos test de diagnóstico han obtenido el marcado CE gracias a las validaciones clínicas realizadas y las otras 9 tecnologías han acelerado su camino al mercado gracias a los avances en su desarrollo o validación.

Otra clave del éxito es el incremento en los fondos dedicados: se han movilizado un presupuesto de 8,2 millones de euros desde 2018 teniendo un presupuesto inicial de un millón en 2018, que se ha incrementado cada año hasta llegar a cerca de los 3 millones en 2022.

**Contacto e información:**

<https://www.bioef.org/es/actividad/necesitas-al-sistema-sanitario/programa-innosasun/>

<https://www.bioef.org/wp-content/uploads/2020/06/Resumen-Medtech-2018-2020-vFINAL-17.06.2020.pdf>

Sergio Cardoso, jefe proyecto en BIOEF,  
scardoso@bioef.eus

## 27. Osasun Eskola: materiales educativos (País Vasco)

### Nombre de la Organización a cargo

Osakidetza

### Contexto

Osasun Eskola es la escuela de salud de Osakidetza y del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Es el agente de referencia para el empoderamiento y la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades relativos a la salud de las personas de la región a las que siempre les facilitan información y formación validada y actualizada para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y en la gestión de la enfermedad. Trabaja en la alfabetización y educación sanitaria con el objetivo de mejorar la capacitación de las personas que precisamente no tienen formación sanitaria. Ofrece información en un lenguaje sencillo y fácil de entender, en un formato ameno y atractivo, con un mensaje tranquilizador y motivador que da confianza a las personas en sus propias capacidades. Además, se ofrecen herramientas sencillas para la autogestión. Ofrece una visión holística de la persona y sus cuidados, incluyendo una visión del autocuidado, de los cuidados prestados y de los cuidados recibidos.



### Soluciones implantadas

Durante la pandemia, se crean o adaptan contenidos informativos sobre diferentes temas.

- Información relacionada con Covid-19, signos y síntomas, medidas de confinamiento y aislamiento, recomendaciones, preguntas frecuentes, etc. Se revisaba siempre las publicaciones para ofrecer un conocimiento siempre actualizado en un contexto de tanta incertidumbre.
- Información sobre hábitos saludables adaptados tanto al confinamiento como a la posterior desescalada o recuperación de la situación anterior. Se habla de alimentación, actividad física,





descanso y sueño, ocio, gestión de la información, duelo, etc.

Al principio el nombre del área donde se adaptaron todos estos contenidos era "Confinamiento saludable" y después, con la desescalada se tuvieron que volver a modificar los contenidos y se pasó a llamar "Cuida tu salud durante COVID 19".

- Salud emocional. Se pretende mejorar el conocimiento y la gestión de los estados de salud y malestar emocional, así como mejorar la detección precoz de los estados de enfermedad o trastorno mental, asociados al aumento de los factores de estrés vinculados a la pandemia. Se desarrolla información sobre emociones; diferencia entre estados de salud, malestar y trastorno; herramienta de autoevaluación de síntomas de depresión y ansiedad; herramientas para mejorar el autocuidado y técnicas para resolver problemas o gestionar preocupaciones; proceso de duelo; audios de relajación, vídeos educativos, pdfs descargables... Se ofrecen en formato digital dos escalas validadas autoaplicables que criban ansiedad y depresión, con las que las personas valoran sus síntomas para obtener una orientación aproximada, siempre avisando que esta orientación no sustituye al diagnóstico realizado por un profesional de la salud.

- Embarazo, parto y posparto. Secundariamente al cese de la actividad grupal, en este caso la preparación a la maternidad realizada por las matronas, se detecta la necesidad de trasladar la información sobre salud reproductiva por un canal distinto al presencial. El contenido de la web sobre salud reproductiva se desarrolló con 6 secciones que abarcan el embarazo, el parto, el postparto, el recién nacido, la lactancia materna y material educativo e informativo. El contenido se completa con 16 vídeos educativos. Han colaborado personas de todas las organizaciones, lo que favorece el conocimiento, el consenso y la unificación del mensaje con independencia del agente emisor y de los medios que lo prescriban o recomienden desde la propia consulta de seguimiento del embarazo o la pediatría.

### Éxito de la práctica

Nuestro sitio web carece de la activación del perfil del usuario. No conocemos el alcance real de las iniciativas. Sólo conocemos la ubicación del dispositivo durante la navegación, lo que proporciona una información superficial. Hemos identificado conexiones desde América Latina, Europa y también desde España y, por supuesto, desde nuestra comunidad autónoma.

Con respecto a la parte de salud emocional, el contenido de la web ha recibido más de 80.000 visitas desde su publicación el 02/2021 con un promedio de tiempo en página de unos 8 minutos. Las escalas autoadministradas validadas para evaluar la intensidad de los síntomas del trastorno de ansiedad y de la depresión tuvieron buena acogida. Tras rellenar ambas, se recibe una recomendación personalizada. En este momento se han rellenado más de 3500 formularios (cada formulario incluye ambas escalas).

Con respecto a la sección de embarazo, parto y posparto, la aceptación ha sido muy buena, teniendo en cuenta el número de nacimientos/año en nuestra comunidad. En menos de un año ha recibido alrededor de 50.000 visitas.



**Contacto:**

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/osasun-eskola-portada/-/tu-portal-de-salud-y-vida-sana/>  
osasuneskola@osakidetza.eus

Begoña Belarra. Responsable of Osasun Eskola. Osakidetza.



## 28. *Paciente activo: modalidad online de COVID19* (País Vasco)

### Nombre de la Organización a cargo

Osakidetza (Dirección de Asistencia Sanitaria/Subdirección de Coordinación de Atención Primaria)

### Contexto y evolución

En 2010, se introdujo "Paziente Bizia-Paciente Activo", un programa de educación en autocuidado y autogestión basado en la metodología de la Universidad de Stanford.

Posteriormente, en 2013, se desarrolló una metodología propia. Objetivo: Aumentar el empoderamiento de las personas que viven con enfermedades crónicas y/o cuidadores, a través de talleres de formación en autocuidado y autogestión de la enfermedad, buscando que puedan comprender mejor su enfermedad, responsabilizarse de su salud y participar en la toma de decisiones compartidas con los profesionales sanitarios.

En 2018 se detectó la necesidad de llegar a personas que, por razones de tiempo, desplazamiento, falta de anonimato, etc., no tienen acceso al formato presencial. Por ello, se planteó un proyecto piloto para formación en línea con 200 usuarios, para poder llegar a cualquier punto de la región.

En 2020 se obtuvieron resultados favorables que, junto con la situación de pandemia de Covid-19, llevaron a la implantación definitiva, dirigida a una población más amplia, manteniendo el contenido, la duración y la frecuencia.

