

BIGS

BOLETÍN
INNOVACIÓN Y GESTIÓN
SANITARIA

Una publicación de BSalut | Núm. 07 | www.bigs.es

LA VIDA EN RED | REPENSAR EL MODELO PRIMARIA-HOSPITAL |
PROFESIONALIDAD Y SENSIBILIDAD POR EL COMPROMISO ÉTICO | *CROWDSOURCING*

UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD

La coordinación y la atención integrada focalizada en las necesidades de las personas se están vertebrando y a su vez está dando respuestas determinantes en todos los ámbitos de la salud, sin duda los modelos de atención a la cronicidad y las nuevas estrategias para ofrecer respuestas a la complejidad y a la pluripatología empiezan a dar sus frutos, aunque todos deseáramos cambios más rápidos y modelos aún más innovadores.

Debemos seguir avanzando y persistir en la construcción de un sistema más integrado y centrado en la comunidad y los pacientes, pero para ello no hay que olvidar la protección de la salud y llevar a cabo también una reforma que integre la prevención y la promoción de la salud que fomente la "Cultura de la salud" de manera transversal, con la implicación de las personas y con el objetivo de crear una sociedad más segura, más sana y más solidaria e implicada en la propia salud y en la de la comunidad.

Hacen falta aún muchas iniciativas para que todos utilicemos mejor el sistema salud, la cooperación y la colaboración serán elementos claves para mantener nuestro sistema de salud: moderno, solidario, equitativo y eficiente, capaz de dar respuesta a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

LA VIDA EN RED

LA SALUD COMUNITARIA Y LA WEB SOCIAL

“ En enero me caí bajando las escaleras del gimnasio. Mira que me tienen dicho que hay que mirar por donde uno pisa. A pesar de todas las advertencias, habían puesto incluso una de esas señales amarillas en las que dice "piso mojado", no pude evitar torcerme el tobillo y sufrir un esguince de grado 2 en el pie izquierdo...

Hay algo épico en las lesiones "deportivas". A falta de trofeos son generalmente lo que más enseñamos. "Mira mi escayola, ¿firmarás en ella?" "Paré el gol a costa de romperme el codo: soy un héroe." Es la manera de demostrar que en cierto modo, somos una versión reducida, modesta, de consolación, de un gladiador o gladiadora modernos.

La **web social** es la arena de estos gladiadores deseosos de contar sus hazañas. Ha servido para extender nuestras escayolas y vendajes más allá de los límites físicos. Además de otras muchas cosas, utilizamos las redes sociales para reclamar la atención de nuestro entorno cuando nos pasa algo que altera nuestro estado de salud.



Yo por mi parte no perdí el tiempo. En menos de doce horas, varias fotos de mi pierna con el vendaje adhesivo ya estaban colgadas en mi muro de Facebook. Por su parte, mis amigos comentaron largo y tendido sobre lo que lamentaban que me hubiera hecho daño, sobre lo que tenía que hacer para recuperarme pronto, sobre lo mucho que les había dolido a ellos cuando se lastimaron el pie, etc.

Las convalecencias dan mucho tiempo para investigar y en esta ocasión me di cuenta de que son muchos los usuarios de Facebook, Twitter o Youtube que hablan sobre su estado o situación de salud. Desde la dieta y la temida "operación bikini" al ejercicio físico. Muchos incluso, cuando tienen la gripe o sufren una indigestión, postean sobre los síntomas.

Esto hace que la web social se ofrezca como una herramienta muy poderosa para el estudio y el control epidemiológico. El hábito cada vez más común de compartir nuestras vivencias, sumado al enorme número de personas que se dan cita en las redes sociales convierten estos espacios en muestras estadísticas enormes, en bases de datos de usuarios segmentadas en gran detalle.

Se trata de un conjunto de información, al alcance tan sólo de unos pocos clics, hasta ahora nunca imaginado por los científicos. Comparada con las salas de urgencias o los mostradores de las farmacias, que hasta hace bien poco eran las principales fuentes de información sobre los usuarios, las nuevas tecnologías sociales ponen una mayor variedad de información al alcance de la mano.

INFODEMIOLOGÍA

De hecho la disciplina tiene ya nombre: infodemiología. Un derivado de la palabra epidemiología que incorpora el término información. Ello se debe a que la disciplina se basa en la relación existente entre la salud de la población y los patrones de comunicación e información en los medios electrónicos.

Existe desde que en 2006 **Gunter Eysenbach** del **Centre for Global eHealth Innovation de Toronto** mostrara la corre-

lación entre las búsquedas relacionadas con la gripe en el buscador Google y los casos de esta enfermedad aparecidos, al cabo de una semana, en Canadá.

Lo que el estudio de Eysenbach reveló es que Internet nos puede ayudar a hacer predicciones sobre las necesidades de salud de una comunidad en un plazo de tiempo muy corto, casi inmediato.

El número de usuarios de Facebook en nuestro país llegó este año a los 17 millones. Se hace evidente que las redes sociales ofrecen una visión del conjunto de la población suficientemente representativa como para hallar indicios, describir tendencias y hacer pronósticos bastante fiables sobre la salud comunitaria.

La web semántica nos permite encontrar información con un gran nivel de detalle y por su parte la web social pone a nuestro alcance una gran cantidad de información personal sobre los usuarios: los temas de sus búsquedas, sus intereses, sus relaciones personales, su ubicación geográfica y

hasta los pequeños síntomas o alteraciones en el ritmo de vida, que preceden a la manifestación de un problema de salud.

INFOVIGILANCIA

Analizando y procesando correctamente la información que aparece en los post de blogs de referencia, en los estatus de los usuarios de redes sociales y en las búsquedas en general, podemos saber si la comunidad va a necesitar atención y predecir el tipo de problemas que presentarán en la consulta. Podemos incluso trazar la evolución de una epidemia o hallar el origen de una intoxicación alimentaria.

Pero también nos permiten conocer con detalle y veracidad los hábitos de salud de la población. Así pues, podemos predecir a medio plazo sus necesidades para adecuar las estrategias de promoción y educación para la salud. La web semántica y las redes sociales nos permiten variar o afinar el contenido de una determinada campaña si ésta no obtiene los resultados esperados. Ello equivale a hacer más baratas y efectivas este tipo de acciones. ►



“ Esto hace que la web social se ofrezca como una herramienta muy poderosa para el estudio y el control epidemiológico.

Aún más, podemos monitorear la calidad de la información sobre salud consultada por los usuarios para saber que informaciones y a través de qué medios podemos contrarrestar la desinformación o infoxicación en materia de salud. Un ejemplo claro y de actualidad sería la controversia sobre el uso de vacunas entre la población infantil.

