



BIGS

BOLETÍN
INNOVACIÓN Y GESTIÓN
SANITARIA

Una publicación de BSalut | Núm. 01 | www.bsalut.net

LA DIGITALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA | HABLANDO DE ÉTICA | INNOVACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA
ATENCIÓN INTEGRADA BASADA EN LAS PERSONAS



Las personas que están en las trincheras están en la mejor posición para tomar decisiones críticas. Corresponde a los líderes dar a esas personas la libertad y los recursos que necesitan (Martin Sorrell).

DIARIAMENTE los profesionales de los equipos de atención de primaria se comprometen con la población ofreciendo servicios de gran calidad, próximos y accesibles, desde las consultas, el domicilio o a través de otros espacios de la comunidad. Son precisamente estos profesionales (médicos, enfermeras, pediatras, odontólogos, auxiliares, administrativos.....) los que toman decisiones y resuelven problemas, además de promocionar la salud y prevenirla con el compromiso y la complicidad de las personas que se atienden.

El esfuerzo de los líderes recae en el desarrollo de los valores compartidos: Marcar la dirección y dejar hacer desde la confianza y el *empowerment*. Corresponde a los líderes generar ilusión, competencia y compromiso así como disponer al conjunto para rendir cuentas del trabajo bien hecho.

Esta revista la dirigimos a estos profesionales y a estos líderes y pretende tratar de una manera abierta y dinámica de todos aquellos temas que tratamos a diario en el centro, en el café, en los cursos y congresos: temas como la gestión de personas, la comunicación, las emociones, la innovación y también las incertidumbres y los problemas...

LA DIGITALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los efectos de la digitalización en la práctica asistencial de la Atención Primaria aún están empezando a hacerse efectivos. En los próximos bloques se hace un repaso de realidades y potencialidades que tendrán un papel transformador en los próximos años mediante la colaboración, la publicación y la apertura.

DOS OLAS DE DIGITALIZACIÓN

La informática entró en los centros de atención primaria como lo hacen nuestros pacientes: por la puerta principal y directamente al mostrador. Las primeras aplicaciones ayudaban a sistematizar la programación de visitas y automatizar otros procesos de atención al usuario (solicitud de pruebas, derivaciones, prestaciones ortopédicas, etc...). Esta primera ola de informatización supuso la aparición de monitores en la recepción del centro e impresoras de papel pautado en el backoffice. Así se digitalizó la información administrativa de los pacientes y se constituyeron las primeras bases de datos consistentes del sector salud.

Antes de que llegase la segunda ola de informatización apareció el ordenador personal (PC), inmensamente más potente y versátil que los terminales que poblaban las recepciones. El PC halló sus primeras ubicaciones en la consulta de algún colega adelantado a su tiempo y bien conectado, en la biblioteca o en el despacho del director del centro. Este período fue importante en la familiarización del clínico con la informática pero no supuso un cambio fundamental.

La segunda ola de informatización se dio relativamente hace poco tiempo, durante la década de los noventa y primeros dos mil, y pobló de PCs e impresoras las consultas de médicos y enfermeras alterando sustancialmente la manera en que se podía pasar consulta. Se informatizaba para dar acceso a la historia clínica electrónica que substituía la historia clínica en papel y, por tanto, suponía la desaparición de los archivos de historias. La historia clínica electrónica ha sido y es la gran innovación de la atención primaria de las últimas décadas, cuyas posibilidades aún no se han acabado de explotar. La consecuencia fundamental de la digitalización de la historia clínica ha sido el efecto sobre la continuidad de la atención y la estandarización de su calidad. La posibilidad de almacenar la historia clínica en bases de datos no sólo permite el acceso a la información sin límites espacio-temporales sino que también permite su agrupación y análisis. Los avances en seguridad clínica (alertas por interacción de medicamentos), calidad asistencial (monitorización mediante indicadores, estándares y auto-auditorías) y coordinación entre niveles (historia clínica compartida) hubieran sido imposibles sin la digitalización de la historia clínica.

La gestión de servicios de atención primaria también se ha visto modificada ya que los directivos disponen de información casi a tiempo real del desempeño de sus profesionales, su equipo o su área de gestión. El acceso a la información clínica requiere un perfil más clínico de sus gestores.

EN LA NUBE Y ENLAZADA

Los datos administrativos y clínicos que componen los registros de pacientes y su historia clínica residen en la famosa "nube", centros de datos que almacenan y gestionan la información de forma segura y accesible. La estandarización de los sistemas de codificación de diagnósticos (p.e. CIE10 o CIAP) y procedimientos y la generación de estándares de estructuración de la información clínica (HL7, SNOMED...) permiten que los datos se hablen entre sí y puedan ser integrados entre diferentes sistemas de información de distintos proveedores, comunidades o países, pese a que la realidad aún se encuentre muy lejana a su potencialidad.

La información de salud pertenece al nivel mayor de seguridad según la Ley de Protección de Datos y por ello su acceso y tratamiento debe cumplir los requisitos tecnológicos y administrativos más estrictos, hecho que ha retrasado significativamente los avances en la integración de la información.