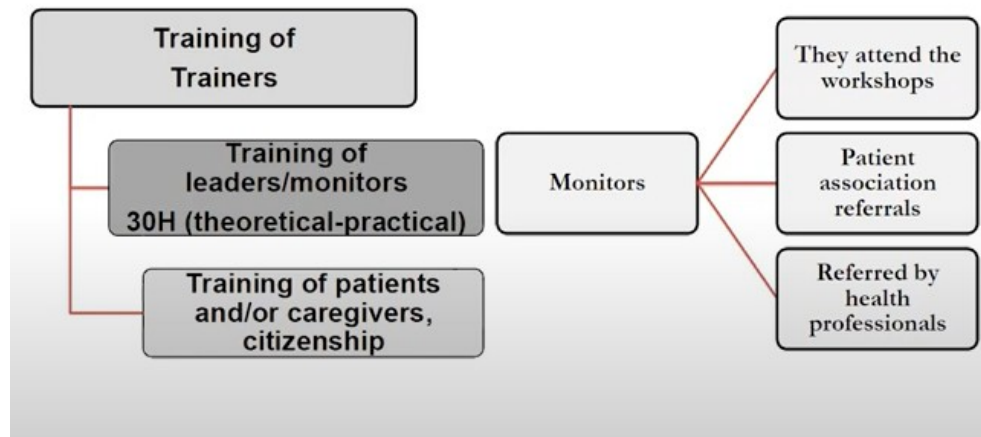
### Programa

El objetivo del programa es mejorar el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas y sus cuidadores, a través de su formación en workshops entre iguales sobre autocuidado y gestión de la enfermedad. Con ello se consigue ser más consciente y participar en las decisiones clínicas sobre su salud.

Todo el proceso se basa en el anonimato, el acceso fácil y cómodo a los contenidos desarrollados, sin horarios. El programa se centra en los sentimientos y las vivencias de las personas teniendo siempre en cuenta el momento vital del paciente. Los talleres son dirigidos por personas que conviven con la enfermedad crónica o por cuidadores, lo que los hace diferentes, y suelen participar entre 12-15 personas con frecuencia semanal (7/8 sesiones) y se acompañan de material educativo, videos. Se facilitaba una guía para ayudar a las personas con pocas habilidades digitales. Lo que se busca es dar herramientas y habilidades para gestionar planes de acción, gestionar de problemas del día a día, control de estrés, toma de decisiones...

Se trata de una formación en cascada, primero se forma a los monitores durante 30 horas teórico-prácticas. Esos monitores que después impartirán los talleres, se reclutan entre personas que asisten a los talleres o derivadas de asociaciones o profesionales sanitarios. El acceso de los pacientes viene por estas mismas vías o por otras como redes sociales o

intranets corporativas.



La metodología se basa en la lectura de contenidos, la interacción con los miembros del grupo sobre problemas, logros, emociones difíciles, planes de acción y el aprendizaje de habilidades de autocuidado y autogestión. Pueden participar personas con conocimientos tecnológicos básicos (la miniguía ofrece acceso a la plataforma). Además, hay 6 sesiones/6 semanas, en las que hay dos facilitadores con los que los usuarios interactúan.

### Éxito de la práctica

Desde la pandemia, en el formato asíncrono, -sin tiempo de finalización establecido- se formaron un total de 505 participantes de los que el 76,6% completaron la formación.

Entre los encuestados, con una edad media de 45 años, el 75% considera que el anonimato es una ventaja. El 75% se siente más capaz de controlar su enfermedad. Respecto a la experiencia:

- 1) la valoración del contenido del aula 4/5
- 2) la valoración de los facilitadores 4,1/5
- 3) la satisfacción general con el curso y los materiales 4/5
- 4) la valoración general de la plataforma 4/5

En cuanto al formato de videoconferencia, se realizó una encuesta a 167 participantes, el 89% completó la formación con una edad media de 59 años:

- hay una satisfacción general con el curso y la organización, 9/10.
- el taller ayudará a controlar mejor la enfermedad 8,4/10
- ha aumentado la confianza de los asistentes 8/10.



Se destaca el entorno online de la plataforma como muy útil y satisfactorio para los agentes implicados, acceso en tiempo real en cualquier punto, sin infraestructuras ni desplazamientos. Además, se señaló que se daba continuidad al programa manteniendo su eficacia clínica permitía la heterogeneidad de los grupos, y favorecía la relación entre monitores/participantes.

Esta iniciativa ha colaborado en proyectos europeos como C3Cloud, HOPE, Jadedcare, Gatekeeper... y ha ganado varios premios nacionales.

**Contacto:**

Lourdes Ochoa de Retana Garcia

Responsable Programa Paziente Bizia-Paciente Activo · Osakidetza

lourdes.ochoaderetanagarcia@osakidetza.eus / [pacienteactivo@osakidetza.eus](mailto:pacienteactivo@osakidetza.eus)

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/pacienteactivo/>



## 29. Plataforma de telemonitorización TELEA (Galicia)

### Nombre de la Organización a cargo

Servicio Gallego de salud (SERGAS)

### Resumen de la buena práctica

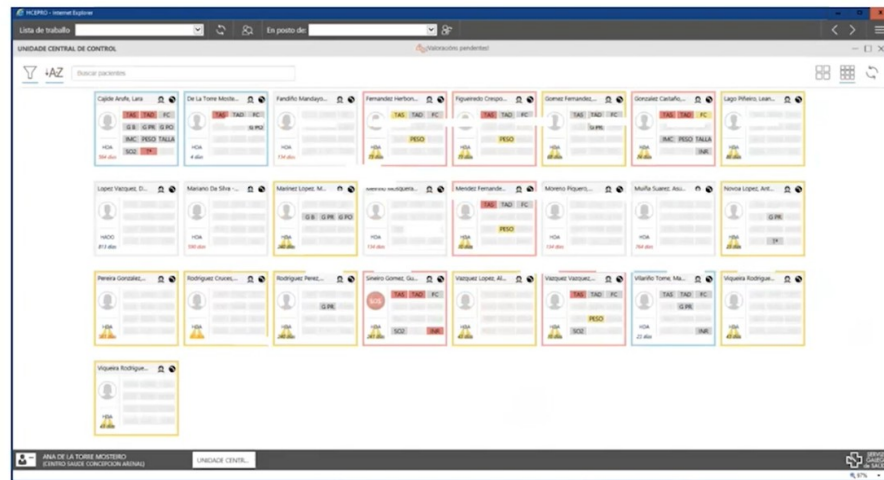
TELEA es la plataforma de teleasistencia domiciliar del Servicio Gallego de Salud para el seguimiento y contacto entre los pacientes crónicos y los profesionales sanitarios.

Se trata de una plataforma multipaciente, multiprofesional y pluripatológica que se adaptó durante la pandemia para controlar los casos más estables y liberar camas para los más graves.

