



El futuro de la telemedicina en diabetes: profesionales más capacitados y sistemas de monitorización más eficaces

Un estudio elaborado por CRHIM-IESE analiza los retos tecnológicos que el sistema sanitario tiene por delante para la atención y tratamiento de pacientes con diabetes, en especial para aquellos diagnosticados con diabetes mellitus 2. Si bien España ha salvado los platos de la pandemia, el panel de expertos que participa en el trabajo plantea una batería de 15 medidas de necesaria adopción.

Al poco de cumplirse dos años desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia por el virus SARS-CoV-2, se sigue haciendo balance de cómo el Sistema Nacional de Salud (SNS) afrontó los peores momentos. A día de hoy, se analiza cómo reducir las brechas tecnológicas que surgieron, pero también cómo aprovechar las nuevas oportunidades que brinda la llegada anticipada de la telemedicina a la sociedad, de cara a que las consecuencias de otra posible futura pandemia no causen los estragos de esta última. Bajo esta hipótesis, expertos del Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM) de IESE Business School, en colaboración con Abbott, publicaron los resultados de un estudio centrado en analizar el impacto de la telemedicina en la vida de los pacientes con diabetes y cómo esta había influido (para bien o para mal) en su estado de salud y su tratamiento, en especial, durante los meses de confinamiento decretados a raíz de la crisis sanitaria.

En concreto, los investigadores analizaron la situación de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulinizados. Los últimos fueron *"los más perjudicados"*, indican, ya que *"no han tenido acceso a las mismas herramientas tecnológicas ni cuentan con el mismo nivel de formación y conocimiento de su enfermedad"*, al contrario que los pacientes con DM1. Para paliar esta situación, el documento pone el foco en dos principales medidas que servirían como punto de partida de cara a un sistema híbrido de telemedicina para pacientes con estas patologías.

Una de ellas sería extender la utilización de sistemas de monitorización de glucosa en líquido intersticial, que el panel de expertos conformado para la elaboración de este informe considera *"implantable a corto plazo"*. Para que sea posible, indican, *"es necesario potenciar acciones que fomenten su uso y facilitar el acceso a pacientes con DM2 insulinizados a estas tecnologías sanitarias de la manera más homogénea posible"*.

Esto supondría *"culminar la implementación"* del cambio del actual sistema de tiras reactivas por otros de monitorización de glucosa en líquido intersticial, *"que ya se ha producido para los pacientes con DM1"*, precisan los autores, de forma que las personas con DM2 insulinizadas puedan disponer también de los sensores flash.

Mientras que la otra medida pone el foco sobre el colectivo. En este caso, incrementar la capacitación de los profesionales sanitarios (en especial, los de Atención Primaria) en tecnología y diabetes. Para los expertos, la acción más fácil de implantar por parte de los gestores y las autoridades sanitarias y la que tendría un mayor impacto.

Entre otras acciones a tomar, el panel de expertos da especial relevancia a implantar programas formativos que cuenten con el aval del Ministerio de Sanidad y las sociedades científicas ayudaría a revertir esta situación. Siempre y cuando, eso sí, se haga un análisis profundo de las carencias existentes en Atención Primaria, para que estos programas lleguen a médicos y enfermeros, además de especializar a educadores en diabetes.

Aunque se pone especial énfasis en estas dos acciones, la hoja de ruta del estudio contempla hasta 15 propuestas (entre las que están las dos mencionadas) divididas en cuatro grandes áreas: las relativas a eficiencia, individualización y sensibilización, innovación y digitalización, y educación y formación.

Más inversión en formación

Otro de los puntales del documento de trabajo liderado por **Jordi Ibáñez**, *senior associate del CRHIM*; **Enric Rovira**, *consultor independiente y colaborador del CRHIM*, y **Jaume Ribera**, *profesor de Dirección de Producción, Tecnología y Operaciones CRHIM*, es el análisis de las actuales barreras existentes en el SNS para los pacientes con diabetes y los profesionales que los tratan. En opinión de los expertos, hace falta redoblar esfuerzos en

