



“EL RETO DE LA CRONICIDAD Y LA NECESIDAD DE REINVENTARSE”

FUNDACIÓN PHARMACEUTICAL CARE



“EL RETO DE LA CRONICIDAD Y LA NECESIDAD DE REINVENTARSE”

FUNDACIÓN PHARMACEUTICAL CARE

Índice de Temas

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANÁLISIS ESTRUCTURAL	2
3. ASPECTOS ECONÓMICO-FINANCIEROS	7
4. PAPEL PROFESIONAL.	9
4.1 Agentes implicados en el abordaje de la cronicidad	
4.2 El equipo multidisciplinar	
4.3 Principales retos de los profesionales	
5. CARTERA DE SERVICIOS	15
6. RELACIÓN DE PARTICIPANTES.	16

Título: “EL RETO DE LA CRONICIDAD Y LA NECESIDAD DE REINVENTARSE”

Edita: Fundación Pharmaceutical Care España

Depósito legal: M-1730-2016

© Fundación Pharmaceutical Care España

C/. Major de Can Caralleu, 1-7.

08017 Barcelona

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del copyright.

PRESENTACIÓN

La **Fundación Pharmaceutical Care España** ha decidido desarrollar un programa de trabajo para reflexionar sobre el abordaje de la cronicidad e impulsar un cambio de enfoque en el SNS que pase de estar centrado en las especialidades médicas a reorientarse hacia las personas. Esto implicaría una actuación multidisciplinar, preventiva, desde los primeros estadios de las diferentes patologías que lograrse una atención sanitaria centrada en las características de cada individuo, que fuese eficiente, garantizase la continuidad de los cuidados y se adaptase a la evolución de la enfermedad favoreciendo la autonomía personal.

El objetivo final del programa es colaborar a que el manejo de las patologías estudiadas, se haga de una manera corresponsable, pluridisciplinar y autocrítica, haciendo compatible el nivel de exigencia asistencial con las expectativas más razonadas y posibles de los diferentes agentes implicados.

El Documento que ahora presentamos se centra en debatir las propuestas de actuación y retos que la Cronicidad supone en el abordaje de patologías tales como la Esclerosis Múltiple, e Integra las opiniones de Neurólogos, Farmacéuticos y Gestores. Queremos que sea una herramienta de ayuda en la toma de decisiones para los profesionales sanitarios en su camino hacia una atención sanitaria orientada a los pacientes.

Y no es posible acabar esta presentación sin agradecer a todos los participantes su esfuerzo y aportaciones, a la SEFH su participación y a los laboratorios Biogen por su apoyo y colaboración.

Mercè Martí
Presidenta Fundación Pharmaceutical Care

1. INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad del sistema depende de la gestión del 10% de pacientes que consumen el 65-70% de los recursos. El modelo sanitario actual no resulta adecuado para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, lo que implica importantes carencias e ineficiencias. Es necesario REINVENTAR un nuevo modelo que permita gestionar estos pacientes crónicos, que en muchas ocasiones son pluripatológicos, para dar respuesta a los principales retos que plantea la cronicidad: demográficos, epidemiológicos, clínicos, fragmentación asistencial, expectativas ciudadanas, seguridad clínica, calidad y económicos.

El nuevo modelo sanitario supone transformar el modelo asistencial actual:

- De un modelo centrado en la medicina de agudos a uno adaptado a las necesidades de los enfermos crónicos.
- De un modelo de carácter reactivo, que cura las enfermedades a uno proactivo, que cura, cuida y hace prevención según factores de riesgo.
- De un modelo con un paciente pasivo al que se atiende a uno centrado en un paciente activo, que participa en la gestión de su enfermedad.
- De un modelo fragmentado, con ineficiencias y descoordinación entre niveles asistenciales y sociales, a uno que permita integración asistencial y de recursos sociales.
- De una ordenación de recursos principalmente a nivel hospitales de agudos, a estructuras donde priman las intervenciones en los lugares más adecuados y eficientes (subagudos, telemedicina...).