Inicialmente esta plataforma fue concebida como una herramienta que permitía el seguimiento de los pacientes crónicos en el nivel de atención primaria para evitar su empeoramiento. Este sistema de telemonitorización lleva años mejorando la relación entre los pacientes y los profesionales del Sergas, facilitando el seguimiento sobre su estado de salud, de forma ágil, eficiente y sin necesidad de desplazamientos. Desde 2015, año en el que comenzó su implantación, Telea ha registrado más de 977.000 datos de pacientes y actualmente monitoriza a más de 20.000 pacientes que sufren alguna de las 16 patologías registradas en los perfiles de Telea. Esto ha contribuido a una detección temprana y rápida de cualquier alteración de los parámetros registrados.

El paciente puede acceder fácilmente a la plataforma desde su casa utilizando su teléfono móvil. Al iniciar la herramienta puede ver en el calendario las acciones que tiene que realizar cada día y las medidas que tiene que tomar cada hora, lo único que tiene que hacer es registrar los datos de sus mediciones.

Estos datos son evaluados por los profesionales sanitarios en una Unidad Central de Control (UCC) para el seguimiento de los pacientes que disponen de alertas de colores, que les permiten detectar de forma muy visual los casos más graves y urgentes por estar fuera de los parámetros establecidos.



Estas son las variables clínicas que podemos introducir en TELEA: presión arterial, peso, glucemia, saturación de O<sub>2</sub>, pasos, frecuencia cardíaca, índice de masa corporal, INR y temperatura. Dos de ellas han sido muy decisivas para el seguimiento de los pacientes de COVID: La saturación de O<sub>2</sub> y la temperatura.

Además, TELEA permite a los pacientes completar cuestionarios clínicos para ayudar en su mejor seguimiento y finalmente se han habilitado canales de comunicación por correo, llamada telefónica o videoconferencia.

Durante la gestión de la pandemia causada por el covid-19, además de los pacientes que ya estaban telemonitorizados, se añadieron los casos activos y sus contactos cercanos a los que se les ofreció un canal de comunicación electrónico.


La aplicación de Telea en la pandemia requirió el diseño de un perfil para Covid con la inclusión de los siguientes criterios:

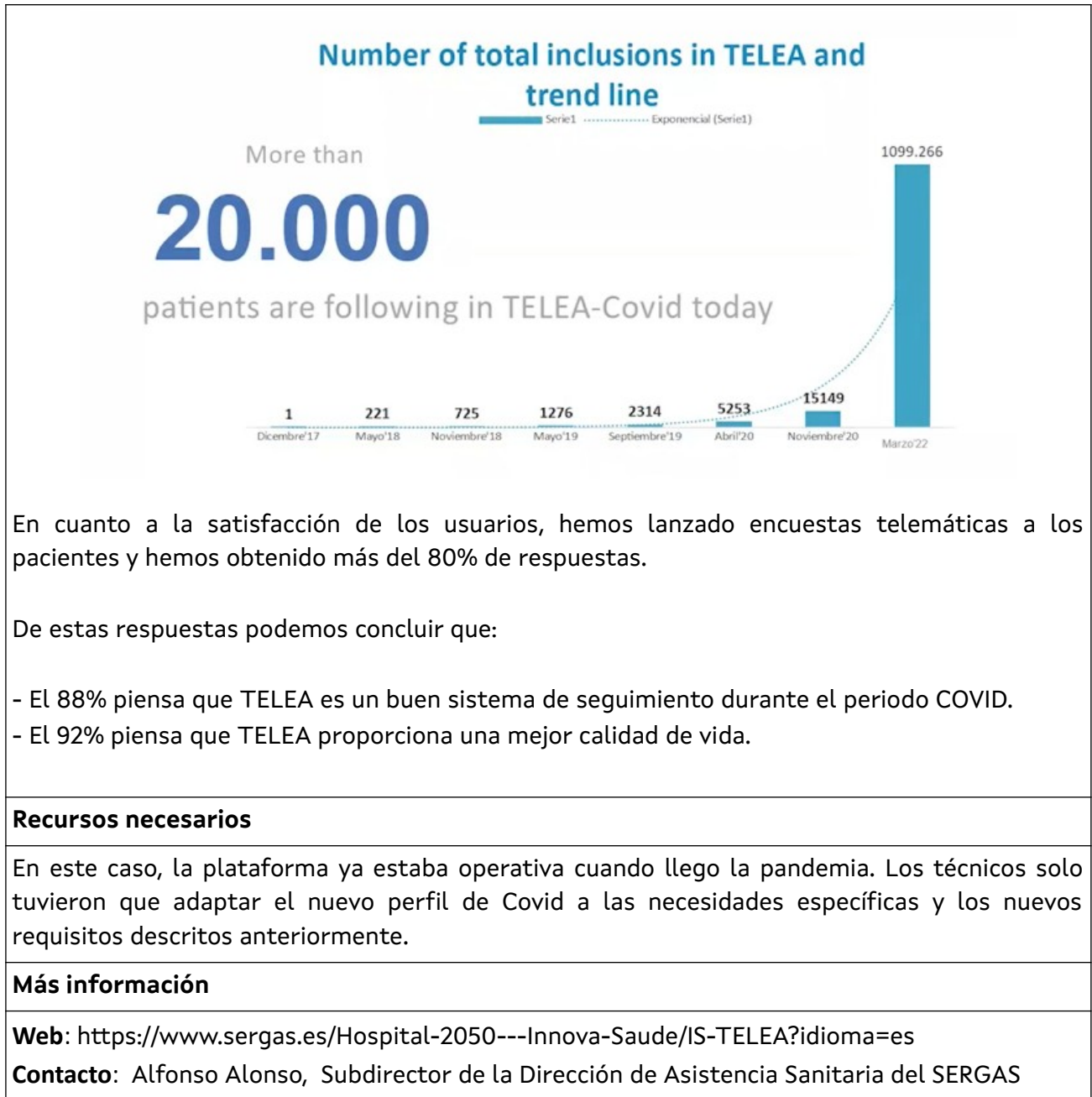
- El acceso a los recursos tecnológicos.
- Conocimiento de las herramientas de telemonitorización o tener un cuidador que pueda dar el soporte.
- Confirmación diagnóstica de Covid-19 sin criterios de ingreso hospitalario.
- Apoyo social y funcional adecuado que cumpla los requisitos de aislamiento en el hogar.

