



BIGS

BOLETÍN
INNOVACIÓN Y GESTIÓN
SANITARIA

Una publicación de BSalut | Núm. 04 | www.bigs.es

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y EL SECRETO PROFESIONAL | INTEGRANDO LA PRESCRIPCIÓN DE CONSEJOS DE SALUD |
LA SALUD Y LA WEB SOCIAL | AYUDAS A LA DECISIÓN: IDE@S PARA LA INNOVACIÓN

YA ESTAMOS A SÓLO UN MES DEL NUEVO AÑO 2013. Éste ha sido un año con una situación económica y de crisis grave; esperamos que el nuevo año nos traiga un poco de esperanza, y que a partir de ahora deje de afectar sobre todo los servicios sanitarios y sociales.

Los profesionales de la salud seguiremos trabajando para que el sistema de salud continúe manteniéndose como hasta ahora como uno de los modelos de éxito. Desde **BIGS** seguiremos impulsando los valores éticos, de integración y de innovación.

Seguimos pensando que es necesario que desde abajo se promuevan las acciones que pueden provocar cambios estructurales e innovadores que transformen el sistema y lo mejoren, justo para mantenerlo y ofrecer a la población un servicio ajustado a sus necesidades.

Disponemos de una extraordinaria red de centros asistenciales, dotados en general de tecnología avanzada, en la que trabajan miles de profesionales, muy bien formados, y en una situación, por el momento, de estabilidad laboral. Contamos con una dotación de recursos por ahora suficiente, aunque en algunos centros hay que empezar a pensar en sustituir equipamientos ya obsoletos, modernizarlos y crear nuevos espacios de trabajo más eficientes y que generen sinergias entre centros. En otros, sin embargo, debemos pensar en sustituirlos, modernizarlos y a la vez desarrollar nuevos espacios de trabajo para modalidades asistenciales más eficientes que generen sinergias entre centros, profesionales y gestores.

Nuestros equipos deben ser para el sistema una inversión en salud como motor de desarrollo social y económico, somos nosotros, los profesionales, quienes estamos potenciando el papel de los ciudadanos, su responsabilización y su autonomía. Durante el próximo año seguiremos fortaleciendo la atención a los enfermos crónicos y a sus familias, mejorando la continuidad de cuidados integrados e impulsando la creatividad y la innovación.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y EL SECRETO PROFESIONAL

En el marco actual de relación sanitaria, la atención a las personas se desarrolla a partir del trabajo en equipo; es por este motivo que se hace imprescindible tratar muchos aspectos éticos desde un abordaje interdisciplinar.

El tema del secreto profesional ha estado históricamente monopolizado por el llamado "secreto médico". Desde la misma profesión médica se ha extendido a las profesiones que comparten la atención a las personas y se ha adoptado desde los comités de ética la necesidad de incorporarlo con una visión de equipo, desplegándose en dos direcciones: una deontológica y otra legal. En el primer caso, depende de la voluntad de los profesionales; en el segundo, el secreto se convierte en una obligación legal, que pena su incumplimiento.

Con la proclamación del derecho a la libertad de conciencia se abre un nuevo paradigma a lo largo del siglo xx, en el marco del movimiento que reivindica la autonomía de las personas. El secreto en este momento empieza a formar parte de la lista de derechos fundamentales y aparece así como **derecho-deber**.

Por este motivo, hoy, el "secreto profesional" ya no es primariamente un deber profesional, sino el derecho de todos los ciudadanos a la **confidencialidad** de toda su información sanitaria, derivado de los derechos a la intimidad, privacidad y a la libertad de conciencia. Este derecho genera un deber correlativo en todo aquel que tiene acceso a la intimidad o a la privacidad, ya sea médico, enfermero, trabajador social, fisioterapeuta,

Por otro lado, es una tarea de todos los que comparten la atención de personas dentro de un equipo multidisciplinar, saber explicar a los pacientes y personas que atendemos, que en el transcurso de los actos asistenciales es necesario compartir entre colegas algunos aspectos de la información recibida u obtenida con carácter confidencial. El hecho de compartir esta información que se convierte en un "**secreto compartido**" no exime a ninguno de sus miembros de guardar el secreto profesional.

“...tan solo es materia de comunicación aquello que puede ser de interés conocer, con el fin de mejorar la salud del paciente y tan solo a los que lo pueden ayudar.”



Por este motivo, en el sí de un equipo multidisciplinar, hay que tener muy presente el principio según el cual sólo se puede compartir aquella información confidencial que esté en función del beneficio del usuario. Al compartir entre los miembros del equipo el secreto profesional han de tener en cuenta que tan solo es materia de comunicación aquello que puede ser de interés conocer, con el fin de mejorar la salud del paciente y tan solo a los que lo pueden ayudar.

Las TICS

Las nuevas tecnologías ofrecen grandes posibilidades: comunicación rápida, global de la información y por lo tanto mucha capacidad para actuar en beneficio del paciente de manera rápida, efectiva y en cualquier lugar del mundo, pero, a su vez, exigen también nuevas responsabilidades que obligan a extremar las medidas de seguridad y de regulación jurídica global.

El equipo multidisciplinar también deberá asegurar el acceso indiscriminado a los datos y evitar la divulgación en todo lo que comporte una violación en el derecho a la intimidad de las personas. En este sentido, el artículo que protege y asegura la intimidad se ha reglamentado así: la transmisión de datos de carácter personal a través de las TICS se realizará cifrando los datos o utilizando cualquier mecanismo que garantice que la información no se inteligible ni manipulada por terceros.

El I+D

Hay que asegurar que la investigación científica y la innovación no van desligadas de los principios éticos; la confidencialidad es uno de ellos. El derecho a la intimidad, el anonimato y la confidencialidad de los sujetos que desean participar en un estudio, tiene derecho al secreto profesional y a la confidencialidad de cualquier información que se tenga que compartir entre investigadores; el derecho al anonimato debe asegurarse también que sus nombres se podrán disociar de los datos individuales.

