

# BIGS

BOLETÍN INNOVACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

Núm. 12 | Septiembre

---

## OPINIÓN

Telemedicina en países en desarrollo: oportunidades y desafíos

## INFORME

Satisfacción y experiencia del paciente

## ARTÍCULO

Entrevista motivacional y decisiones compartidas

Una publicación de

**Bosalut**<sup>®</sup>  
Innovación y Gestión Sanitaria

---

Salud digital  
La superconfluencia tecnológica

## EN ESTE NÚMERO 12 DE BIGS

abrimos con la presentación de un nuevo fenómeno que dará mucho que hablar en los próximos años. Se trata de la salud digital y la superconfluencia tecnológica que está llamada a revisar todos los procesos y sistemas de organización de los servicios sanitarios. En el artículo se define el concepto y se describen sus componentes principales. En línea con la salud digital, publicamos una aplicación en el campo de la telemedicina para la mejora de la cooperación con países en desarrollo mediante el uso, ahora sí asequible, de sistemas de videoconferencia.

De forma complementaria, continuamos con las reflexiones alrededor de la experiencia del paciente. Esta vez mediante la revisión del concepto de satisfacción del usuario y sus limitaciones para medir la calidad del proceso asistencial. Y para acabar la serie de artículos de difusión, nos centramos en el poder de la entrevista motivacional y las decisiones compartidas con los pacientes como mecanismo para inducir cambios en los hábitos de vida.

Para finalizar, una recomendación en forma de informe sobre la atención primaria en Europa y una interesante entrevista sobre una aplicación de telemedicina en Baleares.

Esperamos que estos nuevos contenidos sigan despertando el interés y la curiosidad del lector.

# Telemedicina en países en desarrollo: oportunidades y desafíos

Es indudable que la telemedicina, en todas sus formas, está adquiriendo cada vez mayor relevancia en la provisión de servicios de salud. El descenso en el coste de las TIC, la creciente disponibilidad de servicios de Internet o el estallido de los dispositivos y aplicaciones móviles son algunos de los impulsores de todo tipo de nuevas oportunidades en materia de salud. Pero, ¿estamos hablando de una tendencia exclusiva de los países industrializados? Ciertamente, no.

Las TIC evolucionan a escala global, y en países donde recientemente no existían estructuras de telefonía fija, hoy en día se dispone de cobertura inalámbrica para servicios de voz y datos. Un ejemplo claro es que los móviles son ya un complemento habitual de cualquier familia, independientemente del nivel de renta<sup>1</sup>. En este escenario, la telemedicina puede jugar un papel fundamental para la provisión de servicios de salud en países con recursos e infraestructura sanitaria limitados.

Empecemos mencionando algunos datos relevantes sobre salud en países en desarrollo, que nos servirán para justificar el uso de la telemedicina en este tipo de contextos.

## SALUD Y TELEMEDICINA EN PAÍSES EN DESARROLLO

El crecimiento económico no siempre se traduce en una mejora de la calidad de vida y la salud. En muchos países del Sur, la persistencia de determinadas enfermedades supone una de las principales barreras de desarrollo. La falta de respuesta de los sistemas sanitarios y el elevado coste de los servicios en relación a los ingresos familiares, afecta siempre a la población más necesitada. Como ejemplo, la densidad de doctores en África es de 2,5 por cada 10.000 habitantes, comparados con los 13,9 a nivel global<sup>2</sup>.

En este escenario, la telemedicina puede mejorar el acceso a servicios especializados o reducir las derivaciones de pacientes

desde zonas remotas a las grandes ciudades (derivaciones que, según los recursos familiares, nunca llegan a producirse). Cabe destacar el trabajo que están realizando algunas organizaciones que trabajan en ese ámbito, como la Fundación EHAS<sup>3</sup> (Enlace Hispano Americano de Salud) o la red africana RAFT<sup>4</sup> (*Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine*).

La pregunta que se nos plantea entonces es, si la telemedicina ofrece estas ventajas, ¿por qué no se empieza a utilizar de forma extensiva? A pesar de haberse demostrado su potencial, todavía existe una falta de resultados publicados que demuestren evidencias del impacto y coste-efectividad en estos países. Este hecho se debe, en parte, a la falta de experiencia y financiación para la investigación, y también al hecho que los resultados clínicos son difíciles de documentar.

Y es que en contextos donde los recursos sanitarios son escasos, cualquier tipo de inversión debe basarse en evidencias que garanticen un correcto uso de los recursos. Es aquí donde destaca el papel de la evaluación de proyectos como herramienta clave para el éxito, sostenibilidad y escalabilidad de la telemedicina en países en desarrollo.

## EVALUACIÓN DE PROYECTOS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

La evaluación es fundamental para justificar los resultados obtenidos de una inversión en telemedicina, sobre todo en países con recursos limitados, y ello nos permite identificar buenas prácticas, lecciones aprendidas y errores cometidos. Sin embargo, la realidad es que muchas veces se realiza de forma poco rigurosa, o simplemente no se realiza. A pesar de la existencia de varios modelos de evaluación, no existe un acuerdo global respecto a los resultados que deban medirse.