La capacidad de enlazar estos datos con fuentes complementarias de información clínica dan pie a la evolución natural de la historia clínica: la historia clínica compartida y la historia clínica personal. La historia clínica compartida es la promesa para la superación de la segregación de los sistemas de información sanitarios y la falta de coordinación entre niveles. Las experiencias de nuestro entorno se materializan mediante el enlace de documentos base de la historia clínica (informes de alta, urgencias, imagen radiográfica, resultados analíticos...).

A la historia clínica personal aún le queda largo recorrido. En Cataluña se está en fase de piloto bajo el nombre de Carpeta Personal de Salud.² La adición de capas de valor en forma de educación sanitaria en función del diagnóstico o la interacción con otros pacientes con condiciones similares prometen avanzar hacia una atención verdaderamente centrada en el paciente.

LA SALUD ES CONTAGIOSA

Recientes estudios en el campo de la sociología y la salud pública demuestran la capacidad que tienen los hábitos de salud, buenos y malos, de pasar de persona a persona. Christakis y Fowler³ observaron a partir de las cohortes de Framingham como la obesidad se extendía y se contagiaba mediante vínculos sociales. Con significación estadística, nuestros hábitos de salud son capaces de influenciar hasta un tercer grado social, es decir, a los amigos de los amigos de mis amigos. De la misma manera, la influencia es inversa y, sin saberlo, somos influenciados por personas que ni siquiera conocemos. Estas evidencias nos indican nuevos caminos en el ámbito de la salud pública de cara a promover hábitos de vida saludables.

La popularización de los llamados medios sociales (social media) pueden ser un buen aliado en el desarrollo de campañas de salud comunitaria como complemento a las tradicionales aproximaciones. Cuando el objetivo es alcanzar al máximo número público, las redes sociales pueden ser un medio más efectivo que las acciones presenciales ya que se auto-segmentan y el coste de la acción es

mucho menor. De todas formas, no basta con crear una página en Facebook y pedir a los compañeros del centro que hagan "Me gusta". Es necesario utilizar estrategias de gestión de comunidades de salud y expresar las promesas del movimiento llamado Salud 2.0.⁴

PUERTAS ABIERTAS TODOS LOS DÍAS

Cuando se inaugura un centro de salud, el político de turno descubre una placa o corta una cinta y se suele permitir a la población (más motivada) visitar sus dependencias en forma de jornada de puertas abiertas. Ese día será el último día en que la población pueda entrar en el interior del centro con una etiqueta diferente a la de "paciente". Con la irrupción de la digitalización y la socialización de la información, se hace posible ofrecer a los ciudadanos cierta información en pro de una mejor atención. Ejemplos de ellos sería hacer públicos datos de funcionamiento del centro tales como a que horas del día hay más afluencia de público o la lista de espera de los profesionales del centro en búsqueda de una auto-regulación de flujos.

La apertura de datos, además de un gesto de transparencia de la gestión de la cosa pública, es una gran oportunidad para la innovación de los servicios sanitarios y la participación ciudadana. ■

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

Referencias

¹Marimon-Suñol, S; Rovira-Barberà, M; Acedo-Anta, M; Nozal-Baldajos, M. A; Guanyabens-Calvet, J. *Historia clínica compartida en Cataluña*. Med Clin (Barc). 2010; 134 Suppl 1:45-8.

²Cerdà-Calafat, I; Contiente-Gonzalo, M; García-López, C; Guanyabens-Calvet, J. *Carpeta Personal de Salud*. Med Clin (Barc). 2010; 134 Suppl 1:63-66.

³Christakis, NA; Fowler, JH. *The spread of obesity in a large social network over 32 years*. N Engl J Med 2007; 357:370-9.

⁴Lorca, J; Jadad, A. *¿Salud 2.0? Revista eSalud*. 2009; 5 (19).



HABLANDO DE ÉTICA

“ Cuando me pregunto por qué me he esforzado siempre en ser honrado, condescendiente e incluso bondadoso con los demás y por qué no desistí al notar que esto sólo me acarrea perjuicios y contradicciones, pues los otros son brutales e impredecibles, no tengo una respuesta.

— Dr. Freud al Dr. Putnam —



Detrás de esta frase del Dr. Freud, que puede transmitir enfado y desengaño, sí hay una respuesta: la ética. Pero vamos a hablar de la importancia de la ética en la prestación de servicios sanitarios y la importancia de que los gestores de estos servicios compartan esta trascendencia y desarrollen su actividad a partir de los valores propios y los de su organización.

Gestión: del latín *gestiō*, el concepto de gestión hace referencia a gobernar, dirigir, ordenar, disponer u organizar. En el ámbito público también se define como el ejercicio de la función administrativa del gobierno.

Ética: es una rama de la filosofía que estudia la conducta humana desde el punto de vista de los derechos y los deberes. Nos enseña, gracias a la deliberación (discusión), a tomar decisiones prudentes.

Bioética: disciplina de muy reciente desarrollo. No fue hasta el año 1971 cuando en un artículo de Rensselaer Van Potter se utilizó por primera vez el término Bioética, en un libro titulado *Bioethics: bridge to the Future*. Un año después se fundó en Washington un centro de investigación en bioética, el *Kennedy Institute of Ethics*. Y no fue hasta mediados de los 80 cuando empezó su desarrollo en nuestro país.

La bioética se sustenta en 4 principios básicos: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia.

(Informe Belmont, 1974).