La infovigilancia es el seguimiento y análisis de la información sobre salud que una comunidad publica y consume en la red. Puede ayudar a conocer el estado de salud de una comunidad, qué hábitos deben trabajarse más en ella para mejorar su salud comunitaria, qué información es sensible y debe ser espacialmente comunicada, pero sobre todo puede servir para implementar y evaluar políticas de salud, orientándolas a la consecución de objetivos, que gracias a las redes sociales son más fáciles de seguir.

CROWDSOURCING

Una de las principales fuerzas de la web social es la posibilidad de la interacción. En el ámbito de la salud, esa interacción gana importancia en el intercambio de conocimiento. La última gran potencialidad a explotar es el carácter bidireccional de la web 2.0.

No sólo se puede observar a la comunidad a través de su huella digital, sino que se puede interactuar con ella: preguntarle sobre sus salud y atenderle desde la red. Y ello puede hacerse proponiendo una encuesta a través de Facebook, o vinculando cuestionarios sobre temas de interés para la salud pública en anuncios que aparezcan en las búsquedas de Google relacionadas con esos temas.

Las iniciativas participativas en salud se están convirtiendo en algo habitual. Internet, las redes sociales y el uso masivo de dispositivos móviles permiten recoger datos a cohortes potencialmente enormes y fáciles de contactar.

Es lo que se llama *crowdsourcing*: la obtención colectiva de datos. Un fenómeno que plantea grandes potencialidades para la investigación en salud y para la aplicación y testeo de hallazgos científicos. Su inmediatez lo convierte en una herramienta de investigación sin precedentes.

Además, el mismo carácter bidireccional de la red permite que los resultados obtenidos se puedan poner en común y ser analizados por un gran número de expertos mejorando no sólo la recolección de datos sino su interpretación.

Una descodificación en la que cada vez interviene más el usuario. En iniciativas como **Tudiabetes.org** encontramos comunidades implicadas en la toma de datos, que se destinan a hallar mejoras para la calidad de vida de las personas con diabetes.

Pero su implicación no acaba ahí. Los participantes usan estas plataformas para intercambiar experiencias con

otras personas en su misma situación, para aprender sobre los síntomas, para entender los tratamientos y para tomar decisiones informadas sobre su salud y su vida.

Las herramientas 2.0 han abierto la puerta a que estos usuarios empoderados puedan llegar a proponer y organizar estudios sobre un aspecto concreto de su condición. Algo para lo cual sólo ellos, en calidad de afectados, pueden saber sobre qué les sería útil hallar respuestas. Unas respuestas que los profesionales sanitarios y los investigadores les pueden ayudar resolver gracias a la salud 2.0. ■

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

Referencias

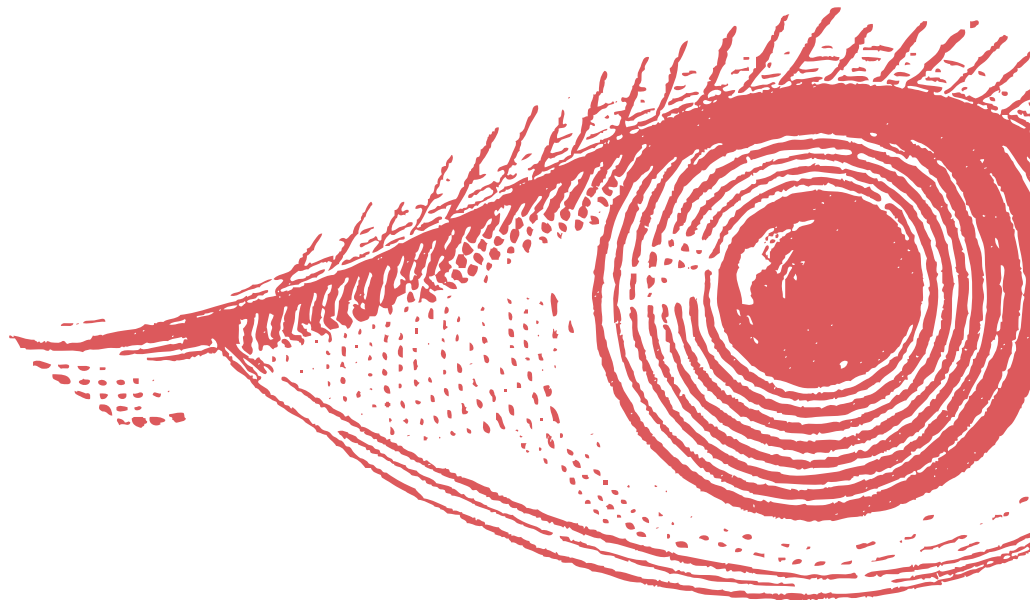
Gunther Eysenbach. "Infodemiology and Information: Framework for an emerging Set of Public Health informatics Methods to Analyze Search, Communication and Publication Behavior on the Internet". *Journal of Medical Internet Research*. Centre for Global eHealth Innovation. University Health Network, 2009.

Melanie Swan. "Crowdsourced Health Research Studies: An Important Emerging Complement to Clinical Trials in the Public Health Research Ecosystem". *Journal of Medical Internet Research*. MS Futures Group, 2012.

REPENSAR EL MODELO PRIMARIA-HOSPITAL VISIÓN Y ESTRATEGIAS

El modelo organizativo de prestación de servicios sanitarios tiene una estructura de niveles encorsetada, que ha basado su prestigio en la función de *gatekeeper* del médico de familia y en la solidez de los niveles asistenciales.

Este modelo, que se desarrolló a finales del siglo pasado, ha conseguido mejorar la accesibilidad y ha ofrecido unos excelentes resultados, propios de un sistema sanitario moderno y relativamente poco costoso. Hasta ahí una historia de éxito, y quizás sea por este motivo que ahora al modelo le está costando tanto reformarse para adaptarse mejor a las nuevas exigencias que le impone la actual epidemia de cronicidad y de fragilidad geriátrica, epidemia que en buena parte es debida al impacto poblacional de los éxitos clínicos del propio sistema sanitario, con el debido permiso de las mejoras socioeconómicas (anteriores a 2008) las cuales no han sido nada ajenas a los incrementos de la esperanza de vida.



VISIÓN DE UN NUEVO MODELO QUE PIVOTE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL

Es hora de repensar el modelo y, según mi opinión, ello debería hacerse de acuerdo con una visión sustentada por los tres pilares que nos propone Michael Porter:^{1, 2, 3}

1. El nuevo modelo debería fomentar el valor salud de las prácticas clínicas.
2. Se debería repensar la organización (primaria-hospital) en función de las necesidades de los pacientes y de los ciclos de sus enfermedades.
3. Los servicios sanitarios deberían ser capaces de mostrar, medir y comparar sus resultados clínicos.