No obstante, podemos encontrar ejemplos de evaluaciones que arrojan resultados muy interesantes. El último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre telemedicina identifica algunas lecciones clave para el éxito de este tipo de programas<sup>5</sup>:

- La **colaboración entre los actores implicados** es clave para la construcción de capacidades. Los factores humanos y culturales suelen ser una de las principales barreras de adopción de la tecnología y del cambio, por lo que deben ser abordados en consecuencia.
- La **simplicidad en el diseño de sistemas** es vital para un mayor coste-efectividad de la tecnología implementada. Los proyectos de baja complejidad han resultado más exitosos y fáciles de asimilar, minimizando el impacto del limitado acceso a recursos informáticos, suministro de energía o servicios de Internet.
- La **evidencia sobre beneficios económicos y coste-efectividad** promueve la realización de proyectos. Las inversiones en telemedicina suponen costes muy elevados para países con financiación limitada, por lo que la elaboración de modelos de negocio es clave para la sostenibilidad de estos proyectos.
- Las **cuestiones legales deben de estar contempladas**, como ¿quién asume la responsabilidad en telemedicina? o ¿de qué país deben aplicarse las leyes en este contexto? Es necesario definir un marco legal internacional que facilite a profesionales sanitarios ofrecer servicios en diferentes países, garantizando la privacidad y confidencialidad de los datos sobre pacientes. ■

**T Jesús Verdún** Ingeniero de Telecomunicaciones. Gestor de proyectos en TicSalut.

## CONCLUSIONES

Las tecnologías de la información están revolucionando la prestación de servicios de salud a distancia, y este hecho afecta tanto a los países industrializados como a aquellos en desarrollo, donde la telemedicina presenta grandes oportunidades para mejorar el servicio prestado a la población. No obstante, a pesar del gran número de publicaciones que describen las ventajas de este tipo de proyectos, es necesario trabajar en la obtención de resultados que demuestren evidencias del impacto y coste-efectividad en países en desarrollo. En ese sentido, la evaluación de proyectos de telemedicina es uno de los factores clave para garantizar que los recursos invertidos tengan un impacto positivo en la salud de la población, permitiendo una adopción de la telemedicina de forma integrada con los servicios de salud existentes, y garantizando así la sostenibilidad de las intervenciones.

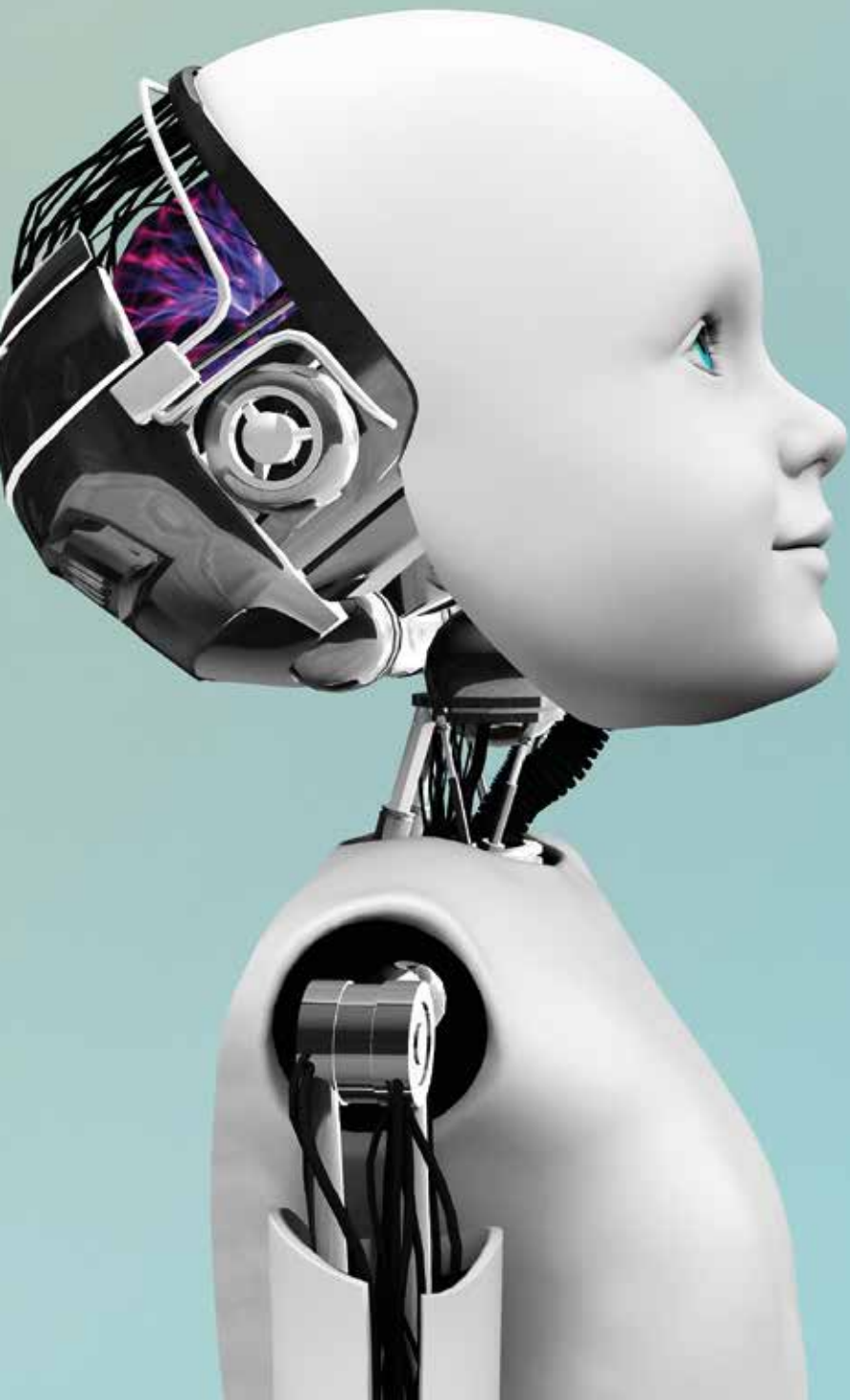
## Referencias

- <sup>1</sup> La ITU estimó una penetración del 20% para 2014 en suscripciones de móvil y banda ancha. <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/ICTFactsFigures2014-e.pdf>
- <sup>2</sup> WHO, World Health Organization (2014). Atlas of African Health Statistics 2014: health situation analysis of the African Region. WHO Regional Office for Africa.
- <sup>3</sup> Enlace Hispano Americano de Salud. <http://www.ehas.org/>
- <sup>4</sup> Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine. <http://raft.g2hp.net/>
- <sup>5</sup> WHO, World Health Organization (2009). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. WHO Global Observatory for eHealth.