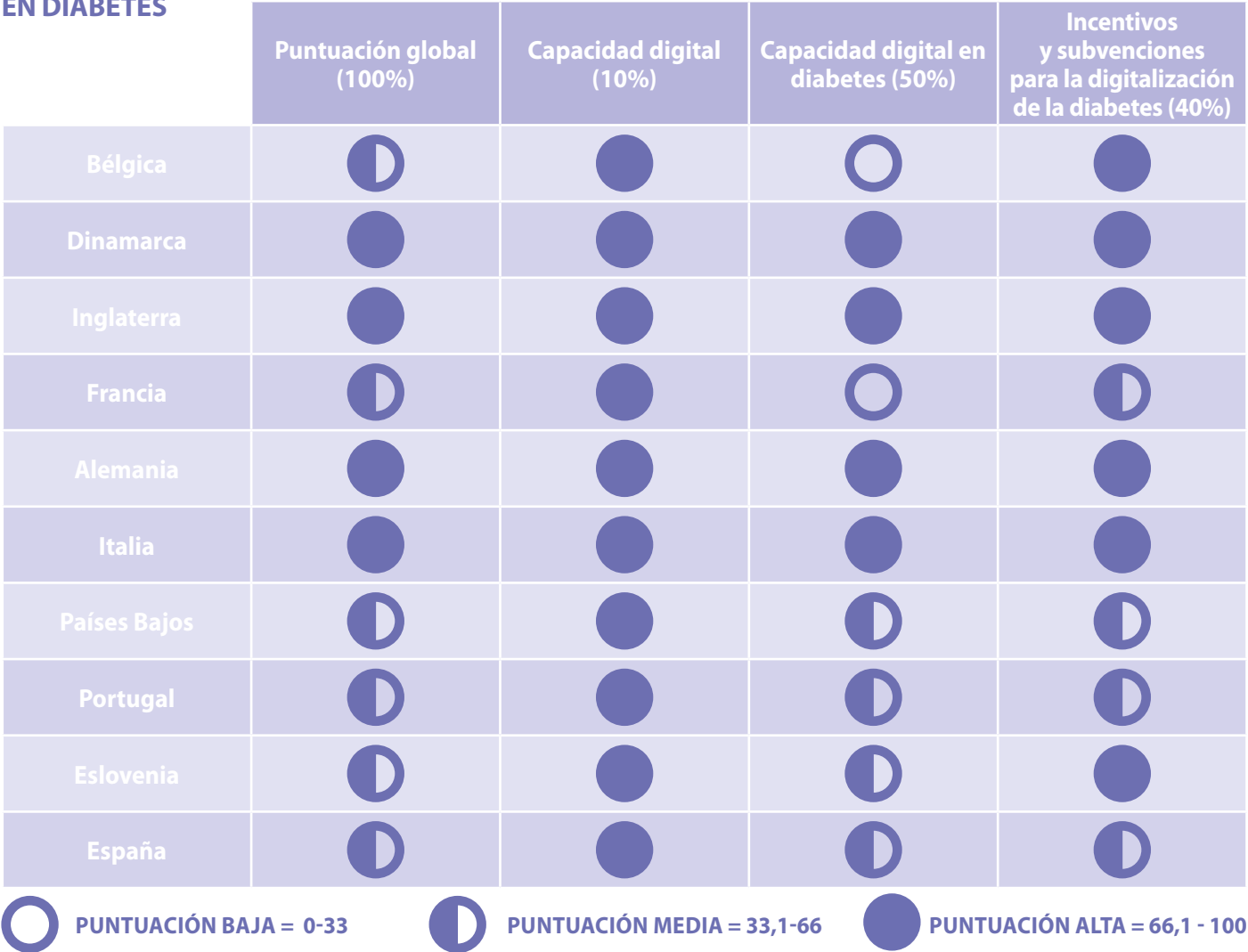
gestión del cambio y formación. A día de hoy, tanto unos como otros carecen, por distintas razones, de las capacidades digitales necesarias para adoptar y manejar la tecnología existente en el manejo de esta patología.

“El bajo nivel de alfabetización digital o la falta de disponibilidad de las infraestructuras necesarias limitan el acceso de los pacientes a las nuevas herramientas, lo cual puede generar, de facto, inequidad entre los diferentes colectivos. A su vez, algunos profesionales sanitarios difícilmente entienden el valor que pueden aportar las nuevas tecnologías y no existen programas de capacitación digital para ellos”, se desgrana en el estudio.

Más allá de la digital, también es escasa la formación diabetológica de pacientes y profesionales, lo que provoca que la información recibida por los pacientes no se entienda bien y, como consecuencia, no se realice un registro diario de su glucemia o del impacto que el no cuidarse puede tener a largo plazo. Asimismo, es importante que los profesionales de Atención Primaria adquieran más conocimientos *“especializados en el cuidado y la formación de quienes padecen DM2”*.

Tampoco se deja de lado el hecho de ciertos hábitos anquilosados en el colectivo, que de alguna manera pueden ver como una

COMPARATIVA ENTRE 10 PAÍSES DE LA UE EN IMPLANTACIÓN DE LA MEDICINA DIGITAL EN DIABETES



Fuente: Telemedicina e innovación en diabetes. Elaboración: Departamento de Diseño: IM Médico

amenaza la entrada de nuevas tecnologías como la inteligencia artificial. Hecho que también se replica en las organizaciones sanitarias, ya que, según el informe, obligaría a establecer *“un nuevo modelo de atención a los pacientes”*. De esta crítica tampoco se libra el sistema en sí: los investigadores abogan por cambiar la forma de contratación basado en el precio y las unidades hacia otro que favorezca la introducción de la innovación.