ESTRATEGIAS QUE DEBERÍAN PERMITIR ALCANZAR LA VISIÓN

1. **Mantener a los pacientes crónicos alejados de los hospitales.** Ésta es una estrategia de difícil implementación, que está mostrando resultados contradictorios. Sabemos que para conseguir avances en esta línea se debería invertir en servicios en la comunidad y en estructuras asistenciales intermedias y se deberían cerrar las camas hospitalarias que hoy están ocupadas por estos pacientes.

Los expertos nos advierten que la clave del éxito nace de la alineación de objetivos entre primaria y hospital, sin la cual estas inversiones pueden ser infructuosas.⁴

2. **Evitar actuaciones clínicas desproporcionadas de final de vida.** Tendríamos que aprender del éxito de los programas de atención paliativa en el campo oncológico, para trasladarlo a la atención de la cronicidad y de la fragilidad geriátrica. Alinear objetivos e invertir en servicios intermedios y en la comunidad, como en el punto anterior, son las claves de la estrategia.^{5, 6, 7}
3. **Combatir prácticas clínicas de poco valor.** Sabemos que las actuaciones médicas innecesarias pueden consumir hasta el 25% del presupuesto sanitario. Recientemente estamos viendo listas de recomendaciones sobre prácticas que se deberían evitar^{8, 9, 10}, pero ►

la estrategia debería pasar, ahora, por ajustar mejor (instrumentalmente hablando) las peticiones de pruebas diagnósticas y por fomentar la evaluación de las prácticas clínicas, para determinar desviaciones específicas y promover ajustes más refinados.

4. Reducir al máximo las estancias hospitalarias en exceso.

Si comparamos los hospitales que ofrecen estancias medias más alargadas con los mejores (análisis de *benchmarking* debidamente estandarizado) concluimos que un 9% de las estancias hospitalarias se pueden evitar sin ningún menoscabo de la calidad asistencial; para ello hay que intensificar la gestión interna de los hospitales, fomentar aún más la cirugía ambulatoria, el hospital de día y la hospitalización a domicilio, y finalmente deberíamos ser capaces de cerrar este 9% de camas.

5. Reducir el sobret ratamiento quirúrgico.

Se debería poder calcular la "marca quirúrgica" de cada territorio ("*surgical signature*" de John Wennberg, ver cita número 4), con un indicador de incidencia quirúrgica específica en base poblacional para detectar desviaciones y corregirlas. Se debería cambiar el concepto de listas de espera quirúrgicas por el de ajuste de las indicaciones y potenciación del consentimiento "mejor" informado por parte del paciente, especialmente en intervenciones controvertidas como amigdalectomías, histerectomías o tumores prostáticos.

6. Desmedicalizar la prevención exagerada y los controles especializados.

En el caso de la prevención, hay que ceñir la práctica preventiva a la evidencia conocida, y para ello, si conviene, hay que persuadir a los ciudadanos afectados por las medidas (ventajas y riesgos sobre inmunizaciones, determinaciones de PSA o prevención del cáncer de cuello de útero o de mama)¹¹. Por lo que respecta a los controles especializados innecesarios se deberían pautar mejor los seguimientos y los criterios de alta de proceso.

7. Fomentar la implicación de los profesionales en las mejoras.

Existen numerosos ejemplos de proyectos *bottom-up* que han conseguido mejorar eficiencias e incluso efectividades clínicas a partir de propuestas de los propios profesionales, como el "fast-track" quirúrgico¹², la pauta de reducción de infecciones de catéter, la reducción de la mortalidad por sepsis o la disminución del uso inapropiado de antibióticos¹³. Quiero destacar estos dos últimos proyectos porque están fundamentados en programas específicos de formación.

8. Medir resultados clínicos a corto, medio y largo plazo.

Las unidades clínicas deberían ser capaces de mostrar sus logros y no sólo sus memorias de actividades. Por ejemplo, si hablamos de fracturas de fémur¹⁴ deberíamos conocer las tasas de mortalidad inmediata (en el episodio quirúrgico), pero también a los 6 meses (mucho más relevante), o los porcentajes conseguidos de recuperación funcional. Quizás, en esta nueva visión primaria-hospital, nos interesaría también poder determinar la tasa poblacional de incidencia de fractura de fémur, para poder analizar el impacto de la política de prevención de la osteoporosis o de prevención de caídas en la comunidad.

CONCLUSIONES

En modelos organizativos ordenados, como el nuestro, resulta más difícil introducir reformas que en los más desordenados, como el de Estados Unidos. El problema que debemos afrontar es que el orden de nuestro sistema se trabó sin pensar en la epidemia de cronicidad y fragilidad, y además se hizo antes de 2008. Ahora tenemos la obligación de introducir reformas acordes con esta nueva visión, debemos aplicar las estrategias anunciadas, sin desbaratar demasiado el orden existente (*gatekeeper*+ niveles), y todo ello conseguirlo en un marco de reducción presupuestaria. Que tengamos atino y suerte. ■

T Jordi Varela Consultor especializado en gestión clínica. Médico de familia y ex Gerente de varios hospitales del sistema público. Colaborador docente de ESADE.

Referencias

¹ Porter, M.E; Teisberg, E. O. *Redefining Health Care. Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School, 2006.

² Porter, M. E; Teisberg, E. O. "How physicians can change the future of health care". *JAMA*, 2007, 297(10), p. 1103-11.

³ Porter, M. E. "What is value in health care?" *NEJM*, 2010, Dec 8, p. 1-5.

⁴ Wennberg, J. E. *Tracking Medicine: A researcher's quest to understand health care*. Oxford University Press, 2010.

⁵ Seshamani, M; Gray, A.M. "A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs". *J Health Econ*, 2004, 23(2), p. 217-35.

⁶ Polder, J. J; Barendregt, J. J; Van Oers, H. "Health care costs in the last year of life: The Dutch experience". *Soc Sci Med*, 2006, 63(7), p. 1720-31.

⁷ Kardamanidis, K; Lim, K; Da Cunha et al. "Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life". *Med J Aust*, 2007, 187(7), p. 383-6.

⁸ <http://www.nice.org.uk/usingguidance/dotdorecommendations/index.jsp>

⁹ <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>

¹⁰ Página web del proyecto "Essencial" de la "Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya": <http://goo.gl/Y7ZUj>

¹¹ Shaw, D; Elger, B. "Evidence-Based Persuasion. An ethical imperative". *JAMA*, April 2013, 309,16, p. 1689-90.