# Salud digital

## La superconfluencia tecnológica



Un nuevo concepto de transformación sanitaria está emergiendo con fuerza. Se llama **salud digital** y se define como la convergencia de la revolución digital y genética con la salud, nuestros modos de vida y la sociedad. El **Dr. Eric Topol** lo describe en su libro *The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care*.

**iC** cuáles son los elementos esenciales de la revolución de la salud digital? De las diferentes tecnologías, se destaca aquellas que de manera directa pueden intervenir en la transformación del proceso asistencial; como son los dispositivos móviles, los sensores, el internet de las cosas, el desarrollo de internet, las redes sociales, la genómica, el Big Data y el desarrollo de la imagen asociada a la computación. Toda esta tecnología, y sobre todo la aparición de internet y el teléfono móvil, han cambiado nuestra forma de vida. Pero, realmente ¿hemos cambiado la manera en que atendemos a los pacientes?

Veamos cada uno de los elementos que configuran la salud digital:

### **WEARABLES Y SENSORES**

Los sensores para monitorizar constantes parecían una cosa del futuro y ya están aquí como una herramienta de uso cotidiano en ámbitos como el *wellness*.

En el mundo de la salud no para de crecer los casos de uso que se desarrollan a partir de sensores. Un ejemplo es el de Deezen™ que están desarrollando nuevos sensores que permiten personalizar la atención y detectar situaciones potencialmente graves como la aparición inminente de una crisis comicial.<sup>1</sup>

En nuestro país contamos con varias iniciativas que están desarrollando ropa inteligente como CETEMMSA<sup>2</sup> que trabaja activamente en el textil inteligente para el control y seguimiento de biometrías.

 Los sensores para monitorizar constantes parecían una cosa del futuro y ya están aquí como una herramienta de uso cotidiano en ámbitos como el *wellness*.

### **IMAGEN MÉDICA**

El mundo de la imagen médica está evolucionando rápidamente. Existen centros de desarrollo con líneas de trabajo encaminadas a conseguir cierta movilidad en toda la imagen médica. Todo ello unido a la disminución del coste provocará cambios en los procesos de atención.

La realidad virtual establece una nueva relación entre el espacio y tiempo mostrándolo desde perspectivas desconocidas y dando la capacidad de superar barreras físicas. Este nuevo escenario permite la construcción de identidades múltiples.

Hablamos de realidad aumentada cuando hacemos una visión de un entorno físico del mundo real a través de un dispositivo tecnológico, combinando elementos del mundo real con el virtual para crear una realidad mixta en tiempo real. La realidad aumentada tiene diferentes aplicaciones<sup>3</sup>.

En el entorno salud podemos encontrar proyectos relacionados con la formación de profesionales y pacientes. Además es una herramienta de gran ayuda como soporte a la toma de decisiones.

### **mHEALTH - SALUD MÓVIL**


El 70% de las personas duerme junto a su móvil. Este porcentaje aumenta al 90% en el caso de los nativos digitales<sup>4</sup>.

La movilidad genera un nuevo escenario de atención. El acceso a la información está deslocalizado lo que permite establecer relaciones médico-paciente de manera continua y en cualquier lugar.

Ante este nuevo escenario se plantean diferentes preguntas a resolver. Quién debe acreditar, quién debe costear las aplicaciones, se podrá establecer un copago, qué utilidad podemos dar a los datos son dudas que aparecen y que organismos oficiales no han dado respuesta.

### **INTERNET DE LAS COSAS**

El internet de las cosas es un concepto que se refiere a la interconexión de los objetos cotidianos sin necesidad de la intervención humana. Los objetos hablan entre ellos y podrían estar gestionados por otros equipos sin necesidad de intervenir los humanos.

 El 70% de las personas duerme junto a su móvil. Este porcentaje aumenta al 90% en el caso de los nativos digitales.

Según la empresa Gartner en el 2020 habrá en el mundo 26 mil millones de dispositivos preparados para internet de las cosas<sup>5</sup>.

La evolución del Internet de las cosas también empuja la visión *SmartCare*. Entendemos un sistema *Smart* aquel que combina sensores, elementos que transmiten la información, mecanismos de control y acciones en respuesta al análisis de los datos obtenidos.

### **REDES SOCIALES.**

La evolución tecnológica y la aparición de internet ha permitido la creación de redes sociales virtuales que se define como unidades sociales cuyos miembros tienen algún tipo de relación como grupo y que interactúan usando tecnologías de la comunicación<sup>6</sup>.

Las redes te permiten colaborar, compartir, cooperar para crear contenidos compartidos y representan la llamada "sabiduría de las multitudes" (el total es más que la suma de contribuciones individuales).

No existe una evidencia clara sobre la mejora en resultados de salud que pueden aportar las redes sociales. Lo que sí se sabe es que no los empeora y si existe una mejora en términos de salud percibida por parte de los pacientes que participan de dichas redes<sup>7</sup>.

Es interesante apuntar que se observa que las comunidades moderadas o con intervención intensiva de profesionales presentan una menor actividad por parte de los pacientes que aquellas en la que sólo participan pacientes.



## SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD E INTEROPERABILIDAD

Todo lo que exponemos en el artículo tiene sentido si al final somos capaces de conectar todos los datos.

En un entorno globalizado, con una capacidad de movilidad en todo el espacio europeo, necesitamos modelos que permitan tener la información ligada a la persona con independencia de donde se produce la atención.

La historia clínica del futuro deberá rediseñarse. Todavía estamos anclados en la visión analógica, del papel, y sólo queremos una "digitalización del papel". La historia clínica del futuro no será una entidad cerrada (la de atención primaria, hospital, etc.) sino un concepto ligado al individuo.

