



# BIGS

BOLETÍN  
INNOVACIÓN Y GESTIÓN  
SANITARIA

Una publicación de BSalut | Núm. 06 | [www.bigs.es](http://www.bigs.es)

LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE |  
EL PROFESIONAL SANITARIO Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE EN LA RED | ECO AP |  
COMISIÓN DE ÉTICA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. EMPEZANDO UN CAMINO

**EXISTE UN DOCUMENTO** que desde hace cuatro años todos esperamos que es el informe sobre los diez temas candentes de la sanidad española de la consultora PriceWaterhouseCoopers (PwC). Este año el documento no tiene desperdicio y pienso que es de obligada lectura. Quizás se le puede criticar, siempre de manera constructiva, que falta algún punto dedicado a la Salud Pública y a un enfoque centrado en la prevención, siempre necesaria pero sobre todo en tiempos de crisis.

Nos presentan diez temas que estarán o deberían estar de actualidad durante, como mínimo, el 2013.

**Se abordan los siguientes puntos :**

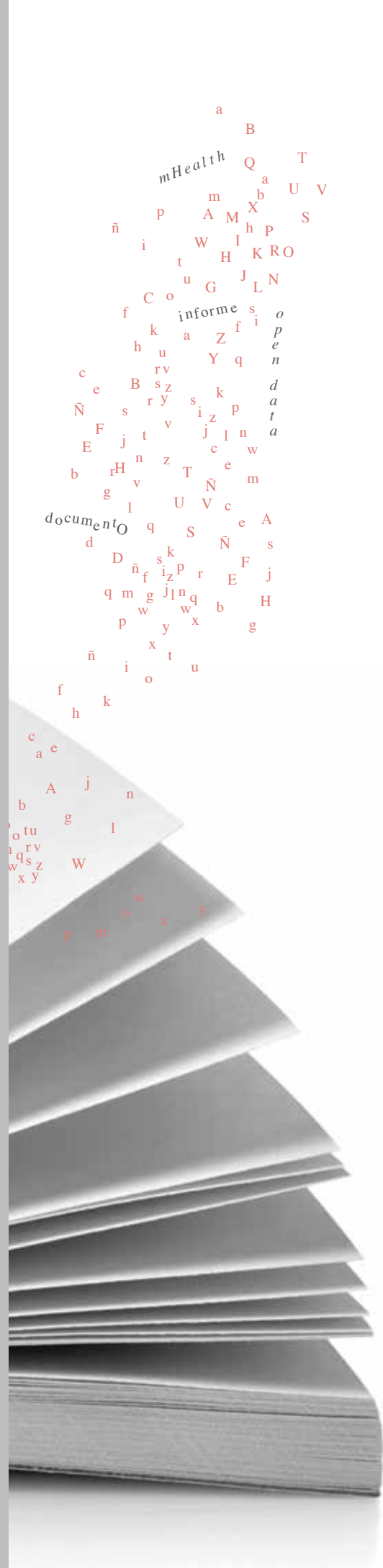
1. Si hay que recortar, que sea con criterio.
2. La *mHealth*: una forma viable de mantener prestaciones.
3. Contar con los profesionales, la única y legítima forma de avanzar.
4. Una necesidad no resuelta en nuestro país: hospitales de cuidados intermedios.
5. La salud cada vez más un sector global: internacionalización de las empresas de salud.
6. Industrias farmacéuticas y de tecnología médica: de suministradores a socios estratégicos.
7. Garantizar el acceso de los pacientes a la innovación.
8. La sanidad tiene que acostumbrarse a los procesos de concentración y a los "nuevos entrantes".
9. Medicina Personalizada: no es una moda, ha venido para quedarse.
10. Liberando datos: hacia el *open data* en salud.

De una manera u otra en BIGS estamos tratando los temas que propone el informe. En este número tocamos el punto 2 hablando sobre la relación de los profesionales con los pacientes a través de la red y Joan Gené nos hace una aproximación sobre cómo la innovación vendrá de la mano de los pacientes y profesionales.

Seguro que durante los próximos números seguiremos profundizando desde una aproximación de innovación, atención integrada, ética y TICs en cada uno de los temas que propone el informe.

Los tiempos de crisis deben servirnos para dotarnos del coraje suficiente para afrontar cambios estructurales de nuestro sistema de salud, centrándonos en las personas, contando con ellas, y buscando siempre el máximo valor de aquello que hacemos.

Como siempre, esperamos que BIGS os sirva de ayuda y que número a número podamos contribuir con nuestro granito de arena a producir el cambio del sistema.



# LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Es un error asociar innovación a investigación o a avance tecnológico. Las nuevas iniciativas no surgen de las secciones de I+D de las empresas, sino que aparecen en la calle. Salen del uso que la gente hace de las cosas y de los servicios.

Un ejemplo sencillo son las maletas. Ahora todos vamos al aeropuerto arrastrando nuestra maleta, pero hace escasamente veinte años las teníamos que sostener. Seguro que el primer fabricante de maletas con ruedas no hizo más que copiar a algún viajero que cansado de acarrearla, decidió ponerle unas ruedecillas. El empresario innovador se limitó a fabricar lo que había visto en la calle. En los servicios sanitarios ocurre exactamente lo mismo. La innovación no se deriva de los avances científicos y tecnológicos, sino del uso que hacemos de ellos. Al igual que sucede con las maletas, son los profesionales y los pacientes que los utilizan los que pueden descubrir la mejor forma de sacarles provecho. Esta idea está revolucionando el liderazgo de los sistemas sanitarios.