¹² <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/01/fast-track-surgery-una-nueva-revolucion.html>

¹³ <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/05/conjura-profesional-para-la-mejora-de.html>

¹⁴ <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2012/09/las-fracturas-de-femur-se-podria.html>

PROFESIONALIDAD Y SENSIBILIDAD POR EL COMPROMISO ÉTICO

“ De la misma manera que lo hace Marius Serra en sus interesantes “Enigmàrius”, -una propuesta de acertijos sobre enigmas verbales que se puede jugar a resolver en Catalunya Radio cada mañana- podemos decir que éste que les propongo no es una ley de esas que aprueban los legisladores. Lo elaboran y lo aprueban, directamente, las personas que llevan a cabo una práctica profesional. Pone de manifiesto un gran acuerdo difícil de conseguir. Es por ello que su cumplimiento muestra y es un magnífico ejemplo de la “salud” de un colectivo profesional y un componente imprescindible si se pretende generar confianza social y personal.

Como ser vivo que es este enigma, nace como guía de referencia y supone un ejercicio de transparencia que nos da a conocer, nos caracteriza, explica para qué queremos ser conocidas y reconocidas, qué hacemos, cómo lo hacemos y cómo podemos mejorar lo que hacemos. Nos hace crecer a través de su valor orientador y porque estimula buenas prácticas que fortalecen y prestigian el compromiso y la vocación de servicio de un colectivo. Muere si no es utilizado cuando buscamos argumentos para todo aquello que contradice los fundamentos esenciales sustentados en la dignidad humana que dan sentido a una profesión o cuando, en el caso de las profesiones dedicadas a la atención para la salud y especialmente en la profesión enfermera, se nos propone contradecir preceptos deontológicos relacionados con promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el respeto a todos los derechos humanos y sociales de la ►



persona, la familia y la comunidad. Muere también si de entiende como un conjunto de normas a cumplir sin más, ausente de toda sensibilidad y de voluntad para compartirlo. O si se entiende como algo ajeno a uno mismo porque es de muchos.

Efectivamente, la respuesta a esta “especie de Enigmàrius” es un gran acuerdo que llamamos **Código de ética** o **Código Ético** o **Código Deontológico** de una profesión.

Un Código de ética profesional es un acuerdo que describe lo que es exigible de una profesión. Exigible, entre otros motivos, porque así lo han acordado sus miembros- las enfermeras y los enfermeros de Catalunya lo hemos hecho recientemente- en forma de horizonte de compromiso social.

Un acuerdo sobre el conjunto de principios que han de regular la actividad profesional y sobre aquellos valores que, más allá de opciones ideológicas, unen a un grupo profesional, dando como resultado final un plus de garantía de buen servicio a ciudadanas y ciudadanos. Un acuerdo que habla a la sociedad sobre nuestros compromisos profesionales y lo que se puede esperar de nosotras. Que explica el compromiso único y diferenciado de las enfermeras y enfermeros en el marco de la atención para la salud. Un acuerdo que, en definitiva, propone la reflexión ética sobre la conducta profesional y da argumentos muy valiosos para defender el buen hacer profesional.

La reciente publicación del último borrador del Código de ética de las Enfermeras y Enfermeros de Catalunya, es un ejemplo. Como es ejemplo de uno de esos inolvidables logros personales de cada una de las más de 3.000 enfermeras y enfermeros de Catalunya que, de uno u otro modo, hemos participado en su renovación. Pero es mejor ejemplo de aquellos logros colectivos que, como profesión enfermera, deberíamos estar comprometidas en términos de actualización permanente.

Bueno es, pues, que elaboremos códigos éticos o revisemos los que tenemos

vigentes. Especialmente en tiempos en los que no son extrañas propuestas sobre modos de trabajar que entran en clara contradicción con principios fundamentales sobre los que se sustenta la atención para la salud. Más especialmente cuando se corre el riesgo de vulnerar gravemente los derechos humanos que constituyen el fundamento de la conciencia y la actitud profesional, porque pudiendo garantizar la atención para la salud a todo el mundo, se restringe y se discrimina. No se puede pedir a un colectivo profesional que actúe en contra sí mismo y, mucho menos, si quién lo pide es el mismo Estado que lo tiene que garantizar.

Por ello, es tan imprescindible la reflexión como necesaria la acción. Ya no es suficiente con explicar nuestras buenas intenciones si no que hay que dar razones, rendir cuentas a la sociedad en coherencia al compromiso profesional y a la responsabilidad social que hemos adoptado. Es, pues, hora de pasar a la acción intentando no olvidar que ejercer la autoridad supone asumir la responsabilidad por el poder que se tiene.

Los códigos de ética precisan el respeto de las instituciones para su aplicabilidad porque sustentan la buena práctica profesional cotidiana fundamentando éticamente decisiones y acciones. El código clarifica la responsabilidad ética de las/ los profesionales derivada de su compromiso con el buen quehacer profesional. Ayuda en situaciones complejas donde derechos y obligaciones pueden entrar en conflicto. Qué bueno sería pues, que grupos profesionales y entidades proveedoras de servicios de salud acordaran matrices de indicadores para autoevaluar el grado de cumplimiento de los distintos códigos de ética profesionales.

Este gran acuerdo auto-impuesto y auto-exigido que es un Código Ético, de Ética o Deontológico es, para finalizar, la pieza fundamental del sistema regulador de las profesiones donde fundamentan su ejercicio tanto como en los preceptos científico técnicos hasta tal punto que no sólo es imposible separar requerimiento científico y requerimiento ético sino, en

“ Un Código de ética profesional es un acuerdo que describe lo que es exigible de una profesión.

ocasiones, imposible de distinguirlos. Es la consecuencia de un camino recorrido hacia lo que llamamos “profesionalismo” donde ya no se entiende el ejercicio profesional más que como el resultado de la sinergia y la complementariedad entre la competencia técnica y la competencia ética.

Un acuerdo que hay que entenderlo como un “plus” para las personas que utilizan nuestros servicios pero también para la/ el profesional. El contenido de valor en los comportamientos contemplados en las normas éticas o deontológicas, es exactamente lo que constituye el mejor sustento al buen hacer profesional, así como también en ocasiones, afortunadamente pocas, un “más allá de la ley”, como contribución ética personal y colegiada a favor de los usuarios de los servicios de salud. ■

T Núria Cuxart Ainaud Directora de Programes. Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona

CROWDSOURCING

APLICACIONES Y POSIBILIDADES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Crowdsourcing es una palabra de reciente factura que debemos a Jeff Howe y su rupturista visión expresada en el artículo "The rise of crowdsourcing" publicado en el número de junio de 2006 de la ecléctica revista Wired.