“La transmisión de datos de carácter personal a través de las TICS se realizará cifrando los datos o utilizando cualquier mecanismo que garantice que la información no se inteligible ni manipulada por terceros.”

LOS LÍMITES DEL SECRETO PROFESIONAL

Las exigencias tratadas hasta ahora no tienen un carácter absoluto, sino que presentan algunas excepciones derivadas sobre todo del bien y del interés de la colectividad. Los grandes supuestos que plantean la posibilidad de romper el deber del secreto profesional son:

- Evitar un daño al propio paciente; por ejemplo, en caso de maltrato, intentos de suicidio...
- Por imperativo legal cuando hay que colaborar con la justicia; por ejemplo, en caso de peritaje o de citación judicial.

El trabajo en equipo, y en general la socialización de la práctica sanitaria, ha replanteado el secreto profesional, y éste ha tomado una dimensión que se extiende a todos los profesionales de un equipo; en el momento en que muchas personas comparten un secreto, las posibilidades de violarlo aumentan. Por tanto, en el “**secreto compartido**”, el compromiso moral de guardarlo es aún mayor. ■

T Glòria Jodar i Solà. Enfermera. Editor de RISAI. Miembro de BSalut.

Referencias

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació a la seva salut i l'atenció sanitària*. Barcelona, 2002, articles.3.2 i 3.4.

García, D. "La ética y las profesiones sanitarias, en como arqueros en blanco". *Estudios de bioética*. Madrid, Triacastela, 2004, p. 269.

Convenio relativo a los derechos humanos y a la biomedicina (convenio de Oviedo). Consejo de Europa, 1997.

INTEGRANDO LA PRESCRIPCIÓN DE CONSEJOS DE SALUD

Desde la 1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (OMS 1986) hasta la actualidad, se ha avalado la promoción de la salud (proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla)¹ como estrategia para mejorar la salud de las personas. Es en el Marco de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Bangkok, OMS 2005)² donde se plantea explícitamente la necesidad de encontrar respuestas innovadoras en promoción de la salud, utilizando el potencial de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para fomentar el autocuidado y el empoderamiento del ciudadano, a nivel personal y comunitario. En relación a las TICs, a finales del 2004, Internet inicia una revolución y un cambio radical, ya que pasa a ser un espacio de información unidireccional (web 1.0) a un espacio de inteligencia colectiva, de interacción entre las personas y la comunidad, lo que da lugar a la web 2.0³. El ámbito de la salud (e-salud más allá de la medicina 2.0) no es ajeno a esta revolución dando lugar a nuevos perfiles tanto de usuarios, como de profesionales.

En este sentido, se abren nuevas estrategias de trabajo, canales y entornos de comunicación desde la promoción de la salud, la prevención y la restauración de la enfermedad, en las que las TICs e Internet se presentan como complemento muy importante y de apoyo a la atención presencial y telefónica, con un gran potencial para acompañar y capacitar a las personas en su toma de decisiones respecto a su salud, cuando surge la necesidad. Una realidad que conlleva una nueva forma de pensar y de hacer centrada en el potencial que tiene cada persona (sana o no sana)

en el autocuidado y en la responsabilidad sobre su salud. La salud se impregna de una nueva mentalidad que debe empezar a cultivarse desde la familia y la escuela y lograr su continuidad a lo largo de toda la vida de la persona, bajo la concepción de la educación permanente y del valor del "aprender a aprender". En el entorno de la salud 2.0 es imprescindible avanzar hacia un modelo centrado en la salud y no en la enfermedad y contemplar la e-persona superando el e-paciente y el e-profesional de la salud superando el e-médico en el marco de un contexto que tenga en cuenta todos los sectores y grupos profesionales implicados en la salud de las personas.

En este contexto nace *Enfermera virtual* (Ev), un portal de promoción y educación para la salud, publicado en 2009 y con un largo recorrido, a disposición de todos los ciudadanos y profesionales de la salud

como un potente instrumento de trabajo y desarrollo profesional. Reconocida con el premio "Salut Blanquerna 2009", la EV superó una prueba piloto⁴ de evaluación por parte de las enfermeras y los usuarios y acumula más de 2,5 millones de visitas de todo el mundo.

Como herramienta TIC de Educación para la salud (EpS), la Ev, permite introducir las TIC en el día a día de la práctica profesional y crear nuevas formas de relación entre los usuarios y el sistema de salud, con el fin de promocionar la autonomía e independencia de las personas en el control y mejora de su salud para conseguir una sociedad más sana y una atención sanitaria más sostenible. En este sentido, es una herramienta de trabajo y un excelente instrumento para asegurar la continuidad asistencial, mantener los cuidados enfermeros y apoyar a la atención presencial.

Consejos preparados para compartir



“Enfermera virtual acumula más de 2,5 millones de visitas de todo el mundo.

Sus contenidos, sometidos a un circuito de revisión estructural, pedagógica, disciplinar y lingüística, parten del concepto salud como un derecho y un deber de cada persona y de que la aportación diferenciada de las enfermeras es capacitar a la persona para que pueda gestionar sus cuidados de salud de manera única y personal. Los contenidos de EV -que se organizan en tres bloques: **actividades de la vida diaria, situaciones de vida y problemas de salud**- configuran una web de conocimiento sobre salud desde la perspectiva del conocimiento enfermero acreditada e integrada, creada de forma colaborativa entre las enfermeras y preparada para compartir.

