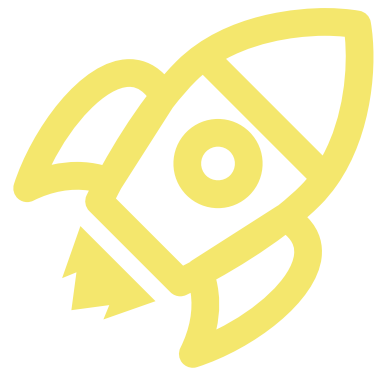


BIGS

BOLETÍN INNOVACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

Núm. 13 | Julio 2016



OPINIÓN

La paradoja del paciente

ARTÍCULO

Internet de las Cosas

INFORME

La integración social
y sanitaria en España

BIGS 13

disponible en
big.s.es

¡SUSCRÍBETE!

Una publicación de

Bosalut[®]
Innovación y Gestión Sanitaria

Este nuevo número de BIGS nos llega con importantes novedades. Queremos reforzar el alcance de BIGS con su versión digital **big.s.es** gracias al apoyo continuado de nuestro patrocinador **Almirall**.

Si quieres que te avisemos cada vez que salga un nuevo número sólo tienes que inscribirte gratuitamente en **www.big.s.es**.

En cuanto a los contenidos, nuestro público objetivo ha sido siempre los responsables de gestión de atención primaria y atención integrada de toda España. Nuestro objetivo continúa siendo acercar las innovaciones de gestión sanitaria ya sean foráneas o locales a nuestra audiencia. Sin embargo, desde este número queremos ampliar nuestro alcance a la gestión clínica y por tanto acercarnos a los clínicos y gestores que conforman la primera línea de atención sanitaria.

Para disfrute de nuestros lectores, en este número podrán hallar una combinación de frentes de innovación organizativa, tecnológica y centrada en el paciente junto a un programa de intercambio profesional internacional muy interesante.

Lucía Martínez y **Arturo Álvarez** nos presentan su observatorio de atención integrada social y sanitaria que será objeto de difusión la Conferencia Internacional de Atención Integrada del 23 al 25 de mayo. La tecnología sigue su avance sin pausa y nos llega una nueva corriente de innovaciones fruto de la conectividad de cualquier instrumento a internet. Este nuevo fenómeno conocido como el internet de las cosas está llamado a cambiar sustancialmente la forma cómo vivimos y trabajamos y por eso nos ha parecido oportuno solicitar a **Jesús Berdún**, ingeniero de telecomunicaciones, una visión práctica de relación con los modelos de atención integrada social y sanitaria. **Jordi Varela** nos ofrece en esta ocasión una recomendación en forma de libro para entender mejor las necesidades y sesgos de los pacientes que distorsionan nuestra actuación hasta los límites de lo perjudicial. Para concluir, hemos querido entrevistar a **Asunción Ruiz de la Sierra**, responsable del programa de intercambio de profesionales de HOPE. Aunque poco conocido, ya cuenta con 27 ediciones donde participantes de centros sanitarios españoles han podido experimentar la vida profesional en un país europeo durante cerca de un mes. A su vez, las organizaciones emisarias han sido anfitrionas de contrapartes europeas pudiendo mostrar la calidad de nuestros servicios y maximizando en ambos casos el intercambio de experiencias que siempre enriquecen.

Tómese un momento para disfrutar de la lectura de este nuevo número que llega con ilusiones renovadas previas al descanso estival.

¡Nos seguimos viendo en big.s.es!

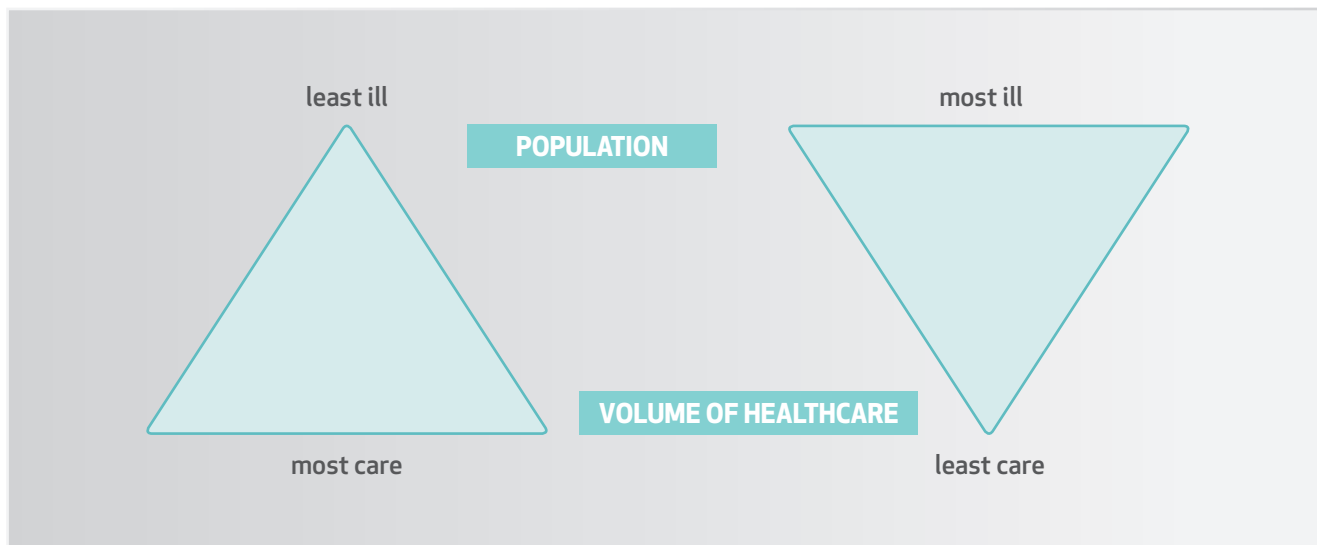
La paradoja del paciente

La **Dra. Margaret McCartney** médico de familia escocesa y colaboradora habitual del BMJ, es la autora del libro *The Patient Paradox*, una obra con visión científica crítica escrita desde el consultorio.