El neologismo compuesto por la unión de dos términos, *crowd* (multitud en el sentido de grupo de individuos) y *source* (acción de proveer o establecer como fuente) viene a significar la provisión externa y colectiva, como oposición a la interna o individual, mediante mecanismos de agregación de contenido en internet. En palabras del propio Howe, un nuevo modelo de negocio basado en la web mediante el cual se puede aglutinar soluciones creativas de una red distribuida de individuos mediante una convocatoria abierta de propuestas¹. En términos industriales vendría a representar la externalización de la producción, habitualmente realizada dentro de la organización por sus trabajadores, a un grupo grande e indefinido de proveedores organizados mediante internet².

Pese a la novedad del término, el *crowdsourcing* tiene sus antecedentes más cercanos en el concepto de inteligencia colectiva practicado por el filósofo Pierre Lévy como representación de una forma de inteligencia universalmente distribuida, constantemente mejorada, coordinada en tiempo real y cuyo resultado es la movilización efectiva de habilidades³. Aún más cercano es el concepto antecedente de la sabiduría de las multitudes (*wisdom of crowds*) que da nombre al magnífico libro

del periodista James Surowiecki⁴. En defensa de la inteligencia de las multitudes, Surowiecki afirma que bajo las circunstancias adecuadas, los grupos son notablemente inteligentes, incluso más que sus miembros más dotados, a la hora de tomar decisiones, como si hubiésemos sido programados para ser colectivamente sabios.

Un ejemplo popular e ilustrativo del poder de la agregación del conocimiento distribuido es **Wikipedia**, cuyo contenido está

generado enteramente por parte de los usuarios y ha superado en uso e igualado en calidad a las enciclopedias de mayor tradición.

El *crowdsourcing* puede tener diversas variantes en función de la forma que adopte la fuente (*source*) y el papel que tenga la multitud (*crowd*). Así, distinguiríamos entre fuentes de conocimiento (ideas) o fuentes económicas (dinero) y comportamiento activo o pasivo del colectivo. ►

APLICACIONES DE CROWDSOURCING

SIGUIENDO LA CLASIFICACIÓN PREVIA, CITEMOS TRES EJEMPLOS ILUSTRATIVOS

1

Innocentive⁵ es una iniciativa de innovación abierta mediante la cual las empresas someten retos de I+D a la comunidad a cambio de una compensación económica a la solución ganadora. Este sistema es utilizado por compañías del sector sanitario como **Cleveland Clinic** o **UnitedHealth Group** en busca de ideas en el ámbito de la investigación clínica o por iniciativas públicas en busca de soluciones para mejorar la salud pública en países en desarrollo. Aquí la fuente son ideas y el colectivo activo en la resolución de los retos.

2

Kickstarter⁶ es la más popular de las diversas empresas dedicadas al *crowdfunding* o micromecenazgo. Su objetivo es ayudar a financiar proyectos creativos mediante pequeñas aportaciones de muchos pequeños mecenas. El éxito del modelo ha hecho que se vaya extendiendo a otros dominios como puede ser el apoyo a la investigación, a la emprendeduría o acciones comunitarias. Su homólogo español es **Verkami**⁷ quien tiene muy desarrollado el ámbito comunitario. En ambos casos, la fuente es económica y el colectivo activo en las micro-aportaciones.

3

El tercer y último ejemplo es una categoría en sí misma e ilustra aquellos casos donde la fuente es conocimiento pero en cambio el comportamiento del colectivo es pasivo. Se le conoce como **Big Data** y trata del aprovechamiento de la ingente cantidad de información que registran los sistemas transaccionales y que puede ser utilizada para el bien de la comunidad mediante su explotación, análisis y representación. El buscador de Google, el sistema de sugerencias de Amazon o los *trending topics* de Twitter serían ejemplos genéricos de Big Data.

CASUÍSTICA SANITARIA Y POTENCIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

El sector sanitario también cuenta con diferentes experiencias y aplicaciones de la lógica *crowd*. Vemos a continuación ejemplos que ilustran las tres configuraciones descritas anteriormente.

1. **CrowdMed**⁸ es una iniciativa muy joven (se estrenó en Abril de 2013) cuya misión es resolver difíciles diagnósticos mediante la colaboración de muchos expertos clínicos. A su vez, es una herramienta para pacientes que buscan una segunda opinión y por la cual deben pagar unos 150 euros. No es difícil verle su trascendencia formativa. Si CrowdMed puede resultar un enfoque muy disruptivo, un ejemplo construido con la misma lógica pero con una puesta en escena bien distinta es **Grand Round Table**⁹. Aquí son los profesionales que someten los casos a otros profesionales bajo un círculo de confianza. En ambos casos, la fuente es el conocimiento y el colectivo clínico activo.

2. **Medstartr**¹⁰, al igual que hemos visto con Kickstarter, se centra en el micromecenazgo de proyectos de emprendeduría médica, principalmente basada en el desarrollo de soluciones de base tecnológica. Una interesante opción en momentos de difícil acceso a fuentes de financiación. Como contraejemplo, Gofundme¹¹ tiene en su sección "Medical, Illness and Healing" la aplicación dirigida a pacientes. Es decir, ayudar a financiar los costes sanitarios de un paciente mediante la caridad de muchos. En sendas iniciativas, la fuente es económica y el colectivo activo.

3. **Google Flu Trends**¹² ilustra a la perfección la tercera situación. Aquella donde la fuente es conocimiento y el colectivo juega un papel pasivo. Google Flu Trends es la explotación de las búsquedas que los usuarios de todo el mundo realizan sobre la gripe (*flu* en inglés) y cuya explotación sirve a Google para ofrecer, de forma gratuita, información de la incidencia de la gripe por áreas geográficas. Se trata de una forma moderna de epidemiología que

ha venido a llamarse infodemiología. Google Flu Trends se anticipa a los servicios de vigilancia y su efectividad ha sido analizada y publicada¹³.

El sector sanitario suele ir por detrás en la incorporación de innovaciones de este tipo debido a la complejidad de los problemas a los que se enfrenta y la diversidad de actores que operan en él. Pese a ello, el fenómeno *crowd* ofrece diversas oportunidades que están siendo exploradas, como hemos visto, por diferentes organizaciones sanitarias.

Desde la perspectiva de Atención Primaria, el *crowdsourcing* puede ser de utilidad en diversos ámbitos. La idea de colectivo puede entenderse de diversas maneras. En primer lugar, como la comunidad a la que se atiende que puede actuar como fuente de conocimiento o económica. También puede entenderse el colectivo desde la perspectiva profesional, ya sean los miembros del equipo o colectivos más amplios vinculados por razones científicas, académicas o profesionales.

