



BIGS

BOLETÍN
INNOVACIÓN Y GESTIÓN
SANITARIA

Una publicación de BSalut | Núm. 08 | www.bigs.es

INNOVAR EN LA PRÁCTICA ENFERMERA | LA ESTRATEGIA ES AÑADIR VALOR AL SISTEMA |
¿EMPRESAR EN EL SECTOR SANITARIO?: SÍ, EMPRENDEMOS | IDENTIDAD, YO, EL OTRO Y LAS TECNOLOGÍAS MÓVILES

CON ESTE NÚMERO CUMPLIMOS DOS AÑOS DE LA PUBLICACIÓN DE BIGS.

Han sido **8 publicaciones** en las que hemos intentado ofrecer una visión sobre la innovación en gestión sanitaria. La idea de **BIGS** no era crear una publicación clásica, sino generar un entorno, un "ecosistema", en el que de manera interactiva se generara una plataforma de reflexión que facilite el cambio para mejorar en nuestras organizaciones, en nuestros sistemas de salud.

Por eso durante estos dos años, además de la revista trimestral, se han desarrollado diferentes actividades como las **Jornadas de Directivos** celebradas en Madrid y Barcelona. Nuestra apuesta de futuro es seguir trabajando en la revista pero queremos potenciar el desarrollo de la red (**Red BIGS**) que nos permita intercambiar, compartir y aprender juntos.

El 2014 será un año de retos, la tecnología nos ofrecerá novedades para modificar nuestros sistemas de producción, el papel de los ciudadanos activos será básico en los modelos de atención, para afrontar estos retos ideas como **BIGS**, entendido como ecosistema, puede ser de gran ayuda. Después de estos dos años os animamos a que nos aportéis vuestras impresiones a través de la red, que nos ayudéis a mejorar.

El equipo editorial quiere aportar valor. Esperamos vuestros comentarios.

INNOVAR EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

Cuando pensamos en innovación, a menudo lo relacionamos con sector tecnológico.

Si hablamos de innovación en salud, probablemente nos vendrá a la mente todo lo que tiene que ver con la biotecnología y la telemedicina. Pero el campo de la salud se centra principalmente en la prestación de servicios, y la profesión de enfermera, en particular, en la atención a las personas.

Estaremos de acuerdo en que las empresas necesitan innovar para ser más competitivas, pero ¿se puede innovar en los procesos y servicios de la misma forma que se innova en los productos?

Para responder a esta pregunta, en primer lugar debemos entender el significado de la palabra innovación. Según la RAE (Real Academia Española) **Innovación** se define como la creación o modificación de un producto, y su introducción en un mercado. ¿Cuál es el objetivo final de este proceso?

Actualmente las empresas se ven inmersas en un entorno cambiante de un mercado que ha pasado de ser local a estar globalizado y que se mueve a un ritmo frenético. Además, los avances tecnológicos y la velocidad en que viaja la información, han hecho necesaria la adaptación de las organizaciones a este nuevo entorno ya no tan previsible y en cambio constante. La Innovación permanente es la herramienta que permitirá progresar y avanzar a las empresas para ser más competitivas en este nuevo paradigma de los mercados, y un proceso necesario que aporta valor a sus productos y servicios.

Las organizaciones sanitarias no son una excepción, y necesitan innovar para poder avanzar. Mi pregunta es: **¿Cómo innovar en la atención a las personas?**

Si tenemos claro que innovar significa modificar o cambiar una técnica o un proceso con el objetivo de mejorar los resultados, es de entender que sea difícil, si no imposible, iniciar este proceso de innovación sin cierto grado de autonomía inherente al propio concepto de profesión.



“ Las enfermeras disponemos de conocimientos suficientes cómo para innovar y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud.

El trabajo de las enfermeras ha estado siempre al lado de las personas, desarrollando actividades propias del cuidado enfermero: **preventivas, paliativas, de educación y promoción de la salud.** Para ello, hemos puesto en marcha numerosas actividades innovadoras encaminadas a mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de nuestros pacientes, pero no siempre esta tarea ha trascendido y ha sido suficientemente reconocida.

Recuerdo que cuando apenas iniciaba mi carrera profesional, en una entrevista de trabajo me preguntaron dónde creía que estaba el límite en mi autonomía como enfermera. En ese momento no supe qué responder a esa pregunta, pero ahora, todavía dudo de cuál era la respuesta esperada por mi entrevistador y futuro jefe. En los casi 20 años que he trabajado como enfermera asistencial, he podido comprobar que no siempre es vista con buenos ojos la autonomía en la práctica enfermera, y que en ocasiones nuestro colectivo no dispone de libertad suficiente para tomar decisiones, a partir del análisis y juicio clínico sin la aprobación de su superior.

Nuestra profesión es en gran parte vocacional y por lo general ha estado subordinada a personas y estamentos considerados jerárquicamente superiores. Si a ello le sumamos que para innovar es necesario tener cierto grado de autonomía y libertad en la toma de decisiones, se entiende que resulte difícil encontrar, aunque los hay, referentes o modelos históricos sobre innovación enfermera.

Por suerte, con tiempo y dedicación, las enfermeras hemos ido ocupando el lugar que nos corresponde en la sociedad y en nuestros puestos de trabajo, si bien aún nos queda camino por recorrer para ocupar puestos de mayor responsabilidad (cargos directivos, de planificación y evaluación, gerencias etc..).

Queda claro que innovar es una herramienta para competir en un mercado cambiante. Pues bien, en la situación actual de crisis económica en que el sistema sanitario está sufriendo tanto, innovar en la prestación de los servicios y la atención a las personas ya no es necesario, sino urgente.