A continuación se propondrán un conjunto de reflexiones en puntos clave para el cambio:

- **ANÁLISIS ESTRUCTURAL.**
- **ASPECTOS ECONÓMICO-FINANCIEROS.**
- **PAPEL PROFESIONAL.**
- **CARTERA DE SERVICIOS.**

2. ANÁLISIS ESTRUCTURAL

La fragmentación del sistema de salud y social en estructuras y compartimentos estancos es un modelo organizativo incompatible con una buena atención al paciente crónico. Es necesario recuperar una visión global del sistema. Por tanto, el nuevo modelo debe ser capaz de que exista:

- Coordinación entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada).** Coordinación y eficiencia entre niveles asistenciales, permitiendo la continuidad de cuidados y realizar un seguimiento de los pacientes crónicos cuando no estén en contacto con el sector de forma presencial, convirtiendo su domicilio en un centro de cuidados. En la Figura 1, se propone un modelo organizativo que permite la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada en el abordaje de la cronicidad.

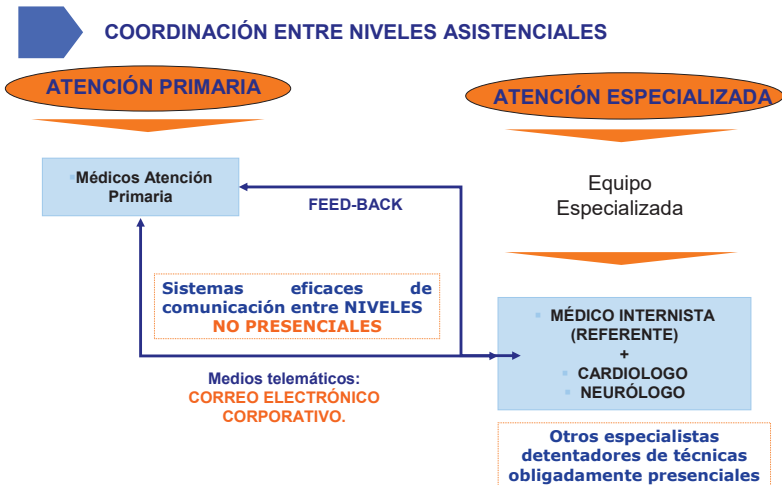


Figura 1. Ejemplo de modelo de coordinación entre niveles asistenciales Atención Primaria y Atención Especializada.

2. ANÁLISIS ESTRUCTURAL

Ejemplo de modelo de coordinación entre niveles asistenciales Atención Primaria y Atención Especializada:

- A cada centro de salud se le asignará un equipo consultor de especialistas a nivel de especializada.
- Este equipo estará constituido fundamentalmente por tres especialistas:
- **Especialista de Medicina Interna.** Que actuará de consultor principal entre los diferentes médicos de Atención Primaria con sobre los que actúe como referente.
- **Cardiólogo.**
- **Neurólogo.**
 - Este equipo de profesionales proporciona una amplia cobertura de las posibles consultas de los pacientes con patologías crónicas que pueden resolverse de forma no presencial.
 - El consultor principal podrá solicitar el resto de pruebas a otros especialistas detentadores de técnicas obligadamente presenciales. Ejemplo: Una interconsulta a Digestivo para realizar una endoscopia es una consulta que no puede cubrirse vía telemática.
 - De este nuevo modelo organizativo surgirán dos nuevos roles asociados a personal de enfermería que comentaremos más adelante: **La enfermera gestora de casos y la enfermera de enlace.**

2. ANÁLISIS ESTRUCTURAL

- **Coordinación entre centros hospitalarios:** Actualmente, existen diferencias entre el acceso a determinados fármacos entre los diferentes centros hospitalarios, no sólo en base a una cuestión económica sino también en base a diferentes perfiles de utilización de fármacos entre los diferentes prescriptores. La implantación de unidades de gestión clínica es un proceso complejo y es necesario priorizar otros instrumentos de gestión. La gestión clínica no debe confrontarse con una prescripción correcta o suficientemente avalada por la mejor evidencia posible.
- **Coordinación entre profesionales:** Es necesario un abordaje multidisciplinar que permita que la asistencia sanitaria se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente favoreciendo su autonomía personal.
- **Establecer sistemas eficaces de comunicación entre estructuras:** Es necesaria la comunicación entre las diferentes estructuras para evitar duplicidad de información y evitar la falta de información. Los sistemas de información deben ser capaces de dar soporte a esta comunicación. Entre ellos destacar las TICs y la historia clínica electrónica (HCE) que además de ser única, debe permitir el acceso desde los diferentes niveles asistenciales preservando la confidencialidad de datos. La Unificación de la HCE básica del Sistema Nacional de Salud se ha pilotado en Madrid con Baleares y Aragón, pendiente de su extensión e implantación.

