

EMPEZAMOS UN NUEVO AÑO CON ESTE NÚMERO DE BIGS.

Durante el 2012 hemos consolidado nuestro *newsletter* y hemos generado nuestro blog de innovación y gestión sanitaria www.bigs.es.

Nuestro objetivo 2013 es seguir creciendo en oferta de servicios para ayudar a fomentar la innovación en la gestión sanitaria. El 2013 promete ser un año con muchas incertidumbres, intentaremos con nuestra publicación introducir elementos que nos permita hacerlo más llevadero.

En este número introducimos, con el caso del Institut Català de la Salut, el concepto de valores en la organización como guía para avanzar en el desarrollo de la misma. También hablaremos sobre la formación como un elemento clave para implantar todos los proyectos y en especial aquellos que están relacionados con los sistemas de información. Con la presentación del proyecto ASACO introducimos un nuevo modelo de artículos en la que se explican experiencias que están empezando y nos permitirá en posteriores ediciones hacer seguimiento del proceso de implantación y aprender de los elementos facilitadores y las barreras. En el apartado de innovación reflexionaremos sobre la estrategia innovadora de IBM y finalmente hablaremos de desinversión en atención integrada.

Esperamos que disfrutéis de este número y que sobre todo hayamos sido capaces de dar elementos para pensar, de dar alguna excusa para innovar.

LA FORMACIÓN Y EL USO DE LAS TIC

La formación de los usuarios finales es un elemento clave en los procesos de implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Los aspectos que, junto con la formación, se consideran claves en procesos de esta índole se podrían agrupar en **tres grandes apartados**, teniendo en cuenta que la implementación y la formación están íntimamente ligadas.



IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La formación y su diseño específico enfocado a los profesionales de la salud que usarán las TIC en su día a día asistencial, son ineludibles si se pretende, por un lado, llevar a cabo la implementación exitosa y, por otro, si se busca un uso efectivo de éstas.

Pese a que la implementación de sistemas basados en las TIC y la formación de los usuarios finales están íntimamente ligadas, no se puede limitar la formación únicamente al momento inicial de la implementación. Al contrario, debe prolongarse más allá, con continua evaluación y adaptación en cada fase, considerando las herramientas y el escenario asistencial concreto en cada caso. Ésta es una de las lecciones aprendidas por aquellas instituciones de salud que han llevado

3

Conexión entre las necesidades y los servicios tecnológicos, aplicando y desarrollando estándares de calidad.



a cabo procesos de implementación de herramientas TIC. Dichas lecciones, junto con la definición de las necesidades que se esperan de las herramientas, son elementos a considerar si se quieren implementaciones eficientes.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios se enfrentan a continuos avances tecnológicos derivados de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias.

Analizar la incorporación de las TIC, desde el punto de vista de la formación y la implementación, supone considerar la organización y sus interrelaciones, sus políticas y prácticas asistenciales y las barreras existentes.

Pese a ser la formación un aspecto central, sería un error considerarlo el único importante. Los profesionales manifiestan dudas y resistencias que, en la mayoría de los casos, se pueden minimizar o paliar con una visión multidisciplinar, considerando la implementación desde una perspectiva de cambio organizacional y diseñando una formación adecuada.

Parece ser un hecho contrastado que aquello que más preocupa a los usuarios de las TIC pasa por adquirir conocimientos y habilidades, así como por desarrollar actitudes que faciliten su aprendizaje y su uso.

A continuación se enumeran, de forma esquemática, algunas ideas que pueden contribuir quizá a una implementación de herramientas TIC exitosa con el foco en la formación.

- Definición de estrategias claras de formación, con identificación de buenas prácticas asistenciales.
- Desarrollo de dispositivos que respondan a las necesidades asistenciales, con conexión con los servicios tecnológicos.
- Diseño de dispositivos fáciles de usar, que faciliten el aprendizaje por parte de los profesionales asistenciales, que sean relevantes para ellos como herramienta útil para analizar sus riesgos de salud y que integren todos los pasos del proceso de cuidado.

→ Identificar la predisposición y los aspectos destacados por los usuarios finales de la herramienta como elementos positivos de la misma.

→ Participación de los usuarios en el diseño de las herramientas.

→ Despliegue de dispositivos que ayuden y faciliten el desarrollo de la práctica clínica.

→ La valoración y la consideración de la edad y nivel de desarrollo profesional de quienes usarán la herramienta.

→ Utilizar la figura de enfermera de referencia en formación.

Además de los interrogantes, algunas experiencias relacionan las barreras asociadas a la implementación de los dispositivos y herramientas TIC con aspectos no directamente vinculados al dispositivo en sí mismo, sino con aspectos estructurales de los servicios o departamentos donde se quiere implementar.

Parece claro que las mismas TIC ofrecen posibilidades de formación, puesto que son una herramienta de comunicación y de compartición de la información, se perfilan como decisivas en un entorno sanitario difícil, con un contexto demográfico, asistencial y social de creciente complejidad y con dificultades para que el sistema sanitario sea equitativo, accesible y sostenible. Sin olvidar que la formación y cómo se ha diseñado también puede convertirse en una barrera si no se considera como aspecto clave del proceso. ■

T Jordi Galimany Masclans. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. jordigalimany@ub.edu.

CUANDO LOS TIEMPOS SON CONVULSOS, HAY QUE ACUDIR A LOS VALORES: EL CÓDIGO ÉTICO DEL INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD

La necesidad de desarrollar una ética a la altura del nivel científico y técnico de la sanidad actual exige ampliar el ámbito de la reflexión bioética y de la ética de las profesiones (deontológica) hacia la ética de las organizaciones sanitarias. Y todo con el mismo objetivo: contribuir a una sociedad más justa, donde las personas puedan vivir la vida que consideran valiosa, utilizando los recursos de que la sociedad dispone.

Además de esta necesidad, hoy, la crisis económica, moral y social, pide de manera urgente que se expliciten las formas de proceder, las razones por las cuales se toman las decisiones y se intente encontrar guías ante la incertidumbre. Los profesionales sanitarios, sea cual sea el cargo que ocupan, tienen que tomar decisiones en coherencia con los valores éticos de su organización, y estas decisiones tienen que ser transparentes, asumidas y responsables.

Un código ético es un compromiso institucional que tiene por finalidad afirmar, dentro y fuera de la organización, determinadas intenciones fundamentales que afectan al comportamiento y al proceso de toma de decisiones. Un código ético potencia la autonomía, la lealtad crítica y elimina la ambigüedad en cuanto a las prioridades organizativas. Tiene que ser diseñado para inspirar, enseñar y apoyar a los profesionales y las organizaciones que creen que los valores tienen que guiar sus actuaciones.