Las enfermeras tenemos los conocimientos y destrezas necesarios para llevar a cabo estrategias de promoción de la salud. Como agentes de cambio, somos las profesionales mejor cualificadas para desarrollar dicha labor porque establecemos un vínculo de comunicación con nuestros pacientes que nos lleva a conocer mejor que nadie cuáles son sus necesidades y las de su entorno familiar.

Se perfila una sociedad con unas necesidades de salud y sociales en que la enfermeras tienen y tendrán un papel relevante y una oportunidad para dar todo su potencial. Además, nos enfrentamos a un futuro incierto, con una población envejecida, más dependiente y con una alta incidencia de enfermedades crónicas que demandará más recursos sanitarios y conllevará un gran gasto al sistema, si no somos capaces de entender la dimensión del cuidar.

La solución a los nuevos retos a los que deben enfrentarse los sistemas nacionales de salud, pasará inevitablemente por implementar programas de prevención y promoción de la salud que reduzcan dicho gasto que en España se sitúa alrededor del 9% del PIB.

El estrés, los hábitos de alimentación inadecuados, la obesidad y el sedentarismo, son factores íntimamente ligados a la aparición temprana de enfermedades, y todos ellos son modificables.

Apostar por políticas de salud encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables es una herramienta indispensable, sostenible y eficaz de prevención de enfermedades crónicas, y aquí reside la necesidad de innovar en los cuidados.

Las enfermeras del siglo XXI tenemos una gran oportunidad que no debemos dejar escapar y está en nuestra mano innovar y ser creativas en la prestación de los cuidados para garantizar la calidad en la asistencia y la sostenibilidad del propio sistema. ■

T Marta Prats. Enfermera.

LA ESTRATEGIA ES AÑADIR VALOR AL SISTEMA

EL pasado octubre Michael Porter y Thomas H. Lee publicaron un artículo de gran interés en el *Harvard Business Review*, *The strategy that will fix Health Care*. En dicho artículo desarrollaban la idea de que el camino para la transformación del sistema no es otro que hacer aquellas cosas que añadan valor y dejar de hacer aquellas que no añadan nada de valor.

A partir de la identificación del problema hacen una propuesta que añade valor al sistema.

La propuesta se basa en seis componentes interdependientes que son: organizarse en unidades de atención integrada, medir los resultados y los costes del servicio para cada paciente, desarrollar pago por procesos asistenciales que incluya todo el proceso de atención, integración de la atención entre los diferentes agentes que intervienen en la misma, extender los centros de excelencia a través del territorio y por último, construir una plataforma de tecnología de la información que permita integrar la información, centrada en el paciente.

En este artículo nos proponemos hacer un ejercicio para averiguar cuál es el grado de comparabilidad que tenemos en nuestro sistema de salud con la propuesta de Porter, y nos referiremos al sistema sanitario de Catalunya. Éste es el que plantea los retos de fragmentación en la provisión y la diferenciación, de la mano del **CatSalut**, entre ésta y la compra de los servicios.

HABLEMOS DE LOS 6 COMPONENTES

1 ORGANIZACIÓN EN UNIDADES DE PRÁCTICA INTEGRADA

Este primer punto es importante a la hora de compararlo con nuestro sistema. La idea es pasar de organizaciones que se estructuran por áreas de profesionales, por departamentos a áreas centradas en las necesidades de los pacientes. Deberíamos pasar de los servicios hospitalarios clásicos (cardiología, traumatología, etc.) a unidades funcionales que se centren en el proceso asistencial de principio a fin. No sólo incluyendo la parte de tratamiento de la enfermedad sino en una aproximación más holística del paciente y su entorno. Una primera aproximación a este concepto serían las organizaciones que están creando **Unidades Funcionales** (UFISS) o los **Institutos**, están más ordenados por necesidades competenciales ligadas al proceso asistencial que a las especialidades de las profesiones sanitarias.

Las **Unidades de Práctica Integrada** están formadas por equipos multidisciplinares que son responsables de todo el ciclo de cuidado. A pesar de tener ya diferentes experiencias, no es una práctica extendida al 100% y además algunas de esas experiencias necesitan evolucionar "extramuros", salir más allá de la estructura hospitalaria. En la aplicabilidad del modelo de Porter en nuestro sistema, sería interesante definir cuál es el papel que debe jugar la Atención Primaria, tanto de salud como social.

2 MEDIR LOS RESULTADOS Y LOS COSTES PARA TODOS LOS PACIENTES

Es el gran talón de Aquiles de todas las propuestas organizativas. La medición de los resultados. No sólo los resultados finales *outcomes* sino aquellos que no permitan establecer mecanismos de



trazabilidad del sistema de producción de los servicios y permitan comparar de manera fiable cuál obtiene mejores resultados. Si bien es cierto que todavía estamos lejos del óptimo, iniciativas en Catalunya como la central de resultados o la central de balances, o el propio MSIQ del **CatSalut**, nos permiten establecer diferencias entre proveedores en cuanto a los resultados se refiere. No estamos en buena posición en lo que se refiere al análisis de coste por proceso y mucho menos al análisis de coste por proceso individualizado. Seguro que la definición de estándares y la interoperabilidad serán de gran ayuda para avanzar en esta línea. Porter plantea tres niveles de resultados a medir, los ligados al nivel de salud (supervivencia, nivel de dolor, etc), los ligados al proceso de recuperación y los relacionados con la sostenibilidad del sistema. Los tres tienen estrecha relación con los propuestos por el *Institute for Health Improvement* (IHI) en su definición del Triple AIM. En nuestro entorno estamos avanzando con la **Agencia de Evaluación de Calidad Sanitaria de Catalunya** (AQuAS) en la definición y despliegue de indicadores de resultados de los diferentes pilares del Pla de Salut.