En este sentido la interoperabilidad de los sistemas es una pieza clave. Cada profesional o fuente de información trabaja de manera local con su sistema de información y se comunica con el resto es base a estándares.

Los estándares se definen tanto en el contenido de la información, codificación, diccionarios clínicos comunes, catálogos semánticos, como en la manera que la enviamos, estándares HL7, CDA, etc.

### BIG DATA

El *Big Data* se refiere a sistemas informáticos basados en la acumulación de

datos de manera masiva y a la detección de posibles patrones a través del análisis de los mismos.

De cara a su posible aplicación en salud la analítica de datos, ya sea *Big Data* no, abre nuevos horizontes en diferentes líneas. Encontramos líneas de investigación en oncología, en detección de patrones que predicen descompensación de enfermedades crónicas o en la búsqueda de nuevos medicamentos, entre otras.

Los datos ya no proceden sólo del registro de historias clínicas sino que a través de los dispositivos móviles, entre otros podemos obtener datos que hasta ahora no teníamos en cuenta en los análisis y que en un futuro podrán ser tanto o más importantes que los obtenidos en la historia clínica.

Para finalizar comentar que la confluencia de manera intensiva de toda la tecnología mencionada junto con la evolución de la genómica nos permitirá una atención más personalizada, predictiva y preventiva. Eso sólo será posible si en la transformación se cuenta con los profesionales y los pacientes.

Resumiendo, para "cocinar" la transformación basada en salud digital son necesarios tres ingredientes básicos, las tres P: **Procesos, Personas y Profesionales.**

**T Jordi Martínez** Director de Innovación, TicSalut.

### Referencias

- <http://www.dezeen.com/2014/03/14/epilepsy-aid-uses-wearable-technology-to-predict-seizures/>
- <http://www.cetemmsa.com/>
- Wiederhold, Brenda K. "Time to port augmented reality health apps to smart glasses?." *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 16.3 (2013): 157-158.
- Aaron Smith, *Mobile Access 2010*, Pew Internet & American Life Project Report, July 2010, [www.pewinternet.org/Reports/2010/Mobile-Access-2010.aspx](http://www.pewinternet.org/Reports/2010/Mobile-Access-2010.aspx).
- «Gartner Says the Internet of Things Installed Base Will Grow to 26 Billion Units By 2020». Gartner. 12 de diciembre de 2013.
- Demiris G. *The diffusion of virtual communities in health care: Concepts and challenges*. Patient Educ Couns. 2006 Jan 4.
- Griffiths KM, Calear A, Banfield M, Tam A. *Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (2): What is Known About Depression ISGs?* J Med Internet Res 2009;11(3):e41. [http://www.jmir.org/2009/3/e41?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed%3A+JMedInternetRes+%28Journal+of+Medical+Internet+Research+%28atom%29%29](http://www.jmir.org/2009/3/e41?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+JMedInternetRes+%28Journal+of+Medical+Internet+Research+%28atom%29%29)

# Satisfacción y experiencia del paciente

## LOS LÍMITES DE LA SATISFACCIÓN

La calidad de un proceso complejo como la atención sanitaria no puede evaluarse únicamente con indicadores numéricos referidos exclusivamente a la perspectiva técnica. La atención sanitaria comprende múltiples interacciones con profesionales a los largo del tiempo, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas, con una convivencia a veces difícil con la incertidumbre diagnóstica y con una gran variabilidad de la práctica clínica. **Porter** propone una aproximación a la valoración de la calidad de la atención sanitaria que tiene en cuenta la perspectiva del paciente<sup>1</sup>. La idea de valor incluye los resultados en salud, el tiempo de recuperación y el mantenimiento del estado de salud. Algunos profesionales identifican la tendencia a valorar la calidad asistencial mucho más allá de los aspectos clínicos: comunicación, gestión del tiempo (del tiempo de los pacientes), accesibilidad a los profesionales, participación o deliberación, por poner algunos ejemplos sin ánimo de establecer taxonomías o prioridades. ▶



\* ... la satisfacción por la prestación de un servicio se relaciona con tres elementos clave: la accesibilidad, la comunicación y la manera de responder ante las situaciones imprevistas o los errores.

La medida de la calidad de la atención sanitaria es un tema difícil, tanto por la definición de calidad como por la metodología de evaluación. Además, **Donabedian**<sup>2</sup> ya ponía de manifiesto las dificultades para medir ciertos aspectos de la calidad, como es el caso de la satisfacción.

Algunos podrán sostener, de una manera razonable, que desde hace años los sistemas sanitarios se ocupan de la percepción del paciente a través de las encuestas de satisfacción. Como en todos los servicios, el interés por la percepción del que los recibe es crucial. **Joan Elías**<sup>3</sup> define la satisfacción a partir de la percepción del paciente menos las expectativas que ha puesto en el servicio. Si la percepción supera las expectativas la satisfacción será alta. En definitiva, la satisfacción por la prestación de un servicio se relaciona con tres elementos clave: la accesibilidad, la comunicación y la manera de responder ante las situaciones imprevistas o los errores.

Esta aproximación a la satisfacción, desde la perspectiva de los servicios sanitarios, puede tener una cierta utilidad. Sin embargo, también puede dar una falsa sensación de confort dado que la mayoría de los usuarios del sistema sanitario público se manifiestan satisfechos de una manera sistemática. Y, además, con encuestas globales de satisfacción en la que la mayoría están satisfechos, cuesta identificar las causas precisas de la insatisfacción (que únicamente expresa una minoría).