Un punto de vital importancia es acometer una inversión en la infraestructura adecuada

El papel de la Administración y las CCAA

De hecho, es el estado el que ha de derribar la barrera referida a la financiación de los dispositivos de monitorización de glucosa en líquido intersticial. *“En este sentido, el hecho de que la Administración tenga una visión por sí los dificulta ver los ahorros que supondría en el medio plazo, dando prevalencia a la perspectiva del impacto económico sobre el presupuesto sanitario a corto plazo”*, reflexionan. El estudio, titulado *“Telemedicina e innovación en diabetes. Telemedicina de calidad para las personas con diabetes insulinizadas”*, también identifica como una posible amenaza las diferentes velocidades que llevan las autonomías a la hora de adoptar la innovación. En este sentido, pone de relieve cómo el tiempo de acceso regional para nuevos productos, desde la aprobación del precio financiado hasta que estos llegan finalmente al paciente, *“oscila entre los 3 y los 7,8 meses de media (según un informe del QuintilesIMS presentado en las XXXVII Jornadas de Economía de la Salud)”*, registrándose diferencias significativas entre CCAA. *“Sin duda, estos retrasos afectan de forma negativa a los pacientes”*, valoran.

No son los únicos. El trabajo también cita un informe de la Unidad de Inteligencia de The Economist, el *Digital Diabetes Index*, que se centró en examinar la capacidad de reacción de 10 países europeos a la hora de implantar telemedicina tras el comienzo de los confinamientos. Si bien nuestro país se presentó como uno de los que antes puso en marcha la digitalización de la medicina y la sanidad digital, dicha investigación avisó de que su aplicación *“corre el riesgo de ser heterogénea”* al depender de las decisiones *“de los respectivos sistemas de salud”* de las autonomías.

Para que todo lo anterior sea posible, un punto de vital importancia es acometer una inversión en la infraestructura adecuada. En opinión de los autores, deben disponerse *“herramientas robustas y fáciles de utilizar”* para los pacientes y profesionales sanitarios de cara a la realización de las visitas telemáticas, la monitorización remota y la integración de datos, así como para poder llevar a cabo un análisis ágil de la evolución de estos últimos.

El “recelo” de la privacidad

Una de las cuestiones que más preocupa a la sociedad en la actualidad es la privacidad de sus datos digitales. Y en la telemedicina no iba a ser menos. De ahí que el trabajo dedique un

apartado también a los retos que tiene por delante en materia de seguridad y confidencialidad. En especial cuando los datos que están en juego son los de salud, particularmente sensibles y protegidos en la legislación por una regulación sobre seguridad de la información y protección de datos *“muy compleja”*.

De ahí que se pida la *“presencia de expertos”* en estos temas en el seno de las organizaciones sanitarias para salvaguardar los datos almacenados en herramientas de telemedicina, plataformas o sistemas de monitorización.

También advierten de las posibles discrepancias que pueden surgir respecto de la falta de privacidad en teleconsultas. Así, algunos pacientes podrían *“tener recelos en relación con la visita telemática, por temor a que alguien más pueda estar en la consulta del profesional sanitario o porque no dispongan de un ambiente con la suficiente privacidad en su entorno habitual”*.

El paciente con DM2, “el gran perdedor durante la pandemia”

Así lo indicó la Federación Española de Diabetes (FEDE) tras publicar los resultados de una encuesta realizada a sus asociados que ha recogido el informe de CRHIM-IESE. Las respuestas arrojaron un panorama preocupante en el largo plazo para los diagnosticados con DM2. La FEDE indicó que los pacientes con DM2 *“gestionaron peor la enfermedad”* que los pacientes con DM1.

La razón que se esconde no es otra que *“por una falta de educación diabetológica”*. De ahí que hablasen del paciente con DM2 insulizado como *“el gran perdedor durante la pandemia”* a causa de los problemas que ha tenido para poder controlar su nivel de glucemia.

De ahí se deriva, por ejemplo, la petición de apostar por una mayor inversión en dispositivos y herramientas de control de glucemia. Y es que este tipo de paciente *“ha afrontado dificultades”* para poder acceder a tiras reactivas *“y no ha contado”*, añaden, con los sistemas de monitorización flash de glucosa de los que disfrutaban ya los pacientes con DM1, *“a pesar de que sus necesidades son las mismas”*.

Casi la mitad de los encuestados por FEDE reconocieron que vieron suspendidas sus visitas planificadas, mientras que el 40% las realizó de forma remota, mayormente por teléfono. Esto llevó a que un 45% valorara como *“poco o nada eficaces”* estos medios telemáticos utilizados. Más de la mitad de pacientes consultados, un 57%, cree que el método más adecuado en el futuro será el híbrido de visitas presenciales y virtuales.

Más preocupantes fueron los resultados de esta encuesta que señalaban que el 34% admitió no haber podido resolver sus dudas con nadie para que le ayudaran en el control de su glucemia o el 38% que señaló que este control *“está peor”* que antes de la pandemia. Hasta seis de cada diez encuestados aseguraron que, si hubieran tenido que cambiar su tratamiento en aquellos meses, lo habrían tenido mucho más difícil por los escollos que había para acceder a su profesional habitual.

Tanto Ibáñez como Rovira y Ribera concluyen que estos hechos tendrán *“indudables consecuencias en la evolución de su enfermedad a futuro, con la aparición de complicaciones”*. +