La crisis económica no es un problema pasajero, sino un cambio en el entorno que persistirá durante los próximos años. Esta nueva situación obliga a replantear el modelo de los servicios de salud surgidos a mediados del siglo pasado. No existe una solución técnica que nos permita

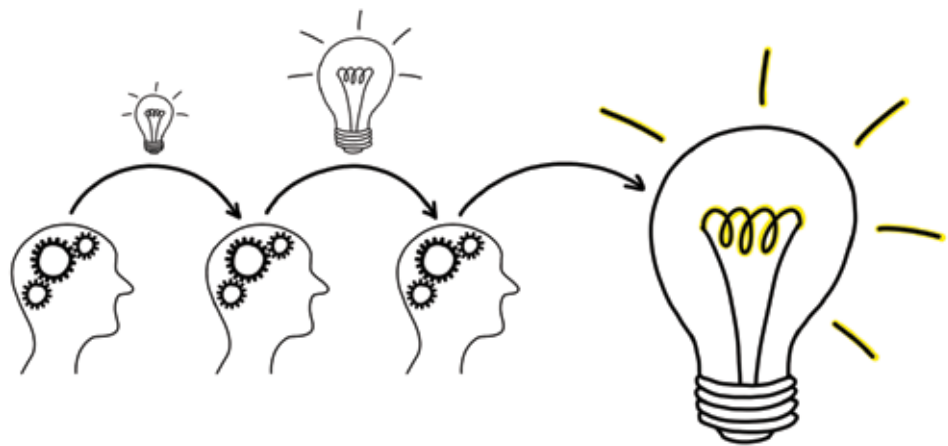
reformar nuestro sistema de salud para que siga siendo universal y sostenible, a pesar de que los políticos digan lo contrario. Básicamente porque los avances técnicos han sido, en parte, responsables de esta nueva situación. La medicina ha transformado en enfermedades una serie de condiciones que no sabe curar y las nuevas tecnologías diagnósticas han multiplicado el número de pacientes con enfermedades severas, sin que este mayor número de personas etiquetadas ni los avances terapéuticos alcanzados hayan podido modificar significativamente la mortalidad por estas causas en los últimos años.

No nos enfrentamos a un problema técnico que tenga una solución publicada en *Medline*. Debemos resolver un problema adaptativo. Como señala Ronald A Heifelt, **las soluciones a los retos adaptativos no están al alcance de los directivos, sino en la inteligencia**



**colectiva de los empleados de todos los niveles.** Precisamos un tipo de liderazgo que en lugar de proteger a la gente de las amenazas externas, haga que los directivos permitan que todos conozcan la cruda realidad para estimular el trabajo adaptativo. Curiosamente, este tipo de liderazgo es excepcional en nuestro sistema de salud. Trabajamos en un entorno tremendamente jerárquico. Los gerentes, los jefes de servicio o los catedráticos deciden cómo se organiza su servicio. Un ejemplo de esta línea de pensamiento es el modelo retributivo de pago por desempeño popularizado a principios de este siglo. Los directivos fijan unos objetivos a los profesionales que reciben unos incentivos por cumplirlos. En definitiva, marcan lo que deben hacer y cómo deben organizarse. ▶

Ahora conocemos que esta visión jerárquica no favorece la innovación. Al contrario, la inhibe. Desaprovecha toda la creatividad y capacidad innovadora que tienen los profesionales y los pacientes. Por este motivo, se está avanzando hacia el denominado **liderazgo compartido**. Sabemos que las organizaciones con el personal más involucrado prestan una atención más satisfactoria, reducen errores, tienen menores tasas de infección y de mortalidad, mejor gestión económica, están más motivados y muestran un menor absentismo. Los países más avanzados están abandonando este liderazgo jerárquico en el entorno sanitario. Aparecen estrategias para conseguir que tanto profesionales asistenciales como pacientes compartan la responsabilidad de las decisiones de gestión. Se intenta huir de aquellos gerentes heroicos que tomaban en solitario decisiones "difíciles" y conseguían que los profesionales y los pacientes las cumplieran. Ahora se busca que todos los implicados en el proceso asistencial participemos en la toma de decisiones. Los nuevos líderes deben ser capaces de serlo a través de los diferen-



tes servicios y empresas sanitarias, incluso fuera de los servicios de salud, dada la importancia que está adquiriendo la integración de servicios. En Cataluña, esta nueva perspectiva del liderazgo clínico está en el discurso del Plan de Salud, pero no se aplica en los centros. Seguramente los directivos saben que deben cambiar, pero están demasiado atareados con el día a día. Este cambio no se producirá espontáneamente, ni por la buena voluntad de algunos gerentes. Únicamente se aplicará el modelo de liderazgo compartido si se implantan sistemáticamente políticas orientadas a implementarlo en diferentes ámbitos del sistema. Por ejemplo, se debería formar a todos los líderes clínicos y se debería introducir mecanismos formales de participación en los centros. Su implicación debe abarcar tanto los aspectos organizativo-asistenciales como de gestión y gobierno de las instituciones en las que trabajan.