En la actualidad también se habla de valores como base para el discurso ético*.

* ver como ejemplo los definidos por la CAMFiC http://compromis.camfic.cat/Carta_es.aspx

LA GESTIÓN

La Gestión de Servicios públicos se enfrenta en la actualidad a un reto capital: responder a las necesidades y demandas sociales con eficacia, manteniendo niveles de calidad en un contexto de crecientes necesidades de la población y con menos recursos. Pero este reto no está reñido con una actividad directiva o asistencial exquisitamente ética.

La ética es un aspecto inherente a la prestación de servicios sanitarios de calidad. No puede ser vista como un añadido que se puede tener en cuenta o no. Hablar de ética es tratar sobre cómo se debe actuar, es hablar de valores que tienen que ser respetados y defendidos y deben impregnar toda la acción. No basta con las buenas intenciones; los comportamientos y sus resultados también deben orientarse de acuerdo con principios y valores éticos sólidos.



Cuando en cualquier actividad humana nos asalta la pregunta "¿qué es más adecuado hacer?", con toda probabilidad estamos ante una duda ética, un dilema. La ética nos ayuda a tomar decisiones prudentes (meditadas) en la práctica cotidiana, incluyendo la gestión.

LOS VALORES

La salud es un bien personalísimo, ligado a la vida, que ocupa un lugar prioritario en la escala de valores humanos. Ya hemos visto que la ética se sustenta en principios y valores.

Cuando hablamos de gestión pública, la asociamos a valores como la equidad, la solidaridad, la transparencia y la eficiencia. Así, la gestión pública ineficiente sería éticamente reprochable.

Cuando gestionamos en el marco del Servicio Nacional de Salud un bien público, nos comprometemos a hacerlo buscando el bien de las personas; ese es nuestro fin. Nos comprometemos a hacerlo buscando la máxima calidad y eficiencia posibles.

En el desempeño de la gestión, la ética nos dice que hay cosas que no debemos hacer, aun cuando pudiéramos hacerlas.

ÉTICA Y ATENCIÓN PRIMARIA

La ética no interesa tan solo a los grandes debates sociales en torno al inicio y el fin de la vida. La ética interesa también a las cuestiones cotidianas de los servicios sobre las decisiones autónomas de los ciudadanos, una prescripción racional, investigación y docencia al servicio de los pacientes...

Por ejemplo, es una cuestión ética cuando en un centro de salud hay problemas organizativos que ponen en riesgo la intimidad de los pacientes o la confidencialidad, por ejemplo en el modo de gestionar las colas para la atención de los usuarios en el servicio de admisión o en el manejo de documentación clínica, listas de consulta, etc.

Gestores y sanitarios deberíamos impregnar nuestro quehacer cotidiano de una constante reflexión ética. ■

T Ramon Morera i Castell. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Castelldefels. Miembro del Grupo de Ética de la CAMFiC. Editor de RISAI.



LECTURA
RECOMENDADA

Acompañar hasta la muerte.

Último documento del grupo de ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC). Ante la inercia a medicalizar (y a menudo institucionalizar) a las personas al final de su vida, en este documento se destaca el importante papel de los profesionales de atención primaria para acompañar dignamente al paciente.

http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/CAST_Acompanyar_Mort_RPQ.pdf

INNOVACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA

La innovación debería representar siempre la creación de algo nuevo o de una transformación profunda. Para ello es necesario que se traspasen las fronteras departamentales y funcionales. La típica estructura jerárquica está pensada para proporcionar estabilidad a los procesos y provocar pocos cambios. La innovación parte del proceso de crear, de adaptar una idea nueva que pueda ponerse a la práctica y que a su vez involucre simultáneamente a muchos agentes que impulsen constantemente el cambio.

Nuestro entorno social y educativo ha sido, y continúa siendo, contrario al proceso innovador. Seguimos de manera totalmente inconsciente obstaculizando el ser, el pensar y el actuar de forma creativa e innovadora.

Hasta el momento, hemos mantenido la innovación dentro de nuestros discursos, eslóganes, memorias, incluso hasta en nuestros planes estratégicos. Durante los últimos años, sin lugar a dudas, hemos mejorado continuamente nuestra práctica clínica y muchos aspectos del sistema organizativo; también hemos trabajado en distintos modelos de gestión y hemos sido capaces de evaluar los resultados, aunque en este último punto realmente no podríamos hablar estrictamente de innovación desde un punto de vista empresarial. Para innovar es necesario establecer una comunicación abierta con los clientes, entender sus necesidades e incluso incorporarlas en la definición de objetivos.

Conviene a veces hacer autocrítica positiva y preguntarse el por qué. ¿Los profesionales sanitarios toleramos mal el fracaso? ¿Nos da miedo innovar? ¿Nos atrevemos a plantear soluciones que no son 100% seguras? ¿Estamos dispuestos a aprender de lo que no funciona, para encontrar antes posibles soluciones?

Tal vez conviene observar primero dónde hemos puesto tradicionalmente el foco de la innovación: en personas concretas o en grupos y comisiones de las distintas direcciones y departamentos.

La innovación debería estar en todos y cada uno de los miembros del equipo, desde el estudiante, residente, eventual, interino o el que está a punto de jubilarse, todos tienen algo que decir y que aportar.