Ejemplo de sistema de comunicación: En el modelo propuesto en la Figura 1, se ha planteado que la comunicación entre especialistas de los diferentes ámbitos se realice vía correo electrónico corporativo.

Por lo tanto, una de las acciones a corto plazo y más simples a su vez es dotar de **un correo corporativo** a todos los actores, así como el **hardware** necesario para permitir el **acceso** durante su jornada laboral.

2. ANÁLISIS ESTRUCTURAL

- **Establecer estrategias de estratificación de los procesos crónicos:**
La estratificación es una manera de priorizar acciones y focalizar la gestión en este grupo de pacientes que mejorarán su salud mejorando la sostenibilidad del sistema. Para optimizar la utilización de esta herramienta, deben cumplirse los siguientes requisitos:
 - Planificación desde un nivel gubernamental. En ausencia de una planificación a nivel gubernamental, han de ser las CCAA las que establezcan sus propios criterios. Actualmente, varias CCAA han establecido sus propios planes de abordaje de la cronicidad.
 - Estratificación del paciente crónico independiente de su edad: Existen patologías crónicas que afecta a personas jóvenes y que producen un alto grado de discapacidad.
 - Definir sobre qué enfermedades podemos estratificar para obtener mejores resultados, donde no prime únicamente el criterio economicista.
 - Se desarrollará para población en general y deberá ser
 - Estratificar los procesos puede ser asistidos a nivel hospitalario o en atención primaria: El 25% de los pacientes son tratados en lugares que no son los adecuados. Es necesario derivar a los pacientes hacia una atención domiciliaria/comunitaria y que nos permita adelantarnos a la descompensación de la patología. De esta forma, se evitarán urgencias como fenómeno derivado de una buena atención domiciliaria.
 - Debemos validar la herramienta en pacientes crónicos complejos e incluir en el modelo a los largos supervivientes de cáncer.

2. ANÁLISIS ESTRUCTURAL

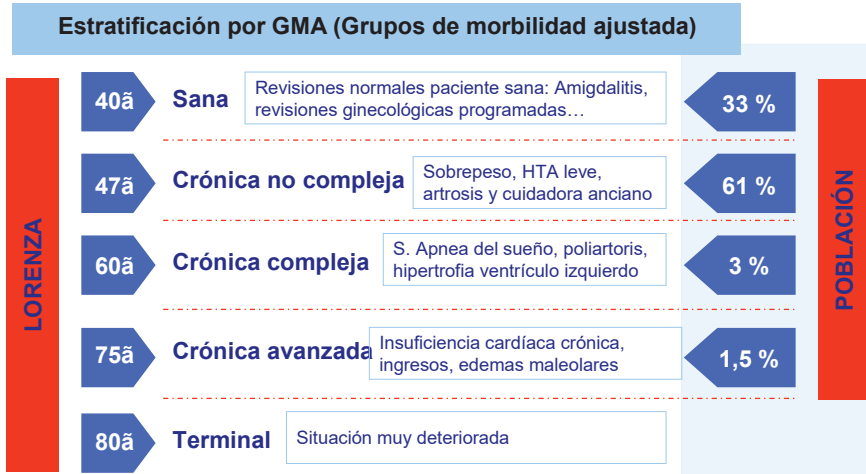


Figura 2. Ejemplo estratificación por GMA propuesta en el plan de crónicos de la Comunidad de Madrid de una paciente X llamada “Lorenza” a lo largo de su vida.

- Acciones fuera de nuestro alcance:**

 - Coordinación entre sectores:** Es conveniente asegurar la colaboración/ integración entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales, pero existe un desarrollo legislativo diferente entre Comunidades Autónomas.
 - Coordinación entre Comunidades Autónomas (CCAA):** La misión de la Cartera Básica Nacional de Prestaciones es que exista un modelo de uniformidad de la prestación sanitaria y social que unifique los criterios para la atención del paciente crónico en las diferentes CCAA. No se deben imponer modelos generales sino adaptar los modelos a las necesidades de cada CCAA.

3. ASPECTOS ECONÓMICO-FINANCIEROS

En el futuro, habrá que hacer frente a una mayor demanda de recursos relacionada con el incremento de los pacientes crónicos, asumiendo la financiación de nuevos fármacos y nuevas tecnologías con un presupuesto que, en el mejor de los escenarios, será estable.