La primera premisa para la elaboración del código ético es que la participación

es esencial para que los profesionales puedan sentirlo como propio. Lo tiene que elaborar quien lo utilizará y debe reflejar aquello que la organización es y quiere ser. La segunda es que los directivos tienen que ser líderes y ejemplo de cumplimiento del código. Y la tercera es que una vez terminado, el código ético se tiene que difundir, tiene que estar visible y tiene que ser guía y referencia en la toma de decisiones a todos los niveles. Habrá que decidir en cada organización de qué manera se consigue que esté presente y accesible. Un código ético tiene que cambiar como las personas y las sociedades cambian, se tiene que actualizar periódicamente. También hace falta, sobre todo en organizaciones grandes, que se adapte a códigos de buenas prácticas para cada estamento o territorio. Hay que evitar que se quede en un mero documento, tiene que estar vivo y presente en todas las conversaciones y decisiones.

El proyecto de elaboración del código ético del ICS se inició en el 2001 y la última versión se aprobó por el Consejo de Administración del ICS el 13 de julio del 2010 para dar respuesta a la necesidad, reconocida desde la Gerencia y compartida por los profesionales, de hacer explícitos de forma clara, concisa y transparente los valores éticos comunes a la mayor parte de los profesionales, con el objetivo de reforzar la confianza y la responsabilidad, y de crear un clima de valores compartidos y de conciencia de pertenecer a la misma organización. Un código orientador en la incertidumbre y guía en las actuaciones.

“Un código ético es un compromiso institucional que tiene por finalidad afirmar, dentro y fuera de la organización, determinadas intenciones fundamentales que afectan al comportamiento y al proceso de toma de decisiones.

Los valores escogidos para dar contenido al código ético, así como algunos ejemplos de las conductas a promover y evitar son:

Confianza

Hay que dar información a la persona que corresponda, asegurar la identidad de la persona interlocutora, pidiendo a la persona interesada a quién quiere que se informe y por qué orden. Hay que evitar ser poco cuidadosos con la intimidad de las personas enfermas y compañeros y compañeras.

Equidad

Hay que tratar a los y las pacientes con igualdad, de acuerdo con sus necesidades y circunstancias, con especial consideración a las personas más vulnerables. Hay que evitar discriminar por cualquier causa, como también favorecer, en detrimento a otras personas, a trabajadores/oras, familiares, pacientes, empresas proveedoras, etc.

Respeto

Hay que tratar con corrección, sutileza y delicadeza a los y las pacientes y a los compañeros y compañeras, con deferencia a su persona y su situación. Hay que evitar tratar con prepotencia, desprecio, autoritarismo o con un exceso de familiaridad cuando se ha otorgado, los y las pacientes y los compañeros y compañeras.

Responsabilidad

Hay que reconocer errores, gestionarlos y aprender, fomentando la coherencia entre los valores, los procesos y las consecuencias. Hay que evitar desentenderse de tareas propias, eludir implicaciones y tomar decisiones en beneficio personal.

Integridad

Hay que promover acciones dirigidas a resolver conflictos, contradicciones, discrepancias, dudas, estableciendo órganos consultivos. Hay que evitar excusarse en la organización ante contradicciones.

Competencia

Hay que actualizar periódicamente los conocimientos y habilidades técnicas. Hay que evitar ser reticentes a realizar actividades de formación necesarias para mantener la capacitación.

Cooperación

Hay que participar en la dinámica del equipo, colaborando activamente para conseguir los objetivos comunes. Hay que evitar tomar medidas desde el autoritarismo sin consulta, participación ni razonamiento previo.

Innovación

Hay que estar atentos a nuevas técnicas que permitan mejorar el diagnóstico, tratamiento o la prevención en el campo específico de la actividad. Hay que evitar hacer propuestas organizativas que mejoran algún aspecto, sin sopesar otras consecuencias.

Los códigos éticos no evitan ni resuelven todas las dificultades. Pretenden ser una guía útil en un momento en que muchas certezas han dejado de serlo. Volver a los valores, recordarlos y utilizarlos en nuestra tarea diaria en todos los niveles de la organización, nos ha de permitir resolver mejor los conflictos y mirar hacia el futuro con más optimismo.

La versión completa del código ético puede ser consultada en:

<http://www.gencat.cat/ics/infocorp/flpb/codietic/index.html> ■



T Jaume Benavent. Director Adjunto de Asuntos Asistenciales. Institut Català de la Salut.

T Eva Peguero. Médico de familia EAP - EAP Castelldefels-1, El Castell. Secretaria del Proyecto Código Ético del Institut Català de la Salut.

Referencias

Cortina, A. (2002). *La ética de las organizaciones sanitarias*. Gerencia y Políticas de Salud (3), 6-14.

García-Marzá, D. (2004). *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza*. Trotta.

Lozano, J.F. (2011). *¿Qué se la ética de la empresa*. Proteus. colección Saber.

Peguero E., Lozano J.F. *¿Miedo qué un código ético en una empresa de servicios sanitarios?* Cuadernos de Gestión 2003; 9-1: 60-65.

Stevens, B. (2008). *Corporate Ethical Codas: Effective Instrumentos For Influencing Behavior*. Journal of Business Ethics (78), 601-609.

INNOVANDO CON LOS 5 SENTIDOS

PREDICCIONES DE IBM QUE AFECTARÁN AL SECTOR SALUD

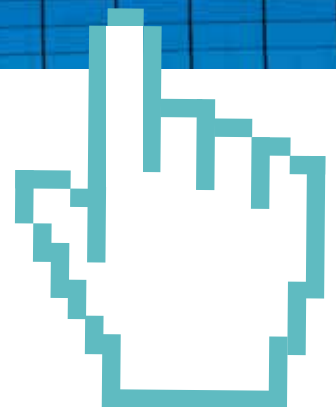
IBM ha anunciado, como en otras ocasiones, sus innovaciones. Éstas podrán cambiar durante los próximos cinco años la forma en la que la gente trabaja y vive.

Curiosamente este año, las cinco innovaciones están relacionadas con cada uno de los sentidos: el tacto, la vista, el olfato, el oído y el gusto.

Se podrá tocar a través de un teléfono, un Pixel valdrá más de mil palabras, los ordenadores oirán lo realmente importante y las papilas gustativas nos ayudarán a comer de forma inteligente.