### LA DOBLE PARADOJA DE LA SATISFACCIÓN

La medida sistemática de la satisfacción de los pacientes (usuarios) en relación a la atención recibida puede generar una doble paradoja. **Fenton et al**<sup>4</sup>, en un estudio prospectivo de una cohorte de más de cincuenta mil pacientes, observan que los pacientes con un grado de satisfacción más elevado presentan menos visitas a urgencias, pero más ingresos, más prescripciones de servicios sanitarios y fármacos y un incremento de la mortalidad. A pesar de algunas críticas metodológicas (el estudio se basa en las respuestas de los pacientes sin contraste con la historia clínica y una fuente de sesgo podría radicar en el hecho de que los pacientes más graves están más agradecidos a los esfuerzos de sus médicos<sup>5</sup>), el trabajo de **Fenton** muestra resultados en la misma dirección de los de **Fisher et al**<sup>6</sup> que relacionan satisfacción, intensidad de cuidados y mortalidad. **Mitler et al**<sup>7</sup> muestran que la alta intensidad de cuidados no mejora la experiencia de

los pacientes atendidos por **Medicare**, tanto si el modelo asistencial es de pago por servicio como si es en el marco de un programa de atención gestionada.

Por otra parte, a pesar de la importancia concedida a las estrategias de atención centrada en el paciente<sup>8</sup>, se aprecia un gap entre las intenciones de los equipos de gestión y las intervenciones específicas sobre los profesionales de la primera línea asistencial.

Quizás este hecho puede explicar la segunda paradoja en relación con la evaluación de la satisfacción. La primera paradoja de la satisfacción se refiere al hecho "que los pacientes más satisfechos obtienen peores resultados en salud" y la segunda al hecho "que los profesionales sanitarios de primera línea son relativamente impermeables a centrar realmente la atención en el paciente, a pesar del interés de las cúpulas de las organizaciones".







## DE LA SATISFACCIÓN A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Se han comentado los límites de la valoración de la satisfacción. La satisfacción es un constructo multidimensional que, a veces, simplemente traduce el cumplimiento de las expectativas<sup>9</sup>. Puede darse un alto grado de satisfacción con malos resultados clínicos (incluso, a veces, en relación con prácticas clínicas poco basadas en evidencias). En cambio, al hablar de “experiencia del paciente” nos referimos al *feedback* de los propios pacientes respecto a lo que está pasando en el transcurso del proceso asistencial. La experiencia del paciente se convierte así en uno de los pilares de la evaluación de la calidad asistencial, al mismo nivel que la seguridad o la efectividad.

*The Beryl Institute*<sup>10</sup> es una comunidad de práctica que define la experiencia del paciente como “la suma de todas las interacciones, moldeadas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo de todo el *continuum* de cuidados.

*The King's Fund*<sup>11</sup> ha publicado recientemente un documento sobre la necesidad de facilitar el control por parte del paciente de todas las intervenciones que pueden afectarle. El documento constata que desde hace años se habla

de poner al paciente en el centro de la atención sanitaria, pero es necesario identificar los instrumentos que hacen realidad esta aspiración. En el documento se proponen ocho prioridades para facilitar y asegurar la implicación del paciente. La prioridad número ocho se refiere, precisamente, a la necesidad de evaluar los servicios a través del *feedback*.

En los artículos del *Excellence Framework for Patient Experience*<sup>12</sup> se sugiere que la experiencia del paciente se construye a partir de unos aspectos relacionales y otros funcionales<sup>13</sup>. Entre los aspectos relacionales de la experiencia del paciente se incluye el soporte emocional y psicológico, la participación del paciente en la toma de decisiones, la implicación de la familia y los cuidadores, la información clara (y a la medida de las necesidades del paciente) y la transparencia (y respuesta adecuada al error). Entre los aspectos funcionales se debe tener en cuenta la provisión de servicios efectivos, el manejo de los síntomas en el momento adecuado por profesionales competentes, el ambiente en el que se da la atención y la coordinación y continuidad de cuidados. ■

**T Joan Escarrabill** Médico especialista.  
Responsable del Programa de Crónicos del Hospital Clínico de Barcelona.

### Referencias

- Porter ME. *What is value in health care?* N Engl J Med. 2010; 363:2477-81.
- Donabedian A. *Evaluating the Quality of Medical Care* The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44:166-203. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/full> Acceso el 18 de mayo de 2015.
- Elías J. *Clientes contentos de verdad*. Barcelona. Gestión 2000.
- Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. *The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality*. Arch Intern Med. 2012; 172:405-11.
- Friedberg MW, Gelb Safran D, Schneider EC. *Satisfied to death: a spurious result?* Arch Intern Med 2012; 172:1112-3.
- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. *The implications of regional variations in Medicare spending, part 2: health outcomes and satisfaction with care*. Ann Intern Med. 2003; 138:288-298.
- Mittler JN, Landon BE, Cleary PD, Fisher E, Zaslavsky AM. *Market variations in intensity of Medicare service use and beneficiary experiences with care*. Health Services Res 2010; 45:647-669.
- Rozenblum R, Lisby M, Hockey PM, Levitzion-Korach O, Salzberg CA, Efrati N, Lipsitz S, Bates DW. *The patient satisfaction chasm: the gap between hospital management and frontline clinicians*. BMJ Qual Saf. 2013; 22:242-50.
- Russell S. *Patients' experiences. Top heavy with research*. Melbourne. Research Matters. 2013. Accesible en: <http://www.research-matters.com.au/publications/PatientsExperiencesReview.pdf> Acceso el 18 de mayo de 2015.
- <http://www.theberylinstitute.org/> Acceso el 18 de mayo de 2015.
- Foot C, Gilbert H, Dunn P, Jabbal J, Seale B, Goodrich J, Buck D, Taylor J. *People in control of their own health and care. The state of involvement*. London. The King's Fund. 2014. <http://goo.gl/sfQyvo> Acceso el 18 de mayo de 2015.
- <http://patientexperienceportal.org/> Acceso el 19 de mayo de 2015.
- Doyle C, Bell D, Lennox L. *Experience as an Aspect of Quality: A Review of the Evidence*. NHS: Patient Experience Journal Measures and Metrics (2012). <http://patientexperienceportal.org/article/experience-as-an-aspect-of-quality-a-review-of-the-evidence> Acceso el 19 de mayo de 2015.