Sigo regularmente las aportaciones de la **Dra. McCartney** y dos *tweets* de ella ya han sido seleccionados *tweet* de la semana en el blog **Avances en Gestión Clínica**: "Cáncer: ¿son oportunas las metáforas militares?" y "Si no morimos de cáncer, ¿de qué lo haremos?". Hace poco tuve la oportunidad de escucharla en

la conferencia inaugural de la Jornada de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. La tesis de su discurso: "*Too much medicine for the well and not enough for the sick*" me pareció oportuna y por ello me decidí a leer su libro; y les adelanto que me ha gustado tanto, que si fuera editor, ahora mismo encargaría su traducción.





¿A QUÉ PARADOJA SE REFIERE LA DRA. McCARTNEY?

Esta paradoja no es ni más ni menos que la tesis de su discurso de Barcelona. Si estás enfermo debes ser persistente para recibir la atención adecuada (pedir hora al médico de familia, verte limitado a un tiempo escaso para explicarle qué te pasa, soportar listas de espera para recibir atención especializada, etc.). Pero si te encuentras bien, entonces la situación es inversa, y entras en riesgo de sobreactuación sanitaria, como por ejemplo que en un cribaje o en una revisión te coloquen el cartel de paciente, o de pre-paciente, o de estar en situación de probabilidad de serlo y, en consecuencia, recibas tratamientos preventivos por alguna patología que nunca tendrás, o que seas tratado para combatir una enfermedad que no tienes (ver gráfica).

La ley de la asistencia sanitaria inversa fue descrita por primera vez en Lancet por Julian Tudor Hart, un médico de familia galés, el año 1971. Según él: "La disponibilidad de recibir buena medicina tiene tendencia a variar de manera inversa a la necesidad. Esta ley opera completamente cuando la asistencia sanitaria está expuesta a las fuerzas del mercado".

GUÍA DE TEMAS TRATADOS EN THE PATIENT PARADOX (para animarles a la lectura)

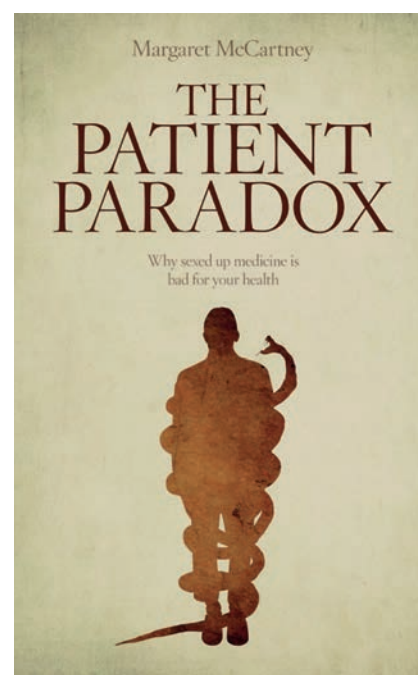
La autora defiende una práctica médica que sepa valorar riesgos y beneficios de manera conjunta con los pacientes, que evite medicalizar personas sanas, que practique la continuidad asistencial frente a la fragmentación, que se concentre en las actividades clínicas probadas y que aborde el final de vida de los pacientes de manera clara y honesta.

Según ella los retos para un médico de familia de hoy son monumentales: la industria relacionada invierte, innova y presiona por la cuota de mercado; las asociaciones de pacientes actúan, bajo ese influjo, a menudo como asociaciones de consumidores y, de acuerdo con ello, los partidos políticos prometen, en campaña, actividades preventivas de efectividad dudosa.

No se pierdan los ejemplos de consultorio de la Dra. McCartney: su indignación cuando un paciente le reclama las pruebas a las que le han dicho que tiene derecho, o su irritación con el gobierno cuando tiene que atender una paciente con depresión, mientras la pantalla le recuerda que debería programarle una citología si quiere cobrar los objetivos. ■

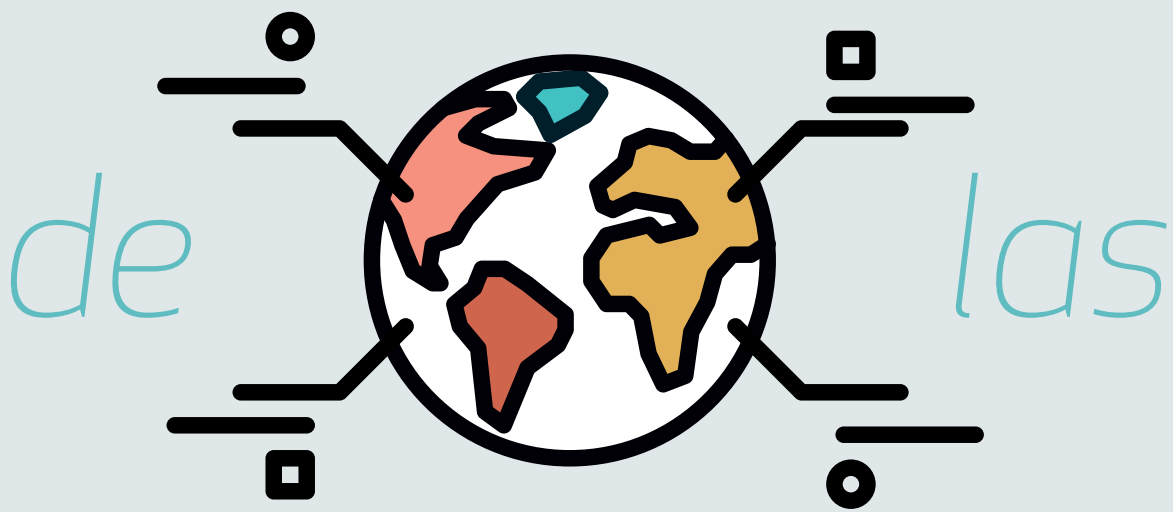
EN RESUMEN

Excelente libro para los amantes de una práctica clínica de criterio independiente, con oportunas reflexiones para los médicos de familia que aman el oficio. Un alegato en defensa de la sanidad pública y en contra del mercadeo de lo que la Dra. McCartney llama "sexed up medicine". Un texto profesional y crítico.