En este sentido, desde la EV, con el aval de su conocimiento base en constante revisión y de las necesidades de salud expresadas por los ciudadanos, se está llevando a cabo varias experiencias para ofrecer a través de los canales de la red 2.0⁵ consejos de salud específicos y personalizados. Desde la posibilidad de prescribir un enlace a un usuario vía correo electrónico desde la consulta de enfermería, hasta compartir consejos de salud en relación a días mundiales, épocas estacionales o a problemas de salud de más prevalencia en un momento determinado mediante sindicación de contenidos (RSS) a los que se pueden suscribir los ayuntamientos. Además, EV está realizando una experiencia en el campo del microblogging, que consiste en realizar educación para la salud mediante la red social twitter con consejos de salud tipo:

1. Las personas mayores tienen más facilidad para atragantarse **#disfagia**. ¿Sabes como evitarlo?
<http://bit.ly/JCsZ50>
2. Internet una fuente de información sobre salud: ¿sabes como seleccionar una fuente segura y de calidad?
<http://bit.ly/TbD6jK>

A modo de conclusión podríamos decir que uno de los grandes objetivos perseguido a lo largo de décadas, en relación a la necesidad de autonomía, responsabilidad y participación de las personas en relación a la salud individual y comunitaria ha explotado de manera visible a través de un canal, contexto o espacio diferente al convencional, posiblemente inesperado y innovador, como es la red o Internet (salud 2.0). ■

T Gisel Fontanet Cornudella. Àrea Direcció de Programes Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

Referencias

¹ Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1998 [acceso 6 de noviembre de 2012]. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

² Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [disponible a Internet]. Tailandia; 7-11 de agosto de 2005. Ginebra: Organizació Mundial de la Salut; 2005 [acceso 30 de octubre de 2012]. Disponible a: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

³ O'Reilly, T. What is the Web 2.0. Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software [Internet]. O'Reilly Media, Inc.; 2005 [acceso 6 de noviembre de 2012]. Disponible a: <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-2.0.html>

Lea este código con su dispositivo móvil y descargue y comparta este artículo.

ESCANÉAME



⁴ Fontanet Cornudella, G; Delgado Hito, P; Benito Aracil, L; Cuxart Ainaud, N; Lupiáñez Villanueva, P... [et al.]. Estudi sobre la Infermera virtual: Implementació i avaluació per infermeres i usuaris [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2010 [acceso 3 de mayo/abril de 2011]. Disponible a: <http://www.infermeravirtual.com/ca-es/recursos/publicacions/prova-pilot.pdf>

⁵ O'Reilly, T. What is the Web 2.0. Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software [Internet]. O'Reilly Media, Inc.; 2005 [accés 29 de març de 2012]. Disponible a: <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-2.0.html>

LA SALUD Y LA WEB SOCIAL

De todas las herramientas que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la web social es la que propone un cambio más radical. Lo que podía parecer una manera de pasar el tiempo, en realidad ha marcado el paso para consagrar el carácter multidireccional de Internet, aquello que la convierte en un medio de comunicación único y sin precedentes.

La posibilidad de compartir contenidos, manipularlos o incluso elaborarlos de manera colectiva se ha convertido en algo común y diario para el 53%¹ de los internautas españoles, que bucean en plataformas como Facebook, Twitter o Youtube.

Ya nunca más nos limitaremos a leer una noticia en la edición digital de nuestro diario de cabecera. En cambio, escribiremos un comentario en la red social de ese diario o tuitearemos el contenido manipulando el titular a nuestro criterio. También podremos subirla a nuestro muro de Facebook donde quizás nuestros amigos se enzarcan en un debate y aporten nuevos contenidos a la conversación: documentos como vídeos procedentes de Youtube o fotografías colgadas en Flickr o Instagram.

A este afán por decir la nuestra ayudan especialmente los casi recién llegados dispositivos móviles. Tablet y, sobre todo, teléfonos inteligentes representan la posibilidad de una sociedad permanentemente conectada, que busca constantemente todo aquello que le interesa: noticias, juegos, productos comerciales y también salud.

De todos los socialhólicos españoles, el 12,8% utilizan las redes sociales para hablar o informarse sobre temas de salud. Estos representan el 3,8% de la población y puede parecer aún un grupo pequeño. Pero si miramos lo que hace el resto, veremos que este grupo de ciudadanos que utiliza la web social no va a parar de crecer.

Según los datos de un estudio de Red.es del pasado mes de julio², en España, un 48% de los internautas, 7,2 millones de personas, hace búsquedas sobre temas de salud en Internet. Esta plataforma unidireccional arrebató, hace ya tiempo, el primer puesto entre las fuentes de información más consultadas al asesoramiento presencial con profesionales de la salud.

¿Cuánto tiempo faltará para que estos usuarios, cada vez más ávidos de tomar parte en los procesos de su salud, se sumen a aquellos que ya están participando activamente desde las redes sociales? ¿Qué implicaciones, retos y oportunidades ofrece este movimiento para el sistema de salud? ►

HACIA UNA SALUD MÁS SOCIAL

De la misma manera que los chats de Facebook no han substituido a los cafés con los amigos, las redes sociales no vienen para acabar con la atención presencial. Más bien, vienen a complementarla.

Imaginemos un sistema sanitario en el que gracias a un modelo combinado entre la visita presencial y el uso de Internet y las redes sociales, los usuarios reciben el tiempo de atención que precisan y no aquel que se les puede destinar. Ésta es la gran potencialidad que ofrece la web social en el ámbito de la asistencia sanitaria: acabar con las limitaciones de la consulta añadiéndole un tiempo del que hasta ahora no se disponía.

Respecto a este tema, la irrupción en el ámbito de la salud de los aplicativos móviles, las populares apps, complementa el mapa imaginario de una asistencia sanitaria que use las redes sociales.

Ahora ya, gracias a las apps, podemos hacer seguimiento de una afección crónica determinada o informarnos de cuál es el ejercicio físico o la dieta que más nos conviene en cada momento de nuestra vida. Si a ello sumamos la posibilidad de contactar a través de alguna plataforma social con nuestra enfermera o nuestro médico especialista, sin necesidad de pedir hora ni ocupar todo el tiempo de una visita presencial para resolver una duda, parece claro que la sanidad puede mejorar ostensiblemente en términos de sostenibilidad y accesibilidad gracias a la web social. ►

DE TODOS, POR TODOS Y PARA TODOS

Las redes sociales además responden, con el peso de los hechos consumados, a una inquietud antigua de los profesionales de la salud: cómo implicar a la persona atendida en su propio proceso de salud, es decir, como convertir al usuario en el centro del sistema.