Estos son los datos biométricos del perfil TELEA Covid:





<h2>Biometrics in the TELEA Covid profile</h2>	<p>Temperature</p>  <p>3 per day</p>	<p>O2 saturation</p> <p>3 per day</p>
	<p>Heart rate</p> <p>2 per day</p>	<p>Blood pressure</p> <p>2 per day</p>
<p>También se diseñaron cuestionarios específicos para el perfil Covid: uno relacionado con las enfermedades respiratorias, otro con las enfermedades crónicas y un tercero con la movilidad o los hábitos cotidianos.</p>		
<h3>Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia</h3>		
<p>La cobertura geográfica original de TELEA es toda la región gallega.</p> <p>Esta buena práctica fue compartida en 2020 en el marco de un hermanamiento entre Galicia y Baja Silesia (Polonia) dentro de la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing EIP on AHA.</p> <p>TELEA fue seleccionada además por la Comisión Europea en la convocatoria lanzada en diciembre de 2020 como una de las seis buenas prácticas a transferir entre los países de la UE que forman parte de CIRCE.</p> <p>ACIS y el SERGAS han sido seleccionados para participar en este nuevo proyecto europeo, Joint Action Transfer of Best Practices in Primary Care (CIRCE), destinado a la transferencia e implementación de las mejores prácticas en Atención Primaria.</p>		
<h3>Evidencias de su éxito</h3>		
<p>Los datos del uso creciente de esta plataforma en los últimos años nos dan una idea de su éxito.</p> <p>Desde 2020, el número de pacientes monitorizados ha pasado de 500 a 20.000.</p>		





### 30. Sistema de Pooling para realizar PCR's (Galicia)

#### Nombre de la Organización

Servicio Gallego de salud (SERGAS)

#### Resumen de la buena práctica

En 2020, por primera vez en España, la gerencia del Área de Salud de Vigo puso en marcha la técnica de pooling, que permite analizar muestras de varios ciudadanos en una única prueba, multiplicando su capacidad de evaluación.

Los objetivos específicos de este proyecto fueron:

- identificar individuos infectados en poblaciones sanas (portadores asintomáticos) de forma rápida y económica
- clasificar las poblaciones en función de su prevalencia: baja (1%) o alta (5%).

Consiste en unir las muestras de 20 personas diferentes y procesarlas juntas, como si fueran las de un solo individuo. Si el resultado del procesamiento de la muestra es negativo, se concluye que cada una de las muestras originales también lo es, ahorrando así el tiempo y la capacidad que supondría el estudio individual de cada una de las muestras originales.

Si el resultado global es positivo, hay que separar las muestras para volver a procesarlas: bien dividiendo la muestra conjunta en fracciones más pequeñas, bien analizando cada una de ellas individualmente.

Esta técnica no sólo se utiliza para detectar positivos, sino también de forma preventiva, consiguiendo zonas libres de infección.

Este sistema es una herramienta de diagnóstico muy eficaz para vigilar y controlar la circulación del virus en zonas estratégicas. Es decir, en lugar de esperar a que aparezcan trabajadores con síntomas, se realiza una acción proactiva de búsqueda e identificación de trabajadores asintomáticos, para controlar cuanto antes los brotes de la enfermedad y garantizar zonas estratégicas libres de virus.

Por ello, es muy eficaz para realizar pruebas a grupos de personas en grandes centros de trabajo, como personal sanitario, usuarios y trabajadores de centros sociosanitarios y residencias, así como grupos en zonas industriales.

Durante la implantación de este sistema, el primer paso fue la necesidad de disponer de un método de automuestreo para la obtención de muestras. Tuvieron que cambiar el hisopo nasofaríngeo (la forma inicial de recogida de muestras) por la saliva. Además, tuvieron que diseñar un nuevo tipo de tubo para recoger la muestra y una aplicación de smartphone para registrarla en la infraestructura robótica utilizada para el proceso. Este registro garantiza la



privacidad de los participantes y la trazabilidad de las muestras.

La infraestructura estaba formada por varios robots en los que se realizaba el proceso y el flujo de trabajo de recogida. La geometría de la pista robótica condicionó la forma de trabajo. Otra limitación es la disminución de la sensibilidad analítica asociada a este tipo de procesamiento.

Esta disminución puede conducir a un aumento de la tasa de falsos negativos en comparación con las técnicas de procesamiento simple.

Pero las ventajas son muchas:

- Ahorro de tiempo y reactivos en la detección de negativos (detecta los focos iniciados)
- Se pueden realizar análisis en serie e incluir más objetivos además del coronavirus (los dos últimos meses han trabajado con la gripe y con otros virus)

Finalmente, si el resultado es negativo, se envía inmediatamente un mensaje al teléfono móvil. Si se detecta la presencia de un virus, se inicia el protocolo normalizado por el SERGAS.

#### **Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia**

El SERGAS se organiza en 7 áreas sanitarias. Son instrumentos organizativos, sin personalidad jurídica, que configuran los órganos periféricos que gestionan el Sistema Sanitario Público de Galicia e integran todos los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud en su ámbito territorial.

La cobertura geográfica original del sistema de Pooling es el área de salud de Vigo del SERGAS, pero a partir de este laboratorio se han podido realizar análisis para toda la región gallega.

#### **Evidencias de su éxito**

Gracias a esta técnica en el área de Vigo se han podido realizar unos 2 millones de PCRS. El laboratorio tenía capacidad para analizar casi 100.000 PCRS al mes.

En esta actividad se priorizó el cribado quincenal de los casi 7.000 trabajadores del Área de Salud de Vigo (14.000 al mes) y el cribado quincenal de los 15.000 trabajadores de las residencias sociosanitarias de Galicia (30.000 al mes). Y el resto (56.000) se utilizará en el cribado de los colectivos de los sectores industriales.

Este sistema permitió contener 700 brotes en empresas, residencias, hospitales y otros colectivos del área de Vigo y de toda Galicia, al detectar los primeros contagios en una fase temprana.

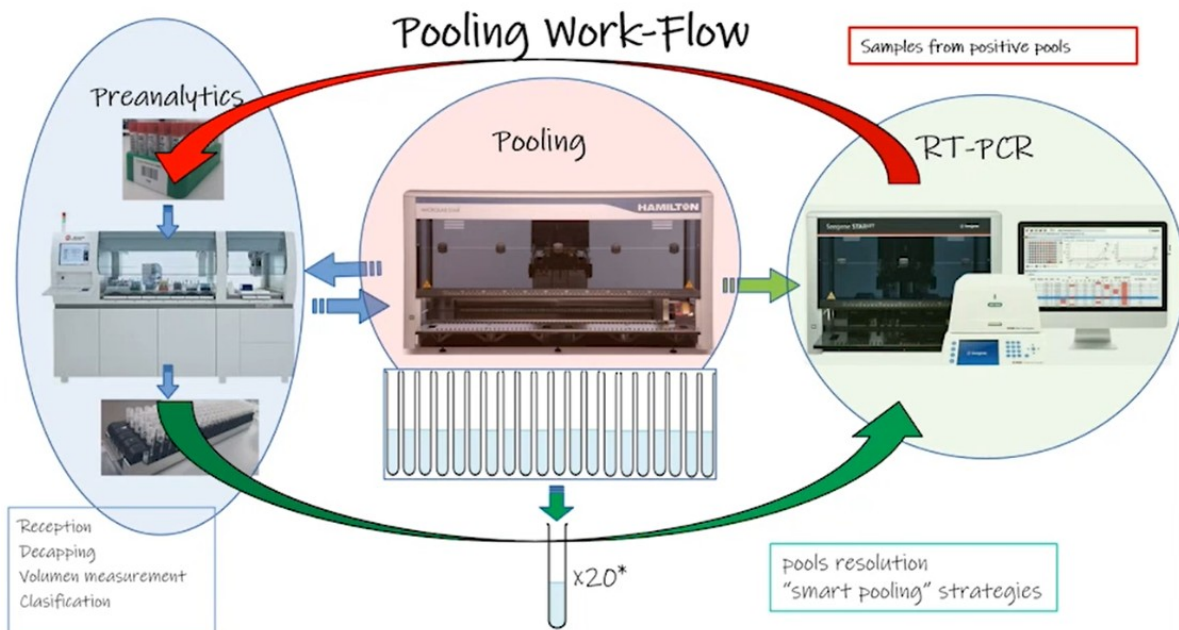
#### **Recursos necesarios**

El laboratorio está ubicado en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, lo que permite integrar en

un único dispositivo todo el equipamiento robótico para este procedimiento. En este proyecto también participa la Escuela de Ingeniería de la Universidad de Vigo.