T Jordi Varela Consultor en Gestión Clínica.

Internet



Cosas

y la transformación de la atención sanitaria y social

Se estima que para 2020, sólo en el sector del consumo habrán más de 13 mil millones de dispositivos conectados a través de Internet¹. Es fácil imaginar la rápida evolución de los servicios en red, dando paso a un nuevo paradigma de intercambio y procesado de datos entre personas y dispositivos o "cosas".

Hablamos del **Internet de las Cosas**, o **Internet of Things** (IoT, en inglés), un movimiento tecnológico que ofrece nuevas oportunidades y servicios en todo tipo de sectores como las telecomunicaciones, la manufactura, el transporte, la energía y la salud. En el sector de la atención social y sanitaria, los nuevos ecosistemas de dispositivos personales están transformando los modelos de provisión de servicios, cada vez más integrados y más centrados en el individuo.

¿QUÉ ES EL INTERNET DE LAS COSAS?

Hoy en día todo puede conectarse. Esta afirmación afecta tanto a la interacción entre individuos y dispositivos, como a la prestación de servicios avanzados en la "nube". Podemos definir el fenómeno del IoT **como una infraestructura a nivel global que permite la provisión de servicios a través de la interconexión de objetos físicos y virtuales, basada en tecnologías de la información y la comunicación existentes** ².

El **Internet de las Cosas** nos permite combinar elementos que captan información de forma continua, transformando esa información en acciones basadas en el análisis e interpretación de los datos. Así, se puede dotar de cierta "inteligencia" a los dispositivos conectados, para que actúen cada vez de forma más autónoma y transparente para el usuario.

Actualmente encontramos ejemplos de uso del modelo de IoT que pueden aplicarse a la atención social y sanitaria. Es el caso de las *Smart Cities*, optimizando recursos urbanos ³; o las *Smart Grids*, redes de eficiencia energética en función de la demanda ⁴. A continuación analizamos brevemente algunos ejemplos de aplicación de estos modelos.



TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

Las aplicaciones del IoT son muy variadas en el campo de la salud y la atención social. Existen dispositivos médicos que actúan sobre el paciente de forma más o menos invasiva, que pueden realizar acciones de forma autónoma, supervisada y/o pre-programada. En atención social encontramos "ambientes asistidos" basados en la instalación de sensores en el entorno del individuo, que pueden usarse para prevenir caídas, monitorizar pacientes crónicos, agilizar actuaciones de emergencia, o ayudar en las actividades de la vida diaria ⁵.

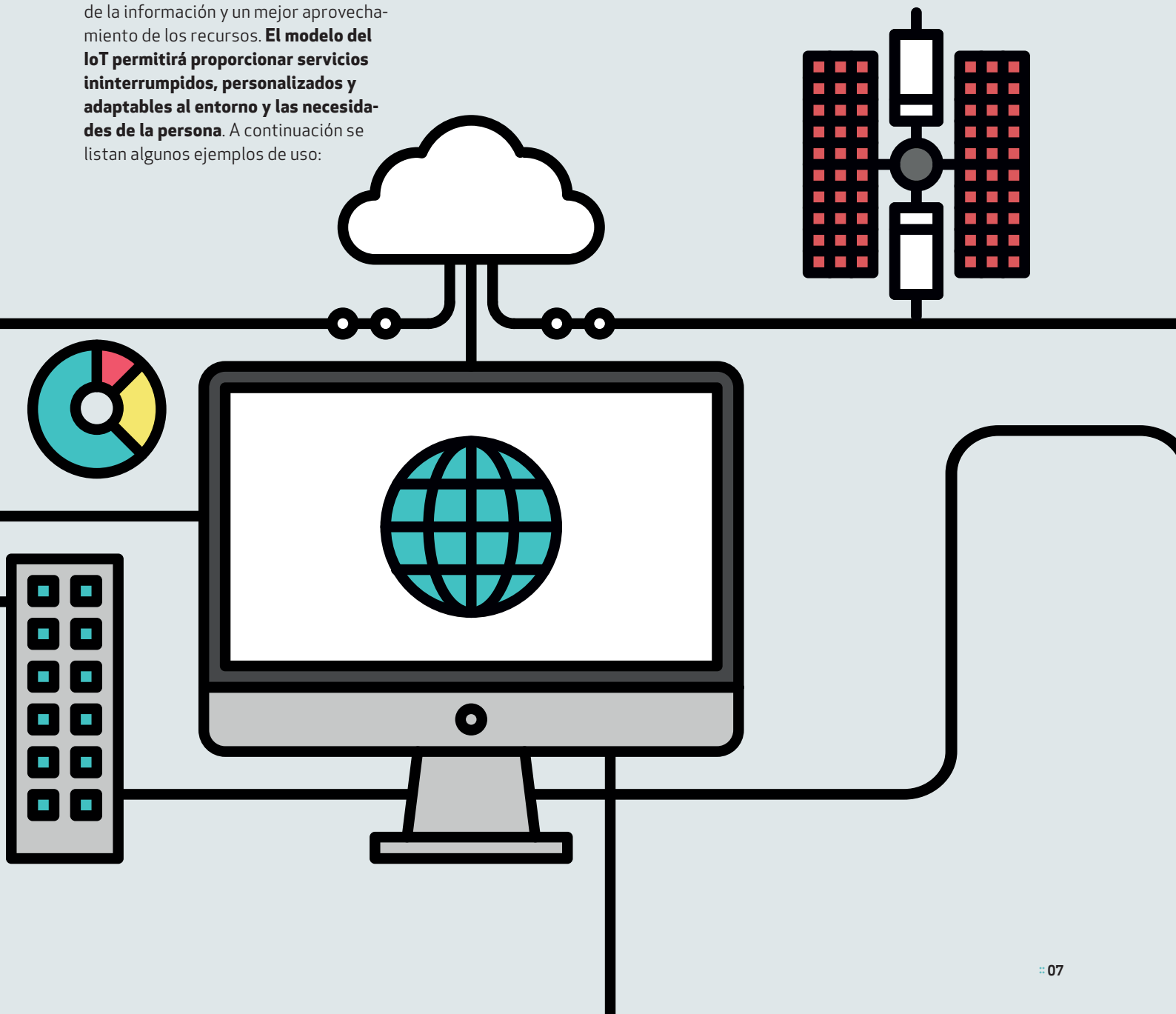
En ambos casos, el paradigma del IoT supone una mejora significativa en los servicios prestados, dirigiendo el foco de atención hacia una mayor integración de la información y un mejor aprovechamiento de los recursos. **El modelo del IoT permitirá proporcionar servicios ininterrumpidos, personalizados y adaptables al entorno y las necesidades de la persona.** A continuación se listan algunos ejemplos de uso:

→ Auto-gestión de las enfermedades: la conexión de *wearables*, *apps* y sistemas analíticos permitirá ofrecer **herramientas para un mejor auto-control de enfermedades crónicas.** La integración de datos con los sistemas sanitarios existentes permitirán al paciente compartir los datos con actores de su entorno de confianza.

→ Monitorización remota y soporte a personas mayores y dependientes: sensores y *apps* permitirán **integrar servicios domésticos, sanitarios y sociales.** Control de elementos del hogar, control de constantes, seguimiento del tratamiento, gestión de las emergencias y servicios sociales, son algunos ejemplos de servicios que podrían ofrecerse de forma coordinada.

→ Optimización y control de recursos sanitarios: la **localización de personas y objetos dentro de un hospital o red de centros** permitirá un mayor aprovechamiento de recursos, pudiendo determinar la mejor actuación según las necesidades y la disponibilidad de recursos en lugar y momento determinado.

Los desarrollos en múltiples sectores como servicios, infraestructuras e industria están facilitando este cambio, aunque también hay que tener en cuenta algunos de los principales retos para lograr un despliegue a gran escala. ▶



RETOS EN LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS IoT

En el ecosistema del Internet de las Cosas, uno de los retos más significativos es la habilidad que tienen los dispositivos conectados de comunicarse con otros elementos de su entorno, y con la "nube"⁶. Son necesarios protocolos que faciliten el intercambio de datos en escenarios de movilidad, considerando la seguridad, integridad y privacidad de los datos. Algunos de los principales factores a tener en cuenta son:

- 1. Integración, estándares e interoperabilidad:** son necesarios modelos de referencia para estandarizar a nivel tecnológico y semántico la interconexión de personas, dispositivos y sistemas, de forma integrada con los sistemas existentes.
- 2. Seguridad y privacidad:** las soluciones desarrolladas deben abordar la autenticación del usuario, la integridad de los datos o la agregación de diferentes fuentes bajo el paraguas de la privacidad.
- 3. Confiabilidad:** es necesario elaborar protocolos de acreditación que permitan generar confianza entre los profesionales, para incorporar este tipo de herramientas en la práctica diaria.
- 4. Modelos de negocio:** para el despliegue a gran escala de servicios basados en

dispositivos y datos en la nube, es necesario contar con modelos de negocio que permitan optimizar el uso de recursos y sufragar los costes de despliegue y mantenimiento. ■

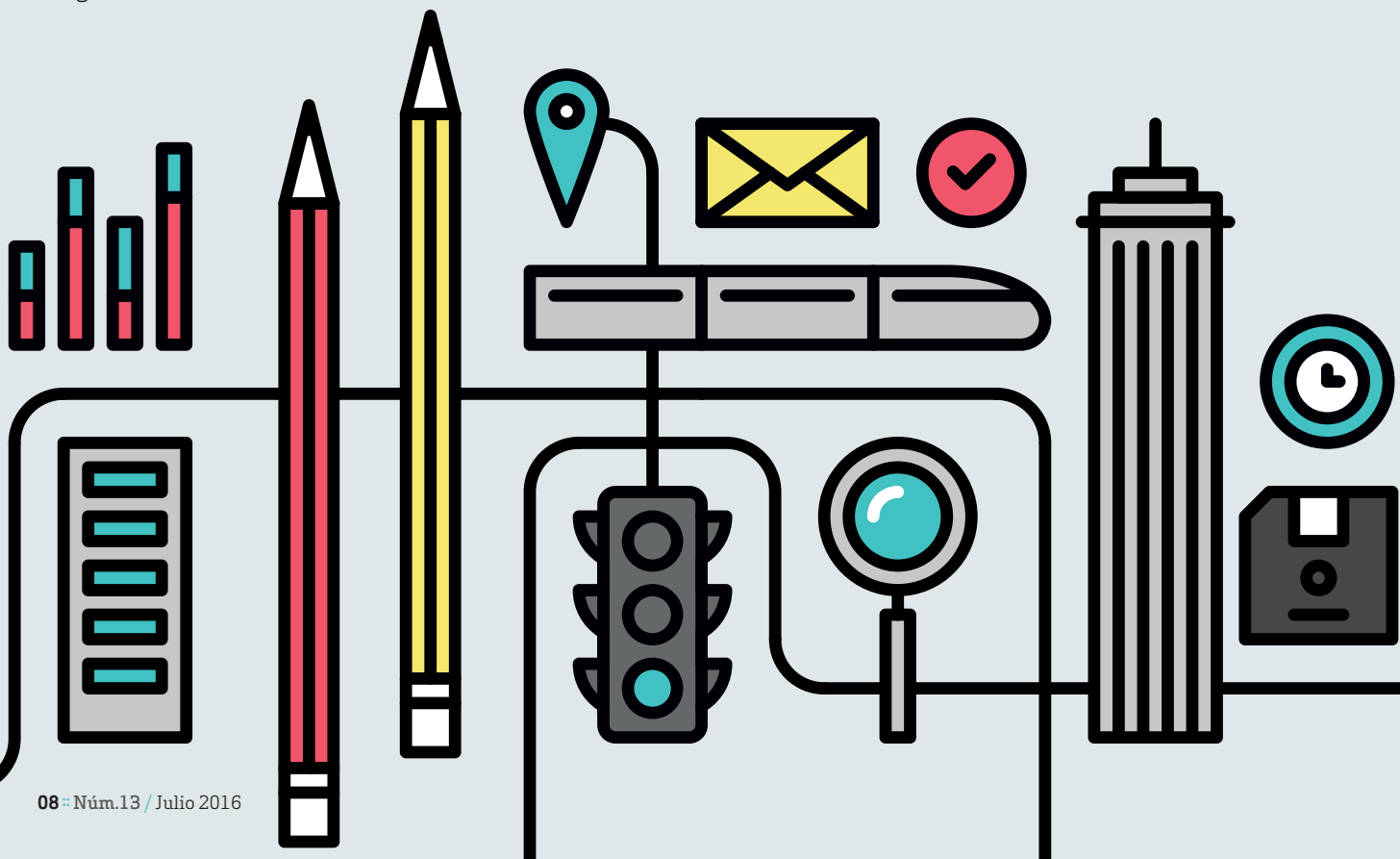
T Jesús Berdún Project Manager a Fundació TicSalut