# Entrevista motivacional y decisiones compartidas

El profesor **Glyn Elwyn** de The Dartmouth Center y sus colaboradores han escrito un artículo en *Annals of Family Medicine* "Share Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems" que pienso que es relevante y que quiero compartir. Como dice el profesor Elwyn, muchos médicos creen que eso de la atención centrada en el paciente va de ser amables y abiertos a las opciones que les plantean los enfermos, pero desgraciadamente este asunto es más complicado, y si se quiere avanzar por esta línea hará falta más oficio, más instrumentos y sobre todo más evaluación.

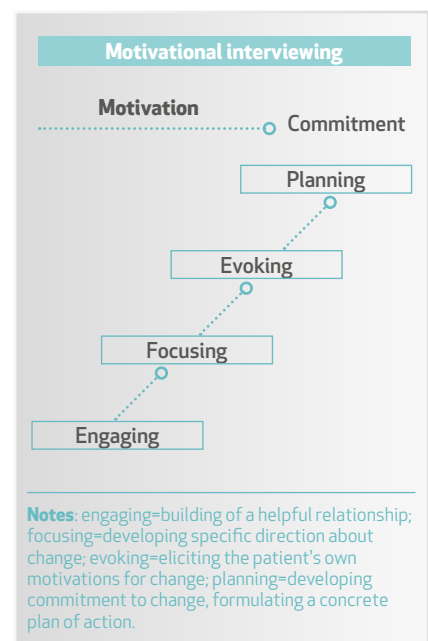


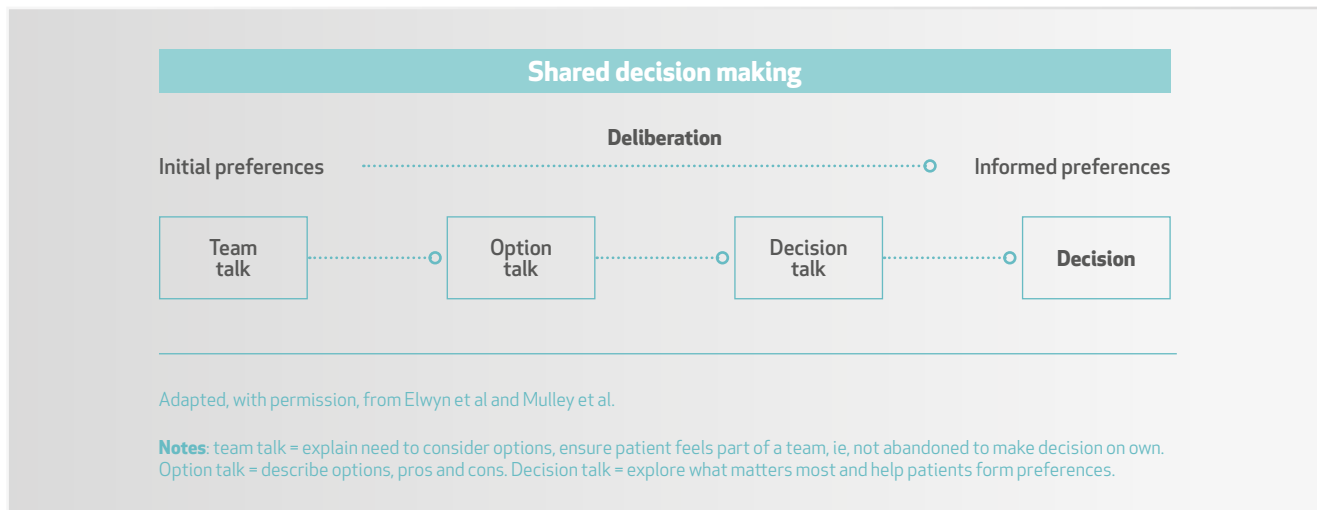


La entrevista motivacional y la decisión clínica compartida -afirman los autores del trabajo de *Annals*- son dos metodologías muy conocidas y muy útiles para potenciar la estrategia de la atención centrada en el paciente (ACP), en el entendido de que la ACP ya ha sido asociada a la potenciación del autocuidado, a las mejoras en la adherencia a la medicación y, en algunos casos, incluso, a los resultados clínicos (ver bibliografía en el artículo referenciado).

### LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se trata de una técnica que se focaliza en ayudar a los pacientes a identificar y resolver sus propias ambivalencias sobre cambios de conductas (a menudo relacionadas con comida, ejercicio físico, alcohol y tabaco), mediante la exploración de las perspectivas personales y de las barreras percibidas. Lejos de la tradicional persuasión, tan frecuente en médicos y enfermeras voluntariosos, la entrevista motivacional requiere una metodología: para empezar se debería averiguar si el paciente admite que tiene un problema conductual o de hábitos, y si manifiesta interés por cambiar (*engaging* en el gráfico). Si es así, un segundo paso sería focalizar la dimensión del problema, en un tercer paso, el paciente, con la ayuda del médico, debería ser capaz de encontrar motivaciones propias para emprender el cambio de actitud (*evoking* en el gráfico) y en un cuarto eslabón se deberían plantear acciones y compromisos asumibles.