Las ideas deberían poder fluir para el diseño de procesos sencillos, ligeros y lo suficientemente ágiles y claros, como para cambiarlos fácilmente si es necesario. Lo importante es la idea y no el documento. Más ideas y menos formularios y presentaciones "PowerPoint"; hay que dejar espacios para explorar y buscar caminos, debemos dar rienda suelta a los emprendedores, hay que descubrir nuevas oportunidades, aunque al principio se generen dudas y miedos debemos vencerlos y arriesgarnos.

Las direcciones verticales tienen un efecto negativo sobre la innovación. Primero porque acostumbramos a los miembros del

equipo a esperar directrices que vengan de arriba y, segundo, porque inhiben la capacidad de decisión. Cuando existen niveles intermedios se bloquean muchas ideas por el simple hecho de no entenderlas. Nuestros EAPs deben ser organizaciones autónomas con capacidad de decisión sobre los procesos claves y alejadas de las "jerarquías tradicionales", aunque estableciendo mecanismos para compartir economías de escala y otros elementos estratégicos

La información y los datos no deben ser los que tomen las decisiones sino que deben ayudarnos a tomarlas, pero no paralizarnos y acercar la toma de decisiones a los profesionales facilitará la mejora de las respuestas a nivel local.

Escuchar a las personas que utilizan nuestros servicios, a las familias, a la comunidad, a las redes sociales, las asociaciones, ... La innovación debe estar abierta a todos, incluso a la competencia.

Tal vez hayamos aprendido ya de esta crisis que no sirve de mucho pensar a corto plazo. Debemos ser más ágiles, más flexibles y adaptarnos a cambios constantes y rápidos. Es imprescindible modificar las organizaciones haciéndolas más eficientes, creando equipos que obtengan sistemáticamente mejores resultados a partir de compartir el conocimiento y activar la creatividad hasta lograr superar las expectativas e incluso las normativas de una comunidad.

La innovación debería ser la filosofía de funcionamiento de las organizaciones.

La atención primaria es una auténtica red de dispositivos comunitarios con la experiencia acumulada del trabajo en equipo; incorporar la innovación como valor puede contribuir a desarrollar una nueva atención primaria, más fuerte, competente, responsable y consciente, que nos transporte a una nueva realidad construida entre todos: los profesionales y ciudadanos. Para ello hace falta un cambio de mentalidad y de conductas que comporten nuevas formas de relación interpersonal basadas en la autonomía responsable, la creatividad, las actitudes positivas y la confianza mutua entre los diferentes grupos de interés del Sistema de Salud: ciudadanos, profesionales asistenciales, líderes, centros proveedores y profesionales de la gestión.

Esta evolución en las formas de pensar y hacer las cosas ha de empezar desde los profesionales que construyen la realidad asistencial en el día a día hasta las personas con responsabilidades de liderazgo y gestión de las organizaciones de nuestro sistema de salud. ■

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

ATENCIÓN INTEGRADA BASADA EN LAS PERSONAS

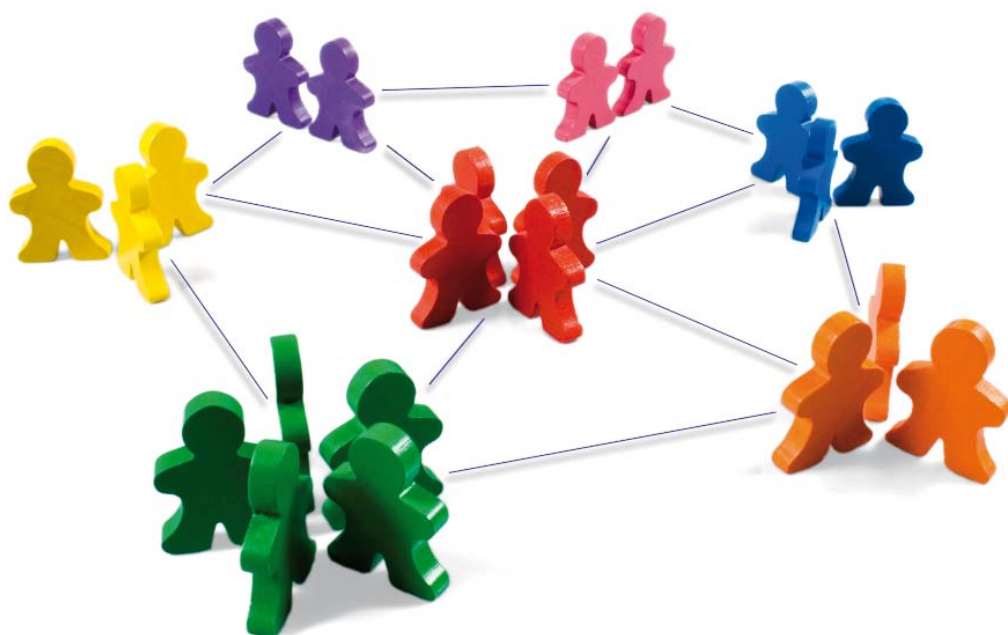
Discutir sobre el concepto de atención integrada no es algo nuevo para casi ninguno de nosotros.