CONCLUSIONES

La comunicación entre dispositivos a través de la red nos permite acceder a un mayor número de servicios basados en el intercambio y análisis de datos entre las personas y las "cosas". En el sector de la atención sanitaria y social, este nuevo paradigma ofrece multitud de posibilidades para la provisión de servicios en escenarios de movilidad, centrando cada vez más el foco en la atención integrada, los servicios ininterrumpidos, la agregación de datos de diferentes procedencias y la auto-gestión de la propia información. La escalabilidad y éxito de estos nuevos modelos, sin embargo, requerirá no sólo de nuevos modelos y protocolos de comunicación ente dispositivos, sino también de nuevos modelos de relación y confianza entre los diferentes actores que ofrecen y consumen este tipo de servicios.

Referencias

- ¹ Disponible en: [http://Gartner Says 6.4 Billion Connected "Things" Will Be in Use in 2016, Up 30 Percent From 2015](http://Gartner Says 6.4 Billion Connected). Noviembre, 2015.
- ² Disponible en: [http://Internet of Things Global Standards Initiative \(IoT-GSI\), International Telecommunication Union \(ITU\)](http://Internet of Things Global Standards Initiative (IoT-GSI), International Telecommunication Union (ITU).). Junio, 2012.
- ³ Disponible en: [http://Issue Paper on Smart Cities. Habitat III Issue Papers. UNHabitat](http://Issue Paper on Smart Cities. Habitat III Issue Papers. UNHabitat.). Mayo, 2015.
- ⁴ Disponible en: [http://High Performance Web of Things Architecture for the Smart Grid Domain](http://High Performance Web of Things Architecture for the Smart Grid Domain. D. Vernet, A. Zaballos, R. Martin de Pozuelo, V. Caballero.). D. Vernet, A. Zaballos, R. Martin de Pozuelo, V. Caballero. Noviembre, 2015.
- ⁵ Disponible en: [http://Internet of Things: New Promises for Persons with Disabilities. Global Initiative for Inclusive Information and Communications Technologies. Business Case White Paper](http://Internet of Things: New Promises for Persons with Disabilities. Global Initiative for Inclusive Information and Communications Technologies. Business Case White Paper.). Julio, 2015.
- ⁶ Disponible en: [http://Worldwide and Regional Internet of Things \(IoT\) 2014-2020 Forecast: A Virtuous Circle of Proven Value and Demand](http://Worldwide and Regional Internet of Things (IoT) 2014-2020 Forecast: A Virtuous Circle of Proven Value and Demand. IDC Market Analysis.). IDC Market Analysis. Mayo, 2014.



An aerial, top-down view of several diverse people walking on a white surface. The people are scattered across the page, some walking alone and some in small groups. They are casting long, soft shadows to their left, suggesting a light source from the upper right. The overall scene is clean and minimalist, emphasizing human movement and diversity.

La atención integrada social y sanitaria **en España**

(Casi) 50 años de atención integrada en España. El paradigma de la atención integrada social y sanitaria lleva gestándose en España desde mediados de los años 80 del siglo xx, convergiendo desde varios enfoques:

→ **De salud mental** (tal y como lo señala la ley General de Sanidad de 1986)

→ **De política sanitaria nacional** (ya en la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS de 1991, el Acuerdo Marco Interministerial de 1993 y la ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del SNS) y **autonómica** (destacando el *Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010*)

→ **De cronicidad** (en programas como *Vida als Anys* de 1986 o la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* de 2010);

→ **De los ámbitos del envejecimiento y la discapacidad** (Libro Blanco de Atención a la Dependencia en España de 2004), etc. Es más, podríamos remontarnos a la década de los 40 y reconocer ahí los orígenes cuando los hospitales españoles de posguerra se empiezan a dotar de trabajadores sociales sanitarios para “gestionar los aspectos sociales de la enfermedad que padecen las personas atendidas en los centros sanitarios”¹.

Con todos estos precedentes, la publicación en diciembre del 2011 del *Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria en España*, por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, encendió la ilusión de que el cambio de paradigma era imparable e inminente. El Libro Blanco realizó un mapeo de prácticas de coordinación sociosanitaria en España y vino a dejar constancia de que “disponemos ya de suficientes experiencias y talento en nuestros SNS y SAAD como para liderar un cambio de paradigma”². Constató además la falta de conocimiento de lo que se estaba haciendo ya en España en atención integrada y cómo esta ausencia de referentes de éxito lastimaba el avance rápido y efectivo de esta agenda. Pero la llamada no dio el fruto esperado.

El guante que lanzó el **Libro Blanco** lo recogimos la **New Health Foundation**³ creando el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (**OMIS**). El OMIS nació precisamente para comenzar a paliar este déficit de evidencia, y cumplir con el sueño que enunciaba el *Libro Blanco* de describir aquellas experiencias exitosas que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas y que pueden servir como modelo para su extensión. Pues bien, el OMIS se ofrece como recurso gratuito que identifica y recoge experiencias de atención integrada en España, investi-

ga qué elementos y experiencias son transferibles a otras situaciones y contextos y promueve evidencia útil para la formulación de intervenciones, planes y programas de atención integrada.