Así, la activación de la comunidad podría ser de utilidad para resolver problemas de salud comunitaria a nivel local a la vez que una manera de incrementar su implicación y conocimiento en temas de salud. Por otro lado, el conocimiento del colectivo profesional puede ser abordado mediante estas metodologías para mejorar tanto aspectos organizativos como resolver problemas clínicos.

Finalmente, la información recopilada en la historia clínica es de gran utilidad no sólo para la trazabilidad de la actividad individual sino también para la comprensión de fenómenos colectivos como los patrones de comportamiento de la comunidad.

No cabe duda que una de las ventajas que las nuevas tecnologías han traído es la capacidad de superar los tradicionales enfoques individuales para alcanzar niveles superiores de inteligencia de la comunidad.

T Tino Martí Economista de la salud. Editor de RISAI. Miembro de BSalut.



Referencias

¹ Howe, Jeff. "The rise of crowdsourcing." *Wired magazine*, 14.6, 2006, p. 1-4.

² Howe, Jeff. *Crowdsourcing: How the power of the crowd is driving the future of business*. Random House, 2008.

³ Lévy, P. *Collective Intelligence: Mankind's Emerging World in Cyberspace*. New York: Plenum, 1997.

⁴ Surowiecki, James. "The Wisdom of Crowds: Why the Many Are Smarter Than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business." *Economies, Societies and Nations*, 2004.

⁵ *InnoCentive*. 2002. [5 Aug. 2013] <http://www.innocentive.com>

⁶ *Kickstarter*. 2004. [5 Aug. 2013] <http://www.kickstarter.com>

⁷ *Verkami: Crowdfunding para amantes de la creación*. 2010. <http://www.verkami.com>

⁸ *CrowdMed*. 2013. <https://www.crowdmed.com>

⁹ *Grand Round Table*. 2010. <http://www.grandroundtable.com>

¹⁰ *Medstartr*. 2012. <http://www.medstartr.com>

¹¹ *GoFundMe*. 2010. <http://www.gofundme.com>

¹² *Google Flu Trends - Google.org*. 2008. <http://www.google.org/flu-trends>

¹³ Ginsberg, Jeremy; et al. "Detecting influenza epidemics using search engine query data." *Nature*, 457, 7232, 2008, p. 1012-1014.

Web

red.big.s.es



“ El equipo que formamos BIGS os animamos a participar activamente.

BIGS nació con la idea de ser algo más que un boletín sobre innovación y gestión sanitaria. BIGS pretende ser un marco de referencia para los micro gestores sanitarios y profesionales de salud en general. En esa línea se están desplegando diferentes iniciativas, el boletín en soporte papel, los contenidos se publican también de forma digital (www.big.s.es) y se están realizando diferentes ediciones de Jornadas Directivas BIGS. Nuestro reto es conseguir un ecosistema donde poder crecer compartiendo conocimientos y experiencias. Queremos generar una red que sirva de catalizador de los procesos de implantación de experiencias innovadoras en el ámbito de la gestión sanitaria.

Con esos objetivos se ha creado la **RedBIGS** (<http://red.big.s.es>). Una red pensada para generar entornos colaborativos que permitan aunar esfuerzos en la mejora de nuestro día a día.

La Red BIGS es el entorno para conectar, compartir y aprender del proyecto BIGS, cuya misión es la mejora de la Atención Primaria mediante la mejora en la gestión de los centros de salud. Para cada temática tenemos un *coach* invitaremos a expertos que nos aportarán su conocimiento.

A la red se accede por invitación o solicitud validada por el gestor de la red. La idea es gestionar una primera fase en la que básicamente se disponga de micro gestores pero no de manera exclusiva. Entendemos que la riqueza de la red también vendrá dada por la pluralidad de los miembros. Cómo continuará la red dependerá de los miembros y de las solicitudes de serlo.

¿QUÉ PODREMOS ENCONTRAR EN LA REDBIGS?

Se ha estructurado la red, de inicio, en cuatro temáticas que coinciden con las líneas que se están abordando en el boletín (www.big.s.es). Estas cuatro líneas son sólo un inicio y su evolución dependerá de la interacción y las inquietudes de los miembros de la red.

Las cuatro temáticas son:

- **Atención integrada.**
- **Gestión del talento.**
- **Liderazgo, valores y ética.**
- **Tecnologías de la información.**

Sobre cada temática se generaran debates en los foros a partir de las propuestas que aparezcan y que impliquen discusiones sobre elementos de innovación. Se pretende generar una red que permita mantener la inquietud de los micro gestores para producir cambios en su entorno.

Para cada área se convocará de manera periódica a expertos que con sus aportaciones generarán inicio de debates de interés. La red se complementa con diferentes *coach* para cada una de las temáticas en las que se ha estructurado. Estos *coach* son personas con experiencia en el sector y temática que darán soporte de manera virtual a los gestores que planteen preguntas, inquietudes, retos, etc.

Los diferentes *coach* básicamente trabajarán en dar soporte a la implantación de procesos innovadores. El acompañamiento puede ser tanto público para la red como individualizado.

En resumen la RedBIGS pretende ser un espacio de intercambio, de compartir conocimiento, experiencias y en definitiva de colaboración. Lo que acabe siendo dependerá de todos nosotros. ■



Marta Prats Molner. Directora de Nútrim

“Emprender es un proceso muy enriquecedor.

MARTA PRATS es Diplomada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Barcelona y es Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por IL3 Instituto de Formación Continua de la Universidad de Barcelona. Desde 1993 hasta 2011 ha trabajado en 4 grandes Hospitales de Barcelona, así como otros centros privados, especializándose en Medicina Nuclear y puesta en marcha de servicios de Imagen Médica de nueva creación.

Su labor asistencial le ha permitido dar formación a estudiantes de escuelas de la rama salud y fue coautora de los contenidos del Máster en Enfermería Radiológica impartido por IL3-Universitat de Barcelona.

Durante su carrera como Enfermera ha colaborado en proyectos humanitarios y de proyección social en Cataluña y en Guatemala. Su clara vocación orientada a las personas ya su bienestar, la llevan, en el año 2011 a fundar su propia empresa con el objetivo de acercar el conocimiento y los profesionales de la salud a la población para fomentar estilos de vida saludables encaminados a proteger la salud tanto individual como colectiva.

— **¿Cómo surgió la idea de crear Nútrim?**

Durante los casi 20 años que hemos trabajado en diferentes Hospitales de Barcelona, he tenido la oportunidad de poder tratar con todo tipo de personas y con diferentes enfermedades. En el último hospital donde trabajé, iniciamos un proyecto de mejora de la calidad asistencial con pacientes oncológicos.