Esto es algo que la red ha hecho por sí sola. Los usuarios no han tenido suficiente con la información colgada sobre salud por organismos oficiales, asociaciones y profesionales de la salud y han buscado en las redes sociales aquello que hasta ahora no habían podido obtener más allá de grupos cerrados y situaciones muy específicas. Han conseguido hablar con personas que se encuentran en situaciones similares para conocer sus experiencias, explicar las suyas y acompañar a otros usuarios como ellos en el proceso de salud.

En los últimos años, sobretodo Facebook, se ha llenado de comunidades de familiares y de personas afectadas por enfermedades crónicas. Han surgido en las redes sociales grupos que se mueven entorno de perfiles institucionales y asociaciones de pacientes y, a través de estos, se han generado contenidos de salud, elaborados a partir de las experiencias personales, que resultan de muy alta relevancia entre los usuarios.

Ante este fenómeno surge una preocupación evidente. ¿Cómo se garantiza lo fidedigno de los contenidos? ¿Cómo podemos hacer convivir los consejos del profesional de la salud con los del usuario? ¿Cómo se ha de acompañar a aquellos usuarios que quieren compartir su experiencia y cómo preparamos a los que reciben esa información para que puedan interpretarla y aplicarla bien a su situación?

Todas estas son preguntas sin respuesta todavía, aunque en algunos proyectos de e-salud de hospitales, aseguradoras y laboratorios farmacéuticos ya se están teniendo en cuenta las aportaciones de usuarios concretos y se están tratando incluso como materiales de referencia. Proyectos como Personasque.com o la compañía de seguros de salud DKV están gestando auténticas redes sociales dedicadas a la salud, en las que todos contribuyen en condición de igualdad: profesionales de la salud y usuarios.

Responder a estas preguntas constituye, pues, un reto ineludible ya que en la naturaleza bidireccional de la web social queda muy poco lugar para el consumo pasivo de contenidos. El usuario fidelizado será aquel que pueda participar con su opinión y que sienta que ésta es valorada y escuchada.

Un dato más para la inquietud en este sentido es que, aunque el contenido más valorado por los internautas es el que proviene de fuentes institucionales o publicaciones de salud, el mayor número de visitas, el 59%, terminan según red.es en otras webs privadas. ▶

EL RETO DE SUBIRSE A UN TREN EN MARCHA

Existe un peligro de infoxicación. Los usuarios pueden acabar informándose en una fuente inadecuada por el mero hecho de que esta está mejor posicionada en el resultado de los buscadores, que son la principal puerta de acceso a los contenidos de la red.

También cabe preguntarse de qué manera el sistema de salud debe inscribirse en estas redes. Si hemos de poder conectar usuarios y profesionales, ¿lo tenemos que hacer utilizando las redes sociales mayoritarias o se han de crear unas propias? ¿Cómo se organizará el trabajo en los diferentes ámbitos de la asistencia para adecuarlo a las nuevas realidades que se deriven del uso de la web social? ¿Qué formación han de recibir los profesionales de la salud para poder responder satisfactoriamente a lo que se espera de ellos?

Todos estos son retos que se han de enfocar desde instituciones que integren los rasgos de la web social en su funcionamiento interno como su misma manera de ser. La moda alrededor del mundo 2.0 ha hecho que muchas instituciones incorporen alguna de sus herramientas, pero no sus aportaciones más importantes y revolucionarias: el carácter abierto, la gestión transparente y una comunicación multidireccional. El intercambio de información y el trabajo en red son dos principios inexcusables y de poco servirá adoptar este tipo de tecnologías de manera cosmética, sólo por qué están de moda.

El Consejo Nacional de Enfermeras de los Estados Unidos, sin ir más lejos, hace algunos meses editó una guía para el correcto uso de las redes sociales. En el documento, se limitaron a dar instrucciones para que las enfermeras no incurrieran en infracciones del código ético respecto a la confidencialidad.

Sin embargo, la guía no daba ninguna indicación de cómo aplicar las redes sociales al acompañamiento del usuario, lo cual sin duda alguna hubiera sido también muy útil.

En estos momentos, hay que poner el acento no tanto en las herramientas sino en aprender a hacer un uso adecuado de ellas, orientado a la obtención de resultados y que genere mecanismos para una comunicación fluida. Tomárnoslas como un cambio meramente superficial será no ver al completo la oportunidad que representan. ■

T Galo Quintanilla Montenegro. Periodista. Community Manager, Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

Referencias

¹ *España y las TIC en la Unión Europea.* Instituto Nacional de Estadística.

² *Los Ciudadanos ante la e-Sanidad.* Red.es para el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI).

AYUDAS A LA DECISIÓN CLÍNICA: IDE@S PARA LA INNOVACIÓN

Durante los últimos 5 años se han publicado en PubMed alrededor de 125 revisiones sistemáticas sobre los denominados sistemas de soporte a la decisión clínica, conocidos como CDSS (*Clinical Decision Support Systems*). La proliferación de herramientas electrónicas de ayuda a la decisión se ha debido a la capacidad de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) de implementar con mayor facilidad las evidencias científicas y, en definitiva, a que reducen la variabilidad de la práctica médica mediante la estandarización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos; sin embargo, todavía está por evaluar cual es el efecto de los CDSS en los resultados clínicos, los procesos de atención de salud, las cargas de trabajo, la eficiencia, la satisfacción del paciente, los costes y el uso que de dichas herramientas realizan los profesionales sanitarios¹⁻²

En espera de avanzar en estos aspectos, vale la pena detenerse en algunas experiencias innovadoras en el ámbito de la aplicación de las TIC a la modelización de procesos clínicos, desarrolladas en nuestro medio. La experiencia pionera en España del Instituto Catalán de la Salud (ICS) en el diseño e implementación de Guías de Práctica Clínica Informatizadas (@GPC), iniciada hace más de 4 años y actualmente en evaluación, constituye un excelente ejemplo.