Desde su lanzamiento en abril de 2014 hasta marzo de 2016, el OMIS ha identificado, analizado y registrado un total de 41 experiencias de atención integrada⁴, lo que muestra que coordinarse es posible, aunque no sea tarea fácil. La observación y análisis de estas experiencias enseña, asimismo, que no hay un único modelo sino múltiples posibilidades que necesitan ser adaptadas a lo local. Ahora bien, estas adaptaciones locales tienen muchas más posibilidades de germinar y fortalecerse cuando se apoyan en un liderazgo claro que sea capaz de formular y de impulsar un amplio movimiento de cambio.

Estamos observando resultados esperanzadores de que la atención integrada centrada en la persona, con la coordinación de niveles asistenciales intra- e inter-sectores sanitario y social, con un claro liderazgo gestor, con el apoyo de tecnología, etc., consigue descargar la presión sobre el brazo clínico-sanitario, mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de las personas y los profesionales. De aquellas intervenciones que reportan resultados, se constatan fuertes descensos en los ingresos hos-



pitalarios, visitas a urgencias y reducción de estancia media hospitalaria (¡y esto sólo en lo estrictamente sanitario!) como fruto de la reorganización de procesos, introducción de figuras de gestión de casos, trabajo en equipos multidisciplinares, etc. ▶



✱ Desde su lanzamiento en abril de 2014 hasta marzo de 2016, el OMIS ha identificado, analizado y registrado un total de 41 experiencias de atención integrada



Estamos ante un cambio en la manera que el ciudadano se relaciona con los servicios social y sanitario. Y, a juzgar por lo visto en estas últimas elecciones generales en España, con los cuatro principales partidos contendientes proponiendo la atención integrada o la coordinación sociosanitaria como medida esencial para mejorar la Sanidad⁵, el consenso (al menos en los discursos y programas de partido) parece máximo. Lo que las experiencias ya implantadas en España nos enseñan es que, en todo caso, el viraje hacia la atención integrada sólo es posible con propuestas de calado que busquen transformar todo el sistema, más allá de apaños cortoplacistas y encajes parciales.

El momento es también mundial. Así, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), movimientos como la *International Foundation of Integrated Care* (IFIC) y diferentes países (Reino Unido, Australia, Holanda, etc.) están avanzando en este campo de la coordinación e integración asistencial. Es más, como muestra de esta creciente visibilidad de la agenda de la atención integrada, en el recientemente celebrado *Mobile World Congress* (MWC) en marzo de 2016, tuvo

lugar, por primera vez en la historia de este congreso, una mesa de atención integrada, que vino a evidenciar que la tecnología comienza a mirar ya con interés a este emergente paradigma. En mayo, el 16 Congreso Internacional de Atención Integrada (ICIC16) que tendrá lugar en Barcelona, servirá para conocer y dar a conocer diferentes modelos que, dentro de este gran paradigma, se están implementando dentro y fuera de nuestras fronteras.

En definitiva, desde el OMIS estamos constatando experiencias prometedoras. Se están descubriendo nuevos territorios. Hay ya marcos para conceptualizar adecuadamente lo que está pasando. Hay evidencia creciente de lo que está funcionando y de los impactos que se están consiguiendo. En este 2016, tenemos ante nosotros serios retos, pero, fundamentalmente, claras oportunidades que no deberíamos volver a dejar pasar. ■

T Lucía Martínez y Arturo Álvarez

Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS)

Referencias

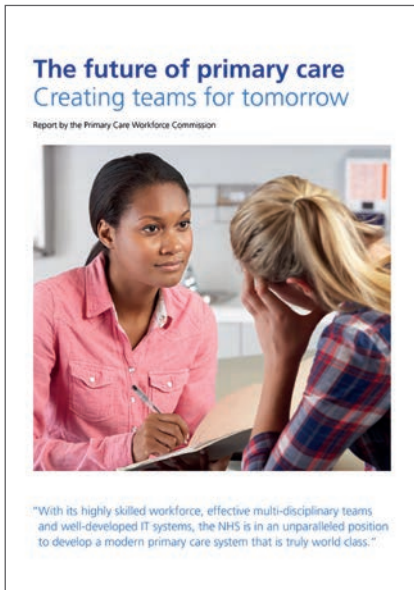
- ¹ Hervás, A. La coordinación sociosanitaria: espacio profesional del Trabajo Social Sanitario en la atención integral a la salud de las poblaciones. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, vol. 16. 2016
- ² IMSERSO y Agencia de Calidad del SNS (2011) Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>, p.10
- ³ New Health Foundation, Sevilla. <http://www.newhealthfoundation.org/>
- ⁴ Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) (2015) Experiencias de Atención Integrada en España 2014; OMIS (2016) Experiencias de Atención Integrada en España 2015. Sevilla: New Health Foundation. <http://www.newhealthfoundation.org/publicaciones/>
- ⁵ El Economista (16 Diciembre 2015) New Health Foundation propone al ganador de las elecciones seis ejes para optimizar la atención sociosanitaria, <http://eleconomista.es/espana/noticias/7224492/12/15/New-Health-Foundation-propone-al-ganador-de-las-elecciones-seis-ejes-para-optimizar-la-atencion-sociosanitaria.html>