El cambio demográfico ha hecho que la atención a las patologías crónicas sea el principal reto del sistema de salud. Es un fenómeno nuevo, que obliga a introducir cambios en el modelo de atención sanitaria. Actualmente todavía no disponemos de suficiente evidencia científica sobre el cambio del modelo asistencial que debemos de introducir. Sin embargo, los sistemas de salud dictan programas de cronicidad como si de un problema técnico se tratara. No entienden que, de nuevo, estamos ante un reto adaptativo en el que, tanto profesionales como

pacientes, debemos trabajar conjuntamente para innovar a nivel local, evaluar las pequeñas reformas y, a partir de los datos y la reflexión, crear conocimiento efectivo que nos permita avanzar. Las redes sociales, los blogs o las comunidades virtuales de pacientes muestran la inteligencia colectiva de los pacientes para mejorar los servicios de salud. Esta información, despreciada hasta ahora, se está convirtiendo en una fuente importante de inspiración para las innovaciones sanitarias. Es preciso avanzar desde la experiencia del paciente experto, hacia la consideración del paciente como un igual que contribuye con su conocimiento a la solución de sus propios problemas de salud y los de su comunidad.

La crisis económica, el envejecimiento de la población y los nuevos valores de la sociedad que exige más transparencia y participación, obligan a replantear el modelo sanitario. Es preciso liderar este cambio entendiéndolo como un reto adaptativo, sin visiones ideologizadas, partiendo de la evaluación de la práctica clínica y contando con la participación de profesionales y pacientes para buscar innovaciones que hagan un sistema sanitario más efectivo y sostenible. Hemos de copiar al que se le ha ocurrido poner unas ruedas a la maleta. ■

“Las redes sociales, los blogs o las comunidades virtuales de pacientes muestran la inteligencia colectiva de los pacientes para mejorar los servicios de salud.”

**T Joan Gené Badia.** Médico de Familia. ICS-CAPSE- Universidad de Barcelona.

# EL PROFESIONAL SANITARIO Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE EN LA RED

En los últimos tiempos, los temas relacionados con la salud han cobrado un interés creciente entre los ciudadanos. Así lo demuestra el último Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas correspondiente al mes de enero, en el que la sanidad ocupa el quinto puesto en la percepción que tienen los españoles de los principales problemas del país, por detrás del paro, la economía, la política y la corrupción.

**L**os ciudadanos son cada vez más conscientes de que el cuidado de la salud tiene que ver con la adopción de patrones saludables a lo largo de toda la vida. Por ello demandan información clara y fiable que les ayude a conocer cómo mejorar su bienestar.

Internet y las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) han supuesto una revolución en este ámbito. Cada vez son más las personas que recurren a la Red para responder a sus inquietudes o compartir experiencias.

El auge de Internet se confirma en el estudio Health Pulse 2012: de las 14.518 personas mayores de edad entrevistadas en 13 países, el 87% reconoció que había recurrido a la Red para obtener información sobre su salud, principalmente sobre fármacos, realizar un autodiagnóstico o recibir consejo sobre algún problema de salud.

En el caso concreto de España, son un 48,3% de los internautas que usan Internet como fuente de información sobre salud, según el estudio *Los ciudadanos ante la e-sanidad* del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad.



El usuario tipo suele ser un individuo (principalmente mujer y joven) que se siente preocupado por un problema que le afecta a él mismo o las personas de su entorno más cercano.

En cuanto a fuentes de información, es creciente el número de quienes se fijan más en la apariencia y la presentación de una web que en su contenido.

El mismo estudio pone en evidencia que las webs privadas, aquellas que pertenecen a canales de televisión y empresas de productos, son las más consultadas. Sin embargo, las webs de publicaciones médicas y las de instituciones sanitarias lideran la valoración de confianza.

**Consecuencia:** ha dejado de ser una anécdota que los pacientes pregunten a su médico o enfermera por alguna información leída en Internet o por la recomendación de algún otro paciente en la Red.

Los pacientes lideran un cambio en la relación con el profesional. Han dejado el tradicional rol de desconocimiento, pasivo, sin quejas para tomar las riendas de su salud en una estrecha colaboración con su médico o enfermera. Sin embargo, las ganas de iniciar esta nueva aventura no son correspondidas. ▶



“ El 82% de los profesionales sanitarios menores de 45 años accede a Internet diariamente en busca de información médica.

### INTERNET, SÍ; PERO A NIVEL PROFESIONAL

Un estudio realizado por investigadores españoles y publicado en la revista *Atención Primaria* analizaron la opinión de 660 médicos del Sistema Nacional de Salud (330 de atención primaria y 330 de hospitales) en las provincias de Alicante, Madrid, Zaragoza y Huesca.

Los resultados mostraron que para un 31% de los médicos, Internet complica su relación y mina su credibilidad ante los pacientes. Además, sólo un 20% de los encuestados afirmó que Internet incrementa la autonomía del paciente.

Para los profesionales sanitarios, las principales desventajas que ofrece la Red en relación con el paciente son la escasa fiabilidad y calidad de los documentos médicos y el exceso de información que puede llegar a acceder el paciente.