3 PAGO POR PROCESOS/ EPISODIOS

El pago por actividad, *fee for service*, ha mostrado que orienta a las organizaciones al incremento de producción con independencia del valor que los servicios producidos puedan aportar al paciente y al sistema. La motivación principal es la producción para facturar actividad. En nuestro modelo sería el pago por alta o por visita. Este modelo está en fase de cambio de manera que en el sistema catalán se está avanzando en la introducción de pago por capacitación con base pobla-

cional. Porter propone avanzar un paso más en el modelo de pago de servicios. La idea es pagar por el proceso global de atención, de manera que si ponemos como ejemplo la atención en una persona que necesita una prótesis de cadera, la financiación englobaría el proceso hasta conseguir la máxima recuperación funcional posible para la persona atendida. El pago por episodios (*bundle payment*) implica entre otras cosas, conocer bien el modelo de atención, los costes de producción, los actores y el resultado esperado.

4 SISTEMAS INTEGRADOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En este punto podemos decir que en el Sistema Catalán, a pesar de no tener un sistema perfecto, está más avanzado con respecto a otros sistemas. Existe un modelo de atención capitativa que favorece la creación de redes de atención más allá de la propiedad única (gerencias únicas).

La propuesta de Porter evoluciona más allá de lo que conocemos como Organizaciones Sanitarias Integradas que integran sobre una única propiedad la gestión de diferentes niveles de atención. Se refiere a auténticas redes multiprovedores de atención.

5 EXPANDIR LOS SERVICIOS DE EXCELENCIA EN LOS TERRITORIOS

Porter se refiere a difundir las prácticas excelentes en todo el territorio, creando un efecto marca a través de todo el sistema. Un ejemplo local sería las diferentes acciones que el **Institut d'Oncologia** (ICO) está haciendo en diferentes hospitales comarcales a dónde desplaza profesionales para ofrecer los mismos servicios que ofrece a nivel central, en un mismo nivel de resolución y mismos protocolos.

6 CONSTRUIR PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS QUE SE CENTREN EN EL PACIENTE.

En este aspecto podemos decir que el sistema de Catalunya se está avanzando y marcando cierta tendencia. Se está desarrollando una plataforma de historia clínica compartida y carpeta personal de salud que permitirá no sólo compartir información sino también intercambiarla, y establecer reglas de actuación comunes, centrando todos los sistemas de información en el paciente con independencia de dónde se encuentre. ■

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

Como conclusión podemos decir que seguimos lo que Porter plantea, que vamos por el buen camino. Pero ¿tenemos los mejores resultados posibles?. Seguramente no. La pregunta que dejamos en el aire para futuros artículos es saber el por qué. Continuaremos profundizando a través de la red.

¿EMPRENDER EN EL SECTOR SANITARIO? SÍ, EMPRENDAMOS



Durante los últimos años las palabras **Emprender** e **Innovación** han ido penetrando poco a poco como elementos imprescindibles en muchos sectores diversos.

En el mundo sanitario los conceptos **Emprender** y el de **Innovación** asociados a personas individuales o a grupos reducidos han empezado a introducirse de una manera más tardía debido a algunas barreras, en algunos casos necesarias, como la regulación sanitaria relacionada con la seguridad del paciente y los altos costes de entrada.

No obstante, a través de las cifras se certifica que cada vez hay más sanitarios emprendedores. El número de médicos en el año 2012 que se acercó al programa de emprendimiento sanitario del Colegio de Médicos de Barcelona, liderado por el Dr. Lluís Pareras, fue de 406, es decir, más de un emprendedor diario. De éstos, 286 iniciaron el proceso de innovación. "Más vale tarde que nunca".

LA SANIDAD, MOTOR DE INVESTIGACIÓN

Debemos recordar que la sanidad es uno de los motores de la investigación, aunque normalmente la innovación y el emprendimiento asociado a ésta lo han protagonizado grandes corporaciones.

La innovación sanitaria se ha clasificado de una manera general en cuatro grandes subsectores: *Medical Devices*, Biotecnología, Tecnologías de la información (*e-Health*) y Servicios².

Las tecnologías de la Información han permitido en los últimos años romper o rebajar algunas de las tradicionales barreras de entrada y han facilitado que algunos profesionales o grupos de profesionales se hayan comprometido emprendiendo en algunas actividades directamente relacionadas con el e-Health.

Dentro de este sector, el *m-Health* o *mobile Health* se está consolidando en los últimos años como un subsector de grandes posibilidades y donde muchos emprendedores sanitarios han apostado fuertemente.

Además, las propias TICs también pueden facilitar directa o indirectamente el descenso de las barreras de entrada en algunos de los otros subsectores como Servicios, Biotecnología.

“ El año pasado 406 médicos tuvieron contacto con el programa de emprendimiento sanitario. De éstos, 286 iniciaron el proceso de innovación.

ES LA HORA DE EMPRENDER

En general, los sanitarios podemos pensar que estamos poco preparados para emprender, no obstante, no debemos olvidar que los sanitarios tenemos la ventaja competitiva de residir en un mundo de difícil acceso para los ajenos al sector. Esta ventaja podría ser aprovechada para participar en proyectos innovadores en el sector de la salud junto con otras personas más habituadas a emprender en otros sectores.

La suma siempre es buena y si queremos lanzarnos parece recomendable saltar a la arena del circo emprendedor junto con un buen equipo de gladiadores para tener oportunidades de sobrevivir al dedo amenazador del fracaso, que es muy habitual en este mundo.