El sistema se compone de diferentes equipos:

- Un módulo preanalítico que descapsula, clasifica y registra la muestra de entrada.
- Dos robots de pipeteo que agrupan 20 muestras en un mismo tubo.
- Dos equipos de extracción que preparan la muestra y realizan la PCR
- Tres módulos de termocicladores que proporcionan el resultado final del pool.



### Más información

**Web:** <https://www.iisgaliciasur.es/pooling-informacion-para-entidades/>  
<https://pooling.iisgaliciasur.es/>

**Persona de contacto:** Benito Regueiro, Jefe del Servicio de Microbiología del área sanitaria de Vigo del SERGAS



## 31. PRACTICUM DIRECT: Simulador de pandemias (Galicia)

### Nombre de la Organización

Sistema Público de Salud de Galicia (SERGAS): Área de Salud de Pontevedra

### Resumen de la buena práctica

Se trata de un simulador de razonamiento directivo en situaciones de pandemia, que ayuda a la toma de decisiones sanitarias.

Basado en la neurociencia y la psicología cognitiva, incorpora la duda en la toma de decisiones de gestión para guiar al cerebro hacia la integración del conocimiento. Su objetivo es impulsar el conocimiento de la gestión y la investigación mejorando la fiabilidad de los servicios y reduciendo la variabilidad.

En nuestro sistema se ha detectado la necesidad de asistencia y apoyo en la toma de decisiones en los niveles de microgestión, mesogestión y macrogestión.

El sistema nacional de salud (equipos de gestión a diferentes niveles dentro de la organización sanitaria) tomará decisiones en una pandemia a partir de la guía de resultados que resulta de la puesta en común de todas las decisiones tomadas en situaciones similares en todos los hospitales, servicios y categorías de las regiones, el país y otros países.

Combinando modelos epidemiológicos con técnicas de inteligencia artificial y métodos basados en la neurociencia y la psicología cognitiva, incorporamos todas las decisiones que se han tomado en los centros asistenciales (hospitales y atención primaria) y sociosanitarios para disponer de un SIMULADOR de decisiones.

A partir de los planes de contingencia, se desarrolla un modelo predictivo de la evolución (por ejemplo, la tasa de infección, los ingresos vinculados a la toma de decisiones y la onda COVID 19, el consumo de noradrenalina, antibióticos, corticoides, etc.).

El proyecto consta de 3 fases: modelización, validación y prueba e implementación. El proyecto se encuentra actualmente en la primera fase. Se ha entrevistado a diferentes responsables regionales a partir de un cuestionario diseñado para este proyecto. Actualmente se están analizando los resultados y se están desarrollando algoritmos que permitan desarrollar un simulador de toma de decisiones basado en la experiencia previa.

### Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia

La cobertura es regional por el momento, pero en función del éxito podría implantarse en





otros niveles organizativos y regiones.

Existen simuladores para la toma de decisiones clínicas, validados por el European Board of Medical Assessors, pero no para la toma de decisiones en la gestión sanitaria. Por lo tanto, representa una gran oportunidad para liderar la formación de gestores en el ámbito sanitario y ser un referente.

#### **Recursos necesarios**

- Un equipo formado por profesionales de la salud, equipo de expertos
- Equipo de científicos de datos, para el desarrollo del modelo para la toma de decisiones.
- Acceso a bases de datos agregadas (no datos clínicos), sobre la evolución de la pandemia (también disponible en el SERGAS)

#### **Más información**

**Web:**

<https://www.researchgate.net/project/PRACTICUM-DIRECT-Simulator-for-Decision-Making-during-Pandemics-PRACTICUM-DIRECT-Simulador-de-toma-de-decisiones-en-pandemias>

**Personas de contacto:** Modesto Martínez Pillado, Jefe de sección unidad de calidad, Área de Salud de Pontevedra  
[modesto.martinez.pillado@sergas.es](mailto:modesto.martinez.pillado@sergas.es)



## 32. XIDE: Gestión integrada de la demanda en equipo (Galicia)

### Nombre de la Organización a cargo

Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria de la Xunta de Galicia

### Sumario de la buena práctica

XIDE es un proyecto que trata de obtener la máxima eficiencia mediante la elección del profesional más adecuado para atender la demanda del ciudadano. No es una forma de triaje sino que es el proceso de encontrar la mejor forma de atender la demanda del paciente.

Se trata de una innovadora herramienta tecnológica diseñada para optimizar la gestión de las citas a demanda en atención primaria, a través de la cual todos los profesionales del equipo de atención primaria participan de forma interdisciplinar y dentro de sus competencias para responder en un tiempo determinado a un motivo de consulta (expresado por un ciudadano).

Los objetivos del proyecto son los siguientes:

- Fomentar la promoción de la competencia profesional
- Aumentar la calidad de la atención en los procesos dependientes del tiempo.
- Organizar eficazmente el personal profesional
- Garantizar que todas las personas que necesitan atención presencial la reciban en tiempo y forma.



Para su creación se creó un grupo de trabajo que definió los motivos de consulta y diseñó las propuestas de citación, que están en continua revisión. Integra más de 1000 motivos de consulta tanto en la versión de adultos como en la pediátrica.

Una vez identificado el usuario, se intenta determinar el motivo de consulta mediante preguntas estándar no invasivas. Si el paciente no desea expresar su motivo de consulta, XIDE le asigna de forma garantizada una cita telefónica con el médico para que le exprese su motivo.

Como resultado del proceso, el sistema proporciona una cita que la herramienta decidirá si es prioritaria y si es presencial, y también decide el profesional que mejor atenderá la demanda del usuario.

### **Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia**

De momento, la cobertura es regional, pero en función del éxito podría aplicarse a otros niveles organizativos y regiones.

### **Evidencias de éxito**

XIDE está totalmente integrado en la herramienta del sistema de gestión de la atención primaria, permitiendo que todos los procesos sean más eficientes.