Desde hace tiempo se han ido planteado diferentes modelos organizativos para intentar ofrecer una atención integrada, que mejore resultados y satisfacción, pero aún así no está de más plantearse alguna pregunta. Deberíamos poder responder a: ¿qué entendemos por atención integrada?, ¿cuál es nuestro abordaje cuándo hablamos de integración? Y finalmente ¿qué rol juega el paciente y su entorno?

La atención integrada puede explicarse a partir de varias definiciones, algunas de ellas se focalizan en la integración de la propiedad como son las OSI, Organizaciones Sanitarias Integrales. Entienden que el resultado de la unión de la propiedad/gerencia de la atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria en algunos casos, implica una atención más integrada, orientada en el paciente y con mayor transversalidad.

Otras organizaciones entienden la atención integrada como una integración de los procesos asistenciales, construyen e intercambian rutas asistenciales, trayectorias clínicas, procesos de atención integral, pudiendo incluso llegar a intercambiar profesionales.

La mayoría de los enfoques tienden a excluir de la integración a los pacientes y no visibilizan las necesidades de la persona y



de su entorno: Solucionar problemas a las personas con agilidad, sin trabas burocráticas y facilitando la rapidez y la resolución desde el inicio debería ser el principal objetivo de prestación del servicio.

Steve Shortell define la Atención integrada como una red de organizaciones que se estructura para ofrecer una continuación coordinada de los servicios a una población definida, siendo responsable de los resultados clínicos, de los costos y del estado de salud de la población atendida. Se rompe la barrera estructural de la propiedad y gestión única para pasar al trabajo en redes colaborativas que se orientan a compartir visiones y responsabilidad sobre los resultados. Esta creemos que es la definición que más se ajusta a la necesidad de cambio del momento actual: envejecimiento de la población, problemas sociales y económicos.

Últimamente el debate sobre la necesidad de avanzar en la atención integrada está creciendo debido, en parte, a la necesidad de "ordenar" la atención que prestamos a las personas con necesidades ligadas a los problemas crónicos de salud y de dependencia.

A la necesidad de un abordaje integrado de las necesidades tanto sanitarias como sociales ligadas a la cronicidad, se le suma la dificultad de la operativización de la atención integrada y como resultado tenemos que pocas organizaciones muestran resultados de transversalidad en su atención. Antares Consulting apunta, después de contrastar más de 60 proyectos, que aquellos que consiguen una integración mejoran resultados clínicos, de satisfacción del paciente y reducen la utilización indiscriminada de los servicios de mayor coste. ▶

Apuntan además los 8 elementos clave de la atención integrada para este tipo de pacientes:

1. Segmentación de la población, que permite una atención proactiva.
2. La función del gestor de casos.
3. Protocolización basada en la evidencia.
4. Abordaje multidisciplinar.
5. Uso intensivo de la información compartida entre profesionales.
6. Imbricación de las políticas entre niveles macro, meso y micro de la gestión.
7. Enfoque pragmático basado en un modelo de atención claro.
8. Evaluación del desempeño, del impacto en salud y del bienestar.

Pensamos que la visión de la atención integrada centrada en las organizaciones puede llegar a ser reduccionista y no tiene en cuenta la realidad social ni se centra en las necesidades de la persona. Mientras centramos el discurso en quién debe hacer qué, entendiéndolo como algo que se puede separar y segmentar, nos olvidamos de la realidad que es un poco más compleja.

Estamos en un entorno de redes sociales, laborales, formales, informales, virtuales, etc. Es el trabajo en redes colaborativas, teniendo muy presente el nodo del paciente-persona y su entorno, el que puede dar una mejor respuesta a la atención integrada.

Trabajar en red implica que todos los actores a nivel local son fundamentales y deben estar unidos bajo una filosofía común, deben tener una visión y un conjunto de valores compartidos. La creación de redes no ha de ser un proceso casual sino que debe responder a un proceso deliberado con un propósito compartido.

Las preguntas a resolver en la atención integrada serían: ¿cómo construir las redes? ¿Cómo mantener y desarrollarlas? ¿Cuáles son los perfiles profesionales necesarios? ¿Qué tipo de redes debemos construir?

Una buena manera de empezar en la construcción de redes es saber cuáles son las razones para trabajar en redes locales y crear las condiciones necesarias para orientarnos a la cooperación: sinergia de recursos, democratización de las prioridades, presencia pública sin estructura burocrática, adaptación más rápida a la realidad social y más coordinación evitando duplicidades y competencia.

La creación de estos escenarios de redes locales implica también una nueva visión global de todos los actores, de manera que todos los implicados deberán abordar el todo desde el trabajo en red. La situación de partida debe responder siempre al "gana-gana", ya que el "gana-pierde" invalida el sentido cooperativo.

Pero, ¿qué motiva a las personas a trabajar en red?, ¿cómo podemos incentivar a las personas a que lo hagan?

Las personas son capaces de trabajar en red si son capaces de cooperar en un entorno que no lo impone por "decreto". En primer lugar, cada parte debe saber claramente cuál es su objetivo propio y cuáles son los comunes, superando antiguas diferencias. A partir de aquí es necesario establecer:

- Objetivos comunes
- Aclarar los roles sin superponerlos
- Definir ¿quién hará qué?
- ¿Quién decide sobre qué?
- Diseñar un único proceso de evaluación
- Transmitir los resultados.