Para hacer frente al fenómeno del envejecimiento en un contexto de profunda crisis económica, y partiendo de un modelo poco adecuado a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, se han planteado distintas opciones estratégicas:

- **Corto plazo:**
 - **Contención del gasto farmacéutico:** El gasto de medicamentos es fácil de medir. Sin embargo, la mayor parte del gasto en los pacientes crónicos se corresponde con el gasto social no sanitario. En cualquier caso caben eficiencias en cuanto al gasto farmacéutico se refiere.
 - **Recursos humanos:** El objetivo debe ser reorganizar al personal, reasignando los roles de los profesionales sanitarios y no sanitarios. En el momento actual, no se pretende nuevos contratos debido a la limitación presupuestaria. En el caso de un crecimiento económico, se deberían priorizar contrataciones para profesionales del ámbito comunitario para fomentar la continuidad asistencial, dirigir a los pacientes a las estructuras sanitarias óptimas, y garantizar la movilidad del paciente. Además de ello un análisis comparativo de las plantillas de estructuras similares sería muy ilustrativo y tendría eficiencias desinversoras.
- **Medio/Largo plazo:** Incorporación de la innovación paralelamente a una desinversión y desfinanciación de fármacos/tecnologías que han demostrado ser ineficientes tras revisiones de evidencia. Reevaluación periódica de la prescripción de fármacos por los profesionales sanitarios.

3. ASPECTOS ECONÓMICO-FINANCIEROS

- **Combinación de dos líneas simultáneas: corto plazo y medio/largo plazo:** Complementar la contención del gasto sanitario junto con la reorganización del personal y siendo capaces de incorporar la innovación. El objetivo debe ser atender mejor las necesidades sanitarias de la población, sin reducir las prestaciones ni mermar la accesibilidad al sistema. Se necesita por tanto una RESPUESTA MULTIDIMENSIONAL. En definitiva ver al sector socio-sanitario como generador de valor, no como generador de gasto.
- **Relación con la industria:**
 - La Administración debe liderar el cambio de relación con la industria.
 - La tendencia debe ser hacia una financiación selectiva de acuerdo a criterios de medicina basada en la evidencia atendiendo a su eficacia, seguridad y la alternativa más eficiente, en lugar de facturar por volumen/idades de medicamentos. En definitiva, que los resultados en salud sean requisito de financiación. Se debe definir el valor incremental que aportan las de las novedades terapéuticas frente al mejor de cada “familia” de los fármacos ya conocidos.
 - Los acuerdos de riesgo compartido y modelos personalizados de reembolso son nuevas oportunidades de negociación con la industria farmacéutica que permiten una financiación selectiva en base a resultados en salud, pero en ocasiones son de difícil implantación ya que existe una asimetría de la información, la industria posee más en la fase previa a la comercialización y dirige las “bondades del fármaco” hacia un mayor impacto publicitario de éste.
- **Empoderamiento de la Atención Primaria** como participe del tratamiento crónico de patologías de alto impacto.

4. PAPEL PROFESIONAL.

4.1 AGENTES IMPLICADOS EN EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

- El abordaje de la cronicidad es una estrategia que requiere de la implicación de un **amplio número de agentes** tanto del ámbito sanitario y social, como de las administraciones públicas, empresas privadas y el propio paciente como elemento central del cambio.
- Como profesionales sanitarios identificados para el cambio del modelo destacan principalmente: **personal médico, farmacéutico y de enfermería**. Sin embargo, a estos agentes se añaden otros profesionales sanitarios que complementan la labor asistencial como son fisioterapeutas o psicólogos.
- Las características propias del paciente crónico hacen que sea un paciente que requiera una **alta necesidad de recursos** no sólo del aspecto sanitario sino también del mundo social. Las dificultades cognitivas, funcionales y mentales que generan un elevado nivel de dependencia, la institucionalización o la figura del tutor/cuidador implican a diferentes recursos sociales para la asistencia integral del paciente crónico como son los centros sociosanitarios, asistencia a domicilio, trabajadores sociales, etc.
- Los profesionales involucrados en los recursos sociales y sanitarios se configuran como los agentes con mayor proximidad al paciente y con la capacidad de crear **cambios a corto plazo** pero el abordaje de la cronicidad requiere cambios en la organización del sistema sanitario que implican actuaciones y **resultados con una proyección a largo plazo** teniendo a las administraciones públicas (Ministerios, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Consejerías de Salud) como principales responsables.
- La necesidad de recursos y desarrollo de herramientas para la atención al paciente crónico requiere de agentes externos al sistema público de salud siendo las empresas privadas como industria farmacéutica o tecnológica las principales representantes de las mismas.

