



Transformación digital en la relación entre industria y colectivo sanitario *Digital transformation of the relationship between industry and healthcare professionals*

Ana Zugasti Murillo¹, Laia Aguilar Sugrañes² y Julia Álvarez Hernández³

¹Sección de Nutrición. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²Thought Leadership. IQVIA Spain. Barcelona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Resumen

Palabras clave:

Tecnología. Conversión analógico-digital. Consulta remota. Industria farmacéutica.

La pandemia por COVID-19 ha afectado gravemente a la dinámica de los sistemas de salud y ha tenido consecuencias muy negativas en la atención sanitaria. Sin embargo, ha impulsado en mayor o menor medida la transformación digital en muchos centros sanitarios y en la industria farmacéutica.

En este artículo se revisa la experiencia de la transformación digital derivada de la pandemia desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y de la industria farmacéutica, con énfasis en la teleconsulta, en la formación a distancia y en el modelo de interacción entre sanitarios e industria. Además, se dan algunas claves para llevar a cabo una transformación digital exitosa.

Abstract

Keywords:

Technology. Analog-digital conversion. Remote consultation. Drug industry.

The COVID-19 pandemic has affected healthcare systems severely and has had a negative impact on healthcare. However, it has also been a catalyst for digital transformation in many healthcare centers and in the pharmaceutical industry.

In this article, the experience of digital transformation during the pandemic is reviewed from the perspective of healthcare professionals and the pharmaceutical industry, with a focus on digital visits, on-line education, and the model of interaction between healthcare professionals and the industry. Also, some key points are given to facilitate a successful digital transformation.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Zugasti Murillo A, Aguilar Sugrañes L, Álvarez Hernández J. Transformación digital en la relación entre industria y colectivo sanitario. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 1):14-18

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04064>

Correspondencia:

Julia Álvarez Hernández. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Carr. de Alcalá-Meco, s/n. 28805 Alcalá de Henares, Madrid
e-mail: julia.alvarez@movistar.es

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto enorme en los sistemas sanitarios y en sus profesionales, así como en la industria farmacéutica. La pandemia ha impulsado, a veces de manera forzada, la transformación digital en el entorno sanitario y ha cambiado el modelo de atención sanitaria, de formación de los profesionales y de interacción entre los médicos y la industria farmacéutica.

En este artículo, la Dra. Ana Zugasti Murillo ofrece su experiencia y perspectiva sobre cómo se han adaptado los profesionales sanitarios a la transformación digital desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 en el año 2020, y ofrece algunas claves para una adecuada transformación digital desde el punto de vista de los médicos. Asimismo, Dña. Laia Aguilar Sugrañes ofrece el punto de vista de la industria farmacéutica y revisa cómo ha cambiado el modelo de interacción entre los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica. Con ambas perspectivas se puede obtener una visión amplia de la importancia de la transformación digital en el entorno sanitario durante la pandemia y en el futuro próximo.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL. PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

En marzo de 2020, los hospitales en España se convirtieron en auténticos “campos de batalla” donde la mayoría de los espacios y recursos se dedicaron al tratamiento de pacientes con COVID-19. Además, la Comunidad Foral de Navarra ha tenido incidencias de la enfermedad especialmente altas en comparación con otras comunidades autónomas (1). En este contexto se llegaron a prohibir las visitas a los pacientes y las visitas de la industria farmacéutica a los centros sanitarios.

Durante la primera ola de la pandemia, uno de cada cinco casos de COVID-19 era sanitario, con un 77 % de mujeres entre este colectivo (2). Además, la enfermedad supuso un gran impacto psicológico en los sanitarios por numerosos motivos (3). El aumento de la demanda asistencial provocaba mayores situaciones de estrés, irritabilidad y nerviosismo, a lo que había que sumar el grado de exposición al virus y el miedo a enfermar y a contagiarlo a los seres queridos. Además, los sanitarios tuvieron que manejar situaciones para las que en muchas ocasiones no estaban preparados, como informar a las familias de la ausencia de respiradores para sus familiares o informar por teléfono de la muerte de un familiar al que no habían podido acompañar. Asimismo, los profesionales tuvieron que manejar situaciones y vivencias marcadas por dilemas morales y éticos, la falta de medios, jornadas laborales prolongadas, necesidad permanente de vigilancia y concentración, la sobrecarga de trabajo y la incertidumbre, tanto de la pandemia como de la evolución del virus y de los pacientes, haciendo todo ello que se desencadenasen emociones negativas y difíciles de manejar.

LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Además del impacto en los profesionales, la pandemia evolucionó «contagiando» la digitalización por todo el planeta. En un escenario global, numerosas empresas no estaban preparadas para adaptarse a esta propagación y a las nuevas necesidades que se planteaban, con lo que estaban en riesgo de desaparecer.

Para una adecuada transformación digital de las organizaciones, y para adaptarse a las circunstancias actuales, es preciso tener en cuenta diversos factores. En primer lugar, es necesaria una cultura empresarial alineada con la digitalización. Además, hay que tener en cuenta la experiencia del cliente, es decir, conocer el nivel de cultura digital de nuestros clientes, detectar la permeabilidad hacia la interacción informativa/comercial digital, segmentar sus necesidades digitales, conocer los canales digitales más utilizados por ellos y, con todo, idear y crear nuevas rutas y relaciones digitales. Por otra parte, los objetivos del negocio tienen que estar entrelazados digitalmente para servir y atender las necesidades del cliente. Finalmente, en relación con la tecnología, hay que tener en cuenta otros factores como qué mínimas herramientas y plataformas digitales necesitamos y cómo las integramos, cómo tienen que ser nuestro conocimiento y nuestro desarrollo tecnológico, cómo permeabilizar y adaptar la tecnología para facilitar la usabilidad, y quiénes van a ser los equipos de vanguardia digital o los líderes digitales.

Sin embargo, el mensaje principal es que la transformación digital no se logra solo con tecnología, se logra con personas y directrices. En estos tiempos de pandemia, las organizaciones que no realicen adecuadamente esta transformación digital basada en personas y directrices estarán en riesgo de desaparecer.

TELETRABAJO Y FORMACIÓN ONLINE

Respecto a la adaptación de los equipos a la transformación digital, de manera simplificada se puede decir que existen cuatro perfiles de profesionales más o menos adaptados a la digitalización. Estos cuatro perfiles dependen de dos variables: el acceso a la tecnología y su capacidad, motivación y actitud frente a la tecnología. La presencia en mayor o menor medida de estas dos variables permite determinar los cuatro perfiles: el digital resistente, el digital selectivo, el digital potencial y el digital experto (Fig. 1).

Estos perfiles han tenido que adaptarse a dos circunstancias que ha impulsado la pandemia: el teletrabajo y la formación *online*.

El teletrabajo se ha revelado como un mecanismo eficaz para mantener los empleos y asegurar la continuidad de la actividad económica en el contexto de la COVID-19. Se calcula que hasta el 32,6 % del total de los empleados en España podrían potencialmente llevar a cabo su trabajo en remoto. La COVID-19 penalizará más o menos a cada sector económico según su capacidad para implementar el teletrabajo. En el campo sanitario, el teletrabajo puede tener beneficios adicionales, como la disminución del riesgo de infección de los sanitarios, aunque es

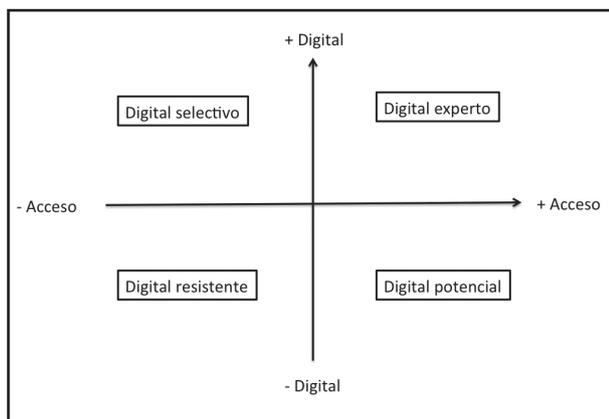


Figura 1.

Tipos de profesionales según sus habilidades y acceso a la tecnología.

necesario determinar qué tareas se pueden hacer de manera remota e, idealmente, proporcionar acceso a la historia clínica desde casa.

Por otra parte, la pandemia mundial ha impulsado la necesidad de una formación *online* de calidad en diferentes sectores relacionados con la salud. Esta teleformación se asocia a muchas ventajas: requiere menos tiempo que la presencial, es flexible y se adapta a la jornada laboral; no hacen falta aulas físicas y la gestión es más cómoda; son formaciones más económicas; al cambiar el canal de comunicación, se abre la posibilidad de nuevas modalidades pedagógicas, y hay menos absentismo que en la formación presencial.