Me di cuenta de que la mayor parte de los pacientes que atendíamos tenían muchas dudas sobre cómo gestionar su día a día con la enfermedad, sobre aspectos emocionales, de alimentación o estilo de vida.

Detecté una necesidad no cubierta y que difícilmente podía cubrir desde el hospital. Fue entonces cuando surgió la idea de crear un espacio de salud con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas, para acercar el conocimiento y acompañar a las personas en las diferentes etapas vitales entrenando habilidades de autocuidado de la salud. Y tenía sentido que se hiciera desde fuera de los hospitales y centros asistenciales, desde la proximidad, porque la vida de las personas se desarrolla fuera de estos entornos.

Plasmé la idea sobre el papel realizando tres planes de empresa con diferentes escenarios, y la idea fue cogiendo fuerza. Cuando encontré el espacio que buscaba, dejé el hospital para dedicarme plenamente a mi idea de negocio. El 1 de diciembre de 2011 Nútrim abrió sus puertas.

— ¿Qué servicios ofrecéis?

Como he comentado, Nútrim acompaña a las personas en las diferentes etapas vitales. Por eso tenemos un programa de educación para la salud en la escuela para transmitir hábitos saludables y atender las necesidades de niños y jóvenes así como las de las familias y responsables de la educación.

También trabajamos para las personas en su etapa laboral, ofreciendo servicios de formación sobre salud y bienestar dentro de las empresas. Y también trabajamos por el sector de la salud, tanto por los profesionales como por hospitales, mutuas de salud y de prevención y para las personas mayores o que tienen alguna enfermedad, acompañando, educando y entrenando habilidades para la vida diaria que promuevan la salud y el bienestar.

Nuestra metodología se basa en la formación activa y experiencial, y es por eso que en nuestro centro de Barcelona tenemos un aula de

formación polivalente y un aula de cocina que es el laboratorio ideal para trabajar contenidos sobre alimentación y nutrición. También tenemos consulta de nuestros profesionales, para que quien necesite una atención individualizada, encuentre también su espacio.

Actualmente estamos conceptualizando contenidos en formato e-learning que nos permitirá la escalabilidad de la empresa y el proceso de internacionalización. Aunque Nútrim apuesta por el formato blended porque creemos que la salud requiere una personalización y tutorización que en formato exclusivo online no se puede ofrecer con la misma calidad de servicio.

— Después de este año y medio de vida de tu proyecto, ¿qué balance haces?

Muy positivo. Nútrim no sólo ha sido un crecimiento personal, sino un salto profesional importante.

Evidentemente, está siendo difícil, porque el momento de crisis económica que estamos viviendo no tiene precedentes. El consumo está parado, y aunque abrimos procesos, cuesta mucho cerrar una venta. Los primeros meses fueron los más duros pues habíamos confiado en el consumo del público "de la calle". Tuvimos que reaccionar y acelerar los contenidos dirigidos al mercado empresarial. Costó, pues vender un servicio que no es habitual encontrar en el mercado, requiere mucho más esfuerzo. Pero el producto que ofrecemos es muy bueno, está probado y nos lo compran. Después de unos meses de mucho trabajo y mínima facturación, poco a poco fuimos consiguiendo clientes de medianas y grandes empresas.

Soy consciente de que puede no ir como esperaba, pero en cualquier caso, nunca será un fracaso. Empezar me ha supuesto conocer

personas muy interesantes, con grandes ideas y gran conocimiento. Es un proceso muy enriquecedor, y que sólo por la experiencia vital que supone, ya vale la pena.

— ¿El emprendimiento en el ámbito de la enfermería tiene futuro?

Totalmente. Diría que la enfermería que concibe la profesión sólo en su vertiente asistencial, no tiene futuro. Y lo digo por dos razones: por una parte porque el sistema sanitario está sufriendo, y creo que avanza hacia un cambio de modelo inevitable y necesario que hará que se produzcan cambios importantes en la forma de trabajar en sanidad, y por otra porque el paradigma laboral ha cambiado, y será difícil que volvamos a vivir una situación económica, social y empresarial como la de antes. Quien no innove o no sepa reinventarse, lo tendrá difícil. Esto no quiere decir que piense que el futuro de la enfermería pasa sólo por emprender fuera de las organizaciones sanitarias, ni mucho menos! Se puede emprender dentro de los hospitales, y se puede innovar en la tarea, en los procesos y en la gestión de la salud. Conozco muchas enfermeras que ya lo están haciendo dentro de la empresa, y con mucho éxito, con proyectos muy interesantes e innovadores, pero desafortunadamente no todas las organizaciones aprueban que sus profesionales tengan iniciativa. Yo tuve la suerte de tener un jefe que me dio alas, y gracias a ello, ahora he creado mi propia empresa, pero en otras organizaciones donde trabajé y donde tenía inquietudes de avanzar, no se me permitió, y decidí irme.

— ¿Crees que ejercer la enfermería por cuenta propia ayuda a mejorar la imagen social de las enfermeras?

Pienso que la sociedad tiene una excelente imagen de la enfermería. Es más, he notado que mi condición de enfermera se valora mucho en los entornos empresariales y en el

sector educativo y que genera confianza, incluso más que en el propio sector de la salud. Quizás porque históricamente ha sido un sector bastante jerárquico y en algunos casos a las enfermeras no se nos ha dado la suficiente autonomía en el ámbito laboral. Por ello en ocasiones, hay a quien le sorprende que una enfermera emprenda y dirija su propia empresa. Pero las enfermeras tenemos un enorme potencial que debemos aprovechar. Somos las profesionales más capacitadas para detectar las necesidades de las personas, con una visión holística propia de nuestra disciplina. Pero fallamos en una cosa: nos miramos demasiado el ombligo y nos relacionamos poco fuera de nuestro entorno. Pienso que tenemos que salir más a menudo de los puestos de trabajo y compartir nuestro conocimiento. Las enfermeras somos muy necesarias, y lo seremos más todavía en los próximos años en que nos enfrentaremos a una población envejecida y con una alta incidencia de enfermedades crónicas. Si compartimos nuestro conocimiento hacia fuera de las instituciones sanitarias, nos enriqueceremos como personas y seremos aún mejores profesionales.

— ¿Crees que hay suficiente apoyo para los emprendedores? ¿Qué recursos crees que se podrían crear para emprendedores?