4. PAPEL PROFESIONAL.

- Estas empresas permiten facilitar el cambio en el modelo asistencial aportando recursos farmacológicos, económicos o tecnológicos. En colaboración con estas empresas privadas que trasladan la investigación de un nivel básico hasta una tecnología aplicable en la práctica real se encuentran las universidades y centros de investigación. Por tanto, hay que incentivar estas relaciones fomentando el **partenariado** y actuando en línea con objetivos comunes.
- Las mayores demandas que implican a la empresa privada se relacionan con la **investigación tanto básica como clínica** con la realización de ensayos clínicos que permitan introducir nuevas moléculas en el mercado. También se demanda una mayor implicación en la obtención de resultados en salud a largo plazo, más allá de los clásicos valores de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos, fomentando la inclusión de pacientes con mayor complejidad y obteniendo resultados a largo plazo y de calidad de vida.
- En el ámbito de la industria tecnológica, la **telemedicina** y el desarrollo de nuevas TICs están introduciendo un cambio en la asistencia del paciente y es necesario investigar y demostrar su aplicabilidad y acercamiento al paciente.
- El elemento central al que rodean todos los agentes implicados en la salud es el paciente. El rol del paciente está cambiando progresivamente ya que el paciente se informa acerca de su enfermedad, tratamiento, alternativas disponibles, etc y desea ser partícipe de las decisiones clínicas. Este **empoderamiento del paciente** se ha visto favorecido por el auge de las asociaciones de pacientes que solicitan una mayor implicación de los profesionales y de las administraciones en la atención al paciente y en el desarrollo de actividades de promoción de la salud.

Es, por tanto, necesario establecer los roles que van a desempeñar cada uno de los agentes descritos y cuáles son los objetivos de futuro que se deben plantear.

4. PAPEL PROFESIONAL.

4.2 EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- Los equipos multidisciplinares integrados por **profesionales del ámbito sanitario y social** se perfilan como la herramienta óptima para el adecuado manejo del paciente crónico. La interrelación de los mismos y su contribución en la asistencia del paciente benefician su salud y permiten una mejor coordinación de los recursos en todos los niveles asistenciales.
- En el equipo multidisciplinar, el **profesional médico** se presenta como el responsable principal de la atención al paciente crónico. Su papel en la asistencia sanitaria se orienta a liderar los equipos multidisciplinares y favorecer el empoderamiento del paciente en colaboración con el resto de profesionales.
- El farmacéutico desde los **ámbitos hospitalario, de atención primaria y de atención comunitaria** puede contribuir a la mejora de la asistencia realizando actividades centradas en la gestión de la farmacoterapia, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es necesario un cambio de rol y de funciones especialmente en el caso del farmacéutico comunitario.
- La **descentralización de actividades** en torno al paciente crónico más allá del hospital, permiten a la farmacia comunitaria, con una alta capilaridad en la población, el acceso inmediato al paciente. Más allá de la potenciación de la validación farmacéutica del tratamiento del paciente y una mayor implicación con otros profesionales sanitarios, se plantea la posibilidad de actuar como puntos de dispensación de fármacos de uso hospitalario o participar en proyectos de gestión de compras centralizadas favoreciendo la sostenibilidad del sistema y facilitando el acceso a los pacientes.

4. PAPEL PROFESIONAL.

- La implantación de la receta electrónica y sistemas de comunicación bidireccional con otros profesionales representa el comienzo del cambio de rol que quiere desarrollar el farmacéutico comunitario.
- Otro de los agentes que está realizando acciones para modificar su rol actual es la **enfermera**. El papel de enfermería precisa de nuevas funciones encaminadas a prestar una asistencia especializada en cada uno de los niveles de atención sanitaria. Ejemplos como la enfermera gestora de casos o la enfermera de enlace ponen de manifiesto el trabajo que se está realizando para ampliar las funciones y contribuir al cambio de modelo asistencial. En las figuras 3, 4 y 5, se muestra de forma esquemática las posibles funciones de estas profesionales.