Se puso en marcha en noviembre de 2021, y desde entonces se ha implantado en 61 Centros de Salud distribuidos por todas las provincias de Galicia, beneficiando al 30% de la población de toda la comunidad (787.817 habitantes). En total, se han realizado 274.870 entradas para pedir cita previa a través de XIDE.

### **Recursos necesarios**

Para desarrollar el proyecto XIDE, la Consejería de Sanidad creó un grupo de trabajo formado por más de 70 profesionales de todas las categorías de la atención primaria (médicos, enfermeros, farmacéuticos, matronas, trabajadores sociales, dentistas, higienistas dentales, fisioterapeutas, pediatras, personal administrativo).

### **Más información**

<https://www.youtube.com/watch?v=WlYxJykvdT8>

### **Contacto:**

Francisco Jesús Represas Carrera: Jefe de Servicio - Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria de la Xunta de Galicia  
[planificacion.reforma.sanitaria@sergas.es](mailto:planificacion.reforma.sanitaria@sergas.es)



### 33. Estrategia de vacunación de Covid-19 (Galicia)

#### Nombre de la Organización a cargo

Dirección General de Salud Pública de la Xunta de Galicia

#### Resumen de la buena práctica

La estrategia de vacunación de Galicia puede considerarse un referente, ya que ha sido la primera región española en vacunación, con un gran éxito de cobertura, especialmente en la población mayor.

El éxito de la estrategia se ha basado en 4 ejes fundamentales que se describen a continuación:

#### 1.-La formación del personal:

Fue necesaria la formación de equipos específicos de enfermería, que se autoformaron al principio de todo el proceso en la preparación de las vacunas, las reacciones adversas, las entrevistas que había que hacer...

2.-El apoyo de innovaciones tecnológicas para las citas (uso de códigos QR), para el registro de datos y otras tareas, dotando a la vacunación de avances tecnológicos que han sido clave para sistematizar el proceso.

Un ejemplo fue el proceso utilizado para comunicar las citas de vacunación: Los ciudadanos reciben un SMS con un código QR y un enlace a la geolocalización del lugar exacto de la vacunación. En el mismo mensaje de texto se indica la fecha y la hora de la cita de vacunación.

El QR permite una identificación única del paciente y una perfecta trazabilidad del mismo y de la vacuna. Si el ciudadano llega sin el código, hay un punto de información en el punto de vacunación donde se genera el código QR.





3.- Una organización y logística en la que se ha medido cada detalle para garantizar una buena entrega y registro de las dosis.

Las vacunas se entregan en una caja hermética o en una nevera. Se comprueba que han llegado todos los viales que se han solicitado para la población prevista para ese día.

En cada caja hay dos registradores de datos, que son dispositivos que miden la temperatura de las vacunas durante su transporte.

Se introduce en el ordenador como un USB y muestra una gráfica con estas temperaturas para comprobar que las vacunas están en perfecto estado para ser administradas.

Se desarrolló otra aplicación en la que sólo se registraba la vacuna, la vacuna que estaba disponible en ese momento ya estaba precargada, el lote, simplemente había que comprobar que era la persona adecuada y hacer un pequeño clip para registrarla, por lo que era una forma muy ágil y de esta manera conseguíamos agilizar el proceso.

Además, esta aplicación de registro de vacunación también podía dar la opción de que la persona recibiera un SMS y pudiera descargar el certificado digital COVID directamente desde la aplicación móvil del Sergas.

4.- y una transparencia en la comunicación de toda la información que contribuyó a involucrar a los ciudadanos.



<https://coronavirus.sergas.gal/>

Cronómetro de Vacinación



Grupos poboacionais co proceso de vacinación activo

Data de inicio	Descrición	Tipo de campaña
Agosto 2021	Personas vulnerables desde o punto de vista social ou económico	Gravidade e exposición
Setembro 2021	Mulleres xerártes	Gravidade e exposición
Setembro 2021	Recogitación de persoas por grupo de idade (>=12 anos)	Gravidade por idade
Setembro 2021	3ª dose das persoas con inmunosupresión grave (transplante de órgano sólido, neoplasias de tratamento de proxección hematopoiética, tratamentos con fármacos anti-CD20)	Gravidade e exposición
Setembro 2021	Dose de reforzo en persoas que residen residencias de maiores	Gravidade e exposición
Outubro 2021	Dose de reforzo en persoas de 80 ou máis anos	Gravidade por idade
Novembro 2021	Dose de reforzo en persoas de 70 a 79 anos	Gravidade por idade
Novembro 2021	Dose de reforzo as persoas vasculas con Jansen menores de 70 anos	Gravidade e exposición
Décembro 2021	Dose de reforzo en persoas de 60 a 69 anos	Gravidade por idade
Décembro 2021	Dose de reforzo en persoal sanitario e socioasistencial	Gravidade e exposición
Décembro 2021	Dose de reforzo en persoas de 30-59 anos	Gravidade por idade
Décembro 2021	Dose de reforzo en persoas vasculas con unha ou dous doses de AstraZeneca de calquera idade	Gravidade e exposición
Décembro 2021	Dose de reforzo en persoas de 20-59 anos	Gravidade por idade
Décembro 2021	Inicio de pauta en persoas de 11- 59 anos	Gravidade por idade
Xaneiro 2022	Dose de reforzo en persoas de 18 a 39 anos	Gravidade por idade
Febreiro 2022	Inicio de segunda dose en persoas de 11- 59 anos	Gravidade por idade

Finalmente hubo que cambiar un poco la estrategia para adaptarla a la población pediátrica, para que esta vacuna fuera más atractiva para ellos. Las enfermeras y las personas que estaban allí se disfrazaron de superhéroes e hicieron una metáfora, una asociación con la vacuna COVID, como si les diera superpoderes. Una vez completada la vacunación, se les entregaba una tarjeta de superhéroe.



### **Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia**

Es una estrategia que sólo se aplica en el sistema sanitario gallego.

### **Evidencias del éxito**

La estrategia de vacunación de Galicia puede considerarse un referente, ya que ha sido la primera región española en vacunación, con un gran éxito de cobertura, especialmente en la población mayor.

En cuanto a la población de 12 y más años, que tiene el calendario de vacunación completo, tenemos una cobertura del 95,5 frente al 92,5 de España. También el 62,7 en la población pediátrica frente al 41,3 de España.

Tuvimos más de 100 puntos de vacunación instalados al mismo tiempo, incluyendo grandes áreas y Centros de Salud. El máximo que se administró fue de más de 50.000 vacunas en un día y los puntos de vacunación funcionaron de lunes a domingo, mañanas y tardes.

A esto hay que añadir las diferentes posibilidades que se dieron a las personas que no pudieron acudir a la cita inicial y, sobre todo, la gran implicación de todo el personal. Pero también para las personas mayores o dependientes se realizó una campaña de vacunación a domicilio.

### **Recursos necesarios**

En cada una de las áreas de salud (7 áreas) había un coordinador general que prestaba servicios y con el que el organismo encargado de la organización general tenía una comunicación semanal o casi diaria.