Libros

The future of primary care

Creating teams for tomorrow

Report by the Primary Care Workforce Commission



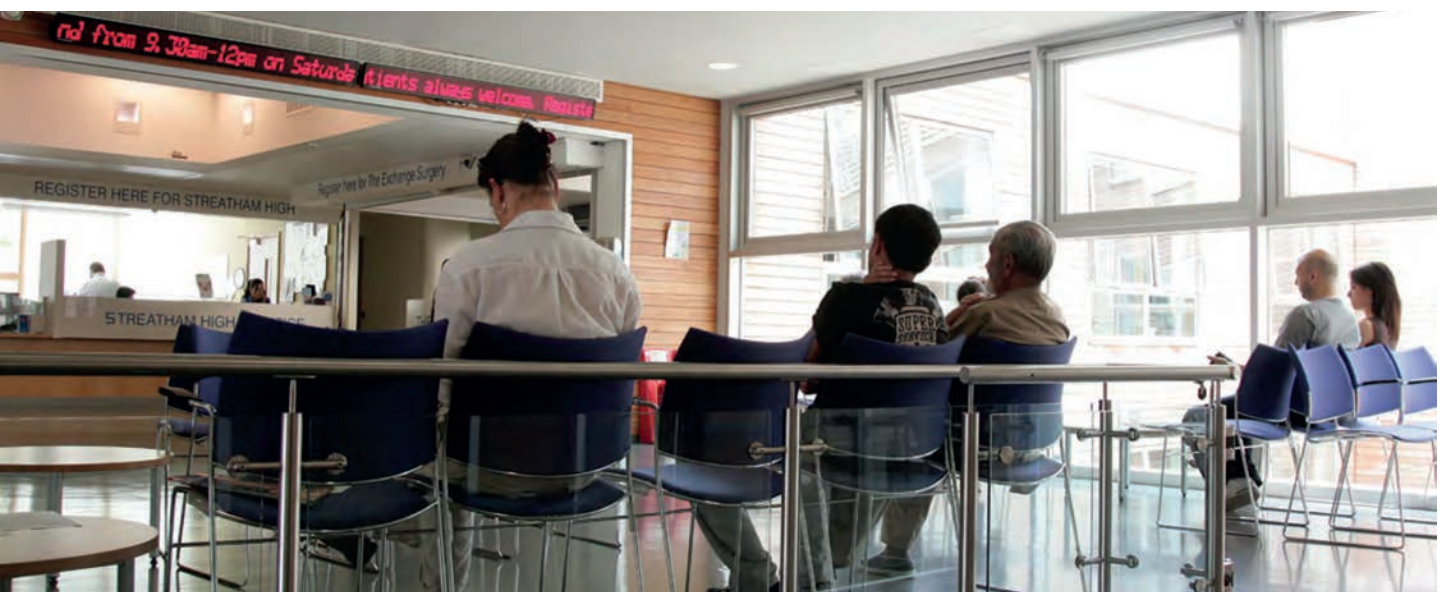
El **Royal College of Physicians** acaba de publicar las conclusiones del grupo de trabajo sobre el futuro de la Atención Primaria bajo el título *The future of primary care. Creating teams for tomorrow*. Bajo el liderazgo del profesor y médico de familia Martin Roland, el trabajo trata de identificar las soluciones a los problemas presentes y futuros de la atención primaria del NHS.

El recetario de soluciones está estructurado alrededor de los siguientes bloques y se concretan en 38 recomendaciones:

- El trabajo multidisciplinario en el seno de los equipos de atención primaria.
- El mejor uso de las tecnologías de la información y comunicación.
- La constitución de federaciones y redes de pequeñas prácticas.
- La atención integrada sanitaria y social.
- La calidad y seguridad de la atención.
- La atención organizada para grupos poblacionales con necesidades particulares: necesidades sociales, salud mental, infancia, pacientes institucionalizados y final de vida.
- La creación de organizaciones que aprenden.
- La provisión de mejores datos sobre la atención primaria que facilite que la innovación esté basada en la evidencia.

Según los autores, llevar a cabo el conjunto de recomendaciones no requerirá necesariamente una gran inversión pero sí una clara determinación de cambio y mejora.

Sin duda, se trata de un brillante ejercicio de reflexión colectiva que puede informar nuestros esfuerzos de mejora, precisamente en un momento en el que las reformas o mejoras de la atención primaria vuelven a ocupar un lugar central en las agendas de política sanitaria por aquello de que es difícil mejorar todo el sistema sin mejorar su base asistencial. ■





Asunción Ruiz de la Sierra **Coordinadora nacional del programa de intercambio de profesionales y sanitarios y miembro del Consejo de Gobernadores de HOPE**

“ El Programa de Intercambio, pretende conseguir una mejor comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud y hospitalario en la Unión Europea.

— **Cada año HOPE organiza el programa de intercambio de profesionales a nivel europeo, ¿cómo nació esta iniciativa y que objetivos persigue?**

La Federación Europea de Hospitales y Servicios Sanitarios (su acrónimo es HOPE), es una asociación Europea no gubernamental sin ánimo de lucro, que fue creada en 1966. HOPE busca promover la mejora de la salud de los ciudadanos de los países de la Unión Europea, así como asesoramiento sobre cuestiones relativas a estándares de prestación de servicios y fomentar la eficacia, eficiencia y humanidad en la organización y funcionamiento de los hospitales, servicios y sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea. HOPE lo forman 37 organizaciones de 28 Estados Miembros de la Unión Europea, además de Suiza y

República de Serbia., que representa alrededor del 80% de la actividad hospitalaria europea y a unos 14.000 hospitales. HOPE refleja la diversidad y complejidad de los sistemas de salud en los países europeos. España pertenece a HOPE desde 1986.

HOPE organiza, desde 1981, un Programa de Intercambio para Profesionales del sector sanitario y España participa en el mismo desde 1989.

El Programa de Intercambio, pretende conseguir una mejor comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud y hospitalario en la Unión Europea y más particularmente, facilitar la cooperación, el intercambio y la libre circulación de profesionales sanitarios.

El programa de intercambio de HOPE es, en mi experiencia, apasionante porque contribuye a construir la Europa de los ciudadanos.

— **¿Qué dicen los participantes europeos cuando visitan nuestro país y nuestro sistema sanitario?**

Desde el 2003 que el Ministerio de Sanidad se hizo cargo de HOPE, una vez finalizado el proceso de transferencia del Insalud a las CCAA, 150 profesionales europeos han venido a España, han aportado su visión y se han llevado de España un buen recuerdo y la imagen de un sistema sanitario que funciona eficazmente.