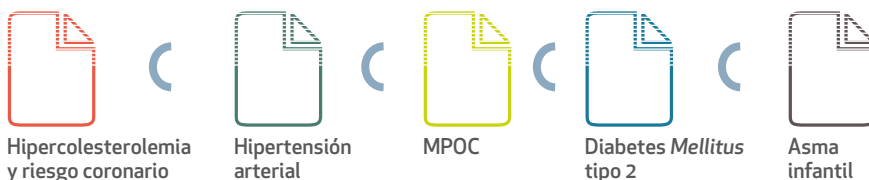
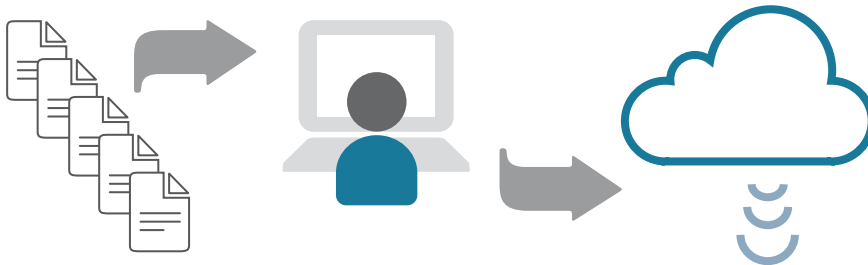
LA FILOSOFÍA DE LOS CDSS

Aunque no existe un criterio claro a la hora de elegir qué GPC puede ser informatizada, parece recomendable priorizar las dirigidas a patologías prevalentes o al manejo de situaciones clínicas complejas, acompañadas de un elevado grado de incertidumbre. Actualmente el ICS dispone de 5 @GPC integradas en la estación clínica de trabajo donde los profesionales desarrollan su actividad asistencial (ECAP).

La informatización de las GPC se ha de realizar de manera que ayuden en el seguimiento habitual del proceso clínico completo (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), proporcionando en cada momento una visión integral del paciente. Han de poder aplicarse en un contexto real, en el que los profesionales acostumbran a disponer de un tiempo de consulta muy limitado para atender a pacientes generalmente pluripatológicos.

En el diseño de @GPC han de participar activamente los profesionales sanitarios que posteriormente serán sus principales usuarios. Además, su empleo deberá ser sencillo e intuitivo, debe dar soporte a quien lo necesite, por lo que su activación debería ser voluntaria evitando el “intrusismo electrónico” en el que con tanta frecuencia caen algunas herramientas (exceso de avisos, ventanas emergentes, etc.).

En general, el éxito de las @GPC viene condicionado por la eliminación de las principales barreras identificadas en el empleo de guías, entre las que destaca, según los resultados de una reciente encuesta³, la falta de tiempo, ausencia de un formato breve y amigable, el desconocimiento y mala diseminación de las mismas, la presencia de la industria farmacéutica, la falta de actualización, la baja participación de expertos o la baja calidad metodológica. Algunos de estos aspectos quedan automáticamente eliminados con el propio proceso de informatización. ▶



COMPUTERIZACIÓN DE RECOMENDACIONES: "ALGORITMOS INTELIGENTES"

El traslado de las recomendaciones escritas contenidas en las GPC a un formato electrónico, se realiza mediante el desarrollo *ad-hoc* de una nueva metodología de modelización basada en el diseño de algoritmos inteligentes, capaces de ser procesados por un motor o herramienta informática de explotación contextual del modelo de la GPC, integrada en ECAP. En el caso del ICS se procedió a la modelización de algoritmos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, los cuales ofrecen al profesional asistencial recomendaciones dinámicas en función del contexto clínico de cada paciente.

Para la representación gráfica del conocimiento científico se empleó el *Task Network Model*, modelo que permite describir temporalidad y otras relaciones entre trabajos. Incluye nodos de acción (contiene tareas que pueden ser médicas o orientadas a programación), nodos de decisión (criterios de decisión por bifurcación) y nodos de estado del paciente (caracteriza el estado clínico del paciente).

Para llegar al nivel de detalle necesario para la computerización de las guías, es necesario refinar progresivamente el modelo en tres niveles: el conceptual (mostrar la guía como un gráfico de flujo), nivel computable de abstracción (se especifican formalmente conceptos médicos, datos del paciente, criterios lógicos y control de flujo) y el nivel implementable (muestra acciones y referencias a datos de pacientes obtenidos a partir de la historia clínica electrónica). Finalmente se define un visor o entorno de trabajo que es el que visualiza el profesional sanitario (ver figura).

1

GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



2

ALGORITMOS



3

SISTEMAS DE INFORMACIÓN



FUNCIONES DE LOS ESCENARIOS MODELIZADOS

→ **Algoritmo de diagnóstico.** La guía se activa de manera automática a partir de un diagnóstico apuntado en ECAP, por la identificación de valores fuera de rango (sospecha diagnóstica) o bien por la modificación del estado clínico del paciente (alerta). Si existen dudas, el algoritmo **ayuda** a diagnosticar evaluando la información del paciente y proporcionando soporte a la toma de decisión en este proceso. Si faltan datos para completar el análisis, el *software* los solicita al médico. Una vez que la @GPC **registra** el diagnóstico, **evalúa** el estado del paciente dentro de la enfermedad y procede a clasificar el nivel de gravedad. Las @GPC pueden incluir múltiples calculadoras u otras herramientas cuyos resultados son integrados en los correspondientes algoritmos.

→ **Algoritmo de tratamiento.** Las @GPC constituyen una excelente oportunidad para trasladar elementos de **política de farmacia** ya que proporcionan al médico en primera línea medicamentos coste-efectivos. Así mismo permiten individualizar las recomendaciones farmacoterapéuticas según las características del paciente (edad, género, problemas de salud y medicación activa) y ajustarlas al nivel de gravedad y/o grado de control de cada patología. Las @GPC del ICS permiten la prescripción electrónica de pautas posológicas completas, ayudan a titular o combinar fármacos, integran las dimensiones de seguridad más importantes para prevenir errores (detectan contraindicaciones o intolerancias a partir de eCAP, las registra y evita que vuelvan a suceder) ofreciendo siempre tratamientos alternativos.