En cuanto a la contratación y formación del personal, había que contratar y formar a personal



específico para este proceso.

Además, para organizar las colas y organizar el correcto acceso al punto de vacunación, se contó con la ayuda de profesionales de Protección Civil y seguridad.

Para los puntos de vacunación se utilizaron espacios amplios como centros de congresos y exposiciones y centros de salud.

### **Más información**

**Web:**

<https://www.sergas.es/Saude-publica/PGV?idioma=es>

<https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Informacion-vacinacion-COVID>

**Persona de contacto:** Susana Mirás Carballal, [susana.miras.carballal@sergas.es](mailto:susana.miras.carballal@sergas.es)  
Jefe del Servicio de Control de Enfermedades Transmisibles



### 34. Plan de atención y apoyo a los profesionales de la salud (Galicia)

#### Nombre de la organización

Dirección General de Recursos Humanos SERGAS

#### Sumario de la buena práctica

El SERGAS puso en marcha este plan integral en 2021 para prevenir posibles problemas emocionales y de salud en el personal y así garantizar la calidad del servicio sanitario.

El objetivo de la iniciativa fue minimizar el impacto de la pandemia en la salud y el bienestar del personal sanitario, que sufría el impacto emocional causado por su trabajo diario y por enfrentarse a una situación tan nueva e incierta.

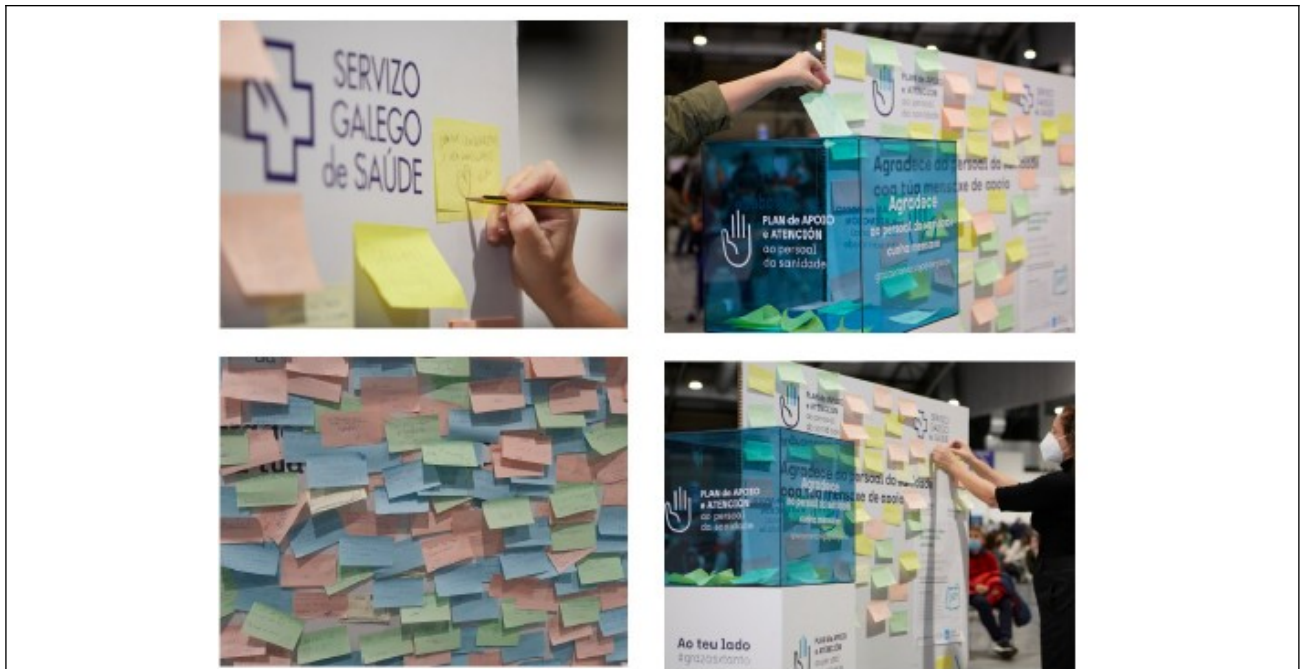
El plan, con un gran compromiso comunicativo para asegurar su éxito y difusión, se centró en la organización de campañas y actividades que se estructuraron en torno a 3 pilares centrales:

- Plan de Escucha Activa*: Mejorar la comunicación interna y los canales de escucha.
- Plan de Reconocimiento*: reforzando su labor diaria con acciones permanentes de reconocimiento.
- Plan de Acompañamiento Psicológico*: con medidas dirigidas al apoyo y atención psicológica.

Dentro del primer Plan, destacamos el Programa de Equipos Saludables y el Programa de Transformación de la Gestión, en los que se formaron 130 profesionales de UCI y 140 directivos respectivamente. En ambas experiencias se analizó lo aprendido durante la pandemia y se aprendió a optimizar los procesos con todos estos nuevos conocimientos.

En el segundo ámbito, la iniciativa más popular entre los profesionales y el público en general fue la apertura de diferentes canales para expresar la gratitud del público por la heroica labor realizada durante la pandemia. Se escribieron cartas de agradecimiento, se distribuyeron 8500 carteles, se recogieron 211 correos electrónicos, 4.200 post-its en 70 urnas, 14.300 mensajes en 100 paneles, 243 dibujos infantiles... una gran labor de comunicación y recopilación que ayudó a que el personal se sintiera reconocido y reconfortado de una forma muy visual, cercana y terapéutica.





Por último, dentro do Plan de Apoio Psicológico, el Ciclo de Conferencias y el programa "Cúídate para cuidar a los demás" fue un gran éxito, con más de 300 intervenciones de profesionales de la salud mental.



Se diseñó una estrategia de comunicación muy importante, acompañada de una campaña gráfica del proyecto con urnas, paneles, gráficos, imágenes para los ordenadores y soportes o materiales similares. También creamos un boletín con información, varias casillas de correo electrónico para cada programa con los nombres de las iniciativas. Además, se realizó un gran trabajo de coordinación y gestión de los contenidos informativos para llegar a todos los profesionales.

### **Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia**

Es una estrategia que sólo se aplica en el sistema sanitario gallego.



### Evidencias de éxito

Crear canales para expresar el agradecimiento de los ciudadanos fue una de las acciones que más ha gustado al personal. Se recogieron 5000 post-its, más de 15000 mensajes, y otras formas de comunicar este sentimiento ciudadano, lo que supuso un refuerzo continuo del trabajo diario de los sanitarios contra el Covid.

Además, esta iniciativa fue muy bien recibida por los ciudadanos y supuso para ellos una forma de expresar todos esos sentimientos que surgieron con esta crisis, de acercarse y sentirse más presentes y conectados con sus "héroos".

El resto de las actividades que se organizaron tuvieron un gran seguimiento y repercusión, pero destacamos el Ciclo de Conferencias con 37.000 visualizaciones y los cursos de autocuidado con 15.223 participantes inscritos.