No obstante, el uso de las TIC a nivel profesional es cada vez mayor entre los

facultativos. Según un informe elaborado por Google junto a la Manhattan Research, el 82% de los profesionales sanitarios menores de 45 años accede a Internet diariamente en busca de información médica. Sobre todo, para resolver dudas que surgen durante la consulta con el paciente.

El uso de la Red entre los profesionales mayores de 55 años es ligeramente menor. Sin embargo, el mismo estudio demuestra que ambos son partidarios de conectar con otros facultativos a través de Internet y participar en iniciativas profesionales.

Estos datos indican que el profesional sanitario posee conocimientos y formación en nuevas tecnologías pero no en comunicación 2.0. Conoce cómo utilizar las herramientas 2.0 pero no el uso que puede hacer de éstas en su práctica profesional diaria en relación con el paciente.

### COMUNICACIÓN 2.0: RETO Y NECESIDAD

El paciente reclama con mayor frecuencia conectar con su médico: al 60% de los internautas españoles le gustaría poder comunicarse directamente con su doctor vía *email* y al 58% le gustaría hacerlo a través de un *chat online*, según el *III Estudio Bupa-Sanitas Health Pulse*.

Actualmente hay dos tipos de profesionales: los que ya interactúan, colaboran y participan con el paciente en la Red y los que de una forma u otra, acabarán haciéndolo.

Los profesionales sanitarios deberán estar preparados para compartir información de calidad en Internet y responder a las expectativas de los pacientes más informados. No es una moda. Es un hecho social y, por lo tanto, un nuevo reto profesional. ■

**T Laura Dieguez.** Periodista. Miembro de BSalut.

# Eco AP.

## INTEGRANDO LAS ECOGRAFÍAS CLÍNICAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

**L**a ecografía ocupa un lugar preeminente como prueba complementaria de exploración; es en la mayoría de casos la primera prueba de imagen utilizada en Medicina, por delante de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y la Resonancia nuclear magnética (RNM).

La calidad de la imagen en las partes blandas es comparable a la RNM, superior al TAC y muy superior a la radiología simple.

Por otro lado, supone un nuevo método diagnóstico para el médico de familia, que permite el estudio rutinario y su seguimiento de forma inocua, rápida, con un coste cada día más bajo y muy fiable.

Se trata de una técnica dinámica, cosa que permite la valoración de la funcionalidad de las estructuras y a la vez detectar con más facilidad determinadas lesiones.

En definitiva, nos facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica, y una derivación más precoz y más eficiente, dirigida al especialista pertinente en función de la patología diagnosticada. ▶

## ¿CUÁLES HAN SIDO NUESTROS OBJETIVOS?

1. Generalizar la aplicación de la ecografía clínica a la AP, de forma progresiva.
2. Aumentar la resolución de los médicos.
3. Aumentar su competencia en ecografías abdominales de baja complejidad, reno vesicales, escrotales, tiroideas, músculo esqueléticas y valoración en situaciones de urgencias (protocolo *fast*).
4. Acercar la realización de estas pruebas a la Atención Primaria, descentralizada en tres puntos de atención, evitando el desplazamiento de los pacientes a Barcelona, en algún caso.
5. Aprovechar al máximo los ecógrafos instalados.

## ¿CÓMO NOS HEMOS FORMADO?

**Todos los médicos que iniciamos el proyecto hemos realizado:**

### Curso de ecografías de la SEMG o similar

Curso efectuado por la "Sociedad Española de Medicina General" (SEMG). Consta de un curso intensivo de 100 horas en 10 días, dirigido a médicos de primaria (<http://www.semg.es/seccionco/cursos.htm>).

### Formación tutorizada

Inmediatamente después de la realización del curso, se sigue con la formación en servicio de radiología de la zona, con una dedicación de entre 10 y 15 horas mensuales por profesional a cada lugar.

La metodología consiste en la realización de la ecografía por parte del médico de familia y posteriormente por el radiólogo, comentando los resultados.

Este período de formación se mantiene hasta la concordancia esperada del 80%, en la interpretación por parte del médico y del radiólogo.



## ¿CUANDO INICIAMOS LAS ECOS EN EL CAP?

Cuando la concordancia en la interpretación se mantiene, se inicia la realización en los centros donde hay una dotación de ecógrafo y sin la tutorización anterior.

Se mantendrá durante todo el período actividades de formación continuada en el servicio de diagnóstico por la imagen, de forma periódica y se facilitará toda la formación posible al respecto (SEMERGEN, CAMFiC,...)

### ¿Cómo informamos los resultados?

A través de la creación de un manual de estilo para así poder unificar los informes de resultados a todos los niveles asistenciales. Se ha elaborado un documento donde se definen:

1. la estructura de los informes
2. el tipo de lenguaje (léxico y sintaxis) utilizado para describir los resultados

### ¿Cuáles han sido los resultados principales?

→ Durante el 2010 se formaron dos médicos de familia (tanto de la parte teórica como la práctica) y se negoció la incorporación de un tercer médico al proyecto.

→ Se realizaron dos talleres prácticos (ecografía tiroides y caderas en recién nacido).

→ Un médico de familia continúa su formación a través de diversos cursos organizados por el GTE

Semerger, con el objetivo de afianzar conocimientos y ampliar, de forma ordenada, la posible "cartera de servicios".