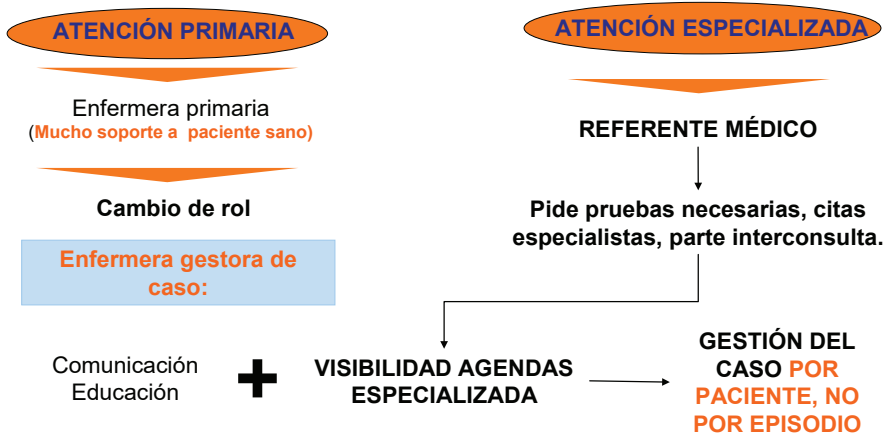


Figura 3. Enfermera gestora de casos.

4. PAPEL PROFESIONAL

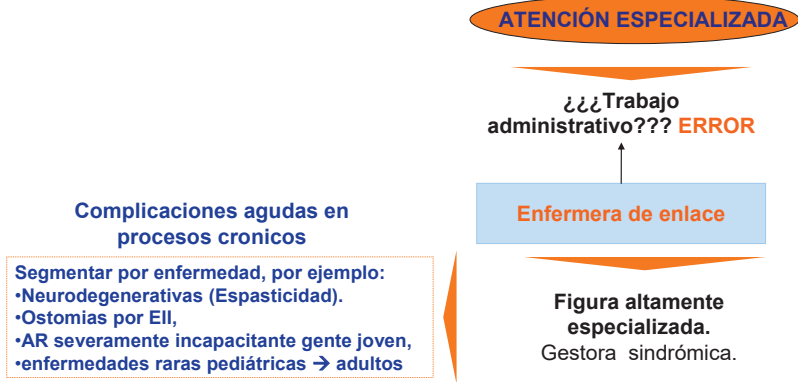


Figura 4. Enfermera de enlace.

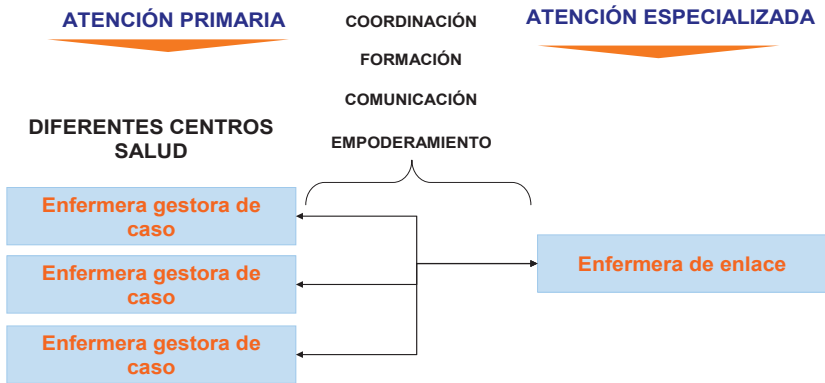


Figura 5. Funciones enfermera de enlace.

4. PAPEL PROFESIONAL

4.3 PRINCIPALES RETOS DE LOS PROFESIONALES

Se concluye que los principales retos a los que se enfrentan los profesionales de la salud son:

1. Empoderamiento del paciente.
2. Comunicación entre profesionales.
3. Asistencia interniveles asistenciales.
4. Gestión del conocimiento y de la información.
5. Desarrollo de estrategias desde la administración y sociedades científicas para el abordaje de la cronicidad
6. Alianzas con agentes externos al sistema sanitario implicados en la salud: Industria farmacéutica, tecnológica, universidad, centros de investigación, etc.

5. CARTERA DE SERVICIOS

En la actualidad, el sistema tiene una cartera muy amplia y con una aprobación y financiación de la mayoría de los fármacos.