Las predicciones "IBM 5 en 5" se formulan basándose en tendencias sociales y del mercado, así como en tecnologías de los laboratorios de investigación de IBM. Este año **las predicciones de IBM se centran en innovaciones que forman la base de la nueva era de la computación, que la firma califica como era de los "sistemas cognitivos"**. Esta nueva generación de máquinas será capaz de aprender, adaptarse, sentir y comenzar a experimentar el mundo. Por eso, las previsiones de este año se centran en un elemento nuevo: la habilidad de las máquinas para imitar a su manera los cinco sentidos –tacto, vista, oído, gusto y olfato–.

Estas capacidades sensitivas ayudarán a las personas a pensar (lo que no es igual que pensar por ellas), tener más conocimientos y ser más productivas. Los sistemas cognitivos nos ayudarán a seguir el ritmo del incremento de datos, tomar decisiones certeras y mejorar nuestra salud y calidad de vida, enriqueciendo nuestras experiencias y rompiendo todo tipo de barreras –incluso geográficas, lingüísticas, económicas o de accesibilidad.



ÉSTAS SON LAS

5

PREDICCIONES* QUE
MARCARÁN EL
FUTURO

TACTO

Serás capaz de tocar a través del teléfono

¿Imaginas usar tu teléfono inteligente para comprar una prenda de ropa y sentir su tela de seda desde la superficie de la pantalla? En 5 años, algunos sectores como el de distribución se transformarán como consecuencia del sentido del "tacto" de los nuevos dispositivos móviles.

Los científicos de IBM están desarrollando aplicaciones para el sector de la distribución y de la salud, entre otros, que utilizan infrarrojos y tecnologías de presión sensitiva para simular el sentido del tacto, de tal manera que un comprador pueda, por ejemplo, sentir la textura de una tela cuando pose su dedo sobre la imagen de una prenda en la pantalla de su dispositivo móvil. Utilizando la capacidad de los teléfonos de vibrar, cada objeto tendrá un patrón único de vibración que representará la experiencia del tacto (sucesión de vibraciones más o menos intensas, largas o cortas, etc.) Los patrones de vibración variarán según se trate de seda, lino o algodón, ayudando a simular la sensación física de tocar un material.

VISTA

Un pixel equivaldrá a mil palabras

En los próximos 5 años, los sistemas no sólo serán capaces de mirar y reconocer imágenes o datos visuales, sino que transformarán los píxeles en significado, de una manera similar a cómo el cerebro humano interpreta una fotografía. En el

*Cada predicción se corresponde con un sentido.

futuro, nuestros ordenadores tendrán capacidades que imitarán las del cerebro humano, ayudando a analizar rasgos como el de dolor o texturas y extraer de ellos información. Esta capacidad tendrá un profundo impacto en sectores como el nuestro, el de la salud.

OÍDO

Los computadores podrán oír lo que importe

¿Alguna vez has deseado encontrar el significado de los sonidos que se escuchan alrededor de ti y ser capaz de entender lo que no se ha dicho? Dentro de 5 años, un sistema distribuido de sensores inteligentes detectará elementos de los sonidos como la presión, vibración y ondas a diferentes frecuencias. Este sistema los interpretará y podrá predecir la caída de un árbol en el bosque o un desprendimiento de rocas inminente. Este tipo de sistemas podrán "escuchar" nuestros alrededores y medir movimientos o la carga a la que se somete un material, de tal manera que puedan alertarnos de un posible peligro.

Los sonidos puros podrán ser identificados por sensores de forma similar a como lo hace el cerebro humano. Un sistema que reciba esta información podrá tener en cuenta la información visual o la táctil también, y clasificar e interpretar los sonidos en función de lo aprendido. Cuando detecte nuevos sonidos, el sistema extraerá conclusiones basándose en su conocimiento anterior y su habilidad para reconocer patrones.

Por ejemplo, se podrá interpretar la jerga de un bebé y comunicar a médicos y padres lo que los niños quieren decir. Una vez que el ordenador aprenda lo que significan los sonidos de un bebé -hambre, calor, cansancio o dolor-, un avanzado sistema de reconocimiento de voz podrá correlacionarlos con otra información sensorial o psicológica como el pulso, la temperatura o el ritmo cardíaco.

GUSTO

Papilas gustativas digitales te ayudarán a comer de forma más inteligente

¿Qué ocurriría si pudiéramos hacer que la comida más saludable tuviera un

sabor delicioso utilizando un sistema de computación diferente, desarrollada para impulsar la creatividad?

Los investigadores de IBM están trabajando en un sistema de computación que pueda ser utilizado por los cocineros para crear recetas innovadoras. Este sistema descompondrá los ingredientes hasta su nivel molecular y mezclará la química de los componentes de la comida con la psicología que se esconde detrás de los sabores y olores preferidos del ser humano. Un sistema de computación de estas características nos ayudará a comer de manera saludable ya que será capaz de crear nuevos sabores que nos hagan preferir, por ejemplo, un guiso de verduras a un plato de patatas fritas.

El sistema será capaz de utilizar algoritmos que determinen la estructura química exacta de un alimento y por qué a las personas nos gustan determinados sabores. Estos algoritmos analizarán la complejidad molecular de los componentes de los sabores y la estructura de sus enlaces. Esta información podrá combinarse con diferentes modelos de percepción para predecir el atractivo de los sabores.

OLFATO

Los computadores tendrán el sentido del olfato

Durante los próximos 5 años, tu PC o teléfono móvil podrá tener pequeños sensores que detecten que vas a tener un resfriado u otra enfermedad. A través del análisis de los olores, marcadores biológicos y de las miles de moléculas que hay en la respiración de las personas, los doctores podrán identificar el inicio de una enfermedad, como un ataque de asma, dolencias de riñón o hígado, epilepsia, diabetes, etc. Seguramente esto cambiará radicalmente la relación entre los profesionales y las personas que usan los servicios de salud. IBM también destaca que se podrá utilizar el sensor para mejorar la higiene de los hospitales y centros asistenciales, uno de los mayores retos del sector sanitario. ■

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

ATENCIÓN INTEGRADA Y DESINVERSIÓN

“ La reducción de costes, sin tener en cuenta la aportación del valor a la salud de las actividades clínicas, es peligrosa y contraproducente. Se trata de falsos ahorros porque no son estructurales, y además pueden llegar a limitar la efectividad clínica. La mejor manera de reducir costes es obtener resultados clínicos cada vez más ajustados a expectativas realistas.