### LA DECISIÓN CLÍNICA COMPARTIDA

Se trata de una metodología que debería permitir que médicos y pacientes tomaran decisiones de manera colaborativa a partir de la mejor evidencia posible. Esta es una aproximación muy útil cuando se trata de acciones de cribaje o de tratamientos, habitualmente quirúrgicos. En estos casos, un primer paso debería ser convencer al paciente que es mejor que explore por sí mismo las posibilidades antes que delegar esta responsabilidad en el médico (*team talk* en el gráfico). Si el paciente acepta el juego, el segundo paso sería generar una conversación aclaratoria sobre pros y contras de cada opción (*option talk*) y a continuación sería muy útil poder contar con formularios de apoyo para la toma de decisiones (*decision talk*).

Si pueden consultar el artículo de **Elwyn**, en la figura 4 encontrarán un caso de un paciente diabético con problemas de actitud, pero que además debería tomar decisiones sobre hipoglicemiantes relacionados evidentemente con los cambios previstos en el estilo de vida, y verán como los expertos combinan la entrevista motivacional y la decisión clínica compartida.

Relacionado con este tema, aconsejo la lectura del libro del profesor de Medicina de Familia de la Universidad de Barcelona, Francesc Borrell, *Práctica clínica centrada en el paciente*. Obra metódica y llena de recursos para ayudar a profesionalizar el arte de la entrevista en el marco del consultorio del médico de familia.

La excesiva formación técnica de los médicos, que tanto prestigio nos ha dado, a menudo es un estorbo para la aproximación, siempre más emocional, al mundo real de los pacientes. La cuestión, sin embargo, es que la atención centrada en el paciente (ACP) requiere profesionalización, y conseguirlo, no lo duden, irá en beneficio de las personas que tratan. ■

**Jordi Varela** Avances en Gestión Clínica.

**✳ La decisión clínica compartida es una metodología que debería permitir que médicos y pacientes tomaran decisiones de manera colaborativa a partir de la mejor evidencia posible...**

### LECTURA RELACIONADA



La lectura de este espléndido libro deja claro que nunca podrá ser buen médico quien no tenga una fuerte sensibilidad cultural y unos mínimos conocimientos filosóficos, literarios, sociológicos, lingüísticos o psicológicos. Si se aspira a una auténtica «medicina centrada en las personas» no se puede establecer una dicotomía tajante entre conocimientos biomédicos, humanísticos y sociológicos, porque en la práctica clínica es imposible separar los datos biológicos de las convicciones, dificultades económicas, peculiaridades de carácter, prejuicios morales, rencores personales, costumbres ancestrales, deseos insatisfechos... Francesc Borrell muestra de forma práctica y concreta la necesidad de un equilibrio adecuado entre saberes biomédicos y humanísticos, gracias a su experiencia personal de médico de familia y su profundo conocimiento de las realidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y personales que determinan cada enfermedad. (Extracto del resumen de [casadellibro.com](http://casadellibro.com)).



**Carmen Santos** Directora de Atención Primaria  
Área de Salud de Ibiza y Formentera

“ La telemedicina aporta grandes ventajas tanto a facultativos como a usuarios y si esto lo traducimos en cifras de gestión son visitas “ahorradas” a los servicios hospitalarios lo que supone un “gasto evitado” para nuestro Área de 68.292€...

— **Hemos conocido vuestra experiencia en teledermatología con el Hospital de Can Misses. ¿Nos podrías explicar cómo se originó?**

El proyecto surgió como acercamiento de la atención hospitalaria a la atención primaria originando el menor desplazamiento de los usuarios, potenciando las consultas de alta resolución, evitando consultas presenciales innecesarias, resolviendo dudas de los médicos de familia y acercando la atención hospitalaria a los puntos más alejados de nuestra Área de Salud.

Encontramos en el jefe de servicio de dermatología un apoyo muy importante, el Dr. Luis Cros, quien creyó en el proyecto y conjuntamente con el servicio de informática lo hicimos nacer y crecer hasta extenderlo a otras especialidades con las que también hemos obtenido muy buenos resultados.

— **Cuál es el proceso completo del servicio de teledermatología?**

El proceso comienza cuando desde la consulta de Atención Primaria, se detecta una lesión cutánea de la

que el médico de familia duda o no está seguro de su diagnóstico. Se realiza una fotografía de la lesión, a su vez se genera una interconsulta online al servicio de dermatología donde se explica brevemente las características y aparición de la lesión, incorporándole la imagen realizada. Todo esto a través de un sistema informático encriptado llega a la historia clínica del paciente en hospital. Desde allí el dermatólogo abre la interconsulta, visiona la imagen y emite un juicio diagnóstico y una pauta a seguir. En caso de

requerir una intervención o biopsia, el dermatólogo cita al paciente directamente para el procedimiento necesario. A su vez escribe en la historia clínica del paciente la actitud realizada y el juicio diagnóstico. Automáticamente se genera un mail al médico de familia informando que el especialista hospitalario ha contestado la interconsulta y puede acceder a esa respuesta a través de la historia hospitalaria.

— **¿Cuánto tiempo lleva el proyecto en marcha? ¿Cuántos pacientes han sido tele-diagnosticados?**

El proyecto comenzó en 2011 con teledermatología y durante 2012, 2013 y 2014 se incorporaron otros servicios como cardiología, neurología, medicina interna y oftalmología. Hasta diciembre de 2014 se han realizado 999 interconsultas online para todas las especialidades que participan en el proyecto, siendo la teledermatología la más utilizada por los médicos de familia.

— **¿Qué recepción tuvo por parte de los compañeros de Atención Primaria y cómo ha sido la curva de aprendizaje y adopción?**

En 2011 se inició en el centro de salud más alejado del Hospital Can Misses como pilotaje, se comprobó que todo el circuito funcionaba correctamente y a los 6 meses se extendió al resto de centros de salud. La evolución desde 2011 ha sido espectacular pasando de las 173 interconsultas online en 2012, 292 de 2013 hasta las 534 de 2014.