Es necesario revisar y actualizar La Cartera Básica de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud con un enfoque que aborde de forma integrada la atención al paciente crónico y que exista un modelo diferente de la incorporación de la tecnología.

El NICE ya pone límite a una tecnología o medicamentos por encima de 30.000 libras por AVAC. Es importante asegurar que se financie todo lo posible bien sean fármacos o tecnologías reformando el sistema actual para conseguir una mayor eficiencia de los recursos. Hay que empezar a desinvertir para conseguir nuevos recursos y eliminar acciones que no aportan resultados en salud o estudios innecesarios.

Estrategias de crónicos:

- Existen estrategia de crónicos a nivel de las diferentes Comunidades Autónomas, entre ellas, por ejemplo hay un plan en Castilla y León, Asturias, Castilla La Mancha, País Vasco y Comunidad de Madrid.
- En cuanto a la revisión de las prescripciones farmacológicas en los paciente crónicos, la metodología aplicada es la Metodología STOP-START orientados a la desprescripción de fármacos en pacientes polimedicados. Permiten mejorar el estado de salud y disminuir errores asociados y efectos secundarios. Estas acciones mejoran el deterioro cognitivo y la capacidad de atención. Se evita, por tanto, la propia yatrogenia del tratamiento farmacológico.
- Es necesario que exista un acceso a la información farmacoterapéutica ordenada en los visores (Horus...), e instaurar la conciliación al ingreso y al alta hospitalaria.

6. RELACIÓN DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTES	
Nombre	Cargo
Alberola, Carmen	Fundación Pharmaceutical Care
Andrés, Julio	Farmacéutico Comunitario
Aspa, Javier	Director Médico Hospital
Bengoa, Rafael	Director Área de Salud de la Deusto Bussines School Health
Bravo, Ana	Manager Market Access, Biogen
Bravo, Cristina	Servicio de Farmacia Hospitalaria
Brieva, Luis	Servicio de Neurología
Calleja, Miguel Ángel	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Carrascal, Pedro	Presidente CELEM
Ceniceros, Francisco	Manager Market Access Biogen
Conde, Carmen	Manager Market Access Biogen
Dago, Ana	Vicepresidenta Fundación Pharmaceutical Care
De la Puente, Manuel	Gerente Hopital
Delgado, Olga	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Escarraibil, Joan	Director Médico Hospital
Estévez, Sílvia	Manager Market Access Biogen
Farfán, Francisco J.	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Fernández, Oscar	Jefe de Servicio de Neurología
García-Merino, Jose Antonio	Jefe de Servicio de Neurología
Gómez, Jorge	Ex - Gerente Hospital
Hernández, Miguel Ángel	Servicio de Neurología
Hernández García, César	Jefe Dpto de Medicamentos Agencia Española
Ladrón de Guevara, Jose Manuel	Director Médico Hospital
Landete, Lamberto	Jefe de Servicio de Neurología
Letéllez, Javier	Servicio de Farmacia Hospitalaria
López, Carmen	Servicio de Farmacia Hospitalaria
Mangues, María Antonia	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Martí, Mercé	Presidenta Fundación Pharmaceutical Care

6. RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Martínez, Javier	Senior Manager Market Access Biogen
Meca, Virginia	Servicio de Neurología
Meja, Fernando	Director Médico Hospital
Mendibe, Mar	Servicio de Neurología
Moreno, Jose Manuel	Associate Director Marketing Biogen
Morrel, Alberto	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Ortiz de Urbina, Juan José	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Parejo, Elia	Subdirectora de At Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Serv Extremeño Salud.
Perales, Beatriz	Associate Director Market Access Biogen
Pérez, María	Servicio de Farmacia Hospitalaria
Poveda, Jose Luis	Presidente de la SEFH
Prieto, Jose María	Servicio de Neurología
Ramírez, Esther	Servicio de Farmacia Hospitalaria
Ramírez, Paula	Senior Analyst Market Access Biogen
Rodríguez-Antigüedad, Alfredo	Jefe de Servicio de Neurología
Rubial, Félix	Director de Asistencia Sanitaria del Servicio Galego de Saúde
Sanchez, Amelia	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Sans, Alex	Manager Market Access Biogen
Santos, Bernardo	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
Serrano, Daniel	Servicio de Farmacia Hospitalaria
Vila, Juan	Director, Medical Affairs Biogen
Yusta, Antonio	Jefe de Servicio de Neurología