→ Durante el mes de marzo de 2010 se inicia la actividad, a cargo de un médico de familia, con la realización de ecografías reno-vesicales para todos los EAP desde el SDPI de Martorell

→ En el mes de abril de 2011, se inicia la actividad en el EAP de Pallejà, con la realización de ecografías abdominales, reno-vesicales, escrotales, tiroideas y estudio de adenopatías.

### ¿Cuál ha sido nuestra actividad?

Durante este período, 2011-2012, se han realizado 1.174 pruebas; un 39% ecos.

Se han realizado casi todas las pruebas a la población adulta (46% mujeres y 54% hombres)

→ Se han realizado principalmente ecografías reno-vesicales (929, 79%)

→ Los principales motivos de consulta tienen relación con cálculos renales, hematuria y cistitis de repetición, en relación con las reno-vesicales.

→ En las abdominales, destacan el estudio de transaminitis y esteatosis hepática.

→ En las de cuello, el estudio del tiroides y las adenopatías.

→ Subjetivamente, el grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales es muy elevado.

Debería de ratificarse mediante una encuesta.

## CONCLUSIONES

La ecografía clínica realizada por médicos de familia en Atención Primaria nos permite aumentar la seguridad en la toma de decisiones y en el manejo de la clínica, disminuyendo la incertidumbre tanto del médico como del paciente en muchas situaciones.

Aumenta la capacidad resolutoria y evita derivaciones innecesarias, incidiendo a la vez en las listas de espera de determinadas especialidades, y lo más importante es que incrementa y consolida el grado de satisfacción y la relación de confianza médico-paciente. ■

T Pere Guirado Vila. EAP Pallejà.

## Evaluación Eco AP

	Pallejà	M10	M11	M12	TOTAL
<b>Hombres</b>	202	146	237	51	<b>636</b>
<b>Mujeres</b>	157	137	206	38	<b>538</b>
<b>Edad</b>					
<b>Niños</b>	4	4	0	0	<b>8</b>
<b>Adultos</b>	355	279	443	89	<b>1166</b>
<b>Tipo</b>					
<b>RV</b>	144	265	435	85	<b>929</b>
<b>ABD</b>	175	4	4	4	<b>187</b>
<b>TIR</b>	37	10	3	0	<b>50</b>
<b>Otros</b>	3	4	1	0	<b>8</b>
<b>Quien las hace</b>					
<b>Radiólogo</b>	0	679	855	265	<b>1799</b>
<b>MF</b>	359	283	443	89	<b>1174</b>
<b>Reno vesical</b>					
<b>Quiste renal</b>	3	5	6	1	<b>15</b>
<b>Pielonefritis</b>	3	4	8	2	<b>17</b>
<b>Lumbalgia</b>	4	3	3	1	<b>11</b>
<b>IR crónica</b>	0	10	11	1	<b>22</b>
<b>HBP</b>	11	9	36	3	<b>59</b>
<b>Cólico renal</b>	35	31	88	18	<b>172</b>
<b>Cistitis</b>	17	15	36	11	<b>79</b>
<b>Incontinencia</b>	2	2	14	2	<b>20</b>
<b>Hematuria</b>	20	16	74	12	<b>122</b>
<b>Dolor abdominal</b>	29	8	0	0	<b>37</b>
<b>Agnesia renal</b>	0	0	2	0	<b>2</b>
<b>HTA</b>	8	0	11	2	<b>21</b>
<b>Abdomen</b>					
<b>Cirrosis</b>	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Cálculo biliar</b>	6	0	0	0	<b>6</b>
<b>Esteatosis</b>	11	0	0	0	<b>7</b>
<b>Hemangioma</b>	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Trombocitopenia</b>	5	0	0	0	<b>5</b>
<b>Transaminitis</b>	13	0	0	0	<b>13</b>
<b>Tumor maligne</b>	0	0	2	3	<b>5</b>
<b>Cuello, tiroides, testículo</b>					
<b>Cuello</b>	3	2	3	0	<b>8</b>
<b>Adenomegalia</b>	2	2	0	0	<b>4</b>
<b>Hipotiroidismo</b>	3	0	0	0	<b>3</b>
<b>Orquitis</b>	2	0	0	0	<b>0</b>
<b>Otros</b>					
<b>Sin especificar</b>	122	166	131	20	<b>439</b>

Evaluación ECOS 03/ 2010\_03/2012

## Referencias

"Programa de implantación de la ecografía en atención primaria del Servicio Extremeño de Salud". Junta de Extremadura.

Lemos Zunzunegui, J.; Amorós Oliveros, J.; González Durán, C. *ABC de la ecografía abdominal*, 1ª ed. Madrid, 2002.

Noguér Bou, R.; Armendariz Tirapud, J.J.; Montero Pérez, F.J.; Jiménez Murillo, L. "Ecografía rápida para el traumatismo abdominal cerrado", en: *Medicina de urgencias y emergencias*, 4ª ed. Barcelona, 2009, p. 1082 - 1083.

Marín, J.M. "Estudio de la ecografía abdominal", en: *Guía de actuación en Atención Primaria*, 3ª ed. Barcelona: Semfyc, 2006, p. 2030-33.

Monteverde, X. "Estudio de la ecografía de las vías urinarias", en: *Guía de actuación en Atención Primaria*, 3ª ed. Barcelona: Semfyc, 2006, p. 2034-36.