Los que hemos tenido la suerte de haber emprendido a nivel personal y posteriormente en otros proyectos con un potente grupo de socios, tenemos pocas dudas: **emprender en grupo** es mucho más efectivo y ciertamente las posibilidades de éxito de tu *start-up* son más elevadas.

MÚLTIPLES IDEAS Y CAMPOS PARA EXPLORAR

Emprender no debería asociarse solamente a soluciones que radican en la frontera de lo imposible como por ejemplo el prototipo de casco telepático que el **Albany Medical Center** está desarrollando y que en teoría en el 2017 permitirá comunicarse telepáticamente³. La innovación puede ser y debe ser también la simplificación de los procesos, utilizando procedimientos novedosos o, por qué no, procedimientos ya muy conocidos y evaluados y que tan solo habría que implementar de una forma innovadora.

Los subsectores donde es más fácil emprender en solitario o en grupos pequeños son probablemente el de *e-Health*/*m-Healthy* el de los Servicios, aunque también es cierto que en algunos entornos hospitalarios están empezando a cuidar los posibles **Intraemprendedores** (emprendedores dentro de las Instituciones) con equipos dedicados a las transferencias tecnológicas. En estos casos resulta más sencillo aventurarse en la Biotecnología y de los *Medical Devices*. ▶

“ Emprender en grupo es mucho más efectivo y se tienen mayores posibilidades de éxito.



MÚLTIPLES OPORTUNIDADES
EMPRENDER NO ES
CIENCIA FICCIÓN,
POR EJEMPLO:

¿Queremos abrir una consulta privada?

¿Cómo hago mi consulta privada más competitiva?

Tal vez simplemente necesito dedicarle tiempo al paciente y que el boca a boca tradicional haga el resto, pero como tendré más tiempo, ¿seré eficaz, y tendré un número equilibrado de pacientes?

SE TRATA DE PREGUNTARSE
Y SEGUIR PREGUNTÁNDOSE
CONTINUAMENTE

¿Cómo utilizaré las nuevas tecnologías para precisamente estar más cerca del paciente?

¿Existe tecnología que me facilita la vida?
¿Sí? ¿La utilizo? ¿Puedo ser yo uno de los que pilote la última tecnología?

A LO MEJOR NO TENGO TIEMPO PARA TODO ESTO PERO QUIERO ESTAR INFORMADO Y TOMAR UNA BUENA DECISIÓN, "¿QUIÉN ES EL SANITARIO FREAKY TECHY QUE ME PUEDE ECHAR UN CABLE?"

PUEDA SER QUE SI TENGA TIEMPO Y HASTA INCLUSO GANAS DE EMPRENDER

¿Me asocio pues con gente dedicada a la tecnología?

Yo no sé nada de tecnología, creo que no puedo aportar valor.

ERROR: TÚ TIENES TU EXPERIENCIA Y DISPONES CON SU CONSENTIMIENTO Y SIGUIENDO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES Y ÉTICOS DE LOS PACIENTES QUE QUIERAN COLABORAR.

¿QUEREMOS SER
INTRAEMPRENDEDORES?

¿Quiero cambiar parcialmente la manera de funcionar de un servicio, o implementar una nueva tecnología desde dentro?

Necesitamos estudiar con detalle el *workflow* de trabajo o el coste-beneficio de la implementación de la tecnología y necesitamos convencer y formar un equipo de intraemprendedores que puedan realmente facilitar el cambio.

Una vez decidido que queremos **Em-prender**, es muy importante asesorarse y rodearse de profesionales que estén habituados a emprender y a desarrollar un documento que especifique el problema a resolver, la solución, el mercado potencial, el mercado objetivo, el volumen de negocio esperado, la inversión necesaria y lo más importante, el equipo. Este documento que no es más que el conocido *Business Plan* (BP), de extrema importancia porque objetiva las posibilidades de nuestra idea.

LOS CASOS DE ÉXITO EXISTEN

Pero, ¿cómo yo, que no sé hacer un *Business Plan*, puedo llegar a ser un emprendedor de éxito? ¿Existen casos? Pues sí, y muchos.

La aplicación **iTriage**, aplicación móvil muy exitosa con millones de descargas y, lo más importante, utilizada frecuentemente por 7 de cada 10 usuarios que la han descargado (algo no muy frecuente en el mundo de las aplicaciones móviles), fue vendida por una cantidad muy importante de dinero a un grupo asegurador de los Estados Unidos. Pues bien, el CEO de **iTriage**, era hasta hace unos pocos años, un buen médico de urgencias. Es decir, posible, lo es.

EMPRENDER Y COLABORAR TIENEN “CASI SIEMPRE” UN RETORNO

Es posible que ahora mismo en nuestra ciudad, nuestra comunidad o país pensemos que no sea la mejor hora de invertir en una idea. Esta creencia no es descabellada pero si tenéis ganas de emprender, esto no puede ser una excusa porque el mundo es muy grande y puede ser que en otros sistemas sanitarios sí sea posible implementar vuestra idea. ¿Por qué no? Tu sistema sanitario te puede ayudar a seguir mejorando la idea, pilotarla y en un futuro, por qué no también, te puede ayudar en el retorno de inversión.

Es importante también **intentar ayudar al sistema** porque el sistema en un futuro te puede ayudar a ti, aquí el *quid pro quo* o incluso pensando más allá, el espíritu Kennedy tiene mucho sentido.

Por lo tanto puede ser interesante pensar: “¿Qué puedo hacer yo por mis instituciones y no solamente qué pueden hacer ellas por mi proyecto?”; “¿Puedo implementar junto con mi piloto otro proyecto que tiene éxito en otro sistema sanitario que conozco?”; “¿Puedo poner en contacto al director de innovación de un hospital ‘X’, con el director de nuestro hospital?”.