— Michael Porter —

Un modelo de atención integrada en una red de múltiples proveedores con diferentes intereses podría ocasionar un incremento de coste sin incremento de valor para los pacientes si no se tiene en cuenta las necesidades de la población atendida, los procesos asistenciales y la capacidad instalada que tienen los diferentes proveedores.

La mayoría de proyectos de nuevos dispositivos, técnicas y servicios incorporan costes sin una clara aportación de valor y en la mayoría de casos no sustituyen procesos previos. Los proyectos asistenciales no siempre se basan en criterios de necesidad de mejora sino que se implementan por otras causas, influenciados por campañas de marketing, moda, conocimientos específicos de los profesionales o preferencias de los propios pacientes (industria, becas, inercias, *statu quo*).

Si no tenemos claro por qué introducimos una reordenación asistencial, no definimos bien las metas, los objetivos, los procesos implicados, los actores, los recursos y los resultados esperados en el tiempo, no podremos establecer un sistema de evaluación que nos permita identificar qué valor añadimos al proceso.

Entramos en la etapa "de-"; *deconstrucción, desinversión, prevención cuaternaria*, etc.

Ejemplos como el tratamiento con estatinas a los pacientes de más de 90 años, programas de seguimiento telefónico de pacientes no sustitutivos de visita presencial, educación grupal no substitutoria de la individual y no incluida en una estrategia de abordaje global, radiografía de tórax de manera sistemática de todos los preoperatorios o la determinación de PSA en todos los mayores de 50 años nos dan una idea de las numerosas áreas de mejora a la hora de tomar decisiones.



JM Repullo (*Revista de Calidad Asistencial*. 2012) comenta que ante una propuesta de intervención debemos plantearnos 6 cuestiones:

1. ¿Es ineficaz o inefectiva?
2. ¿Es insegura en general o para un grupo de pacientes?
3. ¿Es innecesaria, porque lo mismo se puede conseguir de forma más sencilla, menos agresiva y más económica?
4. ¿Es inútil porque ya no es capaz de aportar ganancia al paciente concreto?
5. ¿Es inclemente porque la intervención sólo puede ofrecer unas condiciones inaceptables de calidad de vida, a juicio experto y del paciente?
6. ¿Es sensato sacrificar un gran volumen de recursos para obtener un resultado insignificante?

Volpp (JAMA 2012) comenta que de los servicios sanitarios ofrecidos en Estados Unidos (US) muchos son de bajo valor lo que implica que aportan poco beneficio para la salud en relación al coste que suponen, incluso pudiendo ser en alguna ocasión perjudicial para la salud.

El autor hace una estimación del 30% del gasto sanitario de US corresponde a servicios que aportan poco beneficio para el paciente. ¿Podríamos saber cómo se comporta nuestra Comunidad?

Para la evaluación sobre qué invertir o desinvertir se ha de evaluar los resultados. Para ello puede ser de utilidad la utilización de los QALY que nos permiten establecer el umbral de coste aceptable por año de vida ajustado por calidad. Un QALY es una unidad que mide los costes atribuibles por cada año de vida añadido que se supone que una intervención sanitaria aporta.

El año de vida ajustado por calidad QALY es una medida de la carga de la enfermedad, incluyendo tanto la calidad como la cantidad de vida que se vive.

El QALY se basa en el número de años de vida que se añadiría por la intervención. Cada año, en perfecto estado de salud se le asigna el valor de 1,0 hasta un valor de 0,0 para estar

muerto. Si los años de más no se vivirá en plena salud, por ejemplo, si el paciente pierde una extremidad, tiene que usar una silla de ruedas etc., baja de 1 hasta 0.

La utilización de los QALY para el análisis de coste-efectividad es de utilidad ya que permite analizar el extra de vida tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo de una intervención determinada. Permite además compararlo con otras acciones de la misma área o de diferentes áreas. De esta manera permite comparar acciones curativas, preventivas y paliativas.

La estimación de costes por QALY permite decidir sobre qué intervenciones aplicar al indicarnos qué valor añadido aportan, tanto en esperanza de vida como en calidad de vida.

Otra pregunta a la hora de aplicar "des-" en modelos de atención integrada es ¿cómo podemos repartir los riesgos y los beneficios en un modelo de atención multiprovedores?

De entrada la implantación de ciertos programas siempre implica un incremento de coste inicial, que puede ser considerado como inversión si somos capaces de dejar de financiar cosas que no aportan valor y que están relacionadas con el mismo proceso de atención.

En un modelo de multiprovisión todos los actores que intervienen en el proceso han de estar implicados en un modelo de atención integrada. Los beneficios de las intervenciones siempre impactarán más en unos que otros. Un ejemplo podría ser un tratamiento para la osteoporosis que disminuya las fracturas y disminuya los ingresos por dicho motivo. Imaginemos que la disminución de ingresos sea beneficiosa para el hospital (no siempre es así ya que el sistema de pago puede incentivar el ingreso), ¿qué beneficio tiene la atención primaria de financiar el fármaco?

En este modelo juega un papel básico la aseguradora que debe introducir elementos de riesgo y beneficio compartido entre los diferentes actores del proceso con independencia de si los beneficios recaen directamente sobre ellos o no.

El *commissioning* deberá introducir el coeficiente que aplica a cada uno de los proveedores en función del impacto que tenga su actuación sobre los resultados. Además deberá realizar el trasvase de fondos de uno a otro para invertir en la intervención.

En Catalunya la figura del *commissioning* la debería ejercer el CatSalut que debería pasar de comprar actividad y estructura a comprar resultados en un marco de atención integrada y de multiproveedor.

En próximos artículos profundizaremos más sobre el modelo de evaluación de atención integrada y la compartición de riesgos y beneficios. ■

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

Referencias

Repullo, J.R. *Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud.* Rev Calidad Asistencial. 2012;27:130-8. - vol.27 núm 03.

Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. *Assessing Value in Health Care Programs.* JAMA, May 23/30 2012; 307,20:2153-4.

Weinstein MC, Skinner JA. *Comparative Effectiveness and Health Care Spending. Implications for Reform.* NEJM 2010.326; 5:460-5 <http://www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectivenessandcosteffectiveness-theqaly.js>

PROYECTO ASACO: AGENTES DE SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La primera conferencia internacional sobre Atención Primaria (AP) realizada en Alma Ata, Kazajstán, en 1978, definió la AP como la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad¹.

Posteriormente, en 1986, la *Carta de Ottawa* dio un paso más al proponer una reorientación de los servicios sanitarios. Concluyó que la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los agentes implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación; y que la población no podría alcanzar su plena salud potencial a menos que fuera capaz de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud².