Monteverde, X. "Estudio de la ecografía de genitales masculinos", en: *Guía de actuación en Atención Primaria*, 3ª ed. Barcelona: Semfyc, 2006, p. 2037-39.

Hurtado, L. "Estudio de la ecografía ginecológica", en: *Guía de actuación en Atención Primaria*, 3ª ed. Barcelona: Semfyc, 2006, p. 2040-43.

Castellano, J.; Bergaz, F.; Benavides, M.V. "Curso de formación básica en ecografía abdominal para médicos de Atención Primaria", en: *Cuaderno de apuntes*. Madrid: Emergen, 2009.

Domínguez, E.; Herrería, A.; Martínez, M.C. *Ecografía clínica en Atención Primaria*.

Tan, A.; Brian, E. "Emergency department ultrasound and echocardiography", in: *Emerg Med Clin N Am*, 2005, no. 23, p.1179-94.

Conde, O. *Ecografía en Atención Primaria*. Instituto de Salud Carlos III, 1998.

Szabo. *Diagnostic ultrasound imaging: Inside out*. Londres: Elsevier, 2004.

Díaz Rodríguez, N. *Ecografía musculoesquelética del hombro normal: técnica ecográfica*. Vigo: GTE, 2000.

Hofer, M. *Ultrasound teaching Manual*. Nueva York: Thieme, 1999.

Seagar, A.; Liley, D. *Basic principles of ultrasound imaging system design*. Biomedical Imaging, 2002.

Block, B. *Color Atlas of ultrasound anatomy*. Thieme, 2004. RUPOTRABAJOE

Bates, A. *Abdominal ultrasound*. London: Churchill, 2004.

Van Holsbeeckl. *Ecografía musculoesquelética*, 2ª ed. Chicago: Marban, 2002.

Schmidt, G. *Diagnostico diferencial en ultrasonido: atlas para la enseñanza*. Amolca, 2010.

# COMISIÓN DE ÉTICA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. EMPEZANDO UN CAMINO

**D**esde mediados del siglo xx, los avances tecnológicos generales y concretamente los relacionados con la Atención de la Salud, presentan un desarrollo vertiginoso. Si revisamos textos de hace sólo 50 años, un tiempo muy corto en relación con lo que disponemos de Historia de la Medicina, podemos ver cómo la práctica médica tiene poca similitud con la actual. Sólo señalar que el tratamiento con Penicilina se utiliza de forma no experimental desde 1944, hace menos de 70 años.

Paralelamente a esta situación, podemos repasar algunas prácticas terapéuticas o experimentales, particularmente después de la I Guerra Mundial y el periodo final de la Segunda, que nos piden establecer límites y sistemas de auditoría sobre la actividad médica con el fin de conciliar la técnica con la esencia de los seres humanos.

En este escenario nace la **Bioética**, primero como correctora de algunos hechos y luego como una herramienta para facilitar la reflexión sobre la moral de la práctica médica.

Se forman Comités de Bioética en el seno de hospitales donde la línea entre vida y muerte y las posibilidades técnicas están más cercanas, ayudando a muchos profesionales a resolver dudas que podrían poner en conflicto sus propios valores.

Pero ¿y en la Atención Primaria (AP)? ¿Hay lugar para el razonamiento ético y la organización de grupos de ética de AP? La revisión de las experiencias existentes



en sociedades de Medicina de familia en nuestro país y en otros del mundo, nos evidencia este movimiento, que da soporte a los profesionales sanitarios en cuestiones sensibles como por ejemplo el aborto o la situación de final de vida, frecuentes en nuestras consultas.

Además, nos encontramos con ciudadanos, cada vez mejor informados y dispuestos a ser partícipes o directores en sus procesos de Salud, y con mayor capacidad para decidir por ellos mismos; el rol del paciente pasa a participar de forma activa en la toma de decisiones sobre la propia salud.

En un Centro de Salud de Barcelona, en el que conviven dos equipos de AP pertenecientes al Institut Català de la Salut (ICS), un grupo de profesionales de todos los estamentos iniciaron a mediados del 2012

un grupo de Ética. En un principio, fue impulsado por el interés en el tema y para hacer partícipes a los compañeros de la inquietud de dar una atención no sólo con excelencia tecnológica sino basada en unos valores que se consideraron de gran importancia.

Inicialmente, el grupo decidió la elaboración **Código Ético** para el centro, donde se fueron conformando las normas de buena práctica basada en valores y en los principios de la Bioética, aplicables a los trabajadores y usuarios, a partir de códigos de Asociaciones profesionales, y del propio ICS; seguidamente se recogieron propuestas de expertos en bioética, tanto de aquí como de otros países. Este código fue presentado a toda la plantilla de profesionales y considerado como reglas a seguir por todos haciéndose público para conocimiento de los ciudadanos.



Partiendo de los principios generales de la Bioética: **No Maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Equidad**, se eligieron los siguientes valores como propios del equipo:

1. **Confianza y confidencialidad**
2. **Respeto**
3. **Transparencia**
4. **Integridad**
5. **Competencia técnica**
6. **Cooperación**
7. **Innovación**
8. **Identidad Corporativa e Imagen**
9. **Humildad**

Cada uno fue desarrollado con líneas a seguir y otras a evitar, y se hizo un resumen a modo de decálogo para exponer públicamente en los tableros de información.