→ **Algoritmo de seguimiento.** Esta funcionalidad controla los indicadores que determinan la estabilidad del paciente y propone y recuerda acciones en función del estado de cada paciente. Así por ejemplo, recomienda y recuerda próximas visitas de control médico o de enfermería para la revisión de la medicación o valorar la efectividad de las medidas higiénico-dietética), o propone la realización de pruebas. Incluye también actuaciones a seguir ante una reagudización.

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO

La implementación de todos los CDSS requieren un cuidadoso plan de trabajo multifactorial y que abarque desde planes de formación específico hasta, la elaboración de material divulgativo sencillo o, como en el caso de las @GPC del ICS, la producción de mini vídeos que, permanentemente disponibles en ECAP, permiten conocer todos los detalles de su elaboración y visualizar su funcionamiento.

Actualmente se está finalizando un proyecto de investigación becado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Cataluña orientado a evaluar el impacto global de las @GPC en términos de resultados en salud y utilización de recursos sanitarios. Haber diseñado este producto reuniendo los principales factores identificados en el éxito de auguran unos buenos resultados.

CONCLUSIONES

Hace ya más de 10 años, el *National Institute of Medicine* recomendaba mediante diversos informes técnicos⁴⁻⁵ el empleo del registro electrónico de la actividad asistencial, como elemento fundamental para mejorar la calidad del sistema sanitario debido, a su capacidad para prevenir errores y facilitar la toma de decisiones de los clínicos. La experiencia comentada en este artículo ilustra algunas de las múltiples maneras de poner el conocimiento científico al servicio de cada uno de los pacientes, justo en el lugar donde se realiza la actividad asistencial (*point-of-care*) y al alcance de cualquier profesional, tan sólo mediante un *click*. ■

T Arantxa Catalán. Doctora en Farmacia. Directora del Programa de Innovación y Soporte al Medicamento de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Cataluña.

T Eva Comín. Doctora en Medicina. Proyecto de Guías de Práctica Clínica. Instituto Catalán de la Salud.

T Ester Amado. Doctora en Farmacia. Coordinadora de Farmacia del Ámbito Barcelona Ciudad. Instituto Catalán de la Salud.

Referencias

- ¹ Computerized clinical decision support systems for chronic disease management: A decisionmaker-researcher partnership systematic review. Roshanov... [et al.]. *Implementation Science* 2011, 6:92
<http://www.implementationscience.com/content/6/1/92>
- ² Computerized clinical decision support systems for acute care management: A decisionmaker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes Sahota et al. *Implementation Science* 2011, 6:91
<http://www.implementationscience.com/content/6/1/91>
- ³ Knowledge, attitudes and perceptions of Spanish clinicians toward guidelines: preliminary results of a national survey background results. Kotzeva, A; Gracia, FJ; Guillamón, I; Díaz del Campo, P; Carrasco, IM; de Gaminde, I; Orrego, C; Rotaeche, R; Louro, A; Salcedo, F; Alonso-Coello, P. Poster. GIN, 2011.
- ⁴ Kohn, LT; Corrigan, JM; Donaldson, MS; eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 2000.
- ⁵ Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 2001.

Libros



Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia.

Coordinación:

Ester Amado Guirado

Autores

Ester Amado, Carmen Durán, Nora Izco, Mireia Massot, Daniel Palma, Gemma Rodríguez e Isabel Rosich

Editado por Aula Oeste para SEFAP. 2012

El pasado mes de octubre y coincidiendo con su XVII Congreso Nacional, la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) presentó a la comunidad científica un libro, cuyo título *Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*, pone en evidencia la oportunidad, necesidad y utilidad del mismo.

Esta nueva publicación SEFAP resulta **oportuna**, puesto que coincide en el tiempo con la presentación de la *Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, la cual contempla entre sus más de 100 recomendaciones la necesidad de mejorar la efectividad y la seguridad de la medicación en dichos pacientes. La nueva Estrategia, es además una muestra inequívoca de que la atención al paciente crónico constituye una prioridad en la agenda de las Consejerías de Salud, inmersas sin ninguna excepción, en una acción política que favorezca prioritariamente la mejora y la innovación en la atención a las personas en situación de cronicidad.

La **necesidad** de profundizar en las materias que este libro propone resulta evidente dado es bien sabido que la medicación constituye la primera causa de acontecimientos adversos derivados de la atención sanitaria, problema cuya magnitud se intensifica en los pacientes en situación de cronicidad, el 80% de los cuales se encuentra polimedcado. Que el 25% de los pacientes no se adhieran a la pauta de medicación prescrita o que, según el *Institute of Safe Medication Practice*, el 50% de los errores en la medicación y el 20% de los efectos adversos a medicamentos se puedan eliminar con una conciliación adecuada de la medicación en las transiciones asistenciales, son algunos ejemplos que contribuyen a visualizar la repercusión de estos temas en términos de seguridad clínica.

La **utilidad** del nuevo manual de SEFAP vendrá determinada por los profesionales de los equipos multidisciplinares de salud a quienes va especialmente dirigido y a quienes se ofrece sistematizar la metodología de procesos críticos claves en el manejo de la medicación en el paciente crónico, como la conciliación o la revisión de la medicación. Son actuaciones con las que sin duda están familiarizados, pero cuya efectividad requiere el empleo y aplicación sistemática de diferentes herramientas de trabajo previamente validadas y efectivas.

A lo largo de sus 200 páginas el nuevo libro de SEFAP, estructurado en 4 capítulos, revisa las claves de la entrevista clínica para elaborar una buena historia farmacoterapéutica de los pacientes, explica las diferentes técnicas y recoge las mejores páginas web de información de medicamentos a pacientes. El manual aborda también la metodología de la conciliación, de la revisión de los tratamientos farmacológicos y revisa las pautas para conseguir medir e incrementar la adherencia de la medicación.