Desde el punto de vista de las instituciones, pienso que se hacen algunas acciones con buena voluntad, pero no es suficiente. Aunque es extremadamente difícil abrir una empresa. Los trámites burocráticos son muy largos y no hay acceso a la financiación. La "ventanilla" única que tanto reclamamos desde hace años, que permita aligerar este proceso, es todavía una utopía.

Por otra parte, pienso que las escuelas deben ser el primer escalón para fomentar la cultura emprende-

dora. Educamos a los niños y niñas para evitar el fracaso. Esto genera miedo a perder y el miedo es una limitación a la hora de emprender.

La Universidad también debe ser un modelo que dé pie al emprendimiento. Hay Universidades que ya la han incluido como asignatura optativa en el grado de enfermería. ¡Pienso que es muy positivo! Cuando yo acabé la carrera, había mucho trabajo por las enfermeras, pero actualmente ha cambiado el panorama y muchos profesionales se ven empujados a marchar fuera del país para poder trabajar. emprender puede ser una salida laboral y una forma de retener el talento.

Los colegios profesionales, indudablemente, juegan también un papel fundamental. Deben acompañar en este proceso porque su responsabilidad es también velar por los intereses de sus colegiados. En el caso del COIB, pienso que es importante que conozcan todos los proyectos e iniciativas que se emprenden porque ellos nos representan ante la sociedad.

— ¿Qué Consejo das a una enfermera que ahora quiera emprender?

Pues de entrada, la animo a hacerlo, porque le espera un camino de mucho trabajo pero inmensamente emocionante y enriquecedor. Pero que sea consciente de que tendrá que aprender a convivir con la soledad y la incertidumbre, y que de vez en cuando necesitará detenerse para tomar aire y tomar perspectiva. Desconectar y alejarse del proyecto es necesario y fomenta la creatividad.

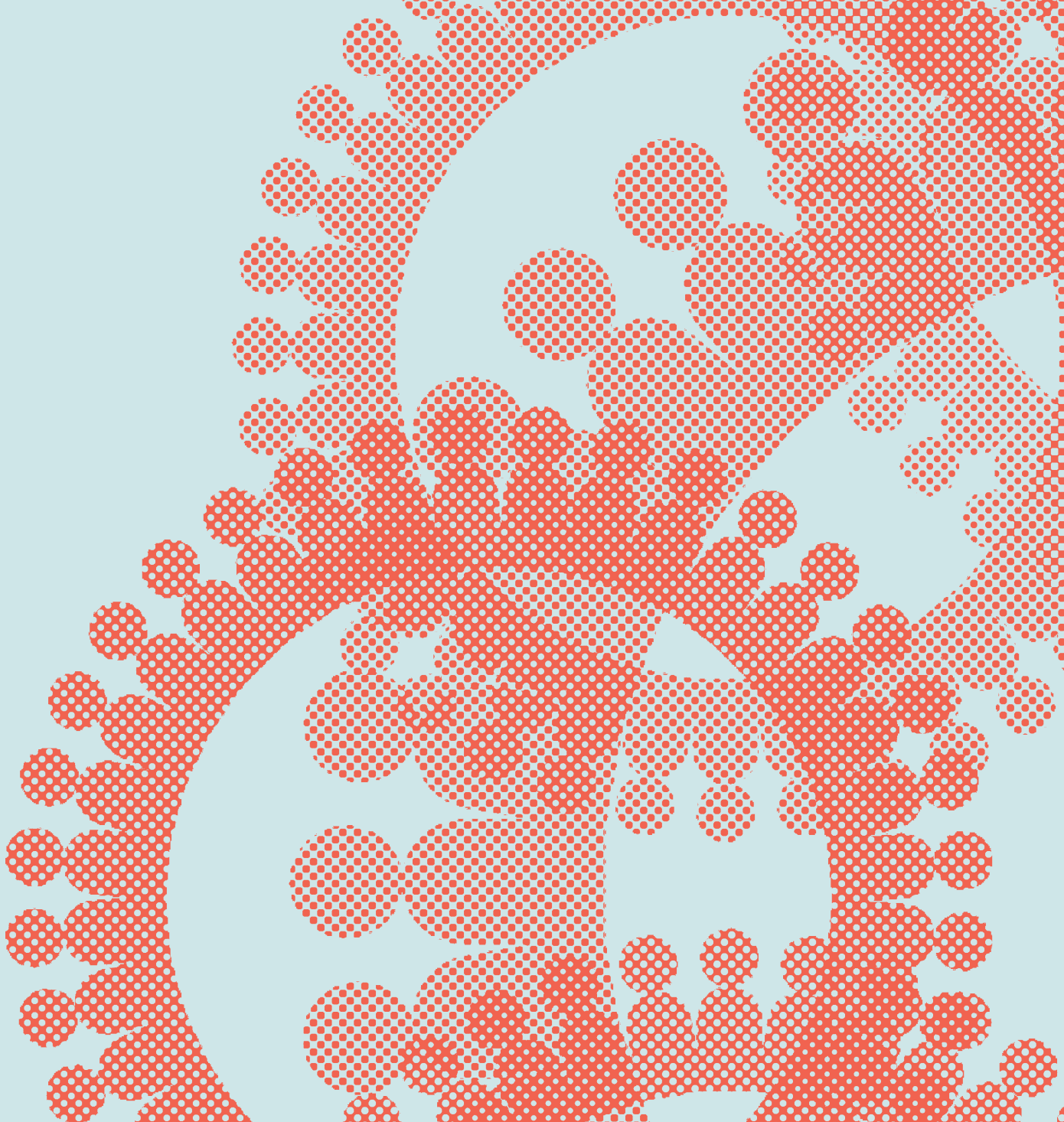
Le recomiendo que haga un buen plan de empresa lo más real posible. Hay quien no le da la importancia que realmente tiene, pero es esencial, es la hoja de ruta y un documento "vivo", que debe rehacerse cuando sea necesario.

Que busque asesoramiento en aquellas áreas que no domina. Hay programas para emprendedores donde puede recibir formación que le permitirá conocer también emprendedores de diferentes sectores con los que compartir su proyecto. Pensar que sólo con los emprendedores de salud puedes establecer sinergias y alianzas, es un error.

Emprender es una montaña rusa donde saber adaptarse al entorno y a las diferentes situaciones cambiantes, es clave para la buena salud del proyecto, pero requiere salir de la zona de confort y perder el miedo al fracaso. El miedo paraliza, y lo que puedes aprender en este camino no se enseña en ningún Master ni en ninguna Universidad. Fracasar es no haberlo intentado. ■

E Glòria Jodar i Solà Enfermera. Editora de Risai. Miembro de BSalut.

Entrevista publicada en el número de julio de www.influeixes.cat



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