— **¿Ha habido alguna barrera a la adopción? Y de ser así, ¿cómo se ha superado?**

Para poder llevar a cabo el proyecto es esencial que la Gerencia crea en él y lo apoye, ya que aunque no se necesita una gran inversión debe comprometerse. Por otro lado sin la colaboración de los especialistas de Atención Primaria-Atención Hospitalaria y el convencimiento de que beneficia tanto a usuarios como a facultativos no se podría haber desarrollado. El tercer eslabón en la cadena es contar con un servicio de informática capaz de dar forma

al proyecto y crear rutas seguras donde la información pueda estar al alcance de primaria y hospitalaria.

Con la implicación de todos estos eslabones se ha podido llevar adelante un proyecto innovador que incorpora las nuevas tecnologías.

— **¿Crees que debería cambiar el sistema de compra de servicios para promover la telemedicina?**

Según nuestra experiencia, la telemedicina aporta grandes ventajas tanto a facultativos como a usuarios y si esto lo traducimos en cifras de gestión son visitas "ahorradas" a los servicios hospitalarios lo que supone un "gasto evitado" para nuestro Área de 68.292€, lo que sin duda pone de manifiesto que la telemedicina es coste eficiente y por tanto una línea de trabajo emergente con gran potencial.

— **¿Cómo lo han vivido los pacientes?**

Los pacientes en las consultas lo viven muy positivamente, ya que obtienen a través de su médico de familia una confirmación de un diagnóstico o una pauta a seguir sin tener que desplazarse a otro nivel asistencial.

— **¿Habéis llevado a cabo algún proyecto de investigación al respecto?**

Todavía estamos en fase de expansión del proyecto, ya que existen muchas especialidades hospitalarias interesadas en participar y por tanto sólo hemos analizado cifras sobre la utilización de las consultas online y su impacto en las interconsultas presenciales de atención hospitalaria, calculando el "gasto evitado".

— **Si la teledermatología os ha funcionado, ¿por qué otras especialidades os planteáis avanzar?**

Como ya hemos avanzado con anterioridad, además de las especialidades que ya están desarrollándose, tenemos la intención de introducir este año al servicio de digestivo y al servicio de urología, especialidades que han mostrado un interés especial en participar de este proyecto.

— **¿Qué consejos les darías a un compañero de gestión de atención primaria que se plantee iniciar un proyecto de telemedicina?**

Nuestra experiencia ha sido muy buena, pero hay que tener en cuenta que las personas que participan en el proyecto son muy importantes, deben creer en él, estar motivados y hacer partícipe al resto del equipo, si no es así puede fracasar. Se ha demostrado que es coste eficiente y por tanto los gestores deben concienciarse de que con una pequeña inversión los costes en visitas hospitalarias se reducen, a cambio tienen una atención hospitalaria más cercana a la atención primaria, a los usuarios que sólo se desplazan al segundo nivel asistencial cuando realmente es necesario y a los especialistas hospitalarios optimizando sus visitas y atendiendo aquello que realmente deben atender. ■

# Libros

## *Building primary care in a changing Europe*

**Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Allen Hutchinson y Robert B. Saltman**  
**The European Observatory of Health Systems and Policies - WHO 2015.**  
 174 págs.



**OMS** Europa ha publicado a principios de este año el estudio *Building Primary Care in a changing Europe*. Se trata de un documento muy bien elaborado por expertos internacionales de reconocido prestigio (Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Allen Hutchinson y Robert B. Saltman) a partir de la información recopilada en el proyecto europeo PHAMEU (Primary Healthcare Activity Monitor in Europe) que recogía indicadores de estructura, proceso y resultado de todos los países de la Unión Europea facilitados por puntos de contacto locales bien acreditados (en nuestro país actuaba de referencia el Instituto de Investigación en Atención Primaria IDIAP). El proyecto ha sido cofinanciado por la Comisión Europea y respaldado por OMS Europa, el *European Forum for Primary Care*, la *European Public Health Association* y la *European General Practice Research Network*.

El documento analiza las virtudes y defectos de las múltiples configuraciones de Atención Primaria existentes en Europa, superando las clasificaciones habituales de sistemas Bismark versus Beveridge, con la intención de relacionarlas con su rendimiento y resultados para elaborar rankings de países y así poder descubrir en qué destaca cada país. A los primeros clasificados se les considera como que poseen el atributo de tener una Atención Primaria "fuerte" al modo que ya nos introdujo el trabajo seminal de Barbara Starfield.

El trabajo se estructura mediante un marco de sistema para la atención primaria organizado en tres bloques: estructura, proceso y resultado.

En el bloque de estructura se incluye la gobernanza del sistema de atención primaria, sus condiciones económicas (presupuesto dedicado) y el desarrollo de su fuerza de trabajo. Los países que demuestran mejor estructura son el Reino Unido y Holanda.

En el bloque de proceso se compone de los pilares del pensamiento de Barbara Starfield, es decir, accesibilidad, cartera de servicios, continuidad de los cuidados y coordinación con otros niveles. En este ámbito, eslovenos, lituanos, daneses y suecos son los que mejor puntúan.

Por último, en la sección de resultados, la terna equidad, eficiencia y calidad componen el bloque aunque su análisis es un tanto equívoco, haciendo difícil extraer conclusiones relevantes.

En el análisis, la Atención Primaria española no aparece en ninguna primera posición pero puntúa alto en todas las secciones de estructura y proceso, siendo considerada nuestra AP como fuerte por los autores. Más que ser el mejor en algo, nuestra virtud es ser buenos en todo. ■





**Bsalut**<sup>®</sup>  
Innovación y Gestión Sanitaria

Patrocinado por:

 **Almirall**

Soluciones pensando en ti

Edita: BSalut  
Equipo editorial: Glòria Jodar, Jordi Martínez  
Colaboradores: Tino Martí, Ramón Morera, Irene Cubells  
Diseño editorial: Jordi Vilanova Comunicació Gràfica

RR118196