Con esta actitud estamos construyendo ecosistema y fortaleciendo tu “**Cluster**”. Además, si operas de esta manera, puede ser que un día, en tu correo electrónico, tengas 2 o 3 propuestas que podrían ser todas ellas iniciativas que podrían cambiar tu curso profesional.

Puede ser importante incluso **colaborar con tus competidores** en áreas que os permitan adquirir conocimientos a ambos equipos y contribuir a crear una vez más este ecosistema que en un momento determinado pueda salvarte o ayudarte a iniciar otro nuevo proyecto.

EL ECOSISTEMA SOÑADO

Recientemente, en un congreso en Estados Unidos, me entrevisté con un emprendedor que ha dejado sus estudios de Medicina temporalmente para embarcarse en una aventura de dos años que creo que podrá ayudar a muchísimos médicos.

Necesitamos **trabajar y colaborar cuanto más mejor** entre todos los que vivimos en el ecosistema sanitario para que sus aguas sean muy nutritivas para nuestros futuros emprendedores como lo han sido para este estudiante de medicina.

Esperamos que pronto en las aguas de nuestro ecosistema sanitario fluyan muchas mentes emprendedoras que apuesten por la innovación en nuestro sector.

SÍ, EMPRENDAMOS. ■

T Jordi Serrano. Fundador Universal Doctor.

Referencias

¹Martí Estévez, Joan. *Clústers: Estrategias ganadoras y trabajo en equipo*. Empresa Activa.

²Pareras, Luis G. *Innovar y emprender en el sector sanitario*. Ars Medica. 2008.

³Gore, Al. *The Future: Six drivers of Global Change*. Random House.

“ Si queremos emprender es básico la creación de un *Business Plan* con el fin de objetivar las posibilidades de nuestra idea.

IDENTIDAD, YO, EL OTRO Y LAS TECNOLOGÍAS MÓVILES

“ Se calcula que hay 6 mil millones de abonos de teléfonos móviles en el mundo, y de hecho más de 4 mil millones de personas que disponen de un móvil. Un 66% de transferencias de dinero se efectúan por móvil en Kenia, contra el 2% para oficinas bancarias. Hay en África 735 millones de *Sims*, más que Europa y Estados Unidos.



Todo comenzó el 3 de abril de 1973 cuando Martin Cooper, ingeniero de Motorola, obsesionado por encontrar la manera de llamar de forma móvil (él pensaba en instalar teléfono a los coches), desde la Avenida 6 de Manhattan llamó a su rival Joel Engel de AT&T. Lo hizo con un aparato de un kilo y el tamaño de un ladrillo. Pero no fue hasta 1983 que se comercializó el teléfono móvil (900 gramos, 30cm con un coste de 3.995 dólares). Treinta años más tarde se democratizó (Nokia 6160, 13 cm, 165 gramos y 250 Euros) y cuarenta años después se convirtió en el llamado *smartphone* (2007).

Por primera vez, desde que hay humanos hace 40.000 años, los individuos pueden disponer de una herramienta de comunicación prácticamente accesible desde cualquier lugar y que se puede llevar en el bolsillo o en un bolso de mano. Una herramienta que nos hace pensar en el origen del ser humano: caminar de pie, la mano con unos dedos que permiten coger obje-

tos y el lenguaje, los tres estrechamente vinculados al móvil. Podríamos decir que el móvil acaba con todas las máquinas porque, de hecho, las resume todas. Lo que se juega con el móvil, no es una simple cuestión de técnica; transforma nuestra manera de ver el mundo y nos cuestiona filosóficamente. Mejor será tomar la medida: "*El hombre es naturalmente móvil*", afirmaba Martin Cooper en 1973.

Las tecnologías móviles no son una herramienta o un *gadget* más, son elementos transformadores de nuestra manera de trabajar, de vivir y de disfrutar. En especial, suponen un cambio en la percepción del tiempo y del espacio. Si queremos avanzar, no nos podemos quedar con la tecnología solamente. Seguramente en los próximos años veremos más artefactos que nos permiten permanecer conectados. Ésta es la palabra clave: **conectividad**. Éste es el nuevo paradigma que vivimos sin quizá ser lo suficiente conscientes. La tecnología de la **nube** está cambiando nuestra sociedad. Vaya

a donde vaya puedo acceder a toda una enorme cantidad de datos, de información y de contactos, gracias a que todo puede ser accesible en segundos.

Este nuevo paradigma va más allá, ya que la tecnología móvil supone una transformación de nuestra manera de ser en el mundo, de quienes somos, de cómo nos relacionamos con los demás y de cómo percibimos la realidad social. La virtualidad se difumina, sólo hay una realidad que es la que percibimos y que no es la misma sin la conectividad.

Las cuestiones claves no son sobre la tecnología, sino sobre nosotros, sobre el yo, nuestra identidad y cómo interactuamos con los demás.

Está claro que no podemos hacer nada sin los demás. Nuestra dependencia es mayor. Nuestra vida está basada con las coaliciones de otras personas que nos permiten alimentarnos sin necesidad de cuidar campos, granjas o pescar, cuidar de nuestras en-

fermedades, desplazarnos con artefactos que otros han fabricado y que a menudo son otros que conducen, disfrutar de energía sólo moviendo un interruptor, de vestir sin necesidad de confeccionar las prendas que usamos, acceder al intercambio económico gracias a sistemas bancarios, sin tener que recurrir al "trueque", y así podríamos enumerar un larga lista de coaliciones humanas de las que somos dependientes.