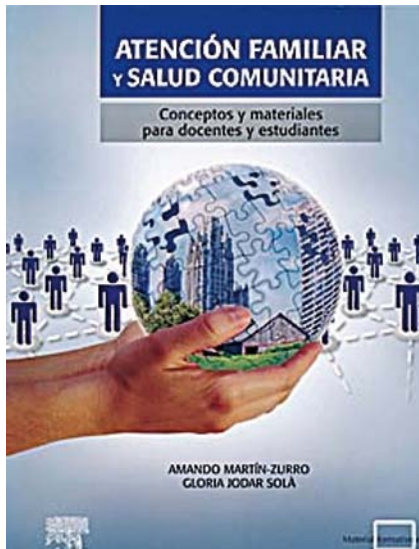
Y finalmente, cómo se establece el reparto de poder con claridad y transparencia. Para ello es imprescindible transformar el estilo de liderazgo no sólo en un marco teórico sino estableciendo un reparto de poder que distribuya liderazgos. En Atención Primaria, de manera un tanto informal, hemos practicado esta distribución de poder desde hace tiempo: responsables de programas, referentes clínicos, referentes docentes, etc. Tal vez esta cultura innata tejida desde el valor de la interdisciplinariedad nos ha llevado a compartir y entender la cooperación en su sentido más efectivo.

Como vemos, la cooperación implica complejidad; el compromiso de desarrollar una atención integrada basada en las personas tal vez pase por entender que la AP reúne todas las condiciones para configurar esta red cooperativa a partir del conocimiento y las actitudes de los profesionales de los EAP, que desde hace tiempo se orientan a la cooperación desde el compromiso con la población y la sociedad en general. ■

T Jordi Martínez Roldan. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Comité editorial RISAI. Miembro de BSalut.



Libros



Atención familiar y salud comunitaria:
Conceptos y materiales para
docentes y estudiantes
Amando Martín-Zurro / Gloria Jodar Solá
Elsevier, 2011. 512 pág.

Los cambios actuales que los nuevos planes de estudios están incorporando en la enseñanza de Ciencias de la Salud tendrán, tanto a corto como a largo plazo, repercusiones significativas en la práctica diaria de los profesionales de Ciencias de la Salud, especialmente para los profesionales que trabajan en Equipos de Atención Primaria de Salud. El libro *Atención Familiar y Salud Comunitaria* se basa precisamente en esta premisa y tiene como objetivo principal proporcionar tanto a los estudiantes como a los profesionales de la salud que están formando en sus equipos a médicos y enfermeras de familia, elementos para obtener un aprendizaje integrado de la atención familiar y comunitaria.

Una de las principales claves de este libro es la participación, en cada uno de los capítulos, de profesionales de diversas ramas y disciplinas de las ciencias de la salud. Cada uno de los capítulos estará escrito por distintos profesionales, en la mayor parte de los casos médicos y enfermeras, pero todos ellos profesionales de reconocido prestigio. Igualmente hay que destacar la participación en la obra de profesores universitarios de procedencia geográfica diversa tanto a nivel estatal e internacional.

La obra pretende ser un instrumento docente de referencia para distintos colectivos profesionales en formación, principalmente médicos y enfermeras, en las distintas fases de su proceso formativo: grado, máster, doctorado y especialización.

El contenido de la misma se distribuye en un total de 5 bloques que son los siguientes:

1. Salud y comunidad.
2. Organización de la atención familiar y comunitaria.
3. Estrategias y herramientas en atención familiar y salud comunitaria.
4. Atención clínica y comunitaria.
5. Instrumentos para el desarrollo profesional.

Siguiendo también las directrices de Bolonia, el libro se acompaña de una página web en la que se incluyen preguntas de autoevaluación, problemas y casos prácticos, vídeos de apoyo para la gestión de conocimiento, presentaciones en Power Point para profesores y alumnos, enlaces de internet con fuentes de información esenciales y, por último, actualización periódica de los temas más relevantes. ■

Web

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



Bsalut es una organización multidisciplinar compuesta de profesionales de la gestión sanitaria cuya misión es mejorar el sistema sanitario mediante la divulgación de actividades de innovación sanitaria.

Su página web es un agregador de sus canales de información y comunicación:

1. RISAI (www.risai.org): Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, de acceso abierto.
2. Blog Bsalut RISAI: donde publicamos y anunciamos todas las actividades formativas y divulgativas que llevamos a cabo.
3. Grupo Bsalut de LinkedIn: red de profesionales sanitarios que han participado en alguna de nuestras iniciativas. Actualmente cuenta con más de 800 miembros.
4. Canal Bsalut: nueva sección, con mucho futuro, para la comunicación en vídeo.

Si quieres estar a la última, también puedes seguir la cuenta [@BsalutRISAI](https://twitter.com/BsalutRISAI) en Twitter. ■



Salvador Casado. Médico de familia

“ Se debería tomar en serio el uso de correo electrónico para la comunicación con pacientes.

SALVADOR CASADO es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y actualmente trabaja en el centro de salud de Villalba (Comunidad de Madrid). Es pionero en la utilización de herramientas digitales en su relación con los pacientes; además de tener un Blog (La consulta del doctor Casado), que lo utiliza como medio de comunicación adicional y para compartir información con sus pacientes, tiene una activa cuenta de Twitter (@doctorcasado) donde escribe para pacientes y para colegas de profesión.