En todos los temas tratados, el libro proporciona múltiples herramientas de trabajo tanto para medir la magnitud de cada aspecto, pautas de clasificación, cuestionarios de medida, y diversos elementos de trabajo para facilitar las actividades de mejora del uso de fármacos a emplear por los profesionales sanitarios. Así mismo, se ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica que avala las diferentes técnicas de información, conciliación, revisión y adherencia planteadas. Finalmente, se proporcionan las claves para optimizar las estrategias de implementación de todos estos programas de mejora, a la par de proporcionar indicadores para monitorizar los resultados obtenidos. ►



En definitiva y además de dar respuesta a una necesidad no cubierta, la voluntad de SEFAP ha sido recopilar herramientas de ayuda y sistematizar métodos de trabajo de aquellos procesos que resultan claves a la hora de mejorar los resultados clínicos de la terapéutica con medicamentos.

El libro *Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*, que ha sido escrito por farmacéuticos de atención primaria, permite visualizar el rol cada vez más clínico de estos profesionales miembros de los equipos multidisciplinares de salud implicados en la atención del paciente crónico.

A todos los profesionales asistenciales, médicos, enfermeros y farmacéuticos va dedicado este manual con vocación de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de todos y cada uno de los pacientes en situación de cronicidad.

El nuevo libro de SEFAP puede consultarse en www.sefap.org ■

Web



<http://www.kronikoensarea.net/>

Kronikoensarea es la red social vasca para personas con enfermedades crónicas y quienes les acompañan y cuidan. Su objetivo es la mejora de la calidad de vida de pacientes y familiares, creando un espacio que facilite el intercambio de conocimiento y experiencias.

Kronikoensarea pretende fortalecer las capacidades y confianza de las personas con enfermedades crónicas y su entorno más cercano para que mejoren el control y el autocuidado de sus enfermedades, promoviendo el apoyo a otras personas que se encuentran en una situación similar.

El proyecto surge en el marco de la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi" del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. **Kronikoensarea nace en un contexto en el que más del 30% de la población de Euskadi, 677.000 personas en 2012, tiene una o varias enfermedades crónicas.** La red pretende convertirse en un recurso que se suma a los esfuerzos de las asociaciones de pacientes y familiares, y al trabajo de los profesionales de la salud, potenciando el papel activo de los pacientes.

Esta red pretende fortalecer las capacidades y la confianza de las personas, empoderándolas en la medida de lo posible y para el manejo y control de su enfermedad, con el fin de vivirla desde la Salud. ■



Dr. Rafael Bengoa. Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco

“ Contamos con más de 155 experiencias de innovación, muchas de ellas de integración y relacionadas con la continuidad de cuidados.

RAFAEL BENGOA Doctor en Medicina de la Universidad del País Vasco, máster en Gestión de Sistemas de Salud y Master en Salud Comunitaria de la Universidad de Londres en Inglaterra, Senior Fellow de la Business School de la Universidad de Manchester en Inglaterra y Diploma Gestión Hospitalaria en Deusto.

En el ámbito nacional ha sido co-autor de documentos de política social y gestión sanitaria dirigidos al Parlamento Español. Co-autor del “Informe Abril”. Informe sobre el Análisis y Mejora de Gestión del Sistema de Salud (1991). Director del Informe “Sanidad: La Reforma Posible”. ESADE. 1997.

En el ámbito Autonómico trabajó como Director de Planificación y Ordenación en Salud en el País Vasco (1991-1995) en la Consejería de Sanidad liderada por Iñaki Azkuna. Responsable del diseño de la Reforma del Sector Sanitario: Osasuna Zainduz aprobada en el Parlamento Vasco en 1995. Actualmente es, desde 2009, Consejero de Sanidad y Consumo en la IX Legislatura del Gobierno Vasco.

En el Ámbito Internacional ha trabajado 14 años en la Organización Mundial de la Salud, donde ocupó hasta 2006 la dirección de Sistemas de Salud.

— **Después de estos 4 años al frente de la Consejería de Salud del Gobierno Vasco, ¿cuáles diría que han sido las claves del éxito en su mandato?**

La creación de un nuevo marco de trabajo, de crear un equipo que siempre ha trabajado bajo la perspectiva de la integración, a partir de la búsqueda de varias poleas de cambio, sin que unas hayan dominado a las otras; es decir, una gran polea de cambio ha sido la de las TICs, pero éstas no han dominado el cambio cultural.

— **¿Qué es lo que mejor ha funcionado en términos de gestión del cambio?**

Crear un relato. Y éste no ha sido sólo de contención del gasto; nuestro relato ha sido el de la Cronicidad, puesto que la mayoría de nuestros ciudadanos están padeciendo enfermedades crónicas. Lo que hemos hecho a sido coger el "Concepto" y subirlo a nivel político y a partir de ahí hemos construido una estrategia de transformación para el Sector Salud.

— **Por tanto, ¿el relato ha sido transformador?**

El relato ha proporcionado una visión y la hemos puesto sobre la mesa, eso le ha dado estructura y camino, es decir, un marco de trabajo estable y dirección, para realizar un auténtico cambio estructural.

— **¿Usted ha utilizado diversas experiencias piloto para el despliegue de su estrategia?**

No se trata de experiencias piloto, porque no queríamos repetir pruebas, ni reproducir

experiencias, sólo hemos intentado crear las condiciones para que surjan varias experiencias de abajo a arriba (*Bottom-up*) y promover cultura de innovación, en lo que hemos llamado: "microsistemas".

— **¿Los microsistemas han sido el elemento clave de Innovación y cambio cultural?**

Contamos con más de 155 experiencias de innovación, muchas de ellas de integración y relacionadas con la continuidad de cuidados. Hemos buscado el equilibrio entre arriba y las necesidades de abajo, permitiendo el error organizativo. Son los profesionales quienes han creado en su microsistema su modelo organizativo y lo han vivido como propio, nosotros sólo hemos proporcionado herramientas.