La mayor parte de los profesionales europeos que vienen a España descono-

cen nuestro sistema de salud y algunos de ellos, sobre todo nórdicos y anglosajones vienen con la idea preconcebida de que los españoles somos poco serios trabajando, que nuestro sistema educativo no es muy competitivo, que somos poco organizados y se encuentran una realidad muy distinta, unos hospitales modernos con alta tecnología, una atención primaria de salud de calidad, unos profesionales muy bien formados, una asistencia sanitaria casi universal y libre de pago al momento del uso etc.

— ¿Qué elementos de nuestro sistema sanitario encuentran más interesantes?

El desarrollo de la Atención primaria en España a casi todos les sorprende sobre todo aquellos que en sus países que no la tienen, la integración de Atención Primaria y especializada en una gerencia única, la organización para la donación y trasplante de órganos y tejidos; la alta tecnología con los que están dotados los hospitales y las salas de simulación con las que cuentan algunos hospitales; la receta electrónica; la historia clínica digital y la facilidad de acceso de distintos profesionales a los datos de los pacientes...

— Y los nuestros, ¿cómo les cambia la perspectiva después de la participación en el programa de intercambio?

La participación de profesionales españoles en HOPE es la más alta de Europa con diferencia, desde 2003 unos 360 profesionales han salido a otros países y además de aportar la experiencia del sistema sanitario español, han traído información, iniciativas y buenas prácticas que han contribuido a enriquecer no solo su bagaje personal sino el de los servicios en donde trabajan y contribuyendo de esta manera, al enriquecimiento del SNS.

Por otro lado la mayor parte de los españoles que han participado en el programa de intercambio coinciden en opinar que no solo han tenido oportunidad de conocer otros sistemas de salud sino el suyo propio, que la experiencia les ha abierto la mente, les ha dado fuerzas y entusiasmo para hacer las cosas mejor y también les ha permitido apreciar y darse cuenta, de que nuestro sistema sanitario aunque precise de cambios y reformas, es bueno e incluso en muchas cosas mejor que algunos de los sistemas de salud europeos que gozan de mejor salud.

Alguna anécdota divertida...

Anécdotas tengo algunas, la mayor parte buenas, entre ellas es que de estos intercambios surgen, lógicamente, relaciones entre los profesionales y se hacen amistades que en muchos casos son largas y duran muchos años y en algunos casos, se de dos parejas, han acabado en boda.

— ¿Por qué recomendarías a una organización sanitaria que acogiera a un participante europeo?

HOPE es una vía esencial para dar a conocer el sistema nacional de salud español al resto de países de la UE y las políticas en materia de salud que se llevan a cabo. Para las organizaciones creo que es muy gratificante acoger en sus centros a profesionales de otros países, no solo porque es una oportunidad de enseñar y dar a conocer lo que hacen sino que además pueden aprender al mismo tiempo de lo que se hace en otros países. Por otro lado al final del programa se organiza un Ágora en el que los participantes hacen una presentación con lo que han visto de interés en el país, en la que están presentes profesionales de todos los países y se publican posteriormente.

Hay un alto nivel de satisfacción de los profesionales que participan, la mayor parte volverían a hacerlo y ya quedan enganchados con HOPE y se ofrecen a sus centros para acoger a profesionales al año siguiente, pero también en los hospitales anfitriones la satisfacción es alta, de hecho la mayor parte repiten un año y otro.

— Y a nuestros gestores sanitario... ¿les iría bien una estancia corta?

Por supuesto que el programa de intercambio es recomendable para todos aquellos profesionales que trabajan en el sector sanitario y tienen responsabilidad en la gestión. Actualmente es uno de los pocos programas perfectamente organizados, que dan la oportunidad año tras año a profesionales sanitarios, con varios años de experiencia, de pasar cuatro semanas en otros país para ver desde dentro cómo funcionan otros servicios de salud y a muy bajo coste. De hecho, una de las recomendaciones que hacen los profesionales españoles que han participado en el programa, es que los gestores de sus hospitales deberían participar, sienten que es una oportunidad para abrir la mente y facilitar la implementación y puesta en marcha en sus lugares de trabajo, de algunas de las medidas o buenas prácticas que han aprendido.

El programa de intercambio HOPE logra una mejor comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud de los países participantes, facilitando la cooperación y el intercambio de buenas prácticas clínicas y de gestión.

Ofrece la oportunidad de conocer los desafíos y logros de sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno, a la vez que permite establecer contacto con otras culturas y ayuda a establecer lazos entre los profesionales e instituciones.

HOPE también organiza para expertos y gestores sanitarios de alto rango visitas-estudio con carácter monográfico en materias de interés. España ha organizado entre otros, un programa de 4 días de duración a una delegación europea, para conocer la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

— Con la experiencia de estos años, ¿qué países recomiendas para el intercambio?

La verdad es que es muy difícil recomendar un país porque precisamente la mejor experiencia es participar, independientemente del país elegido y/o asignado. Por supuesto para nosotros, los países que en principio nos pueden ser más atractivos en cuanto a un desarrollo del sistema de salud parecido al nuestro o que consideramos que podemos aprender más serían Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Holanda, Finlandia... pero la realidad es que de todos los países se pueden aprender cosas y compartir experiencias y sorprende descubrir en los países que en principio podrían parecer menos atractivos, el esfuerzo y el entusiasmo con que están haciendo las cosas, incluso mejor en algunos casos que en otros países con más medios. Hay que tener en cuenta que no solo se benefician del programa que te ofrece el país anfitrión, sino de la experiencia y el conocimiento de los profesionales de otros países que participan en un mismo país.

Por otro lado el objetivo del programa de intercambio HOPE es el intercambio de conocimiento y profesionales entre todos los estados miembros para aprender unos de otros e intercambiar buenas prácticas que puedan ser implementadas en los lugares de trabajo de origen, por lo que hay que estar con la mente abierta y buena disposición para tratar de ocupar las plazas que los distintos países y de modo altruista, ofrecen. ■



BIGS 13

disponible en
big.s.es

¡SUSCRÍBETE!



Patrocinado por:



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

XXXX