Sin embargo, la realidad en la que estamos trabajando hoy en día está muy lejos de lo que se aspiraba a conseguir en Alma Ata y Ottawa. Existen una serie de factores que dificultan la acción comunitaria en salud como son la necesidad de inversión de recursos adicionales y el que pueda suponer la identificación de nuevos problemas de salud que requieran una atención especial³. Sin embargo, el hecho de que la perspectiva clínica sea insuficiente para contextualizar, ordenar, priorizar y desarrollar intervenciones sanitarias que satisfagan las necesidades de salud de las personas⁴, la profundidad de la actual crisis económica que aboca necesariamente a la transformación del conjunto de administraciones públicas; y el apoyo del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre a la necesidad de realizar actividades en materia de prevención,

promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria⁵ refuerzan la apuesta por la Salud Comunitaria (SC).

En este contexto actual el Proyecto ASACO (Agentes de Salud Comunitaria en Atención Primaria) surge de la necesidad de transformación, de encontrar alternativas de gestión en materia de salud comunitaria. En esta situación la innovación y el compromiso de los profesionales sanitarios son necesarios. Por todo esto, desde la Gerencia Territorial de la Cataluña Central (GTCC) del Institut Català de la Salut (ICS) surge la iniciativa de priorizar la atención primaria orientada a la comunidad.

El **proyecto ASACO** es una propuesta de selección, formación y organización de los profesionales de AP y otros agentes comunitarios, con el fin de capacitarlos en materia de salud comunitaria de forma que las acciones que realicen acaben repercutiendo de manera efectiva en la mejora de la salud de la población. Se pretende que estos profesionales Agentes de Salud Comunitaria actúen como motores de cambio en su comunidad.

Su ámbito de actuación es el de las comarcas barcelonesas del Bages y Berguedà con una población aproximada de 200.000 habitantes y los profesionales del proyecto son los de atención primaria, tanto clínicos como no clínicos, de la GTCC del ICS y otros agentes comunitarios de la zona.

FASES DEL PROYECTO DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Primera fase del proyecto

La primera actuación consistirá en identificar profesionales de AP que puedan actuar como agentes de SC. Para ello el

grupo motor del proyecto de salud comunitaria ASACO integrado por un grupo multiprofesional de los servicios centrales de la GTCC comenzó su actividad realizando el día 20 de junio de 2012 una sesión informativa a los profesionales de AP se realizó una dinámica de grupo que permitió concluir que la prioridad absoluta de este proyecto sería la comunidad y que los profesionales implicados requerirían tiempo y una formación específica para poder llevar a cabo eficazmente su nueva tarea. (Ver resultado gráfico de las conclusiones: <http://icscatalunyacentral.wordpress.com/2012/06/21/trobada-salut-comunitaria-a-lametlla-de-merola/>).

Tras esta primera sesión informativa, profesionales pertenecientes a distintos equipos de atención primaria de la GTCC mostraron su interés en participar en el proyecto.

En octubre mediante un correo electrónico se hizo un llamamiento a todos los profesionales de todas las categorías interesados y motivados en temas de Salud Comunitaria que quieran enfrentarse a nuevos retos en este ámbito, para que entregaran su CV acompañado de una carta de motivación a la Dirección Asistencial de la GTCC. Se recibieron un total de 33 solicitudes de las que se seleccionó el grupo de SC.

Esta selección se basó en los siguientes criterios:

- Existencia de un grupo de profesionales interesados pertenecientes a un mismo Equipo de Atención Primaria (EAP).
- Motivación para participar en el proyecto.
- Formación y/o experiencia previa.

Una vez seleccionados los profesionales y las zonas donde se llevarán a cabo los pro-

yectos, se identificarán los otros agentes comunitarios del territorio. Para ello se contactará con ayuntamientos, servicios de Salud Pública, representantes de las asociaciones formales e informales, líderes de barrio, etc. Para que todos tengan una parte de representación y participación en un proyecto donde la comunidad es lo más importante.

Una vez identificados todos los agentes comunitarios se les formará en SC y Promoción de la Salud (PS). Los contenidos de dicha formación irán dirigidos a mostrar la evidencia de la influencia que los determinantes sociales tienen sobre la salud, la introducción de conceptos como son Salutogénesis y el modelo de activos en salud, así como también metodologías participativas y cualitativas.

El enfoque de esta formación pretende cambiar la perspectiva del modelo de déficit/problemas de salud hacia una perspectiva positiva que identifique potencialidades y recursos de que disponen las personas y comunidades⁶ y poder construir a partir de aquí. Este curso se realizará en la GTCC del ICS e incluirá a profesionales de AP y otros agentes comunitarios, para que, partiendo todos desde el mismo punto, se puedan crear alianzas y de este modo aumentar las garantías de éxito del trabajo en equipo.

Segunda fase del proyecto

En primer lugar se creará un grupo de trabajo de SC con los profesionales formados, que se reunirá periódicamente. En este grupo se integrarán profesionales clínicos de los EAP de la zona, profesionales de la GTCC no clínicos, responsables de salud pública y otros representantes de los diferentes agentes comunitarios.

Este grupo iniciará un proceso comunitario en una zona, que actúe como piloto y en la que participe todo el grupo de trabajo. La función del grupo de SC será la de crear una red sociosanitaria en la comunidad llevando a cabo intervenciones de promoción de la salud sobre la base de la evidencia científica.

El proyecto ASACO apuesta por un cambio de perspectiva de las actividades



en promoción de la salud que se están realizando en AP, y pasar de un modelo patogénico a un modelo salutogénico.

BENEFICIOS PARA LOS PROFESIONALES / POBLACIÓN

- Incremento del conocimiento de los profesionales sanitarios de las necesidades de salud y los activos en salud de la población.
- Mayor motivación en los profesionales de atención primaria.
- Aumento de la colaboración entre centros de salud, instituciones, asociaciones, etc. de la comunidad con el fin de crear alianzas y conseguir objetivos comunes.
- Mayor involucramiento de la población en el mantenimiento de su estado de salud.
- Mejor salud de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

En el tercer trimestre del año 2013 se prevé que el grupo de SC de la GTCC esté ya formado y dispuesto a comenzar su actividad. A medio plazo se podrán evaluar los proyectos comunitarios realizados y la satisfacción de profesionales y usuarios. ■

T Josep Vidal Alaball et al. Institut Català de la Salut.