Igualmente, el desarrollo de congresos *online* ha dado lugar a formatos híbridos presenciales y *online* que probablemente han llegado para quedarse.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y VISITA FARMACÉUTICA

La pandemia ha cambiado el modelo de visita farmacéutica y ha impulsado la visita virtual. En este nuevo modelo, los equipos de campo, delegado o visitador médico, tienen un nuevo rol y requieren nuevas habilidades; además, son necesarios nuevos indicadores o KPI (*Key Performance Indicators*) para evaluar la calidad de la visita.

En la actualidad, los sanitarios todavía están recelosos de las visitas presenciales porque se recuerda todo por lo que se ha pasado. Seis días después de implantarse el confinamiento en España (el 15 de marzo), los casos de COVID-19 comenzaron a disminuir progresivamente en España hasta el 27 de abril, cuando tuvieron lugar las primeras medidas de relajación. Los sanitarios son conscientes de que el confinamiento fue una intervención fundamental para el control de la pandemia, como son ahora las vacunas. Por ello, son necesarias ciertas condiciones para volver a la visita presencial, que convivirá con la virtual.

Las condiciones óptimas para la visita presencial incluyen: que exista un riesgo mínimo de contagio, un bajo nivel de estrés de los profesionales, que sea programada, que no afecte al equipo, que sea mejor frente a la virtual y que se adapte a la nueva normalidad (cambio en relaciones sociales y sanitarias). Además, deber tener que tener objetivos claros, una frecuencia establecida y contar con un plan de elasticidad para adaptarse a una situación cambiante. Finalmente, las normas de la visita médica tienen que ser congruentes con las normas de presencial que se impongan entre pacientes y familiares.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL. PERSPECTIVA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La COVID-19 ha tenido consecuencias catastróficas en los sistemas sanitarios y ha cambiado el modelo de interacción entre los médicos y la industria farmacéutica. Sin embargo, ha acelerado algunas tendencias de transformación digital que se venían apuntando desde el año 2019.

Numerosos datos demuestran que la COVID-19 afectó gravemente a la dinámica de los sistemas de salud con disminuciones importantes de la carga de pacientes y de las terapias y prescripciones ofrecidas, así como de las interacciones presenciales de los médicos con la industria farmacéutica. Según datos de IQVIA, en España, en el año 2020 hubo un 18 % menos de cirugías en comparación con el 2019, lo que supone aproximadamente 570.000 cirugías menos, el equivalente a un año de lista de espera, siendo unas 60.000 cirugías programadas de oncología. Además, hubo unos 17 millones menos de nuevos diagnósticos en comparación con 2019. Asimismo, las consultas remotas aumentaron de manera significativa. Antes de la pandemia en España, las consultas remotas suponían alrededor del 6 % del total de consultas y en la actualidad pueden alcanzar hasta el 35 % en algunas especialidades, como la oncología. En encuestas a los profesionales sanitarios se ha encontrado que los médicos piensan que hasta el 22 % de las interacciones con los pacientes se pueden hacer por vía remota en la época pospandemia.

Por otra parte, se estima que en el año 2020 hubo un 28 % menos de tiempo de interacción entre los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica, comparado con el 2019.

Analizando las dinámicas de las interacciones durante la pandemia, se observa que las visitas presenciales desaparecieron casi por completo en abril de 2020 en los cinco principales países de la Europa geográfica (Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido). En ese momento surgieron con mucha fuerza las visitas remotas para estabilizarse en los meses posteriores. En la actualidad, las visitas presenciales se han recuperado, pero sin alcanzar los niveles anteriores a la pandemia. Siempre según datos de IQVIA, en España, en julio de 2019, el 84 % de las interacciones entre industria farmacéutica y profesionales de la salud eran visitas presenciales: pasaron al 13 % en junio de 2020 y ahora se están recuperando con un 55 % en junio de 2021. Es decir, un año después de la primera oleada, los volúmenes mensuales de contactos presenciales y en remoto empiezan a estabi-

lizarse en un nuevo modelo híbrido de interacciones presenciales y a distancia. Es probable que este modelo perdure en el futuro, siempre adaptándose a las circunstancias de cada momento.