El doctor Casado estuvo en Barcelona en el marco de la conferencia “Nuevas tecnologías y Atención primaria: ¿qué funciona y qué no?” organizada por B-Salut y pudimos hablar con él.

— **La frecuentación en Atención Primaria en España es muy superior a la media de la OCDE. Algunos abogan por reducir las visitas presenciales y sustituirlas por más contactos virtuales. Usted define la e-consulta como un complemento digital a una consulta médica ordinaria. Exactamente ¿cómo se lo explicaría a un profesional que aún no lo haya experimentado?**

— Un médico de familia suele proporcionar cuidados sanitarios usando comunicación presencial o telefónica. En ambos casos lo hace de forma síncrona con paciente. Es posible plantear comunicación asíncrona para mejorar la eficiencia y controlar mejor el trabajo en consulta. El uso de correo electrónico con pacientes es una manera sencilla de solucionar problemas que no requieran de exploración física, ahorrando tiempo al paciente y permitiendo que el médico controle mejor su agenda, evitando consultas secundarias que inevitablemente ocurrirán si el paciente acude a consulta.

Por otro lado la producción de contenidos sanitarios y la divulgación de información para pacientes usando blogs o páginas al efecto es otra vía asíncrona de mejorar los consejos sanitarios que se dan en consulta.

El uso de redes sociales para informar a pacientes es otra posibilidad.

— Twitter es uno de los fenómenos en comunicación digital. En su perfil describe los hashtag #parapaciente y #4docs. ¿Cómo los utiliza en su relación con pacientes y compañeros? ¿Recomienda esta experiencia a sus colegas?

— Las redes sociales son un modo de comunicación que permite conectar y establecer conversaciones multinivel. Su uso profesional abre muchas posibilidades, entre ellas acceder a usuarios con perfiles de nuestro interés y servirnos de la información que comparten o interactuar con ellos.

Las etiquetas (hashtag) de Twitter permiten ordenar los mensajes. Uso #parapacientes para dar información sobre el desarrollo de la consulta a modo de panel de avisos digital. Los retrasos, novedades, cambios de agenda son hechos públicos de esta forma. También lo uso para dejar información sanitaria o de otra temática que crea interesante para mi cupo de pacientes.

De momento solo una minoría de mis pacientes lo consulta, pero es una apuesta de futuro, cada día que pasa más ciudadanos usan las redes sociales en su vida.

— ¿Cómo gestiona la brecha digital con sus pacientes?

— El acceso a email de mis pacientes tal vez tenga un techo del 30%. Es claramente imposible llegar a todos.

Tener claro que hay muchos ciudadanos que no utilizan medios electrónicos, esto nos ayuda a pensar con dos mentalidades. Contar las cosas de palabra y con apoyo de papel será siempre necesario. Hacerlo de forma digital en paralelo también. El paciente y su familia elegirán lo que sea más conveniente para ellos.

— Más allá de la virtualización de la consulta, ¿qué papel tienen las redes sociales en la atención primaria y, particularmente, en la salud comunitaria?

— Las redes sociales profesionales son esenciales en Atención Primaria, para mejorar la comunicación entre centros de salud que por definición tienen plantillas pequeñas y están separados físicamente. Ayudar a visibilizar ideas, proyectos o profesionales de talento es un potente incentivo para desarrollar una buena asistencia.

La formación continuada también cambia al acceder de una forma más directa a las fuentes de información clásicas o a profesionales que se constituyen en sí mismos en válidas fuentes de información.

— A partir de su experiencia con la e-consulta, ¿qué no le ha funcionado como esperaba?

— El seguimiento en Twitter y redes sociales por pacientes de mi cupo es muy pequeño. Este proceso requerirá de mucho tiempo.

Por otro lado todas estas iniciativas tienen un consumo apreciable de tiempo. Es necesario medir bien las fuerzas.

— En el actual contexto económico, ¿cree que la política sanitaria debería priorizar sus acciones en e-salud?

— Se debería tomar en serio el uso de correo electrónico para la comunicación con pacientes. En sanidad estamos muy atrasados. Parece mentira que aun no se haya generalizado esta práctica cuando el email se usa cada vez menos en el segmento de adolescentes y jóvenes que optan directamente por redes sociales o sistemas de mensajería instantánea gratuita como Whatsapp.

Por otro lado hospitales y centros de salud siguen sin estar conectados. Esto es un desastre para el sistema sanitario. Diseñar mejor los procesos, permitir que el médico de familia establezca conversaciones con sus homólogos de hospital es fundamental para el buen funcionamiento del sistema. La tecnología podrá aquí ayudar si se diseñan las cosas bien, en caso contrario será un parche más.

— ¿Cómo cree que cambiará la relación médico paciente en los próximos años? ¿Qué habilidades debería desarrollar el profesional sanitario para gestionar eficazmente esta relación?

— La relación médico-enfermo tiende a horizontalizarse, como todo lo que tocan

las redes sociales. Los profesionales sanitarios tendremos que aprender a usar otro idioma, otra forma de comunicarnos. También habrá que acostumbrarse a asistir pacientes mejor informados y con un nivel de autonomía mayor.