Referencias

- ¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, 1978 [Último acceso 14/08/2012]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- ² Primera conferencia internacional en promoción de la salud. Ottawa, 21 de noviembre de 1986. Organización Mundial de la Salud, 1986 [Último acceso 14/08/2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- ³ Mullan F, Epstein L. Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. *Am J Public Health*. 2002; 92: 1748-55.
- ⁴ Cofiño R, Pasarín M, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26:88-93.
- ⁵ Ruíz-Giménez JL. Incorporación de un servicio sobre actividad comunitaria en el catálogo de prestaciones sanitarias del nivel de Atención Primaria. *Comunidad10*:54-7. [Último acceso 14/08/2012]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/documentos1.pdf>
- ⁶ Botello B, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2012. [Último acceso 06/11/2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>

Libros

Las buenas ideas

Una historia natural de la innovación

Steven Johnson

Turner, 2011. 336 págs.



Se trata de un libro de la serie escrita por el autor como son la invención del aire o sistemas emergentes. Steven ha sido fundador y colaborador de varias prestigiosas publicaciones y páginas web de divulgación científica; de hecho, éste sería el cierre de su trilogía sobre los orígenes de la innovación. Aporta al debate actual sobre innovación una nueva visión integradora, original y de enorme valor informativo. ■

Web

www.nutricion.org



La **Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (S.E.D.C.A.)** es una asociación formada por profesionales y personas interesadas en las Ciencias de la Alimentación y la Nutrición.

Como asociación, la principal característica es la multidisciplinariedad, asumiendo como imprescindible las aportaciones que, en los diferentes campos, realizan los distintos profesionales que en ellos trabajan: farmacéuticos, médicos, veterinarios, químicos, biólogos, diplomados en enfermería, dietistas, etc. La visión sanitaria y de Salud Pública es una constante en todas nuestras actividades.

Asimismo, y desde su constitución, la Sociedad Española de Dietética ha reconocido como tareas propias la formación continuada de sus socios - tanto a nivel teórico como práctico - y la extensión de los conocimientos de estos profesionales a la población, a menudo escasamente informada. Como consecuencia de lo anterior, la S.E.D.C.A., en todas sus actividades, ofrece visiones globales de los diferentes problemas y cuestiones alimentarias y nutricionales. Así como el estudio e investigación en temas de Consumo y Medio Ambiente.

Desde su fundación, ha realizado actividades en colaboración con profesionales y entidades, como el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Institutos de Nutrición, del Frío, de Fermentaciones), Universidad Complutense de Madrid (Facultades de Farmacia, Escuela Universitaria de Enfermería), Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Colegios Oficiales de Veterinarios, Enfermería, etc. ■



Josep Mª Monguet. Doctor en Ingeniería Industrial

“ Me atrevo a afirmar que sin diseño, sin las estrategias, el pensamiento y la gestión del diseño, no van a existir modelos de negocio sostenibles ni calidad para los usuarios finales.

JOSEP Mª MONGUET Doctor en Ingeniería Industrial, profesor de la Universidad Politécnica de Cataluña e investigador en i2Cat. Su trayectoria profesional ha estado siempre vinculada a la innovación, empezó como pionero de la aplicación de las tecnologías multimedia en España en 1985, combinando las incipientes tecnologías de video con la informática. Desde 2004 ha centrado su actividad en la innovación en salud mediante la aplicación de las TIC e internet. Monguet fue en 1997 el primer impulsor de los estudios de multimedia en la UPC y en la UOC, y actualmente es el director del programa de máster UPC-Telefónica "Diseño Negocio y Tecnología".

— **¿Qué hace un ingeniero industrial en el ámbito sanitario? ¿Cómo entró en contacto con este mundo?**

De forma casual, en 2004 se dirigió a mí una joven que tenía interés en orientar su doctorado hacia la aplicación de las herramientas multimedia como soporte a las terapias cognitivas en niños con TEA (Trastornos de Espectro Autista). Desde una predisposición inicial, que confieso era más de compromiso que otra cosa, mi interés fue *in crescendo*. Al conocer la relevancia y la prevalencia del TEA infantil, mi diagnóstico por impulso fue considerar que ese problema, que mi doctoranda quería investigar, ya tenía que estar más que resuelto. La lógica me decía que tenían que existir soluciones inclusive en el mercado.

Ante un problema de tal magnitud y con tecnologías multimedia, disponibles desde hacía 20 años, capaces de aportar herramientas y soluciones útiles, alguien tenía que haber trabajado en ello. Me tuve que rendir a la evidencia de un total déficit de innovación e inclusive de investigación en ese campo. Fuimos a Cambridge a visitar al experto número uno mundial para asegurarnos de que realmente no había nada. En ese momento intuí lo mucho que podíamos hacer los ingenieros por el sector de la salud y tomé la decisión de dar un giro total a mi carrera. Creo que acerté de pleno.

— Después de 8 años de contacto con el mundo sanitario, ¿qué es lo que aún le sigue sorprendiendo?

La verdad es que desde la perspectiva de un ingeniero-diseñador, podría decir sin exagerar, que vivo un cierto estado de "sorpresa permanente". Ver el sistema de salud desde fuera e ignorar los condicionantes imperantes en el sector puede ser, en ciertos casos, una ventaja, ya que a menudo la aplicación de la lógica más elemental, te lleva, sin más, al encuentro de grandes oportunidades de innovación. Déjeme ponerle algunos ejemplos: cuando pregunto a los responsables del bloque quirúrgico, ¿por qué no se aplica de forma sistemática el *check-list* en el quirófano?, las respuestas que recibo no pueden más que sorprenderme. ¿Por qué nadie sabe con cierta precisión lo que cuesta una transfusión?, ¿por qué no existe una agenda para reducir la alimentación enteral no oral en las decenas de miles de personas con disfagia?, ¿por qué no se consigue conectar formalmente el sistema de atención primaria con los hospitales?, ¿por qué un mismo proceso puede hacerse en media hora en un hospital y requiere dos horas en el hospital de al lado?

Es también sorprendente descubrir el limitado rol que se les da, o que se toman, los pacientes en el control de su propia salud. Cuando una persona con perfil emprendedor-innovador, se relaciona con el sistema de salud como usuario, descubre fácilmente grandes y abundantes déficits de "diseño" en los hospitales y en el sistema de salud en general.

La sorpresa tiene sin embargo otro interesante perfil, lo mucho que he aprendido en mi interacción con los profesionales de salud con quienes he tenido la oportunidad de colaborar.