Para construir con éxito las bases de la interacción en el periodo pospandémico, habrá que tener en cuenta diversos factores, siendo específicamente relevantes las preferencias de los profesionales sanitarios. Estas preferencias cambiarán a lo largo del tiempo, pues dependerán primordialmente del tiempo disponible para la visita. Además, algunos cambios tendrán un impacto duradero, las capacidades del equipo de ventas tendrán que adaptarse y surgirán nuevos modelos comerciales ágiles capaces de adaptarse a los cambios.

En encuestas realizadas por IQVIA a profesionales sanitarios en los cinco principales países de la Europa geográfica, se han empezado a determinar sus preferencias en la relación con la industria farmacéutica. Los médicos afirman que su relación actual con las empresas farmacéuticas es mayoritariamente virtual; en el futuro prefieren más relación presencial, pero lo virtual mantiene su papel. Es decir, hay un gran deseo de que vuelva el contacto presencial pero en un entorno híbrido en el que se mantengan las interacciones en remoto. Aunque hay diferencias entre países en las interacciones actuales, las preferencias futuras son similares en todos ellos: las opciones preferidas para el futuro son las visitas presenciales manteniendo en ciertas interacciones virtuales. Las formas de interacción menos deseadas son las llamadas por teléfono y los mensajes de texto.

Por otra parte, la evolución de la pandemia y del contexto en el que nos movemos está impulsando cambios en la industria y remodelando el contenido y la forma de interactuar con los sistemas nacionales de salud. Algunos de estos cambios ya se apuntaban en 2019, pero se han acelerado con la pandemia. Estos cambios se pueden resumir en 5 puntos:

- La digitalización se está acelerando y entra a formar parte de la estrategia de interacción con los profesionales.
- Hay que crear modelos innovadores de interacción con soluciones más ágiles.
- Es fundamental la generación evidencias en la práctica (*real world evidence*), favoreciendo la investigación local y el uso de inteligencia artificial para obtener y analizar la evidencia.
- Hay que crear nuevos modelos de relación con el sistema sanitario y encontrar soluciones innovadoras para participar en el ecosistema sanitario de manera más efectiva y eficiente.
- Es necesaria una planificación adecuada de nuevos productos. En el 2010, los nuevos lanzamientos eran en su mayoría productos para patologías prevalentes y en la esfera de la atención primaria. Ahora son mucho más específicos, para patología más concretas o incluso medicamentos huérfanos. Por ello, hay que adaptar las interacciones a la nueva situación.

En definitiva, en esta situación cambiante es necesario que el modelo de interacciones entre los profesionales sanitarios y la industria sea un modelo ágil y que pueda adaptarse a las necesidades de cada momento, tendiendo como eje principal las preferencias y necesidades de los profesionales sanitarios.

DEBATE

¿Ha puesto la administración todos los medios necesarios para la teleconsulta? ¿Hay recomendaciones sobre cómo aplicar el modelo híbrido de asistencia presencial a distancia según las patologías?

Dra. Ana Zugasti Murillo

En primer lugar, la fragmentación de la sanidad en todas las comunidades autónomas supone un hándicap para una atención adecuada. Existen diferencias en la transformación digital de las diferentes comunidades autónomas tan básicas como la historia clínica informatizada o la receta electrónica. Se ha solucionado el problema urgente con la colaboración de los profesionales pero hay que implantar una teleconsulta de calidad. Hay que hacer campañas que expliquen las ventajas de la teleconsulta y dar la posibilidad de no aceptarla. Ya hay retraso en la concienciación de la población en este sentido.

Por otra parte, desde la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) se han publicado manuales que indican qué patologías son subsidiarias de teleconsulta y cuáles no. Además, es fundamental que los pacientes entiendan que, dentro de su proceso, pueden ser necesarias consultas presenciales con el médico o, por ejemplo, para educación, y que en otras ocasiones se pueden beneficiar de consultas telefónicas o a distancia. Es necesario que todo esté concertado y se le explique al paciente. La teleconsulta no viene a sustituir a la consulta presencial pero sí es algo añadido que aporta valor. Daremos otro salto de calidad cuando el paciente sea capaz de interactuar con la historia clínica electrónica, registrando los datos clínicos que les solicitemos que recojan.

Respecto a la interacción entre médicos y la industria farmacéutica, parece evidente que se va a establecer un modelo híbrido presencial y a distancia. ¿Estamos digitalmente preparados en España, comparados con otros países?