La bioética lleva años ayudándonos con la corriente que favorece el consentimiento informado, la toma de decisiones que involucra al paciente.

Quedan muchas resistencias que vencer, pero los tiempos van avanzando y quien no se suba al tren lo perderá.

— Finalmente, nos gustaría preguntarle sobre el papel que tienen los centros de salud en la generación de capital social, más aún cuando consiguen conectar con la comunidad mediante tecnologías digitales. ¿Destacaría alguna experiencia?

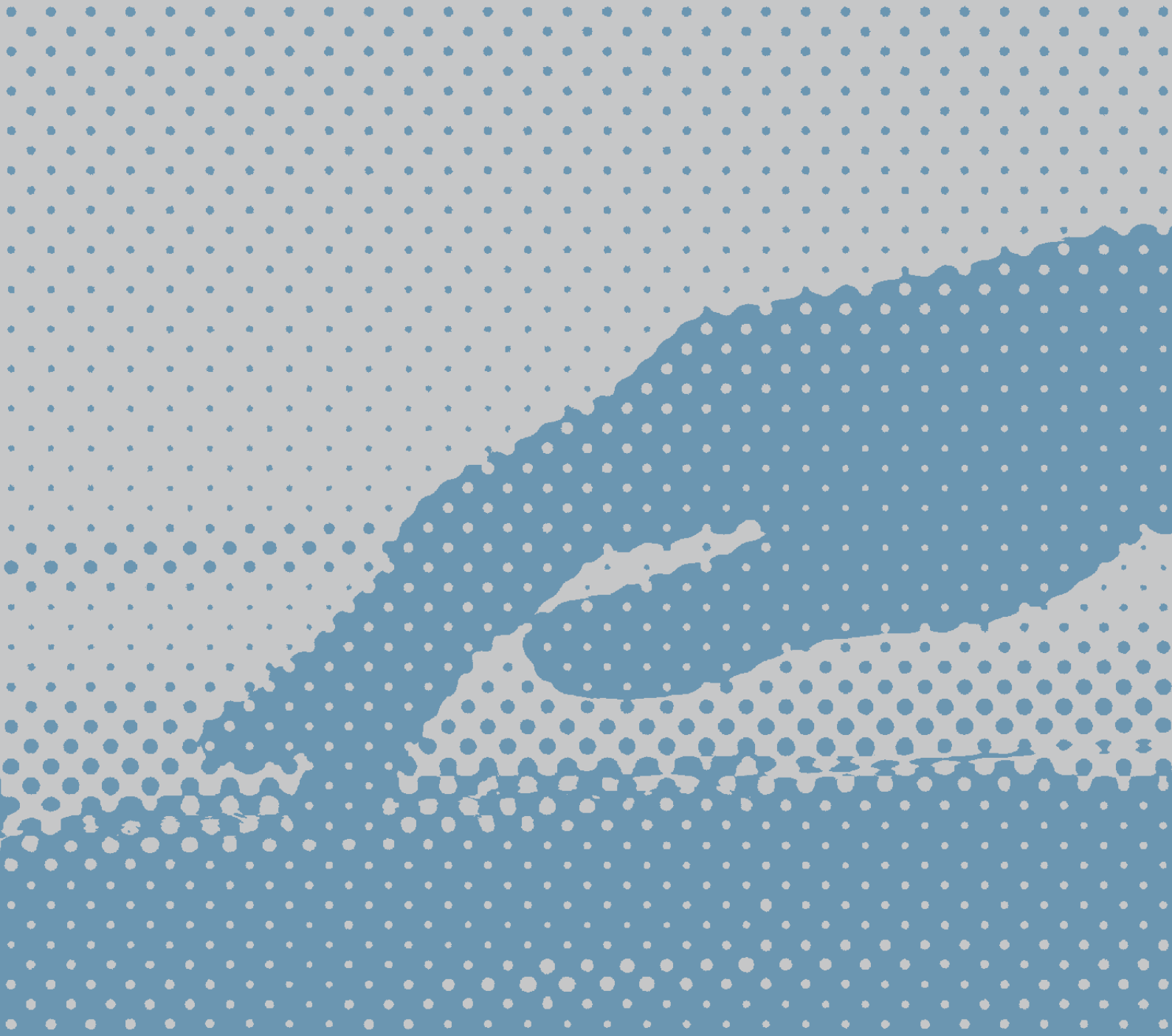
— Los centros de salud tienen la potencialidad de mejorar la salud de sus pacientes y de actuar en sus comunidades.

Proveer información de calidad y mejorar la educación sanitaria favorece a todos, usuarios y sistema sanitario.

Proyectos como el del centro de salud de la Fresneda en Asturias son emblemáticos. En ellos los propios ciudadanos toman el liderazgo de las actividades de promoción de la salud de su comunidad.

Mejorar la interacción entre profesionales sanitarios y ciudadanos para que estos mejoren su salud, corrijan los determinantes de la salud y lideren el proceso de cuidar su salud y la de sus familias es claramente el camino a seguir.

Todas estas posibilidades ponen ante nosotros muchos retos. Afrontarlos con prudencia y valentía será necesario. La complejidad de la situación actual es un acicate para conectarnos a otros, comunicarnos mejor profesionalmente y buscar cómo proporcionar valor añadido a nuestros pacientes. ■



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