### Recursos necesarios

Para el Plan de Reconocimiento se crearon diferentes soportes como urnas, paneles, correos electrónicos, dibujos, material gráfico todo ello creado con la imagen corporativa del proyecto. También se realizó un video conmemorativo ahora en el mes de marzo de 2022 agradeciendo a todos los profesionales todo el trabajo realizado.

En cuanto al Plan de Acompañamiento Psicológico se crearon equipos en cada área de salud, donde había un psiquiatra de referencia y psicólogos clínicos.

Para impartir las Jornadas se contrató un profesional de referencia en el sector del autocuidado y el bienestar emocional.

### Más información

**Website:** <https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Saude-laboral-PRL?idioma=es>

**Persona de contacto:** Nuria de Castro-Acuña Iglesias, [nuria.decastro.iglesias@sergas.es](mailto:nuria.decastro.iglesias@sergas.es)  
Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales SERGAS

### 35. Mejores prácticas en las farmacias comunitarias durante la pandemia (Galicia)

#### Nombre de la organización

Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Galicia

#### Sumario de la buena práctica

Los acuerdos de colaboración de la Xunta de Galicia con la red de farmacias ayudaron durante la pandemia, en un momento de tanta incertidumbre e inseguridad, aportando cercanía a la población.

Las buenas prácticas de las farmacias que más ayudaron en esta época de crisis fueron:

1) La entrega de medicamentos y productos sanitarios a domicilio debido al estado de alerta para los siguientes colectivos:

- Personas en situación de dependencia y/o pérdida de autonomía funcional que carecen de una red de apoyo familiar, social o profesional
- Personas que viven solas y que son susceptibles de sufrir complicaciones por una posible infección por el CoV 2 del SRAS



2) La distribución de mascarillas gratuitas a través del convenio con la Xunta. El total de beneficiarios fue de 717.723.

3) Protocolo de detección del virus CoV 2 del SARS a través de la auto recogida de muestras de saliva en la oficina de farmacia. Gracias a una herramienta web y a un gran esfuerzo logístico y de distribución, fue posible enviarlas al laboratorio de referencia y tener los resultados en 24 horas.

4) La emisión de certificados COVID 19 de vacunación, pruebas de diagnóstico y recuperación.

5) Protocolo para la realización del autodiagnóstico rápido para la detección de COVID 19 recogida de muestras, procesamiento y comunicación de resultados desde la oficina de farmacia.



6) Atención preferente a los mayores de 75 años en las farmacias: Pacientes frágiles, vulnerables y solitarios, lo que ayudó mucho a este colectivo, que tanto sufrió en la pandemia.

7) Campañas dirigidas a la población en relación con la COVID 19 para promover las medidas preventivas, la participación en la vacunación y el fomento de la responsabilidad colectiva.



Además de toda esta colaboración en todas las farmacias, se proporcionó a todos los ciudadanos información verificada y accesible en un momento de gran incertidumbre.

### **Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia**

Es una práctica de cobertura regional, pero fácilmente transferible a otras regiones.

### **Evidencias de éxito**

Las cifras reflejan el gran trabajo realizado: más de 195.000 muestras recogidas para el cribado



por PCR con más de 3.700 positivos detectados, más de 140.000 autotests realizados y más de 1.100.000 certificados Covid emitidos.

Y lo más importante, la cercanía y seguridad que estos profesionales proporcionaban a la población, especialmente a los mayores, en un momento de tanta inseguridad e incertidumbre.

#### **Recursos necesarios**

Las acciones, convenios y acuerdos firmados en diferentes ámbitos fueron llevados a cabo por cerca de 3.850 farmacéuticos comunitarios que ejercen en las 1.380 farmacias de Galicia.

#### **Más información**

**Web:** <https://www.cofc.es/>

**Persona de contacto:** Héctor Castro Bernardino, Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña

[hcastrobe@cofc.es](mailto:hcastrobe@cofc.es)

## 36. Gestión del material de seguridad en tiempos de Covid 19 (Galicia)

### Nombre de la organización

Dirección General de Recursos Económicos del SERGAS

### Sumario de la buena práctica

Durante la pandemia, esta buena práctica trató de resolver los problemas, nunca antes experimentados, en relación con el material de protección sanitaria.

La gran demanda de material de protección sanitaria, junto con la escasez y bloqueo en el suministro de este material, supuso un gran reto para todas las regiones. Los 5 elementos fundamentales con los que contaba el SERGAS para afrontar este gran reto, en un contexto nunca antes visto, fueron los siguientes

\* Disponer de un Sistema Logístico Integrado con colocación en el punto final de consumo, que permitió descargar al personal de las tareas logísticas y centrarse en la atención al paciente.

La plataforma logística del SERGAS llega y ofrece su servicio a cualquier centro de salud y de atención primaria. El 72% de los pedidos del Servicio Gallego de Salud se han automatizado con este sistema.



\* La disponibilidad de LOGAS, una herramienta innovadora que proporciona un Sistema Único de Gestión de Aprovisionamientos y Compras.

LOGAS permite acceder a las existencias, consumos y características de los suministros de todas las Áreas de Salud, disponiendo de un catálogo único de productos y servicios.

\* Diseño de circuitos diferenciados para la gestión de Material de Protección para Covid-19 y un circuito extraordinario para donaciones, para agilizar su distribución y evitar cuellos de botella de este tipo de material.

\*Compra Única Centralizada, imprescindible para garantizar el suministro, que ha permitido reducir los plazos de entrega y también descargar de trabajo a los centros sanitarios.

\*Seguimiento continuo de los procedimientos, que nos ha permitido analizar diariamente para aplicar medidas correctoras.





### **Cobertura geográfica original de esta buena práctica y posible transferencia**

Es una buena práctica regional, sólo se podría transferir si la región contase con la infraestructura y recursos anteriormente descritos.

### **Evidencias de éxito**

Gracias a este complejo y completo sistema, apoyado en nuevas e innovadoras tecnologías, que simplifican los procesos y las tareas, fue posible gestionar más de 11.000 pedidos al día, que se dirigieron a todas las unidades de consumo de las diferentes áreas de salud, tanto en los grandes centros como en los más pequeños y aislados.

### **Recursos necesarios**

Contar con una Plataforma Logística (PLG) de alta productividad, única de almacenamiento para todo el SERGAS fue un elemento clave.  
Esta plataforma ha sido galardonada con el premio al mejor proyecto logístico de 2018 por el Centro Español de Logística.  
También fue importante contar con un almacenamiento tipo Kanban y armarios RFID en las unidades de consumo (Ucs).

### **Más información**

#### **Webs:**

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/A-Direccion-Xeral-de-Recursos-Economicos?idioma=es>

**Persona de contacto:** Martín Cribeiro González Jefe de Servicio de Compras. Dirección General de Recursos Económicos del SERGAS

Martin.Cribeiro.Gonzalez@sergas.es