El grupo sigue en marcha, animado por los compañeros y la dirección, organizándose como consultores frente a las dudas del equipo y para valorar nuevos procesos a

implementar desde el punto de vista de la Bioética.

Hasta la actualidad se ha trabajado en ocho temas o dilemas como son la Seguridad del Paciente y los medicamentos, la Confidencialidad en los centros, la atención al Final de la Vida, entre otros, siempre con el objetivo en el centro, su funcionamiento, sus circuitos y la influencia del entorno y la comunidad, en términos de mejora continua. Se trabaja también en búsqueda y recogida de bibliografía y de una colección de películas relacionadas con el tema. Se realizan reuniones periódicas para compartir las reflexiones realizadas y mejorar las prácticas.

La percepción hasta ahora es de gran satisfacción tanto de los componentes del grupo, de profesionales de los equipos y de la Dirección. Se han recibido muchas consultas y se ha trabajado de manera coordinada sobre muchos de los temas propuestos.

Creemos que conciliar técnica y valores humanos globales es tarea de los que trabajamos por la salud, tan importante como una buena atención a un traumatismo o a cualquier otro proceso de atención. Gana el paciente en autonomía, adquiriendo responsabilidad sobre su proceso, y ganamos los profesionales al sentirnos apoyados en momentos difíciles, cuando las decisiones éticas afectan tanto o más que las técnicas.

Como dice el proverbio, "es fácil tener conocimientos, lo difícil es adquirir sabiduría". Tal vez hemos dado el primer paso. ■

**T Montse Espuga.** Metge de Família.  
Grup de ètica, CAP Pare Claret, Barcelona.

# Libros

## Innovación 2.0

¿Por qué cuando hablamos de innovación nos olvidamos de las personas?

Jay Rao / Fran Chuán

Profit Editorial, 2012. 128 págs.



La palabra **innovación** está de moda. Todo el mundo la usa pero, ¿realmente conocemos su significado?

Los autores de *Innovación 2.0* ¿Por qué cuando hablamos de innovación nos olvidamos de las personas? tratan de explicar algunas de las claves para poder definir con mayor precisión qué es la innovación a través de una conversación entre un directivo de empresa y un formador.

El libro se centra en los eternos “olvidados”. A menudo asociamos innovación a tecnología y olvidamos que quien está detrás de todo son las personas (de aquí el guiño al 2.0).

“La innovación es una elección”, advierten los autores. Las compañías tienen que decidir si prefieren continuar haciendo las cosas de la misma manera de siempre o, por el contrario, se plantean ser innovadoras y cambiar algo a fondo para conseguir una mejora que suponga un gran salto hacia delante.

Si decidimos apostar por la segunda opción, antes deberemos crear una cultura innovadora. Deberemos instaurar un clima donde las personas sean las protagonistas y donde puedan ser naturalmente creativas, permitiendo que las ideas se conviertan sistemática y rutinariamente en oportunidades.

Los autores aconsejan iniciar varios proyectos al mismo tiempo y aplicar una experimentación barata, con la que podamos verificar rápida y económicamente cuál de los prototipos es el bueno. “Equivocarse mucho, rápido y barato para acertar”, aconsejan Rao y Chuán.

A modo resumen, la historia de Lewis Carroll, *Alicia en el país de las maravillas*, que los autores utilizan en el libro, puede ayudarnos a entender que la elección del camino no determinará nuestro destino. Lo verdaderamente determinante será fomentar comportamientos innovadores. **El éxito llegará solo.** ■

# Web

[wikisanidad.wikispaces.com](http://wikisanidad.wikispaces.com)



La **Wikisanidad** es una página web editada por múltiples voluntarios que recoge todo lo que pasa en la salud 2.0 española.

Dispone de 15 secciones principales que agrupan 109 páginas, de entre las que destacan:

- la recopilación de los perfiles en Twitter de los diversos agentes de salud,
- blogs sobre salud,
- grupos de LinkedIn relacionados con el ámbito sanitario,
- proyectos 2.0,
- agenda de eventos sobre salud 2.0, etc.

Desde su creación, en verano de 2010, la Wikisanidad ha registrado una actividad frenética con proyectos de alto impacto como **#Carnavalsalud**, con el que se pretende promover la reflexión y el debate en la Red, o **MIR 2.0**, una iniciativa que ofrece las respuestas del examen comentadas, explicadas o criticadas por profesionales con experiencia clínica. ■



Dra. Paola Boadilla. Pasantías del MINSAL de Chile en Castelldefels

“ Quisiera mencionar la gran experiencia que fue para todos los pasantes lo vivido en esta Pasantía de Salud en el programa de formación de Bsalut; superó en demasía nuestras expectativas.

El Ministerio de Sanidad de Chile, anualmente, facilita la formación de los directivos de los servicios de AP de Chile en distintos países del mundo con sistemas sanitarios avanzados. A través de un concurso público internacional, desde hace 5 años la oferta formativa de Bsalut, conjuntamente con el CASAP, ha conseguido participar en este programa. Este año, además de España, los pasantes tenían la opción de formarse también en Canadá o Brasil. Veinte han estado los directivos chilenos que durante 5 semanas han participado en el programa formativo desarrollado por Bsalut en Castelldefels.