Pero no sólo los otros nos aportan mucho a nuestra vida, también interactuando con ellos seguimos modas, formas de alimentarnos, al seguir pautas culturales y de expresarnos y comportarnos socialmente.

La conectividad transforma nuestra forma de dependencia, con una mayor capacidad de ser más autónomos, pero también más solidarios, y tener más impacto en el conjunto de nuestra sociedad.



La pregunta "**¿quién soy yo?**" se convierte en una cuestión clave de la conectividad. El yo se puede definir más aún o quedar desdibujado o incluso convertirse en muchas personalidades en función de las situaciones. Un primer escollo es cómo definimos la identidad personal hoy.

La identidad permite concebir al individuo como un proceso continuo y cambiante, abierto al entorno social. El individuo estructura su yo mediante intercambios identitarios con lo que lo rodea, interiorizando modelos e imágenes. La conectividad pone en cuestión las identidades, y al mismo tiempo obliga a plantearnos cuál es el impacto de nuestra identidad en el seno de mi yo y en la comunidad conectada, así como analizar el impacto que tienen los intercambios en la mi identidad.

El hecho de saber a uno mismo como sujeto está intrínsecamente ligado a la certeza de la coexistencia de otros sujetos, al mismo tiempo que con el *raport* práctico con estos otros sujetos. Es primero con Fichte y más tarde con Hegel que la unidad de conciencia de uno mismo es redefinida a partir de la relación con el otro. La idea de intersubjetividad es condición necesaria y suficiente de la subjetividad así como la idea de intersubjetividad pasa por la relación práctica con el otro².

El deseo aparece como la primera figura de la conciencia de uno mismo. En el deseo, la conciencia se pone como elemento esencial en el detrimento del objeto, en asimilando a un mismo este objeto, pero paradójicamente el deseo es posible cuando el otro objeto se resiste y manifiesta su autonomía.

En el fondo el yo del otro no es para mí más exterior que mi yo, por eso no tiene que ser tan difícil de acercarse. En todo caso mi yo no es más seguro de mi conciencia que los "yo" de los demás seres humanos. Solo es más íntimo. Mi ser en el mundo me conlleva la evidencia de la relación de la conciencia con el cuerpo. Mi cuerpo me sumerge en un mundo que no puedo escapar y él me da el sentimiento de comunidad y la proximidad a otros yo/cuerpo.

Pero no podemos avanzar sin tener en cuenta las relaciones que existen entre mente y conciencia. Hemos superado a Descartes que nos dividió entre mente y cuerpo. La mente no es una cosa, mente y conciencia es un proceso interactivo complejo. Gregory Bateson en 1960 ya pone en marcha en concepto de **proceso mental**, más adelante Humberto Maturana y Francisco Varela apostaron por la identificación de la cognición, el proceso del conocer, con el proceso de la vida. La cognición es una actividad involucrada con la auto generación y la auto perpetuación de las redes vivas³. Así pues, hay un vínculo estrecho entre cognición y vida. La cognición implica el proceso de la vida, incluyendo percepción, emoción y conducta.

Es preciso, pues, adentrarnos en cómo la conectividad y en especial las tecnologías móviles están transformando nuestras percepciones, emociones y conductas, nuestra identidad y el rol que juega el otro en un mundo global y sumergido a unos cambios vertiginosos. Éste será el objeto de otro artículo. ■

T Joan Cornet. Director mHealth CC Mobile World Capital.

Referencias

¹Ferrari, Maurizio. *T'es où? Ontologie du téléphone Mobile*. Albin Michel, 2005.

²Fschbach, F. *Fichte, Hegel: La reconnaissance*, Presses Universitaires de France - PUF, 1999, p. 66.

³Maturana, HR; Varela, FJ. "Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living", *Boston Studies in the Philosophy of Science*, Vol. 42. 1980.

Libros

Reinicia

Borra lo aprendido y piensa la empresa de otra forma

J. Fried y D. H. Hansson

Empresa Activa, 2010. 288 págs.



Estamos ante un libro de apariencia sencilla pero con un contenido claro, directo y muy potente.

Publicado en 2010 por los creadores del famoso software de colaboración Basecamp y considerado uno de los libros de gestión más recomendables de los últimos años, *Reinicia* repiensa el entorno laboral desde la perspectiva del emprendedor y por tanto del reconocimiento de la escasez de medios (tiempo y dinero). Con este prisma, el libro estructurado en breves capítulos que permiten una lectura saltarina cubre los tópicos del trabajo: los jefes, las reuniones, la planificación, los productos a entregar, la jornada laboral...

Por ejemplo, incide en lo fantástico de pensar en planes a largo plazo (más de tres meses) debido a lo cambiante que es el entorno y a la tiranía que ejercen los planes sobre el futuro. Su recomendación es la acción: **“Lo que haces es lo importante, no lo que piensas, dices o planificas”**.

A las reuniones les dedica especial atención, considerándolas en la mayoría de sus casos en pérdidas literales de tiempo. Aconseja hacerlas breves, invitar a la personas justas, prepararlas y eliminar toda abstracción en la discusión. Deben de acabar con qué hay que hacer y quién se responsabiliza de ello en tiempo y forma.

El tiempo es otro de los protagonistas de excepción. La oficina se ha convertido en una industria de interrupciones donde concentrarse y ser productivo se convierte en toda una hazaña. Los autores recomiendan el uso de herramientas de comunicación pasivas (email en vez de teléfono). El tiempo es el bien más escaso, por lo tanto mejor renunciar a hacer algunas cosas para concentrarse en las más importantes. Tomar decisiones es progresar.