— Desde una perspectiva tecnológica, ¿cuáles cree que son los retos principales que afrontan los servicios sanitarios?

En primer lugar he de decir que los retos no son tanto tecnológicos en sentido estricto, sino más bien se trata de retos relacionados con superar las dificultades para incorporar tecnología en las actividades de tratamiento y de seguimiento de la salud. Estoy convencido de que el gran desafío es superar las barreras a la innovación.

Percibo el sistema de salud como la difícil combinación de dos cosas que son en cierto modo como el agua y el aceite, los laboratorios farmacéuticos y los servicios de salud. Por otra parte, los servicios de salud yo los defino como un conjunto de islas de excelencia científica en un mar de procesos "a la deriva". Todas las innovaciones que sean capaces de mejorar la relación industria-servicios y servicios-servicios, son determinantes para proveer tratamientos de salud más eficientes y sostenibles económicamente. Leí recientemente en un artículo que las ineficiencias en el sistema de salud de EEUU se estiman en un 30%, como consecuencia de pruebas redundantes o de tratamientos erróneos e ineficientes. ¿Alguien se atreve a calcular las nuestras? Pero veamos el lado positivo, lo mucho que hay por hacer.

Los profesionales de la salud tienen una mina en sus manos, ya que de su talento y conocimientos pueden salir grandes desafíos, todo lo que necesitan son buenas metodologías para asegurar la viabilidad, el éxito y la sostenibilidad de sus iniciativas. Tanto el conocimiento como la toma de decisiones en el sistema de salud se encuentra en los capilares, en la relación médico-paciente. Así pues, mejorar la gestión de un sistema como el de la salud requiere un compromiso de todos los agentes en el desarrollo de "inteligencia colectiva". Uno de los roles fundamentales de la tecnología es el de facilitar justamente el desarrollo de esa inteligencia colectiva. Soy

consciente de que la digitalización de la información en el sistema de salud en su conjunto presenta limitaciones, pero es que tal como evolucionan las tecnologías de la información, hay que entender la digitalización como un proceso sin límite, que no se puede pretender que sea simétrico. Creo que es fundamental ayudar a los que sean capaces de progresar por su cuenta. La innovación no puede esperar.

En la mayor parte de los sectores económicos sometidos a reglas de competencia, las empresas han de innovar con cierta agilidad si no quieren ser barridas del mercado. Así que la inercia que presenta el sector de la salud a la innovación se debe en parte a la carencia de los alicientes y motivaciones que aportaría un mercado más competitivo. Que las autoridades sanitarias actúen en esa dirección es fundamental. Si no se premia al que lo hace bien y se castiga al que lo hace mal, todos salimos perdiendo.

El sector de la salud yo lo califico como un sector intensivo en liderazgo, con muchos profesionales capaces de inspirar y de motivar los recursos de conocimiento de las comunidades a las que pertenecen. Este es el activo clave para la innovación, y se podría afirmar que el reto es conseguir crear el entorno que maximice la capacidad de aportar de estas personas. La tecnología es hoy imprescindible para conseguir eso.

— ¿Qué innovaciones tecnológicas u organizativas cree que tienen más recorrido en los próximos años en sanidad?

Son muchas. Primero comento un ámbito de innovación concreto, la telemedicina, y luego uno más general, la innovación abierta y la participación.

Cuando las tecnologías de la información se utilizan como un canal para la entrega de todo tipo de servicios de salud, en primera instancia se eliminan las barreras derivadas de las distancias (espacio-tiempo), en segundo lugar se pueden ofrecer servicios aumentados, con más valor, y finalmente es posible empezar a cambiar, poco a poco, el propio paradigma de los servicios de salud a medida que se ha creado una nueva comunidad de aprendizaje.

La telemedicina como mera aplicación de las telecomunicaciones es ya casi de supermercado, lo interesante de la innovación en tele-asistencia es su diseño, para conseguir la adherencia de los pacientes, su aprendizaje y el seguimiento de su propio progreso. Es perfectamente posible conseguir reducciones drásticas de costos aumentando la calidad de la atención a los pacientes. Estos últimos años, trabajando con la Dra. Bascuñana en el Hospital de Sant Pau en Barcelona, hemos conseguido diseñar, mediante ensayos prácticos continuados, las estrategias adecuadas para apoyar las terapias de tele-rehabilitación. Pero al final lo que ha quedado, creo que tan importante como los prototipos e inventos, es el proceso y la comunidad de aprendizaje.

Le doy otra clave de la innovación en salud. Antes hemos comentado sobre el liderazgo como un activo, pues bien, una parte de ese liderazgo se ha de esforzar en conseguir la colaboración de los diferentes profesionales y agentes finamente implicados en el diseño de las nuevas soluciones.

Quería hablar en segundo lugar de la innovación abierta y la participación. Hay que construir dentro del sistema de salud espacios para estimular el pensamiento innovador y creativo, hay que crear comunidades de profesionales en los hospitales que se involucren con las ideas innovadoras que conducen a diseños y desarrollos productivos. Teniendo en cuenta la complejidad y el carácter multi-profesional del sistema de salud, la participación es una estrategia determinante. Se dibuja pues otro interesante ámbito de la innovación, el diseño de herramientas para promover la creación colaborativa de conocimiento, que faciliten la participación y la contribución real y amplia de los profesionales en el progreso del sistema de salud.

Otro tema de innovación urgente es el de la formación. No podemos funcionar con esquemas de *e-learning* del año de la "catapún", Internet 2.0 facilita el *just in time* en la actualización de conocimientos y el fortalecimiento de capacidades. Se han de aplicar modelos colaborativos de aprendizaje que combinan redes sociales y juegos. Si se

me permite el símil, hay que hacer una "transición democrática" asumiendo que todos tenemos algo que enseñar y tanto que aprender.

— Ha utilizado varias veces la palabra **diseño**, ¿qué papel puede jugar el **diseño en la mejora de los servicios de salud?**

El diseño es lo que nos habla y nos explica las cosas. Pensemos en por qué compramos un iPad, en términos tecnológicos eso es una caja negra, es el diseño el que nos explica, nos sugiere y nos despierta el interés. En estos últimos años, el diseño ha seguido una trayectoria espectacular, pasando de ser un tema de "artes aplicadas" a la producción industrial o la arquitectura, a convertirse en un impulsor definitivo de la innovación. El diseño es pues un factor clave, tanto para aplicar tecnología como para mejorar las organizaciones. El pensamiento de diseño se podría definir como el manejo simultáneo de creatividad, razón y emoción. Diseñar es conjugar la conceptualización con la implantación y ensayo de propuestas. Existen múltiples estrategias de diseño desde la aplicación de evidencia, como en el caso de la ergonomía, hasta formatos de diseño libres y abiertos en los que se buscan nuevos enfoques o servicios que están por inventar.