Dña. Laia Aguilar Sugrañes

En comparación con otros países, en 2019, en España, el 84 % de las interacciones entre médicos e industria son personales. En Italia ocurre algo parecido. Por el contrario, en otros países de Europa, las interacciones personales solo alcanzaban en esos momentos el 35-45 %. Sin embargo, muchas de las interacciones a distancia de otros países en 2019 se producían por correo ordinario o por correo electrónico. España es de los países donde el contacto digital ha cogido mayor volumen. Realmente, el nivel de digitalización, entendido como interacciones remotas, en este sentido no es tan diferente entre España y otros países. Además, el alto grado de interacción personal que existe en España e Italia puede explicarse por algún elemento de nuestra

cultura mediterránea. Este factor también puede explicar, en parte, que el volumen global de interacciones sea mucho más grande en España e Italia que en otros países de Europa.

¿Qué valor da la industria a este tipo de interacción híbrida? ¿Ha perdido valor para la industria farmacéutica? ¿A quién beneficia este modelo?

Dña. Laia Aguilar Sagrañes

La industria tiene que adaptarse a los requerimientos de los profesionales sanitarios. El modelo híbrido tiene valor para la industria, pero lo importante es que el modelo aporte valor a los profesionales de la salud. Al igual que entre los médicos, existen cuatro modelos de delegados según su resistencia a la digitalización y a los medios disponibles (Fig. 1). Lo importante es tener en cuenta las necesidades de los profesionales sanitarios.

Dra. Ana Zugasti Murillo

Desde el punto de vista de los médicos, en la época de la pandemia ha habido visitas de mucha calidad, incluso más que antes. Baja la interacción social pero se aprovecha más el escaso tiempo disponible. Se aportan novedades en cada visita y el formato da la posibilidad de visitas de más calidad. Además, se pueden hacer visitas para más personal del servicio y se pueden incluir como formación.

Dña. Laia Aguilar Sagrañes

El modelo debe ser reenfocado y repensado según vayan evolucionando las circunstancias. Cuando se analiza la calidad percibida de la visita presencial y remota, ambas visitas están al mismo nivel. En otros países se hacen visitas digitales sin contacto real cara a cara, que se perciben como de menor calidad, pero este tipo de visitas no se hacen en España porque no encajan con nuestra cultura.

¿Es útil la inteligencia artificial?

Dña. Laia Aguilar Sagrañes

La inteligencia artificial tiene que ser el nexo de unión entre la industria y los médicos para mejorar la asistencia de los pacientes. Hay herramientas que permiten analizar grandes cantidades

de datos e incluso estructurar datos no estructurados con herramientas de procesamiento de lenguaje natural. Esta tecnología tiene muchas aplicaciones. Por ejemplo, en la situación actual, podría servir para optimizar las listas de espera y atender primero a los pacientes con mayor riesgo de progresión de su patología. Podría mejorar la eficacia y eficiencia de la atención.

¿Cómo se organiza el modelo híbrido en los hospitales?

Dra. Ana Zugasti Murillo

En mi centro es la industria la que pide cita y se tiene un calendario para atender a todos los laboratorios interesados. Como hay muchos, tienen que conocer la cadencia de sus visitas y aprovechar al máximo cada una de ellas. Ahora mismo, la mayoría se hacen grupales y en remoto y ya se irán incorporando las presenciales. Es importante reportar estas visitas y tenerlas en cuenta como formación. Así adquieren más valor.

¿Qué se podría destacar de lo que ha pasado en Europa y en España con respecto a la relación entre los sanitarios y la industria?

Dña. Laia Aguilar Sagrañes

El modelo híbrido de interacción es el que se va a imponer, pero las visitas presenciales van a seguir siendo importantes. Estamos en una fase de construcción del nuevo modelo de interacción. La palabra clave dentro de este nuevo modelo es la personalización. Hay que entender las preferencias de los sanitarios y adaptarse a sus necesidades y las circunstancias del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. ISCIII. Vigilancia en Salud Pública - RENAVE. Enfermedades Transmisibles. COVID-19. Informes generales; [último acceso el 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/-COVID-19.-Informes-previos.aspx>
2. ISCIII. Vigilancia en Salud Pública - RENAVE. Enfermedades Transmisibles. COVID-19. Informes sobre profesionales sanitarios; [último acceso el 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
3. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin 2021;156(9):449-58. DOI: 10.1016/j.medcl.2020.11.009