Siguiendo los principios de velocidad, simplicidad y claridad que inspira el libro en cada una de sus páginas, un consejo: **léaselo pronto.** ■

Web

www.euprimarycare.org



Cuando se habla de Atención Primaria fuera de España, se interpreta de forma diferente en función del país en el que uno se halle. A pesar de que no hay una sola manera de entender la Atención Primaria, el Foro Europeo para la Atención Primaria es la iniciativa más sólida de difusión de los principios del primer nivel asistencial y de sus diferentes interpretaciones a lo largo de Europa.

El Foro nació en 2005 y se ha consolidado mediante la organización bianual de los congresos “El futuro de la Atención Primaria”. El argumento central del foro es que una atención primaria fuerte produce mejores resultados de salud con menores costes, tesis central del trabajo de Barbara Starfield.

En 2014, la ciudad elegida es Barcelona y será una gran oportunidad para mostrar nuestra interpretación y nuestros resultados. En la página web del Foro (euprimarycare.org) se puede encontrar su misión, organización, agenda de eventos y publicaciones mediante un mapa interactivo donde al pinchar en el país aparecen los artículos más destacados sobre la organización de la Atención Primaria. Sin duda, un lugar de referencia para conectar con la AP de Europa. ■



Dr. Josep M. Argimon. Doctor en Medicina.

“ La mejora de la calidad y la transparencia del gobierno sanitario tiene un impacto en la salud de la población a través de las políticas, de la gestión de las organizaciones y de la práctica clínica, ya que aumenta la productividad y mejora los resultados en salud.

JOSEP M. ARGIMON es licenciado en Medicina. Doctor por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Atención Sanitaria Basada en la Evidencia para la Universidad de Oxford.

En el ámbito profesional, ha sido consultor internacional en América Latina, para la Unión Europea y la Agencia Alemana de Cooperación.

Ha desarrollado diferentes cargos en el Servei Català de la Salut, siendo entre 2008 y 2012, gerente de Planificación, Compra y evaluación del Servei Català de la Salut. Desde el mes de Septiembre de 2012, es Director de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

— **¿Cuál es la función y cuáles son los principales productos y servicios que se ofrecen desde la AQuAS?**

La función de la AQuAS, al igual que la mayoría de las agencias de evaluación sanitaria, es generar conocimiento relevante basado en la evidencia científica que contribuya a mejorar la calidad, la efectividad, la seguridad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Para ello, la Agencia pone el enfoque en la evaluación de la calidad del sistema, de las tecnologías médicas, de los fármacos y de la investigación y utiliza como instrumentos principales la información, el conocimiento y las TIC.

Así pues, además de la evaluación, la Agencia se centra en el fomento de la transparencia y rendimiento de cuentas sobre los resultados del sistema sanitario de Catalunya, en la coordinación en la participación en proyectos nacionales e internacionales que promueven la innovación en el ámbito de la salud y en la garantía de la disponibilidad de la información del sistema sanitario catalán de manera accesible, interoperable y segura.

Algunos ejemplos de productos que se realizan en la Agencia son los informes sobre resultados del sistema, las recomendaciones para reducir la variabilidad de la práctica clínica y para el uso eficiente de los recursos, las evaluaciones sobre el impacto de la investigación, la identificación y promoción de *best practices*, la promoción y asesoramiento para la innovación en los sistemas sanitarios y los materiales adaptados para pacientes, entre otros.

— ¿Qué proyectos o grandes áreas está trabajando actualmente la agencia?

Algunos de los principales proyectos que la Agencia tiene como prioridad para este año son los siguientes:

1. Potenciar la Central de Resultados, aumentando la transparencia y el rendimiento de cuentas.

El pasado mes de julio se presentaron los informes con los resultados nominales de atención hospitalaria y sociosanitaria, y el próximo mes de noviembre se publicaran los informes de atención primaria y salud mental. Además, se ha dado un gran salto cualitativo al facilitar la información en formato de datos abiertos para que pueda ser utilizada por el sector salud y la ciudadanía.

2. Atlas de variaciones del SISCAT.

El objetivo del proyecto es analizar y reducir la variabilidad para aumentar el bienestar de la ciuda-

danía, la calidad de la asistencia y el valor de los recursos públicos. Se han realizado atlas en ámbitos como las artroplastias de rodilla y cadera, las terapias respiratorias domiciliarias o la cirugía oncológica digestiva.

3. El Proyecto Esencial- Añadiendo valor a la práctica clínica.

Esta es una iniciativa que promueve recomendaciones para evitar prácticas clínicas que aportan poco valor. Hasta el momento se han publicado 15 recomendaciones con el soporte de diversas sociedades científicas. En los próximos meses se presentaran los primeros resultados de la evaluación del impacto de las recomendaciones.

4. Programa de innovación y soporte en el ámbito del medicamento (PISAM).

Éste es un programa cuya misión es garantizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria prestada respecto al uso de los medicamentos. La implementación del Índice de Calidad de la Prescripción Farmacéutica ha sido sin duda uno de sus éxitos más recientes.

5. Mejores prácticas y Observatorio de Innovación en Gestión de la Sanidad (OIGS).

El OIGS ha recopilado ya 70 experiencias innovadoras en gestión de los centros sanitarios catalanes. Entre estas iniciativas algunas tienen un potencial sistémico, lo que supondrá que puedan ser adoptadas e implantadas por otros centros. El reciente acuerdo firmado con el CIMIT de Boston para fomentar la innovación en nuestro sector es también un ejemplo del interés en internacionalizar este Observatorio.