Cualquier diseñador con mentalidad de innovador que entre en contacto y estudie un poco a fondo el sistema de salud descubrirá enseguida múltiples objetos y procesos por rediseñar. Eso no significa en ningún caso quitar valor a lo que el sistema de salud es hoy, sino todo lo contrario, multiplicar su valor. El diseño no es valor añadido, el diseño es lo que permite maximizar el valor a lo largo de toda la cadena, y para ello ha de estar presente como un factor más desde la concepción inicial de los servicios y los productos hasta su seguimiento operativo. La disciplina del diseño es la que equilibra con máximos, satisfacción de los usuarios, viabilidad económica y rendimiento. Me atrevo a afirmar que sin diseño, sin las estrategias, el pensamiento y la gestión del diseño, no van a existir modelos de negocio sostenibles ni calidad para los usuarios finales.

Otra cosa que está encima de la mesa el denominado *big data*, nos equivocamos

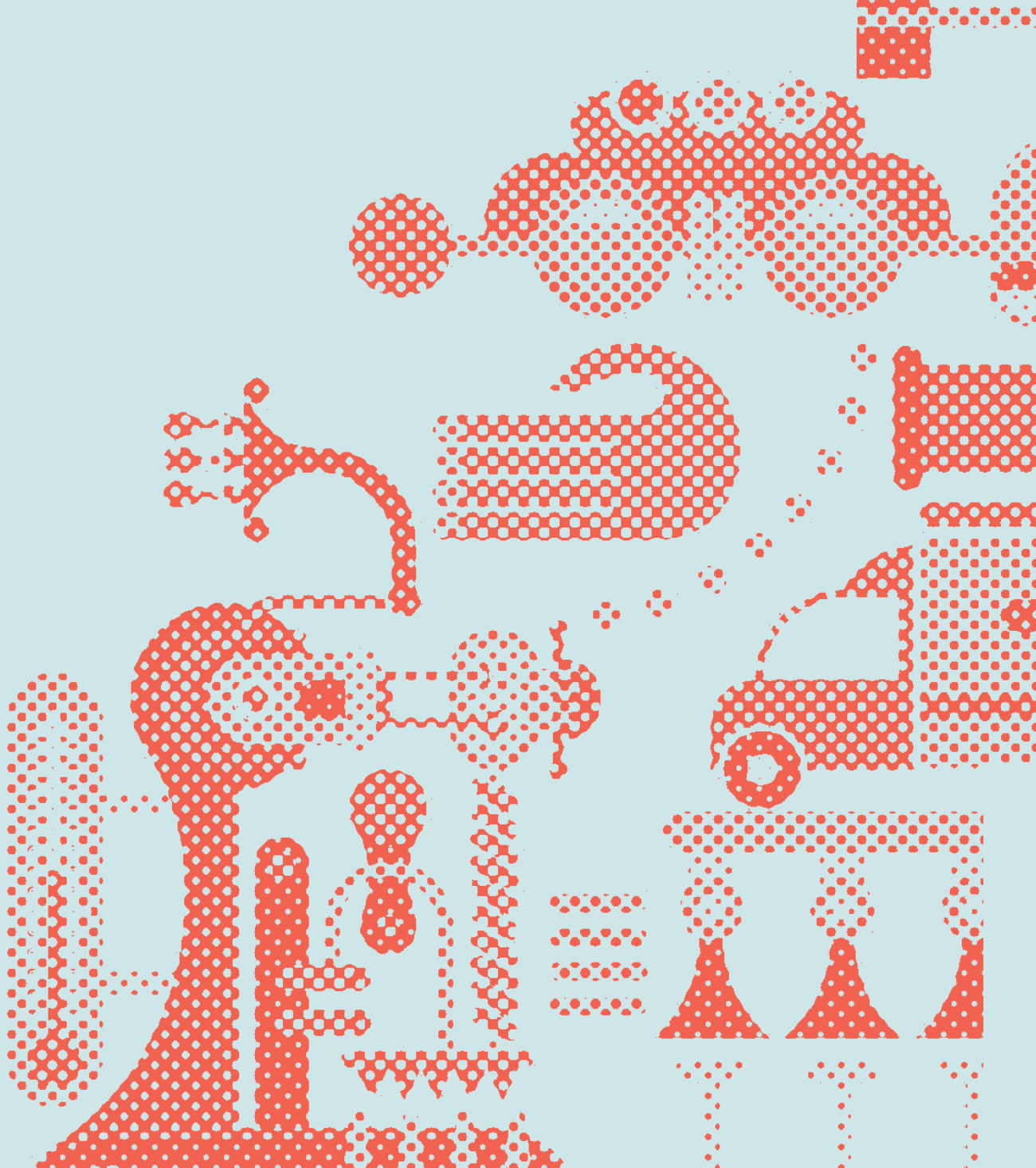
si pensamos que eso es fundamentalmente un tema de tecnología y de minería de datos. Generar primero y explotar luego de forma inteligente la gran cantidad de datos del sistema de salud tiene mucha dosis y disciplina de diseño, si entendemos que los datos los generan y los acaban aprovechando multitudes de usuarios, desde pacientes hasta profesionales.

— ¿Cómo puede contribuir la **conexión diseño - tecnología a mejorar los modelos de negocio en el sistema de salud?**

La crisis actual, como dijo alguien, es en realidad una guerra a escala global por los puestos de trabajo, y a mi modo de ver una de las batallas pasa por promover una alianza salud- diseño que permita ver los servicios de salud como un espacio de oportunidades en lugar de una fuente de gastos. La salud ya supone en algunas economías el 18% del PIB.

Los problemas derivados de las ineficiencias en los procesos de prevención, tratamiento, diagnóstico y seguimiento de nuestra salud, son pretextos excepcionales para que diseñadores e ingenieros, con el liderazgo de los médicos, vayan modelando, paso a paso, el nuevo paradigma de mejora constante del sistema de salud. Un tema no menor, es que si somos capaces de desarrollar ese paradigma y construir los espacios de trabajo correspondientes, muchos jóvenes encontrarán sus opciones de realización personal-profesional contribuyendo a rediseñar los procesos de salud. Sólo por eso ya merece la pena todo este esfuerzo. ■

E Tino Marti. Economista de la salud. 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