A través de esta entrevista a una de las participantes de este año, directora de su Centro de Salud, Dra. Paola Boadilla, hemos intentado extraer su valoración.

— De la experiencia durante estas semanas conociendo el sistema sanitario catalán y la organización de servicios de atención primaria, ¿qué es lo que más te ha sorprendido, tanto positivamente como negativamente?

#### Positivamente

1. El sistema de Gestión que tiene el Centro de Salud con autonomía de gestión, tanto financiero, de personal, de procesos administrativos como de categorización de la demanda. Lo que permite una autonomía de gestión financiera y generar más ingresos con medios de financiación complementaria mediante servicios privados, permite tener una cartera de servicios privados y así dar más beneficios a los

usuario, teniendo una gran capacidad resolutoria, de innovación, calidad y eficiencia; este sistema permite una externalización de la asistencia, con un gran empoderamiento para los administrativos, enfermeras y médicos, y también un empoderamiento hacia los usuarios. Por otro lado, facilita una gestión de personas, donde se seleccionan en base a sus habilidades y actitudes, se potencian las habilidades personales y hay una formación acorde a las necesidades de la organización. Todo esto permite que el centro tenga una alta resolución, permita innovar, dar una atención de calidad y eficiencia a los usuarios.

**2.** El sistema de selección de demanda aguda de pacientes, con la elaboración de las guías protocolizadas y el circuito que permite una resolución más autónoma de algunas demandas por parte de la enfermera, con la incorporación activa de los administrativos sanitarios, lo que permite al usuario disfrutar de una mayor accesibilidad, una disminución considerable en el tiempo de espera para una atención y una cartera de servicios más amplia, y genera que el médico de familia desarrolle actividades diagnósticas y terapéuticas de patologías de mayor complejidad.

**3.** La tecnología aplicada a la Salud que usan es sorprendente: agenda en línea, receta electrónica, historia clínica compartida, coordinación con las horas en el sector secundario,... También pudimos identificar que es posible la interacción con los usuarios y la comunidad, a través de la incorporación de la tecnología e informática y su uso como apoyo a la labor asistencial y promocional de la salud.

### Negativamente

- 1.** El trabajo comunitario lo vimos bastante pobre, y pensamos que ésta es una de las herramientas fundamentales en la Salud Familiar.
- 2.** La falta de otros profesionales en el Equipo de Salud, como tecnólogo médico, nutricionista.
- 3.** Las pocas prestaciones que se ofrecen a los pacientes en el área odontológica.

### — ¿Qué ámbitos crees que son fuente de aprendizaje en comparación con vuestro sistema y organización sanitaria?

- El área de Gestión del centro en todos sus aspectos, financiero, administrativos, de personal, categorización de la demanda.
- La Tecnología, internet y comunicación aplicada a la Salud, tanto para la interacción de los usuarios internos y externos, como para el apoyo de prevención y promoción de la Salud.
- El sistema de recepción y selección de demanda aguda de pacientes en la recepción del Centro de Salud, teniendo administrativos sanitarios capacitados.

### — ¿Qué ámbito el sistema chileno podría enseñar al sistema de aquí?

**1.** El trabajo comunitario: el sentido es trabajar sobre necesidades sentidas de la comunidad y empoderar a esta comunidad para la resolución de sus problemas, y dentro de éste el abordaje puede ser individual, familiar y/o comunitario. El conocimiento del entorno donde la familia se desarrolla puede transformarse en un factor protector o de riesgo para la misma, y que hay que considerarlo en cualquier intervención que se haga con la misma. Desde el ámbito de promoción de la Salud se trabaja con Diagnóstico Participativo con la comunidad, elaborando estrategias de trabajos conjuntas con la misma. La mirada es de respeto y consideración por la historia y tradición de estas comunidades. El equipo de intervención es multidisciplinario y cada uno de ellos debe considerar desde su área la realidad de esta comunidad y así programar intervenciones familiares integrales.

**2.** El sistema de protección a la primera infancia que aquí, en nuestro país, se llama " Chile Crece Contigo", es un sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizar apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor, generando una articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones

y programas orientados a la infancia, para así crear una red de apoyo. Los niños se integran desde su primer control de gestación en el sistema público de salud y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar. De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de barrio y comunidad, entre otros.

Como comentario aparte, quisiera mencionar la gran experiencia que fue para todos los pasantes lo vivido en esta Pasantía de Salud en el programa de formación de Bsalut; superó en demasía nuestras expectativas. Nos sorprendió la gran entrega y disposición que tuvo todo el equipo hacia nosotros, los conocimientos entregados, las experiencias compartidas, la amabilidad y preocupación por todos los detalles, la paciencia, la confianza que depositaron en el grupo, la disposición a darnos más de los detalles curriculares que contemplaba el Diplomado. Quedamos todos muy agradecidos por todas sus atenciones, por sus cuidados, por no dejarnos solos en ningún momento, por mostrarnos su hermosa ciudad e inolvidables lugares, contarnos su historia y, sobre todo, por traspasarnos todas sus vivencias de cómo dignificar el trabajo en salud y entregar un servicio de excelencia a sus usuarios. ■

---

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



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