— **¿Con qué herramientas contaban los microsistemas creados?**

Desde arriba hemos proporcionado herramientas que integren: multicanal, de enlace, de estratificación, de tics; la idea es avanzar en un tipo de liderazgo distribuido, con 11 microsistemas que rompen con la homogeneidad y permiten que aflore la heterogeneidad, permitiendo que los profesionales se vean, trabajen juntos, compartan actividades divergentes.

— **¿Cree usted que ahora, con el nuevo Gobierno, en el país vasco se consolidarán las acciones realizadas?**

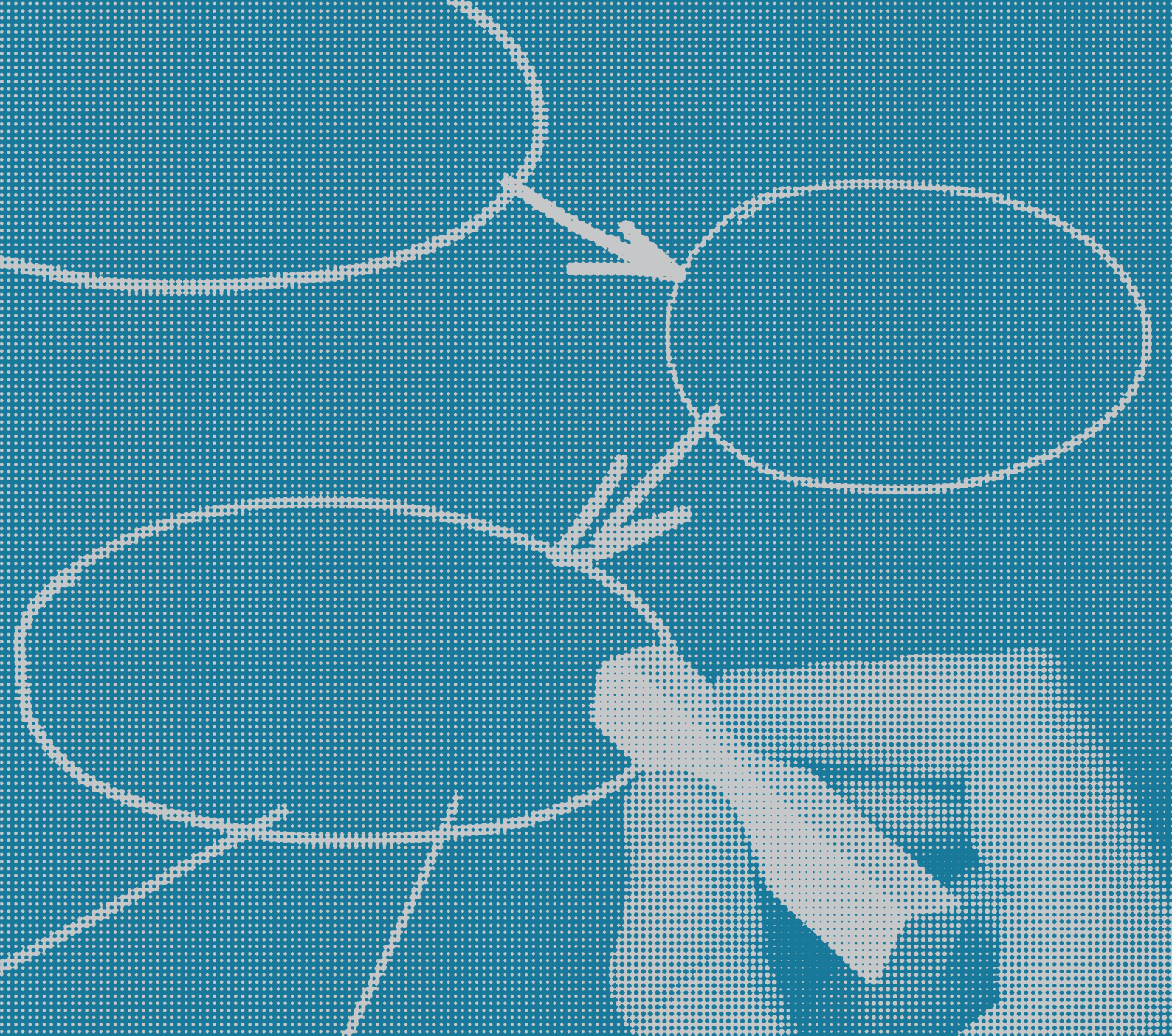
Sinceramente, creo que la estratificación poblacional, el centro multicanal, la historia

y receta electrónica, el nuevo modelo de financiación, junto con los más de 1.000 profesionales que están trabajando con planes conjuntos, etc., seguirán avanzando, ya que es imparable, además actualmente ya hay muchos directivos de la legislatura anterior, que yo no cambié.

— **Por último, ¿su Consejería ha tenido más dinero que otras comunidades autónomas para invertir en herramientas para el cambio?**

Hemos tenido que hacer contención del gasto y mi presupuesto del 2012, ha sido el mismo que el del 2008 hemos ahorrado y a su vez el ahorro en farmacia, etc., lo hemos invertido en avanzar en elementos como la carpeta de salud, donde los ciudadanos ya pueden entrar, con el objetivo de que los ayude a manejarse y ser más autónomos con su enfermedad. No siempre hace falta hacer recortes, en el sistema podemos ahorrar mucho si utilizamos bien herramientas como la de estratificación que permite intervenir proactivamente sobre el paciente, sin usar sólo medidas disuasorias. El sistema debe ver a los pacientes pero de otra manera, debemos transformar la manera de hacer. ■

E Glòria Jodar i Solà. Enfermera. Editor de RISAI.
Miembro de BSalut.



Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti

Edita: BSalut

Equipo editorial: Glòria Jodar, Jordi Martínez.

Colaboradores: Tino Martí, Ramón Morera, Irene Cubells.

Diseño y maquetación: Jordi Vilanova Comunicació Gràfica