6. Evaluación del impacto social de la investigación.

En el marco de este proyecto está la evaluación del impacto social de 20 años de

La Marató de TV3 o la realización de la Central de Resultados de Centros de Investigación. También cabe destacar la primer *International School on Research Impact Assessment* que se organizó desde la Agencia hace unas semanas en Barcelona y que acogió a más de 50 expertos de cerca de 20 países.

7. El proyecto VISC+ (Más valor a la información de salud de Catalunya).

Tiene como objetivo aportar más valor a los datos y la información sanitaria de nuestro sistema de salud a través de un modelo más eficaz y eficiente para la gestión, explotación y análisis de éstos.

8. Innovación y proyectos internacionales.

Participación y liderazgo de proyectos internacionales competitivos, poniendo el enfoque en la innovación y la compra pública innovadora.

9. El Centro de Servicios TIC de la Agencia es clave para asegurar el correcto funcionamiento y la seguridad de de las prestaciones de proyectos la Receta Electrónica, la Historia Clínica Compartida de Catalunya, la Carpeta personal de Salud, el Plan de Imagen Médica Digital o el proyecto Teleictus.

— ¿Hay nuevas guías de práctica clínica actualmente en curso?

La estrategia de la Agencia en relación con las guías de práctica clínica ha ido evolucionando en los últimos tiempos, y en la actualidad, la Agencia está pasando del proceso de elaboración de guías propiamente a centrarse en la coordinación, revisión, disseminación e implementación de las mismas.

Aún así, en estos momentos la Agencia aún está en el proceso de elaboración de algunas guías. Entre ellas, destaca la que aborda la encefalopatía hipóxica isquémica perinatal

en los recién nacidos que estamos desarrollando conjuntamente con el Hospital de Sant Joan de Déu o la actualización de la guía de la osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad.

— **¿Cómo cree que la política de transparencia y datos abiertos iniciada en torno a la Central de Resultados puede ayudar a mejorar el sistema sanitario y hacerlo más participativo?**

Los informes de la Central de Resultados son ya, sin duda alguna, todo un referente en el ámbito de la salud respecto a conceptos como la transparencia y los datos abiertos. La mejora de la calidad y la transparencia del gobierno sanitario tiene un impacto en la salud de la población a través de las políticas, de la gestión de las organizaciones y de la práctica clínica, ya que aumenta la productividad y mejora los resultados en salud. La rendición de cuentas supone hacer visible el proceso de toma de decisiones, así como el método aplicado y los resultados obtenidos. En el sector público, tener acceso a los datos de la administración garantiza la transparencia, la eficiencia y la igualdad de oportunidades, a la vez que se crea valor. Además, la comparación entre centros sanitarios y la retroalimentación de los resultados de forma transparente a los profesionales y a la ciudadanía contribuye directamente a la mejora en los resultados. En particular, para la ciudadanía, promueve un más amplio y mejor conocimiento en el ámbito de la salud, y permite interactuar con el sistema sanitario y participar en las decisiones que afectan a su salud.

— **¿Cómo se puede potenciar la innovación cuando los estudios de costo efectividad (por ejemplo Whoe System Demonstrator) no ofrecen ventajas respecto a los grupos control?**

Primero habría que responder ¿qué entendemos por innovación: la

introducción de un nuevo producto, proceso o forma organizativa que mejora los resultados de una organización o empresa. En nuestro ámbito diríamos alcanzar los mismos resultados (a nivel de supervivencia o calidad de vida) con menos recursos u obtener mejores resultados (clínicos, en los pacientes) con los mismos recursos. La innovación, en el ámbito de la salud, ha de dirigirse necesariamente a intervenciones que tengan un coste-efectividad (razonable, los ingleses usan un umbral) respecto a las alternativas existentes. Estamos hablando de un sistema público muy guiado por principios utilitaristas de conseguir la máxima ganancia para el mayor número de gente.

Usted se refiere al *WHole System Demonstrator* (WSD), que posiblemente constituya el ensayo clínico y controlado pragmático más robusto realizado hasta ahora para evaluar los efectos (calidad de vida, AVAC, utilización de servicios sanitarios, ambos completados por los pacientes a través de un cuestionario) de la teleasistencia y telemonitorización.

Los resultados del análisis económico, publicado recientemente ponen de manifiesto que no resulta, o no obtiene un índice coste-efectividad socialmente aceptable, las intervenciones de teleasistencia añadidas a la práctica habitual de soporte y asistencia a pacientes con enfermedades crónicas. Aunque hay una reducción en la utilización de servicios en el grupo intervención, ésta resulta más costosa que el potencial ahorro obtenido y en comparación con la práctica habitual. La gran ventaja de este estudio está, no sólo en su robustez de diseño, sino que en el análisis económico se hacen explícitos tanto las medidas de efectividad como de costes, lo cual con el análisis de sensibilidad permite estimar que factores pueden ser más determinantes. El estudio es

claro en este sentido y supone a una llamada de atención a la incorporación de tecnologías, ni que se traten de las TIC, sin una evaluación robusta (diseño y duración).

El estudio económico del WSD responde a unas preguntas pero formula otras que justamente debería orientar la innovación en este campo. ¿Cómo reducir los costes de la intervención o incrementar la capacidad de los equipos responsables de la misma? ¿Qué características de los pacientes y de la patología asociada, tal vez aquellos más frecuentadores, podrían mejorar la razón coste-efectividad? ■

Webs de interés proyectos AQuAS

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya www.aatrm.net

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya i Central de Resultats <http://observatorisalut.gencat.cat>

• Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya <http://oigs.gencat.cat>

Essencial: afegint valor a la pràctica clínica <http://essencialsalut.gencat.cat>

Canal TicSalut <http://ticsalut.gencat.cat>

E Glòria Jodar i Solà Enfermera. Editora 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